

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر مولفه‌های بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی)

علی‌اکبر غیبی^۱

بیوک تاجری^{۲*}

شیرین کوشکی^۳

ناصر صبحی قراملکی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر مولفه‌های بهزیستی روانی انجام شد. این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مرد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس عضو انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بود که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده در سه گروه مساوی جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با کمک پرسشنامه بهزیستی روانی جمع‌آوری و با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمان باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس شدند ($P > 0/05$) و بین دو روش در بهبود بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی آنان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$). نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش در افزایش مولفه‌های بهزیستی روانی و عدم تفاوت معنادار بین آنها بود. بنابراین، استفاده از هر دو روش به درمانگران و متخصصان سلامت برای بهبود بهزیستی روانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد دبی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول) btajeri@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی ورزش، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

امروزه یکی از اهداف اصلی روانشناسی بهبود سطح بهزیستی روانی^۱ است که شامل واکنش‌های شناختی و عاطفی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، پیشرفت، تعادل کارآمد و موثر و رابطه مطلوب با جامعه می‌باشد (مگنانی و ژو،^۲ ۲۰۱۸). بهزیستی روانی مفهومی برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر به معنای تلاش فرد برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوه خود است که این سازه درک و ارزیابی شخص را از کیفیت کلی زندگی نشان می‌دهد (وو، گی و وانگ،^۳ ۲۰۲۰). افراد دارای بهزیستی روانی معمولاً هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، در برخورد با رویدادها حتی رویدادهای تنش‌زا نگاهی خوش‌بینانه دارند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده می‌کنند (هینتزمن و داینر،^۴ ۲۰۱۹). بهزیستی روانی از ترکیب بهزیستی هیجانی^۵، روانشناختی^۶ و اجتماعی^۷ تشکیل شده و یک مفهوم جامع و کاملی از بهزیستی است که هم جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه کاربردی (روانشناختی و اجتماعی) دارد (ویس، رازینکاس، بکمان و هوگل،^۸ ۲۰۱۸). بهزیستی هیجانی به معنای ارزیابی فرد از واکنش‌های هیجانی، بهزیستی روانشناختی به معنای تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه و بهزیستی اجتماعی به معنای ادراک افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران است (باسفیلد،^۹ ۲۰۱۲).

برای بهبود ویژگی‌های مثبت روانشناختی روش‌های بسیاری از جمله درمان پذیرش و تعهد^{۱۰} و شفقت درمانی^{۱۱} وجود دارد (شیروانی، فلاح و صدرپوشان، ۲۰۱۹). هر دو شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند و با اینکه تفاوت‌های اساسی در روش‌ها و تاکتیک‌های اجرایی دارند، اما هر دو معتقدند که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساس‌ها، افکار ناخوشایند و دردها باعث ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی می‌شود (لاک، براون و کینسر^{۱۲}، ۲۰۲۰). اصول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفت‌کننده بدون تلاش برای مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف پیش از حذف تجارب ناخواسته است (لوین، کرافت و تووهیگ^{۱۳}، ۲۰۲۰). هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای توانایی انتخاب عملی که بین راهکارهای موجود مناسب باشد، نه عملی برای اجتناب از هیجان‌ها و افکار استرس‌زا است (کاپ، پولی و اگرآوال^{۱۴}، ۲۰۱۷). این شیوه درمانی به دلیل استفاده از تکنیک‌هایی چون پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و

1. subjective well-being
2. Magnani & Zhu
3. Wu, Gai & Wang
4. Heintzelman & Diener
5. emotional
6. psychological
7. social
8. Weiss, Razinskas, Backmann & Hoegl
9. Busfield
10. acceptance and commitment therapy
11. compassion therapy
12. Lack, Brown & Kinser
13. Levin, Krafft & Twohig
14. Cope, Poole & Agrawal

