

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی (عدم تعامل اجتماعی)

امیرپاشا کاظمی^۱
حسن اهدی^{۲*}
حمید نجات^۳

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی (عدم تعامل اجتماعی) انجام شد. مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه مرکزی آجودانیه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. هر یک از گروه های آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزار پژوهش ویرایش سوم پرسشنامه احساس تنهایی راسل (۱۹۹۶) بود. داده ها در نرم افزار SPSS-۲۱ با روش اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در پس آزمون باعث کاهش احساس تنهایی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شدند و نتایج درمان در مرحله پیگیری حفظ شد ($P > 0/05$)، اما بین روش ها در کاهش احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$). بر اساس یافته ها توصیه می گردد که درمانگران و روانشناسان بالینی از روش های مذکور برای کاهش احساس تنهایی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، احساس تنهایی

۱. گروه روان شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲. استاد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
drhahadi5@gmail.com
۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

مقدمه

امروزه مفهوم تنهایی^۱ یکی از مسائلی است که ذهن روانشناسان، درمانگران و جامعه‌شناسان را به خود مشغول ساخته است و درباره آن دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد (مونتولیو، هیدالگو و سالوادور^۲، ۲۰۱۹). احساس تنهایی نوعی هیجان منفی است که از نارسایی و ضعف در روابط بین‌فردی بوجود می‌آید و در نتیجه فرد احساس غمگینی، پوچی و عدم تعلق می‌کند. همچنین احساس تنهایی به معنای عدم توانایی در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران می‌باشد و باعث تجربه حس محرومیت می‌گردد (اکانل، اشی و گالاگر^۳، ۲۰۱۶). پس تنهایی تجربه ناخوشایندی است و در مواقعی ایجاد می‌شود که شبکه روابط اجتماعی فرد در برخی جنبه‌های با اهمیتش دچار نواقص و کمبودهایی هم در بعد کمی و هم در بعد کیفی باشد (گنتینا و چن^۴، ۲۰۱۹). احساس تنهایی احساسی شخصی است که لزوماً با واقعیت بیرونی همسان نیست. به عبارت دیگر در حالی که برخی افراد روابط اجتماعی محدودی دارند، احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند. در مقابل برخی دیگر با وجود بهره‌مندی از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً گسترده از احساس ناخوشایند تنهایی رنج می‌برند (دیتچیوا، ورشک-شالهورن و باتیستا^۵، ۲۰۱۸).

برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی از جمله کاهش احساس تنهایی روش‌های درمانی بسیاری وجود دارد که دو روش مهم برگرفته از موج سوم روان‌درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (مویر، مورل، کانالی و استینبرگ^۷، ۲۰۱۷) و مبتنی بر شفقت^۸ (گوردین، کلارک، کولتز و لایوچوی^۹، ۲۰۱۹) می‌باشند. درمان پذیرش و تعهد از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی (ایجاد توانایی انتخاب عملی مناسب بین گزینه‌های موجود، نه عملی برای اجتناب از افکار و احساس‌های استرس‌زا) است (انگ، لی و تووهیگ^{۱۰}، ۲۰۱۸). در روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی به جای تغییر شناخت‌ها تلاش می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش بهبود یابد (یاداویا، هابیس و ویلاردگا^{۱۱}، ۲۰۱۴). این شیوه درمانی از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (هاناکاک، سوین، هینسورث، دیکسون، کو و مانرو^{۱۲}، ۲۰۱۸). برتری این روش درمانی به دلیل استفاده از برخی راهبردها مانند ناامیدی خلاق، آگاهی فعال و تعهد رفتاری است که باعث افزایش سازگاری با مشکلات و کاهش پیامدهای منفی آنها می‌گردد (وینی، مک‌هاگل، گائو، کیگان و بیرنی^{۱۳}، ۲۰۱۹). در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجع تشویق می‌شود تا احساسات

1. loneliness
2. Montoliu, Hidalgo & Salvador
3. O'Connell, O'Shea & Gallagher
4. Gentina & Chen
5. Ditchava, Vrshek-Schallhorn & Batista
6. acceptance and commitment focused therapy
7. Moyer, Murrell, Connally & Steinberg
8. compassion focused therapy
9. Grodin, Clark, Kolts & Lovejoy
10. Ong, Lee & Twohig
11. Yadaivaia, Hayes & Vilardaga
12. Hancock, Swain, Hainsworth, Dixon, Koo & Munro
13. Wynne, McHugh, Gao, Keegan & Byrne

و افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده خود را بپذیرد و زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشد (گولد، تاربوکس و کوینی^۱، ۲۰۱۸). همچنین شفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت خود زمانی است که همه چیز بد پیش می‌رود (بکر، کاسول و اکلز^۲، ۲۰۱۹). نگرش مشفقانه نسبت به خود به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای به افراد کمک می‌کند تا میان خود و دیگران پیوند صمیمی برقرار سازند و بر ترس و اضطراب خود غلبه کنند (اهرت، جورمان و برکینگ^۳، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر شفقت شامل مولفه‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود (درک خود به جای انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به ناقص بودن و اشتباه کردن همه انسان‌ها) و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی (آگاهی متعادل و واضح از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک رویداد نه نادیده گرفته شوند و نه مکرر ذهن را مشغول سازند) است (ایو، سوار-زاوالا، کینگ، پتروچی، بارلو و لیتز^۴، ۲۰۱۷). بنابراین در درمان مبتنی بر شفقت از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی و درک به آنها نزدیک می‌شود، لذا هیجان‌های منفی به احساس‌های مثبت‌تری تبدیل و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای موثر برای تغییر خود یا شرایط را می‌دهد (کریگر، ریبر، وان‌گلوتز، یوریچ، ماسر و همکاران^۵، ۲۰۱۹).

با اینکه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی انجام شده، اما هیچ پژوهش درباره مقایسه آنها بر احساس تنهایی یافت نشد. نتایج پژوهش عسگری، جمهری، تاجری، برماس و حکمی (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی و بهبود سبک‌های اسنادی همسران معتادین شد. نجاری، خدابخشی کولایی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش سازگاری روانشناختی زنان مطلقه شد. در پژوهشی دیگر فتح‌اله‌زاده، سعیدی، ایچی‌حق، سعادت و رستمی (۱۳۹۵) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معناداری بر کاهش احساس تنهایی سالمندان با سندرم آشیانه خالی شد. همچنین نتایج پژوهش شفیع‌ی، اکبری و حیدری‌راد (۱۳۹۷) نشان داد که آموزش خوددلسوزی یا شفقت خود باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش تاب‌آوری در زنان مطلقه بی‌بضاعت شد. برقی ایرانی، بگیان کوله‌مرز و بختی (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌شفقت‌ورز باعث کاهش عواطف منفی از جمله تنهایی و تعدیل روان‌سازهای ناسازگار شد. علاوه بر آن نتایج پژوهش هاینز^۶ (۲۰۱۷) حاکی از تاثیر منفی و معنادار خودشفقتی و عزت نفس بر تنهایی و افسردگی بود. لیون^۷ (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که خوشفقتی تاثیر منفی و معنادار بر تنهایی داشت. در پژوهشی دیگر وانگ، ژو، یو، ران، لیو و چن^۸ (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث

1. Gould, Tarbox & Coyne
2. Baker, Caswell & Eccles
3. Ehret, Joormann & Berking
4. Au, Sauer-Zavala, King, Petrocchi, Barlow & Litz
5. Krieger, Reber, VonGlutz, Urech, Moser & et al
6. Haynes
7. Lyon
8. Wang, Zhou, Shi, Ran, Liu & Chen

کاهش عواطف منفی از جمله تنهایی شد.

با توجه به اینکه هیچ فردی پیدا نمی‌شود که احساس تنهایی نداشته باشد و این حس در همه افراد از نوع متفاوتش وجود دارد (ایمان‌زاده و علیپور، ۱۳۹۶)، این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. با توجه به آمار بالای دیابت نوع دو و مشکلات روانشناختی فراوانی که این بیماران با آن مواجه هستند مثل احساس تنهایی، باید به دنبال راهکارهایی برای کاهش مشکلات آنان بود که از راهکارها و روش‌های موثر می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت اشاره کرد. با اینکه درباره اثربخشی این دو روش پژوهش‌هایی انجام شده، اما پژوهشی درباره مقایسه آنها بر روی احساس تنهایی یافت نشد. در نتیجه، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی انجام بود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکزی آجودانیه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در این روش نمونه‌گیری از بیماران مراجعه‌کننده پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه درخواست همکاری شد و پس از موافقت آنان و امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا زمانی که تعداد نمونه‌ها به ۴۵ نفر رسید، ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰-۴۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، گذشت حداقل ۵ سال از بیماری، قند خون بالای ۱۳۰، عدم سابقه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت و عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به‌طور همزمان و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از یک جلسه و انصراف از ادامه همکاری بودند.

