

مقایسه اثربخشی درمان گروهی به روش متمرکز بر شفقت (CFT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایتمندی زناشویی بیماران متاهل مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یافته

حسین براتی پور^۱، نگار اصغری رحمتی^{۲*}، سعید تیموری^۳، محمدعلی نهایتی^۴

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی به روش متمرکز بر شفقت (CFT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایتمندی زناشویی بیماران متاهل مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یافته بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی، به صورت پیش آزمون، پس آزمون، با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران ام اس نوع عودکننده و بهبود یافته‌ای هستند که در سال ۱۴۰۱ به مرکز جامع ام اس دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده و دارای پرونده پزشکی می‌باشند. از میان جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس و کسب یک انحراف استاندارد نمره پایین‌تر در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در پیش‌آزمون ۲۴ نفر از بیماران که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند، به عنوان انتخاب شده و به طور تصادفی در ۳ گروه ۸ نفری A، B و C جایگزین شدند که گروه A درمان گروهی به روش متمرکز بر شفقت، گروه B، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه C گروه کنترل بود که درمانی دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین هر دو درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد هر دو درمان، روش‌های موثری، در جهت افزایش رضایت زناشویی می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصان زوج‌درمانی، این دو روش درمانی را به منزله رویکرد درمانی موثر در زمینه بهبود روابط زناشویی مدنظر قرار دهند.

واژگان کلیدی: بیماران متاهل، رضایتمندی زناشویی، درمان گروهی به روش متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یافته

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۷/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۱

استناد: براتی پور حسین، اصغری رحمتی نگار، تیموری سعید، نهایتی محمدعلی. مقایسه اثربخشی درمان گروهی به روش متمرکز بر شفقت (CFT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایتمندی زناشویی بیماران متاهل مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یافته، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۴): ۱۶۲-۱۷۹

hosainbp55@gmail.com

^۱ - گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران،

^۲ - گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

asgharipourN@mums.ac.ir, tell: 09155003977

Steimory28@yahoo.com

^۳ - گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران

nahayatima@gmail.com

^۴ - گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

بیماری مولتیپل اسکلروزیس از شایع‌ترین بیماری‌های عصبی است که از مشخصه‌های اصلی آن درگیرشدن مناطق متعدد سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد و جز ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های سنین جوانی محسوب می‌گردد که افراد زیادی با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و زنان بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند این بیماری در افراد گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع بیشتری داشته است (۱)

بیماری MS ماهیت پیشرونده داشته و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تاثیر می‌گذارد، به طوری که با ابتلا به این بیماری، زندگی طبیعی و عادی فرد در بهترین شرایط زندگی که نیاز به فعالیت اجتماعی، اشتغال و تشکیل خانواده دارد، مختل می‌شود (۲).

زندگی توأم با یک اختلال پیشرونده مزمن نظیر ام‌اس نه تنها برای بیماران تنش‌هایی را ایجاد می‌کند، پریشانی قابل توجهی را نیز برای شریکان صمیمی به وجود می‌آورد (۳). این بیماری زندگی خانوادگی و اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و پیامدهای اجتماعی، روانی و فیزیکی برای بیمار و خانواده وی ایجاد می‌کند که گاه می‌تواند تهدیدکننده زندگی فرد باشد. ازدواج و سازگاری زناشویی با ناخوشی و مرگ و میر و بیماری‌های مزمن مختلف رابطه منفی دارد (۴). ام‌اس از جمله بیماری‌های سخت و تهدیدکننده است که استرس زیادی را برای همسر ایجاد می‌کند و منجر به عدم رضایت زناشویی و جدایی و طلاق می‌شود (۵). به طور کلی می‌توان گفت بیماری‌های مزمن به عنوان یک واقعه ناگوار در زندگی نگریسته می‌شود که می‌تواند نحوه واکنش و تعاملات خانواده را تغییر دهد. با توجه به این نکات، به ام‌اس باید به عنوان یک مشکل خانوادگی نگاه کرد که همچون سایر بیماری‌های مزمن، بر تمام اعضای خانواده اثر می‌گذارد. احتمال وجود مشکلات زناشویی در این بیماران بیش از افراد سالم است؛ زیرا با شروع بیماری، همسر مجبور به تغییر نقش و پذیرش نقش جدید نسبت به گذشته خود می‌شود و از این رو، منافع ارتباط در روابط زوجین یک‌سویه خواهد شد و بار مسئولیت مضاعف همسر ناشی از بیماری اثر مهمی بر کیفیت زندگی و رابطه آنها دارد (۴). لذا این تغییرات بر رضایت زناشویی افراد موثر است. رضایت زناشویی عبارت از نگرشی است که در طول زندگی می‌تواند مثبت یا منفی باشد و به ارزیابی فرد از موقعیت ازدواج باز می‌گردد. رضایت زناشویی فرایندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید و شامل ۵ حیطه جاذبه بدنی، جاذبه جنسی، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری است. در واقع در طول زندگی مشترک، متغیرهای گوناگونی بر نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر تاثیر می‌گذارند و این متغیرها رضایت یا عدم رضایت زن و شوهر را از روابط زناشویی به همراه دارند (۶).

