



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

سید مجتبی عقیلی،^۱ مطهره ابراهیمی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله عضو انجمن ام.اس شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند که بر اساس آمار اخذ شده از انجمن تعداد آنها ۳۰۰ نفر بود. از جامعه ذکر شده تعداد ۳۰ زن مبتلا به ام.اس به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های سلامت معنوی پالوتزبان و الیسون (۱۹۸۳)، احساس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) و شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند اما گروه گواه تا پایان پژوهش، مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود اثربخش است ($p < 0/05$). با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شایسته است که این رویکرد به عنوان یکی از ابزارهای جدید و کاربردی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت معنوی، احساس انسجام، شفقت به خود، مولتیپل اسکلروزیس

۱. نویسنده مسئول) استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

dr-aghili1398@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

مقدمه

مولتیپل اسکلروز ۱ (ام‌اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می‌دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون‌های مغز و نخاع می‌شود (هانکوک، رانو و گالیوتو، ۲۰۲۴)، درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می‌کند که باعث نقص‌های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می‌شود و ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می‌دهد (درتاج، علی‌اکبری‌دهکردی، مقدسی و علی‌پور، ۱۴۰۰). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون، بانول، بارخوف، ۲۰۱۸). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (ژنگ، جیانگ، هوانگ و وانگ، ۲۰۲۴). بیماری ام‌اس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (دابسون و گیوانونی، ۲۰۱۹)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می‌نماید (یوسفی، ضرغام حاجبی، سراوانی، ۱۴۰۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود (شمس، پاشنگ، صداقت، ۱۴۰۰). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال‌های روانشناختی همراه است (بندیکت، آماتو، دلوکا، ۲۰۲۰). بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده، بیمار را با سوالاتی درباره هدف و معنا در زندگی مواجه می‌کنند. شمار زیادی از بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجادکننده هدف و معنا در زندگی می‌شناسند (خاری و پاکیان، ۱۴۰۲).

معنویت نقش مهمی در بهبود وضعیت روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های خاص و مزمن دارد (سلیمی کنده، ۱۳۹۹). سلامت معنوی یکی از مفاهیم مهم در نحوه رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد که فرد را به احساسات هویت، کمال، رضایت مندی، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند (شیوندی، عبدالملکی، قلمی و نفر، ۱۴۰۲). از طرفی سلامت معنوی، دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (رازک، یوسف، عیسی، ایمپونگ و مسلان، ۲۰۲۱). به طور کلی اعمال مذهبی و معنوی اگرچه باعث درمان بیمار نمی‌شود اما به وی کمک می‌کند تا با بیماری کنار

1. Multiple sclerosis
2. Hancock, Rao and Gallioti
3. Thompson, Banwell, Barkhoff
4. Zheng, Jiang, Huang and Wang
5. Dobson and Giovannoni
6. Benedict, Amato, DeLuca
7. Spiritual health
8. Razak, Yusuf, Isa, Imbong and Maslan

آمده و از برخی مشکلات سلامت پیشگیری می‌کنند (کوپوال، رانیا، پارسی و الگومارسینوا، ۲۰۲۱). سلامت معنوی یکی از مفاهیم مهم در نحوه رویارویی بیمار با مشکلات و تنش ناشی از بیماری می‌باشد که فرد را به احساسات هویت، کمال، رضایت‌مندی، خرسندی، نگرش مثبت، توازن درونی و هدف در زندگی متمایل می‌کند (عیسی‌زاده، محمدصالحی و جعفری، ۱۴۰۲). از این رو، توجه به سازگاری و کنار آمدن با بیماری و مشکلات ناشی از آن از طریق شناخت و تقویت بعد معنوی سلامت بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (عبادی، حسینی، فلاحی، ۱۳۹۶).