نحوه اجرای پژوهش این‌طور بود که پس از تایید پروپوزال به درمانگاه مرکزی آجودانیه مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولان، از آنان خواسته شد تا بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را به پژوهشگر معرفی کنند. پس از نمونه‌گیری به صورتی که در بالا شرح داده شد، ۴۵ نفر به صورت تصادفی به سه گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند و گروه‌ها به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی به‌عنوان گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت) و کنترل انتخاب شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به تفکیک با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۱) و درمان مبتنی بر شفقت (جدول ۲) آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

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

جلسات	محتوی شیوه درمانی
اول	معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، بیان اهداف و فلسفه مداخله پذیرش و تعهد، معرفی درماندگی خلاق و سیستم‌های ناکارآمد گذشته
دوم	آموزش کنترل مساله، نه کنترل راه حل، بیان چگونگی تاثیر مقابله ناکارآمد اجتناب و کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و پاندول، تقویت کنترل تجارب و آموزش راهبردهای کنترل هیجان
سوم	آموزش پذیرش و تمایل برای کنترل تجارب ذهنی ناخواسته با استعاره طناب‌کشی با هیولا، تمثیل آشفتگی پاک و ناپاک و استعاره مهمان ناخوانده
چهارم	آموزش گسلش شناختی و مشاهده مکرر افکار ناخوشایند با استعاره‌های مسافران در اتوبوس و سربازان در حال رژه
پنجم	آموزش خود به‌عنوان زمینه، خود به‌عنوان فرایند خودآگاهی پویا، خود مفهومی‌سازی شده و خود مشاهده‌گر با استعاره‌های خانه با مبلمان و صفحه شطرنج و تفکیک قائل شدن بین انواع خود برای گسست افکار و احساسات
ششم	آموزش تفاوت و تمایز قائل شدن بین احساسات و ارزش‌ها با استعاره مراسم تدفین
هفتم	آموزش عمل متعهدانه، مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری روانی و شناخت موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی مانند خاطرات و تفکرات، عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان منابع حمایتی
هشتم	ارزیابی عمل متعهدانه، ابراز مهارت‌های آموخته‌شده توسط آزمودنی‌ها، آموزش نحوه مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل

جدول ۲. محتوی درمان مبتنی بر شفقت به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی شیوه درمانی
اول	معرفی اعضا، بحث درباره قوانین جلسات، برقراری ارتباط درمانی و آشنایی افراد با یکدیگر، تعریف استرس و آسیب‌پذیری روانی ناشی از دیابت و اثرات آن بر افراد و مفهوم‌سازی درمان مبتنی بر شفقت
دوم	آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	آموزش همدردی، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	آموزش بخشایش، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	آموزش پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن در افراد تا بتوانند برخورد مناسب، موثر و کارآمدی با محیط داشته باشند
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری به‌عنوان یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر در خود
هشتم	مرورو و تمرین مهارت‌های جلسات قبل برای کمک به آزمودنی‌ها جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی

در هر دو گروه آزمایش، محتوی مداخله توسط یک متخصص بالینی به صورت گروهی (هفته‌ای یک جلسه) با استفاده از روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی در یکی از

کلینیک‌های خدمات روانشناختی منطقه یک تهران آموزش داده شد. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه، تکلیفی مرتبط به آزمودنی‌ها داده و ابتدای جلسه بعد، ضمن مرور آنها به آنان بازخورد سازنده داده شد. هر سه گروه علاوه بر تکمیل کردن فرم جمعیت‌شناختی در مراحل مختلف ارزیابی به ویرایش سوم پرسشنامه احساس تنهایی پاسخ دادند.