پژوهش‌ها حاکی از تفاوت رضایت زناشویی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس با افراد عادی است (۷). لذا لازم است که در مراکز درمانی، دوره‌های روانشناختی نیز برای این افراد در نظر گرفته شود. یکی از درمان‌هایی که کمتر در زمینه توانمند کردن روان شناختی زوج های مبتلا به بیماری ام‌اس مورد توجه قرار گرفته است، درمان متمرکز بر شفقت است. درمان مبتنی بر شفقت در جرگه تازه ترین درمان های شناختی قرار گرفته است. درمان مبتنی بر شفقت، شیوه‌ای جهت کمک به افراد برای گذار از یک رابطه سلطه گر تسلیم شده و گسترش بیشتر یک رابطه محبت آمیز با خود است. آموزش شفقت ورزی در راستای روبه رو شدن با رنج و آسیب خود و احساس یاری رساندن به منظور زدایش مشکلات خود بیان می‌شود (۸). شفقت به خود در معنای مراقبت فرد از خود در برابر داوری کردن خود ، اشتراکات انسانی در برابر گوشه گیری و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی در نظر گرفته می‌شود (۹). این درمان یکپارچه نگر، برگرفته از علم عصب شناسی، روان شناسی اجتماعی ، رشد ، تحولی ، و بودایی و همچنین بسیاری دیگر از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه ی شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان ، به جای سرزنش کردن ،

محکوم کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصرشمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (۱۰). تحقیقات گویای آن است که سطح بالایی شفقت به خود با افسردگی، اضطراب، کمال گرایی نوروپیک، نشخوار فکری و سرکوب افکار رابطه منفی (۱۱) و با شادی، خوش بینی، رضایت از زندگی و انگیزش درونی، مهارت‌های مقابله‌ای، تاب آوری و سطوح بالایی از بهزیستی عاطفی به طور مثبت در ارتباط است (۱۲) شفقت به خود باعث زندگی با کیفیت، رضایت از زندگی (۱۳)؛ رضایت زناشویی (۱۴)، حل تعارض و چالش (۱۵). ازدواج پایدار (۱۶)، اعتماد به همسر (۱۷)، روابط عاشقانه مطلوب و سازگاری با همسر (۱۸) دوام و پایداری زندگی زناشویی و رفتار مثبت و سازنده در رابطه (۱۹) می‌گردد.

از سوی دیگر زوجین جهت افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات ارتباطی رویکردهای مختلفی دارد که یکی از روش‌های درمانی اخیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱ است و هدف آن، کمک به زوجین برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است. فرایندهای مهم در زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، در زمان حال بودن، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۲۰). این رویکرد به جای اینکه شیوه‌های جدیدی را برای دستیابی به سازگاری و تعهد زوجین را بیاموزد، روشهایی برای کاهش مواردی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه کنونی را به افراد می‌آموزد. از این دیدگاه، سازگاری و تعهد به معنای، داشتن زندگی غنی، پربار و پر معناست (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد؛ بدین صورت یادگیری پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روشهایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت عاطفی، سازگاری و تعهد زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد با زوجین تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجین شروع به کارگیری این مهارتها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیتهای اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه‌هایی داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزشهای رابطه دوطرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند که باعث افزایش سازگاری و تعهد زوجین می‌شود (۱۵).

لذا با توجه به اهمیت سلامت زندگی زناشویی و نقش بیماری‌های ام‌اس بر زندگی زناشویی آنها و لزوم مداخله در این زمینه و انتخاب رویکرد مناسب در این زمینه، محقق در این پژوهش در صدد پاسخگویی به سوال زیر برآمده است: آیا بین اثربخشی درمان گروهی به روش درمان متمرکز بر شفقت (CFT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) بر رضایتمندی زناشویی بیماران متاهل مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یابنده تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش:

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی در گروه‌ها می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران ام‌اس نوع عود کننده و بهبود یابنده‌ای هستند که در سال ۱۴۰۱

به مرکز جامع ام اس دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده و دارای پرونده پزشکی می‌باشند. پس از اجرای پرسشنامه رضایت زناشویی، به روش در دسترس و هدفمند، تعداد ۲۸ زن متاهل که یک انحراف استاندارد نمره پایین‌تر در پرسشنامه کسب کرده بودند، به عنوان نمونه انتخاب گردید، که ۴ نفر از ادامه پژوهش امتناع نمودند، نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از بیماران زن می‌باشد که به میزان مساوی، هر گروه ۸ نفر، در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. یک گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش دیگر نیز درمان مبتنی بر شفقت دریافت کردند. گروه کنترل نیز آموزشی دریافت نکردند. داده‌های بدست آمده توسط تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاک‌های ورود: بیماران زن متاهل، بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل ۳ ماه از تشخیص قطعی بیماری ام اس توسط پزشک متخصص گذشته باشد، عدم سوء مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روانگردان، عدم دریافت مشاوره یا خدمات روانشناختی به طور همزمان با جلسات درمانی پژوهش. ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش عبارتند از:

مقیاس رضایت زناشویی انریچ ۱: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون تهیه شد شامل ۱۲ مقیاس است که عبارتند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی ۱۱ ساخته شده است. در پژوهش مهدویان (۹)، در کاررویی اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۹۳۷/، و برای زنان ۹۴۴/، و برای مردان و زنان ۹۴/،) به دست آوردند. این ضرایب برای خرده مقیاس‌های تحریف‌آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی، جهت‌گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب از این قرار است: ۷۲/، ۸۵/، ۷۶/، ۷۶/، ۷۶/، ۸۱/، ۶۳/، ۶۹/، ۸۷/، ۶۹/، ۶۲/، ۷۳/، به دست آمده است. در این پژوهش پایایی به دست آمده با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۹۵/ بود.