علاوه بر معنویت، برای اینکه فرد بتواند با محدودیت‌ها و منابع استرس مقابله کند و سالم بماند ساختاری مانند حس انسجام مورد نیاز است (تیلور، دورستن، پریور، ۲۰۲۲). شواهد پژوهشی نشان داد که سازه انسجام و پیوستگی در سازگاری و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار موثر است (ضرابی، زمانیان، کراسکیان و پاشنگ، ۱۴۰۰). حس انسجام یک منبع درونی است که به صورت تجربی در طول جوانی رشد می‌کند تا به یک کیفیت نسبتاً پایدار می‌رسد. از طریق حس انسجام می‌توان توجه کرد که چرا فردی می‌تواند حد بالایی از استرس را از سر بگذراند و سالم بماند (ایندور، ناقتالی، روهیموویچ، شیتريت، ۲۰۲۱). حس انسجام قوی و رشد یافته سلامت جسمانی را ارتقا می‌بخشد و سطوح بالای بهزیستی روانی را تسهیل می‌کند (نیلاب، قنبری‌هاشم‌آباد و کیمیایی، ۱۳۹۸)؛ همچنین احساس انسجام روش‌های کارآمدی را برای مواجهه با عوامل تنش‌زا در اختیار اشخاص می‌گذارد و در نتیجه آنان در مواجهه با تنش‌های مواجه شده بیشتر از قبل مقاومت می‌نمایند احساس انسجام یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه در پذیرش، توانایی مدیریت و معناداری می‌باشد (مسینا، کولبرت، بوندیک، کروترز و استرانو، ۲۰۱۸). پذیرش زیرمؤلفه شناختی احساس انسجام است و به طور کلی به توانایی کنترل محیط بیرونی از نظر شناختی اشاره دارد، به عبارتی دیگر احساس فرد نسبت به منظم بودن و سازمان یافتگی اطلاعات مرتبط با خود و محیط بیرونی را مورد سنجش قرار می‌دهد (ملکان، ۱۴۰۱). زیرمؤلفه توانایی مدیریت به عنوان سازه‌ای ابزاری اشاره به قابلیت دسترسی به منابع بیرونی جهت پاسخگویی مطلوب به نیازها و تقاضاهای نشأت گرفته از تحریکات بیرونی و درونی اشاره دارد، در حقیقت کنترل پذیری منعکس‌کننده نگرش‌ها و منابع مقابله‌ای موجود است. در آخر معناداری بر جنبه انگیزشی احساس انسجام تاکید داشته و میزان درگیر شدن وی را در حیطه‌های مختلف زندگی نشان می‌دهند (چانگ، ۵ و لی، ۶، ۲۰۲۱).

با توجه به ماهیت مزمن و پیشرونده بیماری ام‌اس، این بیماری می‌تواند تأثیرات مخربی بر احساس شخص از خود بگذارد. گاهی اوقات فرد خود را مسئول مشکلات و بیماری خود دانسته و به خاطر مشکلات جسمی و روانی، دائماً خود را سرزنش می‌کند. بنابراین می‌توان گفت این بیماران از

1. Kupval, Rania, Parisi and Algomarsino
2. Taylor, Dorsten, Prior
3. Endore, Naftali, Rohimovic, Sheetrit
4. Messina, Colbert, Bundick, Crothers & Strano
5. Chang
6. Lee

شفقت به خود پایین رنج می‌برند (ادیبی، طاهر و نهایتی، ۱۴۰۰). شفقت خود احساس گشودگی نسبت به رنج خود و همچنین تمایل به تسکین این رنج با مهربانی است (نف و گرمر، ۲۰۱۷). شفقت به خود تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش عاری از ارزیابی و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود می‌باشد (عاشوری، کچویی و حمیدی، ۱۴۰۱). بر اساس تعریف نف (۲۰۱۳) این متغیر از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل خودسرزنشگری، تجربه مشترک بشری در برابر انزو، ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی یا اجتناب (روحانی و هارونی، ۱۳۹۸). خودشفقتی باعث می‌شود افراد ترس کمتری از شکست داشته باشند و شایستگی خود را درک و ملاحظه کنند (جاکبسون، ویلسرون، سرولومانکروز و کلروم، ۲۰۱۸).