ویرایش سوم پرسشنامه احساس تنهایی: ویرایش سوم پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل^۱ در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که ۱۱ گویه مثبت و ۹ گویه منفی است با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۴=همیشه) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۸۰-۲۰ و نمره بیشتر حاکی از احساس تنهایی بالاتر می‌باشد. راسل (۱۹۹۶) روایی ابزار با نظر متخصصان و تحلیل عاملی تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ و با روش بازآزمایی بیشتر از یک ساله ۰/۷۳ گزارش شد. حیدری، قدوسی بروجنی و ناصح (۱۳۹۵) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

داده‌ها پس از ورود در نرم‌افزار SPSS-۲۱ با روش اندازه‌گیری مکرر با سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان ۴۵ بیمار بودند؛ به طوری که در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷ نفر مرد (۴۶/۶۷٪) و ۸ نفر زن (۵۳/۳۳٪)، در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۶ نفر مرد (۴۰٪) و ۹ نفر زن (۶۰) و در گروه کنترل ۸ نفر مرد (۵۳/۳۳٪) و ۷ نفر زن (۴۶/۶۷٪) بودند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی در مراحل ارزیابی به تفکیک گروه‌ها ارائه شد.

جدول ۳. نتایج میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی در مراحل ارزیابی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل	گروه درمان پذیرش و تعهد		گروه درمان شفقت		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۴۱/۶۰۰	۵/۸۶۵	۴۰/۸۶۶	۵/۰۹۷	۴۲/۱۳۳
	پس‌آزمون	۳۵/۵۳۳	۵/۰۴۰	۳۴/۸۶۶	۴/۸۲۳	۴۱/۸۶۶
	پیگیری	۳۵/۴۰۰	۴/۵۰۰	۳۴/۶۰۰	۳/۱۸۰	۴۱/۶۶۶

بررسی مفروضه‌های اندازه‌گیری مکرر نشان داد که برای متغیر وابسته احساس تنهایی فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مراحل ارزیابی هر سه گروه تایید شد ($P < 0/05$)، فرض برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین در مراحل ارزیابی تایید شد ($P < 0/05$) و فرض برابری کوواریانس‌ها بر اساس آزمون کرویت موخلی تایید نشد ($P > 0/05$). بنابراین در تحلیل با روش اندازه‌گیری مکرر از روش گرینه‌هاوس-گیسر استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی ارائه شد.

جدول ۴. نتایج اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۴۳۱/۲۱۱	۱	۴۳۱/۲۱۱	۶/۷۱۱	۰/۰۱۵	۰/۱۹۳	۰/۷۰۶
زمان	۲۱۱/۶۶۷	۱/۳۴۲	۱۵۷/۷۴۴	۳۹/۸۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷	۱/۰۰۰
گروه*زمان	۱۶۶/۲۸۹	۱/۳۴۲	۱۲۳/۹۲۶	۳۱/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۱/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۴، اثر گروه، زمان و تعامل گروه و زمان معنادار است، لذا با توجه به اندازه اثر می توان گفت که در بخش بین گروهی ۱۹/۳ درصد، در بخش درون گروهی ۵۸/۷ درصد و در بخش تعاملی ۵۲/۸ درصد تغییرات احساس تنهایی ناشی از اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد ($P > 0.05$). در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین احساس تنهایی در مراحل ارزیابی ارائه شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین احساس تنهایی در مراحل ارزیابی

مراحل آزمون	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
پیش آزمون	۳/۱۶۷*	۰/۳۸۷	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۳/۳۳۳*	۰/۵۴۴	۰/۰۰۱
پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۲۹۳	۱/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۵، اختلاف میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار است ($P > 0.05$)، اما اختلاف میانگین پس آزمون و پیگیری معنادار نمی باشد ($P < 0.05$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون باعث کاهش احساس تنهایی شده و این تغییر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی ارائه شد.

جدول ۶. نتایج اندازه گیری مکرر برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۵۸۷/۷۷۸	۱	۵۸۷/۷۷۸	۱۰/۹۳۱	۰/۰۰۳	۰/۲۸۱	۰/۸۹۱
زمان	۲۱۲/۰۶۷	۱/۳۹۷	۱۵۱/۸۴۸	۳۸/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲	۱/۰۰۰
گروه*زمان	۱۶۶/۲۸۹	۱/۳۹۷	۱۱۹/۰۷۰	۳۰/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۲	۱/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۶، اثر گروه، زمان و تعامل گروه و زمان معنادار است، لذا با توجه به اندازه اثر می توان گفت که در بخش بین گروهی ۲۸/۱ درصد، در بخش درون گروهی ۵۸/۲ درصد و در بخش تعاملی ۵۲/۲ درصد تغییرات احساس تنهایی ناشی از اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت می باشد