میرخشتی (۱۲)، در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان» نیز درباره‌ی روایی این پرسش‌نامه چنین می‌نویسد: «در این پژوهش سؤالات پرسش‌نامه پربارسازی مجدداً ترجمه گردید. تعدادی از سؤالات نامفهوم و ناهماهنگ با فرهنگ ایرانی با راهنمایی و مشورت استاد راهنما حذف شد. نهایتاً ۴۷ سؤال از پرسش‌نامه انتخاب گردید. پرسش‌نامه‌ها بر روی یک گروه ۳۰ نفری به طور آزمایشی اجرا شد. بعضی سؤالات نامفهوم بود که اصلاحاتی بر روی آن‌ها به عمل آمد و روایی محتوایی آن به

1- Enrich Marital Satisfaction Scale

2 - personality issues

3 - communication

4 - conflict resolution

5 - financial management

6 - leisure activities

7 - sexual relationship

8 - children and parenting

9 - family and friend

10 - equalitarian roles

11 - religious orientation

تأیید نهایی استادان راهنما و مشاور رسید. ضریب همبستگی «پرسش نامه انریچ» با مقیاس های رضایت خانوادگی از ۴۱ تا ۶۰/، با مقیاس های رضایت از زندگی از ۳۲ تا ۴۱/، است که نشانه ی روایی سازه است. کلیه خرده مقیاس های «پرسش نامه انریچ» زوج های راضی و ناراضی را متمایز می کنند و این نشان می دهد که پرسش نامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): جلسات درمانی در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک جلسه برگزار گردید که خلاصه جلسات در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ سنجش کلی، پاسخ به پرسشنامه ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل
جلسه سوم	شناسایی ارزش های افراد؛ تصریح ارزش ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع. انتخاب رابطه سالم (انگیزه، تمایل و اشتیاق)،
جلسه چهارم	آشنایی با کارکرد ذهن و نحوه رهایی از افکار مخرب ذهن، تضعیف انتظارات (نه حذف آن ها)، آموزش روش حل تعارض. بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرینی برای گسلش. شناسایی ارزش های مشترک و اقدام متعهدانه، شناسایی نقاط قوت زوجین.
جلسه ششم	معرفی و تشخیص موانع رابطه: قطع ارتباط، واکنش، اجتناب، درون ذهن شما، ارزش های نادیده گرفته شده (آشنایی و تشخیص موانع رابطه) تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	معرفی لایه های مه: ای کاش، باید ها و نبایدها، فقط اگر...، (آشنایی با مه روان شناختی). ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	انتخاب اقدام مؤثر بر طبق ارزش ها علی رغم وجود افکار و احساسات ناخوشایند، برپایی مراسم بخشش و سوگندنامه (عملی کردن آموخته ها)

درمان متمرکز بر شفقت (CFT): جلسات درمانی در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک جلسه برگزار گردید که خلاصه جلسات در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	اجرای پیش آزمون- آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیر شفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های «پرورش ذهن شفقت ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره.
جلسه ششم	آموزش مهارت های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابیهت آن با الگوی گفتگوی آدم های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی های شفقت ورز می توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.

جلسه جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات ، تشکر و قدردانی از اعضا
 هشتم جهت شرکت در جلسات ، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها:

در جداول زیر، به بررسی توصیفی و استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی رضایت زناشویی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت	روش درمان متمرکز بر	۱۰۳/۶۲	۲/۳۹۷	۱۴۷/۱۲	۲/۳۶۴
زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۱۰۱/۶۲	۲/۳۴۳	۱۷۱/۰۰	۲/۴۳۶
موضوعات	روش درمان متمرکز بر	۱۳/۷۵	۱/۳۵۹	۱۹/۳۸	۱/۳۴۹
شخصی	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۱۳/۱۲	۱/۰۷۶	۲۲/۵۰	۰/۹۸۲
ارتباط	روش درمان متمرکز بر	۱۰/۷۵	۱/۲۰۶	۱۸/۳۸	۱/۰۵۱
زناشویی	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۱۱/۸۸	۱/۱۵۶	۱۹/۶۲	۱/۱۶۴
اقوام و دوستان	روش درمان متمرکز بر	۱۰/۱۲	۱/۵۴۰	۱۹/۶۲	۱/۴۳۸
مدیریت مالی	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۱۲/۸۸	۱/۲۸۸	۲۰/۷۵	۰/۹۵۹
اوقات فراغت	روش درمان متمرکز بر	۱۲/۰۰	۰/۵۳۵	۱۵/۲۵	۰/۵۲۶
روابط جنسی	روش درمان متمرکز بر	۹/۶۲	۱/۲۲۴	۱۳/۸۸	۱/۵۸۶
فرزندان	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۷/۵۰	۰/۷۷۹	۱۸/۱۲	۱/۹۵۰
حل تعارض	روش درمان متمرکز بر	۱۱/۵۰	۰/۸۸۶	۱۴/۰۰	۱/۱۹۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل	۱۰/۸۸	۰/۷۴۳	۲۰/۲۵	۰/۶۴۸
	روش درمان متمرکز بر	۱۲/۵۰	۱/۳۷۶	۱۴/۵۰	۱/۲۸۲