با توجه به در نظر گرفتن مولفه‌های روانشناختی بیماری، لذا مداخله روانشناختی در این زمینه می‌تواند نقش اساسی در سازگاری فرد با شرایط جسمی‌اش داشته باشد (درتاج، علی‌اکبری دهرکردی، ناصرمقدسی و علی‌پور، ۱۴۰۰). در این پژوهش از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ که یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است استفاده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مهارت‌های روانشناختی را به انسان آموزش می‌دهد تا بتواند افکار و احساسات دردآور را به طور مؤثری بپذیرد و تحمل کند؛ به طوری که این افکار و احساسات تأثیر و نفوذ کمتری در فرد داشته باشند (هیز، ۲۰۱۹)، و از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش، گسلش‌شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند (بخشنده‌لاریمی، زبردست و رضائی، ۱۴۰۰). در این راستا نتایج مطالعات مختلف نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی (صفدری و همکاران، ۱۴۰۱؛ عقیلی و ملک، ۱۴۰۰؛ فروئر و همکاران، ۲۰۱۳)، خودشفقت‌ورزی (بختیاری و همکاران، ۱۴۰۱؛ باکویی، ۱۴۰۱؛ موران و مینگ، ۲۰۲۲؛ کوله و همکاران، ۲۰۲۱)، انسجام روانی (بصیری فر و موسوی نژاد، ۱۴۰۱؛ کاظمی، ۱۴۰۰؛ ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۸) بود.

با توجه به اینکه کاربرد درمان‌های مختلف از جمله مداخلات روانشناختی می‌تواند گامی نو در بهبود وضعیت این بیماری تلقی شود، جلب توجه متخصصان مبنی بر استفاده بیشتر از پیش از خدمات روانشناسان و استفاده از درمان‌های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار مداخلات طبی، گامی مؤثر در بهبود سازگاری و وضعیت روانشناختی بیماران تلقی می‌شود. به‌منظور پوشش خلأ اطلاعاتی موجود و در راستای تحقق اهداف فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر گرگان انجام شد. شیوع بیماری ام اس، کیفیت زندگی بیماران را به دلیل ناتوانی تدریجی کاهش داده است؛ بنابراین، با توجه به کثرت روزافزون بیماران مبتلا به ام اس و تأثیرگذاری

1. Nef and Garmar
2. Jacobserone, Wilserone, Serulomanecrosis and Chlorine
3. Acceptance and commitment therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برخورد با شرایط ناتوان‌کننده و رنج‌آور، ضرورت دارد پژوهشی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه‌آماري پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله عضو انجمن ام.اس شهر گرگان در سال ۱۴۰۱ بودند که بر اساس آمار اخذ شده از انجمن تعداد آنها ۳۰۰ نفر بود. بعد از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به انجمن ام.اس شهرستان گرگان، از بین زنانی که ملاک‌های ورود در مورد آنها صدق می‌کرد، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری، حداقل تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های روانشناختی و مصرف داروهای روانپزشکی بود. پس از طی مراحل فوق، ضمن دعوت از آزمودنی‌های گروه آزمایش جهت حضور در انجمن ام.اس برای افراد گروه آزمایش در مورد منطق درمان و هدف پژوهش توضیحاتی داده شد. سپس جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه) بر اساس پروتکل درمانی پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی پژوهش به این صورت بود که افراد شرکت کننده ابتدا فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. به آنها اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روانشناختی آنها در اولویت قرار گیرد و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخ‌گویی، همکاری در پژوهش را ادامه ندهند. در صورت تایید فرضیه پژوهش برای گروه گواه نیز دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز اجرا خواهد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف استاندارد و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف و آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آن و نرم‌افزار تحلیل داده‌های spss نسخه ۲۰ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت معنوی ۱: این پرسشنامه توسط پالوتزیان و الیسون (۱۹۸۳) ساخته شده و دارای ۲۰ سوال و دو خرده مولفه سلامت مذهبی و سلامت وجودی می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت

طیف لیکرت ۶ درجه‌ای و به شرح ذیل است: کاملاً مخالفم=۱ مخالفم=۲ نسبتاً مخالفم=۳ نسبتاً موافقم=۴ موافقم=۵ و کاملاً موافقم=۶. در این پرسشنامه چنانچه فرد نمره‌ای بین ۲۰ تا ۶۰ کسب کند نشان دهنده آن است که سلامت معنوی پایینی دارد، چنانچه نمره‌ای بین ۶۱ تا ۹۹ کسب کند نشان دهنده سلامت معنوی متوسط است. و اگر نمره‌ای بین ۱۰۰ تا ۱۲۰ کسب نماید نشان دهنده سلامت معنوی بالا می‌باشد. دامنه کلی نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. فراهانی‌نیا و همکاران (۱۳۸۴) به جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب به دست آمده ۰/۸۲ بود که نشان دهنده اعتبار مطلوب و مناسبی است. همچنین در پژوهش سلیمی‌کنده و همکاران (۱۳۹۹) پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه سلامت معنوی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه احساس انسجام ۱: به منظور سنجش احساس انسجام در این پژوهش از مقیاس حس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه حاوی ۲۹ سؤال و سه خرده مقیاس ۱- قابل درک بودن (سوالات ۱ تا ۱۱)، ۲- کنترل‌پذیری (سوالات ۱۲ تا ۲۰) و ۳- معنی‌دار بودن (سوالات ۲۱ تا ۲۹) می‌باشد. به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. که ضریب به دست آمده در جامعه پسران ۰/۷۵ و در جامعه دختران ۰/۷۸ گزارش گردید. و روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس سرسختی روانشناختی ۰/۵۴ حاصل شد. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۶۶ گزارش شده است. به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس، ارتباط مولفه‌های ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معناداری با نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ به دست آمده است (آنتونوسکی، ۱۹۸۷). در پژوهش نیلاب و همکاران (۱۳۹۸) به جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد که ضریب ۰/۷۹ گزارش گردید. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد و در ۷ سؤال به صورت معکوس است. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۱۴۵ تا ۲۹ متغیر است. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه احساس انسجام با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه شفقت به خود ۲: پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است (نف، ۲۰۰۳). این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هر گز تا تقریباً همیشه)، با سؤالاتی مانند: (من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آنها را تایید نمی‌کنم. وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم.) شفقت‌ورزی به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به‌شیراری در مقابل همانندسازی افراطی است. این ۶ زیر مقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس، مهربانی نسبت به خود؛ قضاوت خود؛ به‌شیراری؛ همانندسازی افراطی؛ اشتراکات انسانی؛ و انزوا می‌باشد. مطالعات روایی همگرا (نف، ۲۰۱۷)، روایی

افتراقی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسب این مقیاس را نشان داده‌اند. در مطالعات عاشوری و همکاران (۱۴۰۱) نیز همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه شفقت به خوئی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گرفته از پروتکل هیز و همکاران (۲۰۰۶) به تفکیک جلسات و محتوای هر یک از آنها در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند
هفتم	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $32/08 \pm 3/42$ بود. همچنین نتایج نشان داد که ۹ نفر (۰/۷۵) تحصیلات دیپلم، ۱۸ نفر (۰/۲۹) فوق‌دیپلم و ۳ نفر (۰/۱) لیسانس داشتند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه گواه		گروه آزمایش		مرحله	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۶/۷۸	۸۱/۶۰	۶/۱۴	۸۱/۲۰	پیش‌آزمون	سلامت معنوی
۵/۵۳	۷۹/۳۳	۶/۲۷	۹۸/۲۶	پس‌آزمون	
۵/۳۰	۷۹/۴۰	۳/۳۱	۷۹/۰۰	پیش‌آزمون	احساس انسجام
۷/۷۳	۸۰/۶۶	۴/۶۷	۱۱۲/۳۳	پس‌آزمون	
۴/۲۶	۷۱/۲۰	۴/۷۲	۷۴/۲۶	پیش‌آزمون	شفقت به خود
۱۸۳۲۶	۷۳/۰۶	۴/۷۴	۹۶/۹۳	پس‌آزمون	