بررسی آنها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث بهبود ویژگی‌ها می‌شود (انیل، لاتچفورد، مک‌کراکن و گراهام^۱، ۲۰۱۹). همچنین، شفقت به معنای نرمی و لطافت به همراه آگاهی عمیق از رنج و استرس و تلاش برای رهایی از آن است. پس، شفقت می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود (یانگ، فلتچر، میچالاک و موری^۲، ۲۰۲۰). شفقت درمانی نوعی راهبرد هیجان‌محور است که مراجعان را نسبت به هیجان‌های مثبت و منفی خود آگاه می‌کند و آنها را سمت پذیرش آنها سوق می‌دهد (گارسیا-کامپایو، ناوارو-گیل و دمارزو^۳، ۲۰۱۷). این روش از سه مولفه شامل مهربانی با خود در سختی‌ها و تجربه‌های استرس‌زا به جای قضاوت خود، اشتراکات انسانی و اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و شکست به جای انزوا و آگاهی متعادل از احساس‌ها و افکار خود به جای همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است (گرادین، کلارک، کولتز و لایوچوی^۴، ۲۰۱۹). شفقت درمانی با آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش می‌شود (سیکیس، برادلی و دافی^۵، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر مولفه‌های بهزیستی روانی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی آنها یافت نشد و حتی گاهی نتایج پژوهش‌ها متفاوت است. برای مثال ترسی، گری، تروانگ و وارد^۶ (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی کودکان در معرض خطر شد. در پژوهشی دیگر سیادت، خواجهوند خوشلی و اکبری (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم شد. مقدم‌فر، امرایی، اسدی و امانی (۱۳۹۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شد. با اینکه نتایج پژوهش حسن‌زاده، اکبری و ابوالقاسمی (۱۳۹۸) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان با سابقه ناباروری شد، اما تاثیر معنی‌داری بر مولفه‌های تسلط بر محیط و رشد فردی آن نداشت. همچنین، نتایج پژوهش ویلسون، مکینتاش، پاور و چان^۷ (۲۰۱۹) حاکی از اثربخشی شفقت درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی بود. افشانی، ابویی و عبدلی (۲۰۱۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور شد. در پژوهشی دیگر بلوث و بلانتون^۸ (۲۰۱۵) گزارش کردند که شفقت درمانی باعث بهبود بهزیستی هیجانی شد. علاوه بر آن، نتایج پژوهش طاهر کرمی، حسینی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی شفقت درمانی بر افزایش تاب‌آوری، امیدواری و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی بود. فرخزادیان و میردريکوند (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان خودشفقتی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان شد.

1. O'Neill, Latchford, McCracken & Graham
2. Yang, Fletcher, Michalak & Murray
3. Garcia-Campayo, Navarro-Gil & Demarzo
4. Grodin, Clark, Kolts & Lovejoy
5. Seekis, Bradley & Duffy
6. Tracey, Gray, Truong & Ward
7. Wilson, Mackintosh, Power & Chan
8. Bluth & Blanton

بهبود بهزیستی روانی نقش موثری در سایر ویژگی‌های روانشناختی دارد و برای بهبود آن روش‌های بسیاری از جمله روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی وجود دارد. با اینکه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی هر دو روش بر بهزیستی روانی انجام شده، اما این پژوهش‌ها کمتر مولفه‌های بهزیستی روانی را بررسی و گاهی نتایج پژوهش‌ها نیز متفاوت بوده و پژوهشی درباره مقایسه درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر بهزیستی روانی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر مولفه‌های بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مرد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس عضو انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بود که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده در سه گروه مساوی جایگزین شدند. در این روش نمونه‌گیری پژوهشگر از میان شرکت‌کنندگانی که به آنها دسترسی و دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، تعداد ۴۵ نفر را به‌عنوان نمونه انتخاب کرد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن ۵۰-۳۱ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانشناختی مزمن مثل افسردگی شدید بر اساس پرونده، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، وقوع رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ در نزدیکان در سه ماه گذشته، عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی دیگر به‌طور همزمان و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف و غیبت بیشتر از یک جلسه بود. برای انجام این پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران نمونه‌گیری انجام و برای آنها رعایت نکات اخلاقی و هدف و اهمیت ضرورت پژوهش بیان، فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای آنان رسید. سپس نمونه‌ها به روش تصادفی به سه گروه مساوی تقسیم و گروه‌ها به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به‌عنوان گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، شفقت درمانی و کنترل انتخاب شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