در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین احساس تنهایی در مراحل ارزیابی ارائه شد. ($P > 0/05$)

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین احساس تنهایی در مراحل ارزیابی

معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	مراحل آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۳/۱۳۳ ^۰	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۳/۳۶۷ ^۰	پیگیری	پیش‌آزمون
۱/۰۰۰	۰/۳۷۷	۰/۲۳۳	پیگیری	پس‌آزمون

طبق نتایج جدول ۷، اختلاف میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P > 0/05$)، اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نمی‌باشد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون باعث کاهش احساس تنهایی شده و این تغییر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

همچنین نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر برای بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی نشان داد که بین این دو روش تفاوت معناداری در کاهش احساس تنهایی وجود نداشت ($F = 0/030, P = 0/971$).

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که هر فردی تا حدودی احساس تنهایی می‌کند، لذا لازم است تا مداخلاتی با هدف کاهش احساس تنهایی صورت پذیرد. در نتیجه، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی انجام بود.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی شد که این نتیجه با نتایج پژوهش‌های عسگری و همکاران (۱۳۹۸)، نجاری و همکاران (۱۳۹۶)، فتح‌اله‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) و وانگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. برای مثال عسگری و همکاران (۱۳۹۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس تنهایی شد. در پژوهشی دیگر وانگ و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش عواطف منفی از جمله احساس تنهایی شد. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش فتح‌اله‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) می‌توان گفت که تمایل برای صمیمیت بین فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند و به پشتیبانی، آرامش و اطمینان‌خاطری که در همکاری‌های گروهی از جانب دیگران فراهم می‌شود، نیاز دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد تا واکنش‌های خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش‌رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. همچنین در طی این درمان افراد یاد می‌گیرند که غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات اجتناب‌ناپذیر هستند و آنان فقط می‌توانند نگرش و طرز برخورد خود با آنها را تغییر دهند. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که افراد صرف‌نظر از بیماری و مشکلات متعدد از طریق شرکت در گروه‌های اجتماعی و روابط میان‌فردی، میزان احساس تنهایی خود را کاهش دهند.

دیگر نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس تنهایی شد که این نتیجه

با نتایج پژوهش‌های شفيعی و همکاران (۱۳۹۷)، برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵)، هاینز (۲۰۱۷) و لیون (۲۰۱۵) همسو بود. برای مثال شفيعی و همکاران (۱۳۹۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش خوددلسوزی یا شفقت خود باعث کاهش احساس تنهایی شد. در پژوهشی دیگر هاینز (۲۰۱۷) گزارش کرد که خودشفقتی بر احساس تنهایی تأثیر منفی و معنادار داشت. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش شفيعی و همکاران (۱۳۹۷) می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت به افراد گسترش مهربانی با خود، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارد را آموزش می‌دهد و باعث می‌شود که افراد با وجود مشکلات موجود در زندگی صمیمیت بیشتری با دیگران داشته باشند، مهارت‌های خودتنظیمی و کارآمدی بیشتری از خود نشان دهند و برای حفظ تعادل روانشناختی خود تلاش بیشتری کنند. در نتیجه درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش صمیمیت با دیگران ابتدا باعث جلب حمایت دیگران و ارتقای عزت نفس و دستیابی به یک زندگی هدف‌مندانه و در نهایت باعث کاهش احساس تنهایی می‌گردد.

همچنین نتایج نشان داد که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در کاهش احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش سعادت، رستمی و دربان (۱۳۹۵) می‌توان گفت که افراد معمولاً به تجربیات ناخوشایند از طریق تلاش‌های اجتنابی یا کنترل افراطی پاسخ می‌دهند. در چنین شرایطی ذهن می‌گوید باید موقعیت را بهتر کنترل کنیم و نباید افکار و احساسات ناخوشایند داشته باشیم. بدیهی است که این نوع نگرش تند و منتقدانه در تضاد با سلامتی است و هر دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر شفقت از طریق ذهن‌آگاهی، پرهیز از قضاوت نامناسب و پذیرش مشکلات به دنبال کاهش پیامدهای منفی مشکلات و رویدادهای دردناک هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان می‌دهد ابتدا به تغییر روابط با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی برسند و سپس به افراد افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را آموزش می‌دهد. همچنین در درمان مبتنی بر شفقت تغییر روابط با تجارب درونی اتفاق می‌افتد که این تغییر شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است و همانند درمان پذیرش و تعهد بر یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌کند. در نتیجه، مفاهیم مشترک هر دو روش و کارآمد و کاربردی بودن راهکارهای هر یک باعث می‌شود که بین روش‌های مذکور در کاهش تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه اندک، محدود شدن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکزی آجودانیه و استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود که این محدودیت‌ها در استفاده از نتایج و تعمیم آنها باید مورد توجه قرار گیرد. بنابراین توصیه می‌گردد که این پژوهش با حجم نمونه بیشتر و استفاده از مصاحبه به جای پرسشنامه بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (یا یک) و یا حتی سایر بیماران از جمله بیماران مبتلا به سرطان پستان، پرفشاری خون و غیره انجام شود. بر اساس یافته‌ها توصیه می‌گردد که درمانگران و روانشناسان بالینی در کنار سایر روش‌های درمانی از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت برای کاهش احساس تنهایی استفاده کنند.