بر اساس نتایج جدول ۲، در هر دو متغیر، گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبودی را در میانگین داشته است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره در جهت بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس خطا بین گروه‌های پژوهش انجام و تایید شدند ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد با توجه به معنی‌دار نبودن مقدار $F=1/464$ ، $sig=0/128$ ، چون سطح معنی‌داری بیشتر از $0/05$ بود، شرط همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیرهای سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود نشان داد، خطوط موازی و هم‌جهت بوده و بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره‌های پس آزمون متغیر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود و نمره‌های همپراش پیش آزمون

منبع	متغیر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آماری
گروه	سلامت معنوی	۱	۲۳۰۴/۶۸۵	۲۳۰۴/۶۸۵	۶۱/۳۹۰	۰/۰۰۰	۰/۷۱
	احساس انسجام	۱	۶۸۰۷/۶۳۴	۶۸۰۷/۶۳۴	۱۵۱/۲۵۴	۰/۰۰۰	۰/۸۵
	شفقت به خود	۱	۳۶۱۸/۳۶۸	۳۶۱۸/۳۶۸	۱۲۵/۷۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳
پیش آزمون	سلامت معنوی	۱	۹/۹۰۹	۹/۹۰۹	۰/۲۶۴	۰/۶	۰/۰۱۰
	احساس انسجام	۱	۱۰/۲۸۳	۱۰/۲۸۳	۰/۲۲۸	۰/۶	۰/۰۰۹
	شفقت به خود	۱	۱۳/۹۱۰	۱۳/۹۱۰	۰/۴۸۳	۰/۰۱	۰/۴۸
خطا	سلامت معنوی	۲۵	۹۳۸/۵۳۷	۳۷/۵۴۱			
	احساس انسجام	۲۵	۱۱۲۵/۱۹۷	۴۵/۰۰۸			
	شفقت به خود	۲۵	۷۱۹/۳۶۱	۲۸/۷۷۴			
کل	سلامت معنوی	۳۰	۲۴۰۲۳۲/۰۰۰				
	احساس انسجام	۳۰	۲۸۸۰۳۱/۰۰۰				
	شفقت به خود	۳۰	۲۲۱۸۹۸/۰۰۰				

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی ($F=۶۱/۳۹۰, P<۰/۰۰۱$)، احساس انسجام ($F=۱۵۱/۲۵۴, P<۰/۰۰۱$) و شفقت به خود ($F=۱۲۵/۷۴۹, P<۰/۰۰۱$) بر آزمودنی‌ها از لحاظ آماری اثربخش است، مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۱ درصد واریانس سلامت معنوی، ۸۵ درصد واریانس احساس انسجام و ۸۳ درصد واریانس شفقت به خود از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سلامت معنوی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات صفدری و همکاران (۱۴۰۱)، عقیلی و ملک (۱۴۰۰) و فروئر و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را براساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است یا نه ارزیابی کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، خود مشاهده‌گری و آگاهی فرد از وضع اندامش تقویت می‌شود. در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات تلاش می‌شود (صفدری و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین افراد خود را از نشخوارهای فکری که منتج از ناامیدی است، نجات می‌دهند؛ به عبارتی دیگر می‌توان گفت این درمان با کاهش همجوشی با افکار و احساسات ناکارآمد، به بیمار این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران و تعالی خویشتن رو به رو شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم پذیرش و تعهد، بیمار مسئولیت پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که از این طریق سلامت معنوی در زندگی‌شان افزایش می‌یابد (عقیلی و ملک، ۱۴۰۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش احساس انسجام زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات بصیری فر و موسوی‌نژاد (۱۴۰۱)، کاظمی (۱۴۰۰)، ریچاردسون و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد پذیرش و تعهد، به بیمار کمک می‌شود با در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره‌ها در طول درمان، روش‌ها و تکالیف درمانی یاد بگیرد هنگام رویارویی با رویدادهای زندگی توانمند باشد. استعاره‌های استفاده شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند به تجربیات مثبت و خوب زندگی‌شان توجه کنند که در بهبودی آنها نقش دارد و در عین حال بتوانند رویدادهای روانی آسیب‌رسان را بپذیرند و در زمان حال زندگی کنند. همچنین این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آنها آمیخته است، به گونه‌ای که معتقدند افکار آنها عین حقیقت و غیرقابل تغییر است، کمک می‌کند بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن اینکه کدام یک از آنها درست و غلط است، به بیماران کمک می‌کند به جای اینکه ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند و سلامتی‌شان بهبود یابد (بصیری فر و موسوی‌نژاد، ۱۴۰۱). علاوه بر این، می‌توان گفت که یکی از فرایندهایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود فرایند عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در راستای ارزش‌ها به