جهت گیری	درمان مبتنی بر پذیرش و	۱۳/۳۸	۰/۹۲۵	۱۸/۲۵	۱/۰۴۸	۱۷/۸۸	۰/۷۶۶
کنترل	کنترل	۱۱/۱۲	۰/۸۹۵	۱۱/۶۲	۱/۱۰۱	۱۱/۶۲	۱/۰۳۴
اجتناب	روش درمان متمرکز بر	۳۶/۸۸	۲/۵۴۶	۲۷/۶۲	۲/۴۴۹	۲۷/۶۲	۲/۶۳۲
تجربه ای	درمان مبتنی بر پذیرش و	۳۵/۷۵	۲/۴۶۷	۲۴/۷۵	۲/۵۱۲	۲۶/۱۲	۲/۴۹۷
کنترل	کنترل	۴۴/۰۰	۲/۱۴۵	۴۴/۲۵	۲/۲۰۴	۴۵/۰۰	۲/۱۳۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در پس آزمون و پیگیری رضایت زناشویی، آزمودنی‌های گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تغییر داشته است. اما از پس آزمون به پیگیری نمرات آزمودنی‌های این گروه‌ها تغییر چشمگیری نداشته است.

جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهشی، از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر استفاده شد. آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون بکار گرفته شد. در ادامه به بررسی مفروضات این روش ارائه می‌گردد.

جدول ۴: نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف جهت بررسی بهنجاری توزیع متغیرها

متغیرها	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل
	آماره	سطح	آماره
رضایت زناشویی	۰/۴۸۵	۰/۹۷۳	۰/۵۱۴
اجتناب تجربه ای	۰/۳۷۹	۰/۹۹۹	۰/۶۸۴
			۰/۷۳۸
			۰/۶۲۸
			۰/۸۲۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که توزیع تمامی متغیرها به تفکیک گروه‌ها بهنجار است ($P > 0.05$).

جدول ۵: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) در گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	F	سطح معناداری	F
رضایت زناشویی	۰/۲۱۲	۰/۸۱۰	۰/۱۶۴
موضوعات شخصی	۰/۶۹۸	۰/۵۰۹	۰/۱۵۲
ارتباط زناشویی	۲/۷۷۵	۰/۰۵۰	۰/۱۴۶
اقوام و دوستان	۰/۲۴۷	۰/۷۸۳	۳/۱۸۰
مدیریت مالی	۰/۸۹۸	۰/۴۲۲	۰/۴۳۳
اوقات فراغت	۲/۷۵۹	۰/۰۸۶	۲/۶۱۶
روابط جنسی	۲/۸۰۵	۰/۱۱۹	۲/۴۲۴
فرزندان	۰/۷۹۰	۰/۴۶۷	۱/۳۳۰
حل تعارض	۱/۰۰۶	۰/۳۸۳	۰/۹۲۵
جهت گیری مذهبی	۱/۷۴۲	۰/۲۰۰	۰/۸۲۴
			۰/۶۸۴
			۰/۳۸۷

جدول ۵ نشان می‌دهد که همگنی واریانس‌ها در رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) محقق شده است. آزمون ام.باکس نیز نشان داد که

همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محقق شده است ($P > 0.05$, $F = 1/12$, $\text{Box}' M = 26/101$). نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز نشان دهنده آن بود که در رضایت زناشویی (موضوعات شخصی-ارتباط زناشویی-اقوام و دوستان-مدیریت مالی-اوقات فراغت-روابط جنسی-فرزندان-حل تعارض-جهت گیری مذهبی) همبستگی معناداری وجود دارد ($P < 0.01$, $\chi^2 = 91/451$). نتایج آزمون کرویت موچلی در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۶: نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در مدل مقایسه رضایت زناشویی (موضوعات شخصی-ارتباط زناشویی-اقوام و دوستان-مدیریت مالی-اوقات فراغت-روابط جنسی-فرزندان-حل تعارض-جهت گیری مذهبی) در گروه های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر	W موچلی	χ^2	df	سطح معناداری	اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر
رضایت زناشویی	۰/۵۴۴	۱۲/۱۷۵	۲	۰/۰۰۲	۰/۶۸۷
موضوعات شخصی	۰/۲۶۴	۲۶/۶۵۹	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۶
ارتباط زناشویی	۰/۲۷۱	۲۶/۰۹۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۸
اقوام و دوستان	۰/۳۱۱	۲۳/۳۸۳	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۲
مدیریت مالی	۰/۳۱۸	۲۲/۸۸۸	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۰
اوقات فراغت	۰/۸۳۷	۳/۵۵۵	۲	۰/۱۶۹	۰/۶۱۱
روابط جنسی	۰/۳۶۴	۲۰/۲۲۴	۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۲
فرزندان	۰/۶۱۵	۹/۷۳۵	۲	۰/۰۰۸	۰/۷۲۵
حل تعارض	۰/۷۱۱	۶/۸۱۲	۲	۰/۰۳۳	۰/۷۷۶
جهت گیری مذهبی	۰/۷۰۶	۶/۹۵۲	۲	۰/۰۳۱	۰/۷۷۳

جدول ۶ نشان می دهد که مفروضه کرویت در خصوص متغیرهای رضایت زناشویی (موضوعات شخصی-ارتباط زناشویی-اقوام و دوستان-مدیریت مالی-روابط جنسی-فرزندان-حل تعارض-جهت گیری مذهبی) محقق نشده است ($P < 0.05$) و باید از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر برای برآورد تفاوت ها در این متغیرها استفاده شود. نتایج آزمون چندمتغیره در جدول ۶ آمده است.