منابع

- ایمان‌زاده، علی و علیپور، سربیه. (۱۳۹۶). واکاوی تجربیات زنان سالمند از احساس تنهایی: مطالعه‌ای پدیدارشناختی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۱)، ۳۱-۴۳.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و بختی، مجتبی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روان‌سازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۱(۱)، ۱۱۷-۱۰۳.
- حیدری، محمد؛ قدوسی بروجنی، منصوره و ناصح، لادن. (۱۳۹۵). مقایسه خودکارآمدی و احساس تنهایی در سالمندان ساکن و غیرساکن آسایشگاه سالمندی. *مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۱)، ۱۵۱-۱۴۲.
- سعادت‌تی، نادره؛ رستمی، مهدی و دربانی، سیدعلی. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFI) در تقویت عزت نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *مجله روان‌شناسی خانواده*، ۳(۲)، ۴۵-۵۸.
- شفیعی، معصومه؛ اکبری، شیرین و حیدری‌راد، حدیث. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش خوددلسوزی بر احساس تنهایی و تاب‌آوری در زنان مطلقه بی‌بضاعت. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۵(۶)، ۷۱-۸۴.
- سگری، اسماعیل؛ جمهری، فرهاد؛ تاجری، بیوک؛ برماس، حامد و حکمی، محمد. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی همسران معتادین. *فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، ۱۳(۱)، ۱۵۰-۱۲۳.
- فتح‌اله‌زاده، نوشین؛ سعیدی، فاطمه؛ ایچی حق، سیمین؛ سعادت‌تی، نادره و رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲)، ۸۹-۱۰۲.
- نجاری، فیروزه؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری روانشناختی زنان مطلقه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۵(۳)، ۶۸-۷۵.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 90, 154-161.
- Ditcheva, M., Vrshek-Schallhorn, S., & Batista, A. (2018). People who need people: Trait loneliness influences positive affect as a function of interpersonal context. *Biological Psychology*, 136, 181-188.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*, 15, 220-226.
- Gentina, E., & Chen, R. (2019). Digital natives' coping with loneliness: Facebook or face-to-face? *Information & Management*, 56(6), 1031-1038.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and

- commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 81-88.
- 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.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Children and Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.
- Haynes, K. N. (2017). Loneliness and depression: Contrasting the buffering effects of self-compassion and self-esteem adolescence. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 15, 251-272.
- Krieger, T., Reber, F., VonGlutz, B., Urech, A., Moser, C. T., & et al. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 50(2), 430-445.
- Lyon, T. A. (2015). Self-compassion as a predictor of loneliness: The relationship between self-evaluation processes and perceptions of social connection. Dissertation, Lakeland: Southeastern University.
- Montoliu, T., Hidalgo, V., & Salvador, A. (2019). The relationship between loneliness and cognition in healthy older men and women: The role of cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 107, 270-279.
- Moyer, D. N., Murrell, A. R., Connally, M. L., & Steinberg, D. S. (2017). Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 114-118.
- O'Connell, B. H., O'Shea, D., & Gallagher, S. (2016). Mediating effects of loneliness on the gratitude-health link. *Personality and Individual Differences*, 98, 179-183.
- Ong, C. W., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behavioral Research Therapy*, 104, 14-33.
- Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Wang, S., Zhou, Y., Shi, Y., Ran, L., Liu, X., & Chen, Y. (2015). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., & Byrne, K. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257.