وجود می‌آید و باعث می‌شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، بر رضایت از زندگی افزوده شود و فرد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (اضطراب، یأس، افسردگی) رهایی می‌بخشد که به نوبه خود باعث کاهش فشار روانی می‌شود و موجبات افزایش احساس انسجام و سلامت را در فرد فراهم می‌کند (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین آخرین یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده است. این یافته با نتایج مطالعات بختیاری و همکاران (۱۴۰۱)، باکویی (۱۴۰۱)، موران و مینگ (۲۰۲۲)، کوله و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را هدایت می‌کند تا افکار و هیجان‌های خویش را از خود جدا ببینند که این به درمانگران اجازه می‌دهد تا چارچوب رابطه‌ای و حالت‌های شناخت منفی را اصلاح کنند. هدف پذیرش و تعهد درمانی، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی است که شامل آشفتگی‌ها، افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی، بدنی است و نهایتاً افراد را به سمت ارتقاء کیفیت زندگی‌شان هدایت می‌کند (کوله و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر پذیرش و سپس تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌شود. در تحلیل این یافته باید گفت مؤلفه پذیرش، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربه‌های ناخوشایند درونی را بدون تلاش به منظور کنترل آنها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا تجربه‌های ناخوشایند کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تاثیرشان بر زندگی فرد کاهش خواهد یافت (موران و مینگ، ۲۰۲۲).

به دلیل اجرای پژوهش بر روی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام.اس شهرستان گرگان، تعمیم نتایج به زنان مبتلا در سایر شهرها و استان‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده به منظور بررسی دقیق‌تر ابعاد سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود و به طور کلی وضعیت روانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌هایی به صورت طولی انجام دهند. لزوم توجه بیشتر به درمان‌های روانشناختی توسط نهادها و مؤسسات دست‌اندرکار توصیه می‌گردد. در این زمینه طراحی و در دسترس قرار دادن بسته‌های آموزشی و مشاوره‌ای درمان پذیرش و تعهد برای مددکاران، روانشناسان و پرستاران، جهت خودیاری بیماران پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ادیبی، مریم؛ طاهر، محبوبه؛ و نهایتی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه درآمیختگی شناختی، شفقت به خود و شکفتگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم. مجله سلامت و مراقبت، ۲۳(۱): ۵۵-۶۵.
- بخشنده لاریمی، نگار؛ زبردست، عذرا؛ و رضائی، سجاد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و تحمل آشفتگی در افراد با سردرد میگرنی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۲): ۷۴-۸۷.
- باکویی کتریمی، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی روانشناختی، افزایش شفقت به خود و تحمل پریشانی مادران کودکان اتیستیک، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب.
- بصیری فر، مهلا؛ و موسوی نژاد، سیدمحمود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان ناباور، مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸(۱): ۸۱-۹۲.
- بختیاری، بهاره؛ ساعدی، سارا؛ و رازانی، محسن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقت‌ورزی، ذهن آگاهی و سبک زندگی سلامت محور بیماران دیابت با استفاده از روش آماری استنباطی، نهمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم انسانی، مدیریت و کارافرینی ایران، تهران.
- خاری، سرور؛ و پازکیان، مرضیه. (۱۴۰۲). تاثیر مذهب و معنویت روی سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس، ششمین همایش ملی مراقبت و درمان، علی آباد.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصرمقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱): ۴۹-۷۲.
- روحانی، عباس؛ وهارونی، یعقوب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت خود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مرد شهر اصفهان، روانشناسی. روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۰(۳۲): ۵۱-۶۲.
- سلیمی کنده، طاهره. (۱۳۹۹). نقش سلامت معنوی، دشواری در تنظیم هیجان و امید در پیش بینی اضطراب سلامت بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد آستارا.
- شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۸(۱): ۸۰-۷۰.