جدول ۷: نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت های بین گروهی در رضایت زناشویی (موضوعات شخصی-ارتباط زناشویی-اقوام و دوستان-مدیریت مالی-اوقات فراغت-روابط جنسی-فرزندان-حل تعارض-جهت گیری مذهبی) در گروه های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	مجذوراتای سهمی
آزمون	۰/۰۱۶	۲۶/۵۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۵
عضویت گروهی	۰/۰۵۳	۴/۸۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰
آزمون x عضویت گروهی	۰/۰۰۷	۱۰/۰۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۳

جدول فوق نشان می دهد که آزمون لامبدای ویلکز در خصوص مراحل آزمون، بر حسب عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است ($P < 0.05$). نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای ابعاد رضایت زناشویی (موضوعات شخصی-ارتباط زناشویی-اقوام و دوستان-مدیریت مالی-اوقات فراغت-روابط جنسی-فرزندان-حل تعارض-جهت گیری مذهبی) در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) در گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرها	منبع	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح	مجذور
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتای
رضایت	درون	زمان	۱	۶۳۸۶/۶۷۴	۶۷۴/۶۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۰
زناشویی	گروهی	زمان*گروه	۲	۵۳/۷۶۴	۲۶/۸۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۲
		خطا	۲۱	۱۹۸/۸۱۲	۹/۴۶۷		
	بین	گروه	۲	۲۲۰۳۸/۱۱۱	۱۱۰۱۹/۰۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۰
	گروهی	خطا	۲۱	۲۹۹۸/۵۰۰	۱۴۲/۷۸۶		
موضوعات	درون	زمان	۱	۱۳۰/۳۴۰	۱۳۰/۳۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۶
شخصی	گروهی	زمان*گروه	۲	۵۳/۷۶۴	۲۶/۸۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۲
		خطا	۲۱	۲۷/۳۹۶	۱/۳۰۵		
	بین	گروه	۲	۲۰۸/۳۶۱	۱۰۴/۱۸۱	۰/۰۴۲	۰/۲۶۱
	گروهی	خطا	۲۱	۵۹۰/۲۹۲	۲۸/۱۰۹		
ارتباط	درون	زمان	۱	۱۱۹/۱۷۴	۱۱۹/۱۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۶
زناشویی	گروهی	زمان*گروه	۲	۶۲/۳۴۷	۳۱/۱۷۴	۰/۰۱۴	۰/۳۳۶
		خطا	۲۱	۴/۶۴۶	۰/۲۲۱		
	بین	گروه	۲	۳۷۳/۴۴۴	۱۸۶/۷۲۲	۰/۰۰۳	۰/۴۳۰
	گروهی	خطا	۲۱	۴۹۵/۵۴۲	۲۳/۵۹۷		
اقوام و دوستان	درون	زمان	۱	۱۵۰/۰۶۳	۱۵۰/۰۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۷
	گروهی	زمان*گروه	۲	۸۸/۰۴۲	۴۴/۰۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۲
		خطا	۲۱	۲۳/۰۶۲	۱/۰۹۸		
	بین	گروه	۲	۲۹۳/۵۸۳	۱۴۶/۷۹۲	۰/۰۲۰	۰/۳۱۳
	گروهی	خطا	۲۱	۶۴۵/۷۵۰	۳۰/۷۵۰		
مدیریت مالی	درون	زمان	۱	۱۰۶/۷۷۸	۱۰۶/۷۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۳
	گروهی	زمان*گروه	۲	۵۳/۳۸۹	۲۶/۶۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۱
		خطا	۲۱	۱۲/۸۳۳	۰/۶۱۱		
	بین	گروه	۲	۲۵۹/۱۹۴	۱۲۹/۵۹۷	۰/۰۱۳	۰/۳۴۰
	گروهی	خطا	۲۱	۵۰۳/۷۹۲	۲۳/۹۹۰		
اوقات فراغت	درون	زمان	۱	۳۲/۱۱۱	۳۲/۱۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷
	گروهی	زمان*گروه	۲	۲۲/۳۸۹	۱۱/۱۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۳
		خطا	۲۱	۸/۱۶۷	۰/۳۸۹		
	بین	گروه	۲	۲۴۴/۵۲۸	۵/۸۵۶	۰/۰۱۰	۰/۳۵۸
	گروهی	خطا	۲۱	۴۳۸/۴۵۸	۲۰/۸۷۹		
		زمان	۱	۱۱۰/۲۵۰	۱۱۰/۲۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۵