مداخله توسط پژوهشگر که دارای تخصص در زمینه مداخله بود، در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران به‌صورت گروهی اجرا و در پایان هر جلسه تکلیف مرتبط با آن جلسه به آزمودنی‌ها داده و در آغاز جلسه بعد ضمن و به آنها بازخورد سازنده داده شد. درمان پذیرش و تعهد توسط باخ و موران^۱ (۲۰۱۵) طراحی و توسط مرادزاده و پیرخانی (۱۳۹۶) مورد استفاده و تایید و شفقت درمانی توسط گیلبرت^۲ (۲۰۱۵) طراحی و توسط کاظمی، احدی و نجات (۱۳۹۹) مورد استفاده و تایید قرار گرفت که محتوی هر دو روش درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Bach & Moran

2. Gilbert

جدول ۱. محتوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به تفکیک جلسات

جلسات	درمان پذیرش و تعهد	شفقت درمانی
اول	برقراری رابطه درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره و آشنایی با درمان پذیرش و تعهد	برقراری ارتباط درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره، تعریف آسیب‌پذیری روانی و اثرات آن و آشنایی با شفقت درمانی
دوم	آشنایی با مفاهیم تعهد و پذیرش، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	آشنایی با مشکلات و ناراحتی‌های ناشی از افکار و احساسات منفی و آموزش امیدواری خلاقانه	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل و مشکلات زندگی برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رهاکردن تلاش برای کنترل و جداسازی شناختی و هیجانی	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و نقش و اهمیت آن در زندگی	پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیربودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	آموزش انتخاب اهداف واقع‌بینانه و راه‌های شناسایی موانع تحقق اهداف و چگونگی ارزیابی آنها	ایجاد و ارتقای احساسات ارزشمند و متعالی برای برخورد مناسب، موثر و کارآمد با چالش‌ها و رویدادهای استرس‌زای زندگی
هفتم	آموزش تصریح ارزش‌ها و اعمال و نقش و اهمیت اشتیاق و تعهد در کاهش مشکلات	آموزش مسئولیت‌پذیری به‌عنوان یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	آموزش مفهوم بودن و اهمیت آن در زندگی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات	آموزش استفاده از راهبردهای مقابله مختلف در شرایط متغیر زندگی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

علاوه بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، از پرسشنامه بهزیستی روانی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه بهزیستی روانی^۱: این پرسشنامه توسط کی‌یز و ماگیار-مو^۲ (۲۰۰۳) با ۴۵ گویه و سه مولفه بهزیستی هیجانی (۱۲ گویه)، روانشناختی (۱۸ گویه) و اجتماعی (۱۵ گویه) ساخته شد. مولفه بهزیستی هیجانی بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) و مولفه‌های روانشناختی و اجتماعی بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. پس، دامنه نمرات مولفه بهزیستی هیجانی ۰-۴۸، روانشناختی ۱۲۶-۱۸ و اجتماعی ۱۰۵-۱۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی بیشتر در آن مولفه می‌باشد. کی‌یز و ماگیار-مو (۲۰۰۳) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، روانشناختی ۰/۹۲ و اجتماعی ۰/۸۳ گزارش کردند. در ایران، سیادت، خواجهوند خوشلی و اکبری (۱۳۹۸) پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های بهزیستی هیجانی ۰/۸۵، روانشناختی ۰/۸۹ و اجتماعی ۰/۹۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، روانشناختی ۰/۸۷ و اجتماعی ۰/۸۵ محاسبه شد.

1. subjective well-being questionnaire

2. Keyes & Magyar-Moe

داده‌ها پس از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری بودند که در گروه درمان پذیرش و تعهد ۶ نفر ۳۵-۳۱ سال، ۴ نفر ۴۰-۳۶ سال، ۳ نفر ۴۵-۴۱ سال و ۲ نفر ۵۰-۴۶ سال، در گروه شفقت درمانی ۵ نفر ۳۵-۳۱ سال، ۴ نفر ۴۰-۳۶ سال، ۳ نفر ۴۵-۴۱ سال و ۳ نفر ۵۰-۴۶ سال و در گروه کنترل در گروه درمان پذیرش و تعهد ۵ نفر ۳۵-۳۱ سال، ۳ نفر ۴۰-۳۶ سال، ۴ نفر ۴۵-۴۱ سال و ۳ نفر ۵۰-۴۶ سال داشتند. همچنین، از نظر تحصیلات در گروه درمان پذیرش و تعهد ۸ نفر دیپلم، ۳ نفر کاردانی و ۴ نفر کارشناسی، در گروه شفقت درمانی ۶ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی و ۵ نفر کارشناسی و در گروه کنترل ۷ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی و ۴ نفر کارشناسی بودند. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی گروه‌ها

متغیر	مراحل	درمان پذیرش و تعهد	شفقت درمانی	کنترل
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۱/۳۵±۴/۰۳	۲۰/۹۸±۳/۸۵	۲۱/۰۶±۴/۰۱
	پس‌آزمون	۲۶/۶۴±۴/۱۵	۲۶/۳۳±۴/۰۶	۲۱/۱۷±۳/۸۷
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۵۲/۳۷±۶/۶۴	۵۱/۰۵±۶/۱۱	۵۲/۶۸±۶/۲۸
	پس‌آزمون	۶۳/۱۹±۷/۱۰	۶۲/۸۶±۶/۹۵	۵۲/۷۳±۶/۲۵
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۶/۵۰±۴/۱۲	۴۵/۷۳±۴/۲۶	۴۶/۱۶±۴/۲۷
	پس‌آزمون	۵۴/۱۸±۴/۷۵	۵۵/۰۳±۴/۹۱	۴۶/۲۸±۴/۲۰

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس و همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین تایید شدند ($P < 0/05$). نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل از نظر یکی از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=41/29$, $P < 0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی

متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
بهزیستی هیجانی	۱۳۵/۲۹	۱	۱۳۵/۲۹	۹۶/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰۰
بهزیستی روانشناختی	۱۷۱/۲۸	۱	۱۷۱/۲۸	۸۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰۰
بهزیستی اجتماعی	۱۶۲/۳۴	۱	۱۶۲/۳۴	۸۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۳ بین روش‌های مداخله از نظر هر سه متغیر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0/001$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	معناداری
بهزیستی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	شفقت درمانی	۰/۹۱۷
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	کنترل	۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی	درمان پذیرش و تعهد	شفقت درمانی	۰/۶۲۴
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	کنترل	۰/۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	درمان پذیرش و تعهد	شفقت درمانی	۰/۹۸۵
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی	کنترل	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۴ هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی شدند ($P > 0/001$)، اما بین دو روش در بهبود بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش همه مولفه‌های بهزیستی روانی شامل بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی شد. این نتایج از جهاتی با نتایج پژوهش‌های ترسی و همکاران (۲۰۱۸)، سیادت و همکاران (۱۳۹۸)، مقدم‌فر و همکاران (۱۳۹۷) همسو و با نتایج پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) ناهمسو بود. در تبیین ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان به تفاوت‌های جنسیت و جامعه پژوهش اشاره کرد.

پژوهش حاضر بر روی مردان مبتلا به مالتیپل اسکلروز انجام شد که برخی از آنها نیز مجرد بودند، اما پژوهش آنان بر روی زنان متأهل نابارور انجام شد. مردان در مقایسه با زنان معمولاً استرس و اضطراب کمتری را ادراک و علاوه بر آن افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد استرس و اضطراب بیشتری را ادراک می‌کنند. در نتیجه، می‌توان گفت که آزمودنی‌های پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) در مقایسه با پژوهش حاضر استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند که این استرس و اضطراب بالا می‌تواند مانعی برای اثربخشی مداخله شود، لذا نتایج پژوهش حاضر با پژوهش آنان متفاوت است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مولفه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بر مبنای پژوهش مقدم‌فر و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان به فرایندهای و راهبردهای مورد استفاده در درمان پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه اشاره کرد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. فرایند موثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در این مولفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌شود تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد. علاوه بر آن، فرایندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این شیوه درمانی موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها را به‌عنوان یک رویداد و نه به‌عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد و ذهن‌آگاهی نقش موثری در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی دارد. فرایند اصلی دیگر در این شیوه درمانی پذیرش است که فرایند تعهد را تسهیل می‌کند. فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای و استعاره‌ها است تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی انتخاب می‌کنند را به طور کلامی بیان کنند (ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (عمل متعهدانه). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن فراهم‌نمودن بستری به منظور پذیرش هیجان‌ها با بکارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های درمانی به آموزش بیماران برای رهایی از مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای شاهد بودن و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند که این عوامل می‌توانند باعث افزایش مولفه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی شوند.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شفقت درمانی باعث افزایش همه مولفه‌های بهزیستی روانی شامل بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی شد. این نتایج از جهاتی با نتایج پژوهش‌های ویلسون و همکاران (۲۰۱۹)، افشانی و همکاران (۲۰۱۹)، بلوث و بلانتون (۲۰۱۵)، طاهرکرمی و همکاران (۱۳۹۷) و فرخزادیان و میردریکوند (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین اثربخشی شفقت درمانی بر افزایش مولفه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بر مبنای پژوهش فرخزادیان و میردریکوند (۱۳۹۶) می‌توان گفت که شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیان میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک

می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار بیماری را فراهم و به انجام تکالیف دوران بیماری کمک کند. این شیوه درمانی باعث می‌شود تا بیماران به جای پاسخ به این وقایع ناخوشایند بیماری خود با خشم و خودسرزندی، با مهربانی و مراقبت نسبت به خود رفتار کنند و این تجربه‌های ناخوشایند را نیز جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند. بنابراین، ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین‌فردی می‌شود، میل افراد را برای رشد ارتقاء می‌بخشد و توانایی آنها برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط افزایش می‌دهد که این عوامل می‌توانند نقش موثری در افزایش مولفه‌های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی داشته باشند.

نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی بر افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی و عدم تفاوت بین اثربخشی دو روش در متغیرهای مذکور بود. در تبیین عدم تفاوت بین اثربخشی هر دو روش بر مبنای پژوهش لاک و همکاران (۲۰۲۰) می‌توان به این نکته اشاره کرد که هر دو شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند و با اینکه تفاوت‌های اساسی در روش‌ها و تاکتیک‌های اجرایی دارند، اما هر دو معتقدند که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساس‌ها، افکار ناخوشایند و دردها باعث ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی می‌شود. نکته حائز اهمیت دیگر علاوه بر اینکه هر دو روش برگرفته از یک رویکرد یعنی موج سوم روان‌درمانی هستند، اینکه هر دو شیوه از راهکارها و تکنیک‌های زیربنایی خاصی برای بهبود ویژگی‌های مختلف استفاده می‌کنند؛ به طوری که درمان پذیرش و تعهد از پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی‌ناختی از افکار و بررسی آنها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه و شفقت درمانی از مهربانی با خود در سختی‌ها و تجربه‌های استرس‌زا به جای قضاوت خود، اشتراکات انسانی و اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و شکست به جای انزوا و آگاهی متعادل از احساس‌ها و افکار خود به جای همسان‌سازی افراطی استفاده می‌کند. در نتیجه منطقی است که هر دو روش باعث بهبود مولفه‌های بهزیستی روانی شوند و بین آنها تفاوتی وجود نداشته باشد.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، عدم پیگیری نتایج، تک جنسیتی بودن جامعه پژوهش، حجم نمونه اندک در گروه‌ها و استفاده از ابزارهای خودگزارشی اشاره کرد. بنابراین، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، پیگیری نتایج، انجام پژوهش بر روی زنان، افزایش حجم نمونه در هر گروه و استفاده از مصاحبه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها توصیه می‌شود. همچنین، بر اساس نتایج پژوهش حاضر استفاده از هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و شفقت درمانی برای بهبود بهزیستی روانی به درمانگران و متخصصان سلامت توصیه می‌شود.

منابع

- حسن‌زاده، منیره؛ اکبری، بهمن و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، ۲۷(۴)، ۲۵۹-۲۵۰.
- سیادت، سیدمرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه و اکبری، حمزه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم. نشریه پژوهش

- توانبخشی در پرستاری، ۵(۴)، ۶۴-۵۸.
- سیادت، سیدمرتضی؛ خواجه‌وند خوشلی، افسانه و اکبری، حمزه. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان گرگان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۵۱)، ۷۸-۶۹.
- طاهرکرمی، ژیلا؛ حسینی، امید و دشت‌بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خودگسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی. *نشریه سلامت اجتماعی*، ۵(۳)، ۱۹۷-۱۸۹.
- فرخزادیان، علی‌اصغر و میردریکوند، فضل‌الله. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر خودشفقتی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش افسردگی در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۳(۴)، ۳۰۲-۲۹۳.
- کاظمی، امیرپاشا؛ احدی، حسن و نجات، حمید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خود در بیماران مبتلا به دیابت. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۶(۳)، ۴۹-۴۲.
- مرادزاده، فریبا و پیرخانی، علیرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی کارکنان متأهل اداره بهزیستی. *نشریه روان پرستاری*، ۵(۶)، ۷-۱.
- مقدم، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه و امانی، امید. (۱۳۹۷). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۵)، ۸-۱.

- Afshani, S. A., Abooei, A., & Abdoli, A. M. (2019). Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 17(10), 757062.
- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 219-230.
- Busfield, J. (2012). Challenging claims that mental illness has been increasing and mental wellbeing declining. *Social Science & Medicine*, 75(3), 581-588.
- Cope, S. R., Poole, N., & Agrawal, N. (2017). Treating functional non-epileptic attacks – Should we consider acceptance and commitment therapy? *Epilepsy & Behavior*, 73, 197-203.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Terapia de compassion. Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74.
- Grodin, J., Clark, J. L., Kolts, R., & Lovejoy, T. I. (2019). Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 27-33.
- Heintzelman, S. J., & Diener, E. (2019). Subjective well-being, social interpretation, and relationship thriving. *Journal of Research in Personality*, 78, 93-105.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *positive psychological assess-*

- ment. Washington DC: American Psychological Association.
- Lack, S., Brown, R., & Kinser, P. A. (2020). An integrative review of yoga and mindfulness-based approaches for children and adolescents with asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, 52, 76-81.
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2020). Examining processes of change in an online acceptance and commitment therapy dismantling trial with distressed college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 10-16.
- Magnani, E., & Zhu, R. (2018). Does kindness lead to happiness? Voluntary activities and subjective well-being. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 77, 20-28.
- O'Neill, L., Latchford, G., McCracken, L. M., & Graham, C. D. (2019). The development of the acceptance and commitment therapy fidelity measure (ACT-FM): A delphi study and field test. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 111-118.
- Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. L. (2020). Does a Facebook-enhanced Mindful Self-Compassion intervention improve body image? An evaluation study. *Body Image*, 34, 259-269.
- Shirvani, S., Fallah, M. H., & SedrPoushan, N. (2019). The study of the effectiveness of compilation parenting education based on ACT and CFT and enriched with Islamic teachings on first elementary children's self-esteem and self-compassion of their parents. *Iranian Journal of Educational Sociology*, 2(4), 44-55.
- Tracey, D., Gray, T., Truong, S., & Ward, K. (2018). Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological wellbeing for children at-risk. *Frontiers in Psychology*, 9(1565), 1-9.
- Weiss, M., Razinskas, S., Backmann, J., & Hoegl, M. (2018). Authentic leadership and leaders' mental well-being: An experience sampling study. *The Leadership Quarterly*, 29(2), 309-321.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 979-995.
- Wu, X., Gai, X., & Wang, W. (2020). Subjective well-being and academic performance among middle schoolers: A two-wave longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 84, 11-22.
- Yang, Y., Fletcher, K., Michalak, E. E., & Murray, G. (2020). An investigation of self-compassion and nonattachment to self in people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 43-48.