شیوندی چلیچه، کامران؛ عبدالملکی، سعید؛ قلمی، زهرا؛ و نفر، زهرا. (۱۴۰۲). تبیین مدل تاب‌آوری بر اساس هدفمندی زندگی و کیفیت روابط با میانجی‌گری سلامت معنوی در مواجهه با شرایط فشار روانی ناشی از کووید-۱۹. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۴): ۱۰-۳۴.

صفدری، حلیمه؛ زرگران، فرزانه؛ و زرگران، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و سلامت معنوی زنان نابارور در شهر مشهد، دومین کنفرانس بین‌المللی تحقیقات پیشرفته در مدیریت و علوم انسانی، تهران.

ضرابی عجمی، سمیرا؛ زمانیان، هادی؛ کراسکیان مومباری، آدیس؛ و پاشنگ، سارا. (۱۴۰۰). نقش میانجی‌گری حس انسجام در رابطه بین استرس ادراک شده با خستگی و درد در بیماران مالتیپل اسکلروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۴(۱۱): ۳۸-۴۷.

عیسی زاده، نیکزاد؛ محمدصالحی، رضا؛ و جعفری کادیجانی، نسرین. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط نواهی شرع مقدس با ابعاد سلامت با تأکید بر سلامت معنوی. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۷(۲): ۳۳۰-۳۲۲.

عاشوری، میترا؛ کجویی، محسن؛ و وحیدی، الهه. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه بین خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به ام‌اس. ابن سینا، ۲۴(۴): ۶۷-۷۸.

عقیلی، سید مجتبی؛ و ملک، فاطمه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی و فشار خون بیماران همودیالیزی شهرستان گرگان، مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۵): ۱-۱۲.

فراهانی نیا، مرحمت؛ عباسی، مژگان؛ گیوری، اعظم؛ و حقانی، حمید. (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. نشریه پرستاری ایران، ۱۸(۴۴): ۷-۱۴.

کاظمی، جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس انسجام، منبع کنترل و رشد بعد از تروما در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی و مولتیپل اسکلروزیس، رساله دکتری، رشته مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ملکان، مریم. (۱۴۰۱). رابطه انسجام خود و حمایت اجتماعی با اشتیاق تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان گالیکش، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، منتشر نشده، موسسه آموزش عالی شرق گلستان.

نیلاب، ریحانه؛ قنبری‌هاشم آبادی، بهرامعلی؛ و کیمیایی، سید علی. (۱۳۹۸). اثربخشی رویکرد بوئن بر ارتقاء تمایز یافتگی خود و رضایت زناشویی در زنان ترک و ترکمن. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۹(۱): ۱-۱۶.

یوسفی، خدیجه؛ زرغام حاجبی، مجید و سراوانی، شهرزاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۹): ۱۷۰-۱۵۷.