روابط جنسی	درون	زمان*	۸۳/۲۹۲	۲	۴۱/۶۴۶	۱۸/۹۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۴
	گروه	خطا	۴۶/۱۲۵	۲۱	۲/۱۹۶			
بین	گروه	زمان*	۲۶۲/۳۳۳	۲	۱۳۱/۱۶۷	۳/۹۶۳	۰/۰۳۵	۰/۲۷۴
گروهی	گروه	خطا	۶۹۵/۰۰۰	۲۱	۳۳/۰۹۵			
فرزندان	درون	زمان	۲۲/۵۶۳	۱	۲۲/۵۶۳	۵۸/۴۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۶
	گروهی	زمان*	۱۰/۵۰۰	۲	۵/۲۵۰	۱۳/۶۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۴
	گروهی	خطا	۸/۱۰۴	۲۱	۰/۳۸۶			
بین	گروه	زمان	۴۱۱/۷۵۰	۲	۲۰۵/۸۷۵	۸/۷۲۴	۰/۰۰۰۲	۰/۴۵۴
گروهی	گروه	خطا	۴۰۶/۲۰۸	۲۱	۱۹/۳۴۳			
حل تعارض	درون	زمان	۱۷/۷۰/۸۴۰	۱	۷۰/۸۴۰	۸۲/۱۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۶
	گروهی	زمان*	۵۷/۵۵۶	۲	۲۸/۷۷۸	۳۳/۳۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۱
	گروهی	خطا	۱۸/۱۰۴	۲۱	۰/۸۶۲			
بین	گروه	زمان	۳۶۴/۷۷۸	۲	۱۸۲/۳۸۹	۹/۴۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۳
گروهی	گروه	خطا	۴۰۶/۲۰۸	۲۱	۱۹/۳۴۳			
جهت گیری	درون	زمان	۳۲/۱۱۱	۱	۳۲/۱۱۱	۱۳۰/۵۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱
مذهبی	گروهی	زمان*	۰/۱۵/۰۵۶	۲	۷/۵۲۸	۳۰/۵۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۵
	گروهی	خطا	۵/۱۶۷	۲۱	۰/۲۴۶			
بین	گروه	زمان	۳۰۷/۵۲۸	۲	۱۵۳/۷۶۴	۹/۴۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۳
گروهی	گروه	خطا	۵۶۸/۴۵۸	۲۱	۲۷/۰۶۹			

جدول ۸ نشان می دهد که میان دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) بر حسب آزمون و اثر تعامل آزمون، عضویت گروهی و بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که برای متغیرهای برای رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض)، در عامل زمان * گروه معنادار هستند ($P < 0.01$), این نتایج حاکی از آن است که بین گروه های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل در رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض) تفاوت وجود دارد. مجذور اتا برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۱۰ می باشد که نشان می دهد تفاوت بین گروه ها قابل توجه است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین ها بر حسب مراحل آزمون و گروه ها در جدول ۹ آورده شده است.

جدول ۹: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین رضایت زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	P
رضایت	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱۵/۹۱۷	۰/۰۰۰۱
زناشویی	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۲۶/۵۰۰	۰/۰۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴۲/۴۱۷	۰/۰۰۰۱
موضوعات شخصی	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۰۴۲	۰/۵۸۹
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۲/۱۲۵	۰/۵۳۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴/۱۶۷	۰/۰۳۸
ارتباط	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۲۵۰	۱/۰۰۰
زناشویی	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۴/۰۸۳	۰/۰۲۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۵/۳۳۳	۰/۰۰۳
اقوام و دوستان	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۳۳۳	۱/۰۰۰
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۳/۴۵۸	۰/۱۲۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴/۷۹۲	۰/۰۲۱
مدیریت مالی	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۹۵۸	۰/۱۴۶
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۱/۶۲۵	۰/۷۹۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴/۵۸۳	۰/۰۱۲
اوقات فراغت	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۴/۰۸۳	۰/۰۱۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۳/۷۰۸	۰/۰۳۱
روابط جنسی	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۰۸۳	۰/۶۷۰
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۲/۵۸۳	۰/۴۰۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴/۶۶۷	۰/۰۳۱
فرزندان	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۵/۲۵۰	۰/۰۰۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۴/۸۷۵	۰/۰۰۷
حل تعارض	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۴/۰۸۳	۰/۰۱۲
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۱/۱۶۷	۱/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۵/۲۵۰	۰/۰۰۱
جهت گیری مذهبی	درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۱۹۷	۰/۱۹۷
	درمان متمرکز بر شفقت و کنترل	۲/۱۲۵	۰/۵۱۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۵/۰۴۲	۰/۰۰۹

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد برحسب مقایسه دو گروهی، تفاوت میانگین روش مداخله درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل برای رضایت زناشویی (ارتباط زناشویی- اوقات فراغت- فرزندان) ؛ و در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل برای رضایت

زناشویی (موضوعات شخصی- ارتباط زناشویی- اقوام و دوستان- مدیریت مالی- اوقات فراغت- روابط جنسی - فرزندان- حل تعارض- جهت گیری مذهبی) معنادار است، همچنین بین دو گروه درمان در رضایت زناشویی و حل تعارض تفاوت معنادار وجود دارد و لازم به ذکر است در سایر متغیرها نیز با وجود عدم معنادار شدن در سطح اطمینان ۹۵ درصد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتر نسبت به درمان متمرکز بر شفقت داشته است.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی به روش درمان متمرکز بر شفقت (CFT) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایتمندی زناشویی بیماران متاهل مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده و بهبود یابنده پرداخته شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان روش های موثری جهت افزایش رضایت زناشویی افراد می باشند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تاثیر بیشتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت برخوردار است. این یافته با بسیاری از پژوهش های مشابه (۲۱)، (۲۲)، (۲۳)، (۲۴)، (۲۵) و (۲۶) همخوانی داشته است.

شفقت به خود به نظر می رسد علاوه بر مزایای درون فردی، عملکرد فردی را نیز افزایش دهد. افراد همراه با شفقت به خود توسط همسران خود را به عنوان افرادی با احساس پیوسته، پذیرفتنی، و حمایت مستقل در حالی که کمتر جدا، کنترل شده، و به طور شفاهی یا فیزیکی تهاجمی تر از کسانی که فاقد شفقت به خود بودند توصیف شدند. بر این، شفقت به خود به طور قابل توجهی با بخشش همراه بود (۲۷). بخشش دیگران نیاز به درک گسترده ای از سلسله ای از علل و شرایط دارد که مردم را منجر به عمل کردن همان طور که خودشان انجام می دهند، می کند. توانایی ای است برای بخشش و قبول بشریت ناقص یک فرد، بنابراین بنظر می رسد به دیگران نیز اعمال شود. شفقت به خود به طور قابل توجه اما ضعیف، با دلسوزی برای دیگران، نگرانی همدلانه، و نوع دوستی در میان جامعه و نمونه های بودایی در ارتباط است. این ارتباط آن طور که انتظار می رود قوی نیست، به خاطر این حقیقت که اکثر افراد اظهار داشتند که با دیگران مهربان تر از با خودشان هستند. جالب توجه است که هیچ ارتباطی بین شفقت به خود و نگرانی متمرکز دیگران (به عنوان مثال، محبت، نگرانی همدلانه و نوع دوستی) در بین دانشجویان پیدا نشد. این ممکن است به این دلیل باشد که جوانان اغلب به دنبال تلاش برای شناختن جنبه های مشترک تجربیات زندگی خود و غلو تمایز خود از دیگران هستند. طحاره آنها برای این است که چرا آنها مستحق مراقبت و چرا دیگران مستحق مراقبت هستند که از این رو تمایل زیاد یکپارچگی ضعیف دارند. ارتباط بین شفقت به خود و نگرانی متمرکز دیگران قوی ترین رابطه در میان متفکران بود. که ممکن است در نتیجه از شیوه هایی مانند مدیتیشن مهربانی محبت آمیز طراحی شوند که به عمد دلسوزی را برای خود و دیگران ترویج می دهند (۹).

از سوی دیگر پژوهش ها نشان می دهند، درجه مهربانی افراد با خودشان، با میزانی که آنها چگونه با شریک زندگی شان مهربان هستند در ارتباط است؛ و افراد خودشفقت ورز، سطح ارتباطی مطلوبی را با شریک زندگی خود برقرار می کنند و پذیرش بالایی نسبت به همسر خود و همچنین رضایت بیشتری از رابطه زناشویی شان دارند. شفقت نسبت به خود و دیگران، در زنان بیشتر از مردان غالب بوده و همچنین شفقت در زنان علاوه بر اینکه با انگیزه بالا همراه است موجب اصلاح اشتباهات بین فردی شده و با بسیاری از پیامدهای روانشناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات شخصی ارتباط دارد و موجب تعاملات اجتماعی؛ سازنده، خوشبینی، سازگاری

و صمیمیت بین زوجین افزایش سلامت روان، دوام و پایداری در روابط زناشویی و اتخاذ راهبردهای تنظیم هیجان انطباقی روابط عاشقانه مطلوب و افزایش تاب‌آوری می‌گردد (۲۴).

از نظر رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علت تعارضات و فاصله عاطفی در زوجها ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هریک از زوجین نسبت به طرف مقابل و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زوجین (زن و شوهر) است. واقعی در نظر گرفتن افکار و ارزیابی‌های منفی و عمل بر طبق آنها، چرخه رابطه منفی زوجین (زن و مرد) را حفظ می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تضعیف این فرآیندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوجهاست که بوسیله اجتناب‌های تجربی هریک از آنها ناشی می‌شود. هدف اصلی رویکرد پذیرش و تعهد کمک به هر یک از زوجین (زن و مرد) برای اینکه از فرآیندهای شناختی منفی، واکنش‌های عاطفی خود، چه در تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند و ارزش‌هایی که آنها را در رابطه نگه داشته است را روشن کند و به عمل متعهدانه، آنها را تشویق کند زیرا عمل متعهدانه رفتاری همسو با ارزش‌ها است که تقویت مثبت را افزایش می‌دهد و کیفیت زندگی را در درازمدت بهبود می‌بخشد. معمولاً زوجها از موقعیت‌های مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوجها پذیرش افکار، احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را بیان می‌کند. بطور واضح نشان داده می‌شود که وقتی یکی از زوجها از لحاظ عاطفی احساس آسیب می‌کند به فاصله عاطفی، سرد شدن رابطه با همسر روی می‌آورد. هرچند فاصله عاطفی برای مدت کوتاهی از افراد محافظت می‌کند اما در طولانی مدت می‌تواند ایجاد آسیب نماید. درمان پذیرش و تعهد یادگیری مهارت پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که ارتباط، صمیمیت عاطفی زوجها را افزایش می‌دهد را بیان می‌کند. در مجموع می‌توان گفت که مداخلات صورت گرفته در درمان پذیرش و تعهد به زوجین کمک می‌کند تا بتوانند تعارضات خود با همسرشان را حل کنند، ارتباطات جدید و مثبتی را آغاز نمایند، برای ایجاد صمیمیت در رابطه جدید تلاش کنند و بدین ترتیب روابط سازگارانه‌تر و رضایت بخش‌تری را تجربه کنند. بنابراین وجه مشترک مکانیسم اثربخشی هر دو روش، با اصلاح افکار و هیجانات افراد، پذیرش خود و دیگران، در برقراری روابط بین‌فردی خود همدلی و صمیمیت بیشتری داشته باشند و با کاهش تنش و تعارضات زناشویی، در نهایت رضایت زناشویی آنها افزایش می‌یابد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مراجعه کننده به مرکز جامع ام اس دانشگاه علوم پزشکی مشهد و در دسترس بودن روش نمونه‌گیری، می‌باشد لذا باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط کرد و پیشنهاد می‌شود. محدودیت در انتخاب گروه نمونه با توجه به برخی از متغیرهای روانشناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روانشناختی آنها) و جمعیت‌شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود، لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی سایر افراد و بیماران مزمن نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌ها با هم قابل مقایسه باشند. در نهایت با توجه به تاثیر هر دو درمان بر رضایت زناشویی این افراد، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران از نتایج پژوهش در تعارضات زناشویی و همچنین مشکلات بیماران ام‌اس نیز استفاده نمایند.

سپاسگذاری: نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند که از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده.

لازم به ذکر است جهت اجرای پژوهش کد اخلاق با شناسه IR.IAU.MSHD.REC.1401.161 اخذ شد.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

References :

- 1- Maghsoodi S, Mohammadi N. Qualitative analysis of the process of restoring social esteem by the women with multiple sclerosis. *Quality & Quantity*. 2018; 52(6):2557-75. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0677-2>.
- 2- Lex H, Weisenbach S, Sloane J, Syed S, Rasky E, Freidl W. Social-emotional aspects of quality of life in multiple sclerosis. *Psychology, health & medicine*. 2018;23(4):411-23. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1385818>.
- 3- Reynolds F, Prior S. "Sticking jewels in your life": Exploring women's strategies for negotiating an acceptable quality of life with multiple sclerosis. *Qualitative health research*. 2003;13(9):1225-51. <https://doi.org/10.1177/1049732303257108>
- 4- Özen Ş, Karataş T, Polat Ü. Perceived social support, mental health, and marital satisfaction in multiple sclerosis patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(4):1862-75. <https://doi.org/10.1111/ppc.12760>
- 5- Ajilchi B, Oskoei AS, Kargar FR. Marital satisfaction and mental health in multiple sclerosis patients' and healthy individuals' accordance to sex. *Psychology*. 2013;4(11):845. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.411121>.
- 6- Sabanagic-Hajric S, Suljic E, Memic-Serdarevic A, Sulejmanpasic G, Mahmutbegovic N. Quality of life in multiple sclerosis patients: influence of gender, age and marital status. *Materia Socio-medica*. 2022;34(1):19. doi: 10.5455/msm.2022.33.19-24
- 7- Namvar H. The relationship between marital satisfaction of patients with multiple sclerosis (the patients' spouses) with the interpersonal dependency and personality type. *The American J of Family Therapy*. 2023;51(3):267-82. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1967221>.
- 8- Dahmardeh H, Sadooghiasl A, Mohammadi E, Kazemnejad A. Correlation between self-esteem and self-compassion in patients with multiple sclerosis—a cross-sectional study. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*. 2021;84 (2).doi: 10.48095/cccsnn2021169

- 9- Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*. 2013;69(8):856-67. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- 10- Shafiei M, Akbari S, Heidarirad H. The Effectiveness of Self-Compassion Training on the Loneliness and resilience destitute women. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2019;5:71-84. DOI: 10.29252.
- 11- Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(1):123-30. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- 12- Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*. 2009;52(4):211-4. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- 13- Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*. 2007;41(1):139-54. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- 14- Mahmoudpour A, Farahbakhsh K, Balochzadeh E. Prediction of women's marital commitment based on their attachment styles, self-compassion and distress tolerance. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2018;8(1):65-84. doi:10.22034/fcp.2018.60857
- 15- Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and identity*. 2013;12(2):146-59. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- 16- Fahimdanesh F, Noferesti A, Tavakol K. Self-compassion and forgiveness: major predictors of marital satisfaction in young couples. *The American Journal of Family Therapy*. 2020;48(3):221-34. doi.org/10.1080/01926187.2019.1708832.
- 17- Bibi S, Masood S, Ahmad M, Bukhari S. Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults. *Foundation University Journal of Psychology*. 2017;2(2):52-66. <https://doi.org/10.33897/fujp.v1i2.52>
- 18- Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and social psychology bulletin*. 2012;38(9):1133-43. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>
- 19- Breines JG, Chen S. Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2013;49(1):58-64. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.015>
- 20- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* :Guilford press; 2011.
- 21- Kamali M, Mahdian H. The Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Realistic Commitment on Marital Adjustment and Marital Satisfaction of Couples on The Verge of Divorce. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2023;2(2):10-20.doi: 10.22034/pdmd.2023.177546

- 22- Heidari A, Heidari H, Davoudi H. Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the physical and psychological marital intimacy of women. *Int J Educ Psychol Res*. 2017;3:163. doi: 10.4103/jepr.jepr_62_16
- 23- Mirmoeini P, Bayazi MH, Khalatbari J. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on worry severity and loneliness among the patients with multiple sclerosis. *Internal Medicine Today*. 2021;27(4):534-49. doi: 10.32598/hms.27.4.3426.1
- 24- Huynh T, Phillips E, Brock RL. Self-compassion mediates the link between attachment security and intimate relationship quality for couples navigating pregnancy. *Family process*. 2022;61(1):294-311. <https://doi.org/10.1111/famp.12692>
- 25- Daneshvar S, Shafiei M, Basharpour S. Compassion-focused therapy: Proof of concept trial on suicidal ideation and cognitive distortions in female survivors of intimate partner violence with PTSD. *Journal of interpersonal violence*. 2022;37(11-12). <https://doi.org/10.1177/0886260520984265>
- 26- Pasyar S, Baghuli H, Barzgar M, Sohrabi N. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on health anxiety, body image and psychological well-being in women with mastectomy breast cancer. *Family and health Quarterly*. 2023; 13 (1): 2322-3065. doi: 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1
- 27- Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*. 2011;5(1):1-12. doi: 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1.