- Antonovsky, A. (1987). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6): 725-733.
- Benedict, R., Amato, M., DeLuca, J., & Geurts, J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The lancet neurology*, 19(10): 860-871.
- Coppola, I., Rania, N., Parisi, R., & Lagomarsino, F. (2021). Spiritual wellbeing and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1): 296-309.
- Chang, E., & Lee, S. (2021). Mediating effect of goal adjustment on the relationship between socially prescribed perfectionism and academic burnout. *Psychology in the Schools*, 57(2): 284-295.
- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis -a review. *European Journal of Neurology*, 1(26): 27-40.
- Eindor-Abarbanel, A., Naftali, T., Ruhimovich, N., Shitrit, A., Sklerovsky-Benjaminov, F., Konikoff, F., & Broide, E. (2021). Important relation between self-efficacy, sense of coherence, illness perceptions, depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease. *Frontline Gastroenterology*, 35(3): 3-7.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress, 1(4): 123-135.
- Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind How to Pivot toward What Matters*, Newyork: an imprint of Penguin Random House.
- Hancock, L., Rao, S., & Galimoto, R. (2024). Neuropsychological Manifestations of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 14(6): 101-116.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Jacobson, K., Wilson, G., Solomon, A., & Kellum, K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8(1): 69-73.
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., & Klooster, P. M. (2021). Web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion training: a randomized controlled trial with automated versus personal feedback. *Support Care Cancer*, 2(9): 5115-5125.
- Moran, D. J., & Ming, S. (2022). The Mindful Action Plan: Using the MAP to Apply Acceptance and Commitment Therapy to Productivity and Self-Compassion for Behavior Analysts. *Behav Analysis Practice*, 1(5): 330-338.
- Messina, K. C., Kolbert, J. B., Bundick, M. J., Crothers, L. M., & Strano, D. A. (2018). The impact of counseling on Bowen's differentiation of self. *The Family Journal*, 26(2): 150-155.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self - compassion program. *Journal Of Clinical Psychology*, 69(1): 28-44.
- Neff, K. (2003). Self- compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(1): 85-102.
- Neff, K., & Germer, C. (2017). *Self-Compassion and Psychological*. 1(1), 371-379.
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). *Loneliness spiritual well-being and quality of life*. New York: Wiley.
- Razak, R. R. A., Yusoff, H. A. N. M., Isa, N. A. M., Embong, R., & Maslan, A. (2021). Spiritual Intelligence During Catastrophe: The Covid-19 Pandemic Case. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(8): 1-12.
- Richardson, T., Bell, L., Bolderston, H., & Clarke, S. (2018). Development and Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Delivered by Psychologists and Non-

- Psychologists in an NHS Community Adult Mental Health Service: a Preliminary Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1): 121-127.
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2): 162-173.
- Taylor, P., Dorstyn, D., & Prior, E. (2022). Stress management interventions for multiple sclerosis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Health Psychology*, 25(2): 266-279.
- Zheng, T., Jiang, T., Huang, Z., & Wang, M. (2024). Knowledge domain and trend of disease-modifying therapies for multiple sclerosis: A study based on CiteSpace. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5): 261-273.

The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Spiritual Health, Sense of Coherence and Self-Compassion in Women with Multiple Sclerosis

Seyed Mojtaba Aghili¹
Motahareh Ebrahimi²,

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the spiritual health, sense of coherence and self-compassion of women with multiple sclerosis. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and control group. The statistical population of the research included all women aged 20 to 50 who were members of the Gorgan MS Association in 2022, and according to the statistics obtained from the association, their number was 300. From the mentioned population, 30 women with MS were selected as available and were placed in two experimental and control groups (15 people in each group) in a simple random manner. The research tools were the spiritual health questionnaires of Palutzian and Ellison (1983), Antonovsky's sense of coherence (1987) and Neff's self-compassion (2003). The experimental group received 8 sessions of 90-minute treatment based on acceptance and commitment, but the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research data was analyzed through multivariate analysis of covariance with spss software version 20. The results showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective on spiritual health, sense of coherence and self-compassion ($p < 0.05$). Considering the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on spiritual health, sense of coherence and self-compassion for women with multiple sclerosis, this approach should be considered by researchers as one of the new and practical tools.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Spiritual Health, Sense of Coherence, Self-Compassion, Multiple Sclerosis

1. (corresponding author): Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran
dr_aghili1398@yahoo.com

2. M.A, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran