

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

گلشید شمس^۱

سارا پاشنگ^{۲*}

مستوره صداقت^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
۲. گروه روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

چکیده

هدف: با توجه به مشکلات خلقی و عاطفی بیماران مبتلا به ام‌اس، هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به ام‌اس بود.

روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه پژوهش انتخاب و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل ($n=15$) قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه خودکارآمدی Sherer و همکاران انجام شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون مدل آمیخته با اندازه‌گیری تکراری انجام شد.

نتایج: نتایج اثر تعاملی گروه × زمان بر خودکارآمدی ($F=91/845$) در سطح ($P-Value < 0/01$) معنادار بود و شفقت درمانی و واقعیت درمانی به صورت معنادار خودکارآمدی را در گروه‌های آزمایش تحت تأثیر قرار دادند. تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر میانگین خودکارآمدی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون ($F=1/778$) در سطح ($P-Value < 0/01$) معنادار بود. این تغییرات در میانگین خودکارآمدی گروه کنترل در سه مرحله آزمون چشم‌گیر نبود. بین اثربخشی شفقت درمانی و واقعیت درمانی در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود نداشت ($P-Value = 0/429$, $MD = 3/400$).

نتیجه‌گیری: شفقت درمانی و واقعیت درمانی می‌توانند خودکارآمدی را در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به طور معناداری افزایش دهند، ولی میزان اثربخشی آن‌ها بر افزایش خودکارآمدی یکسان است و معنادار نیست.

کلیدواژه‌ها: شفقت درمانی، واقعیت درمانی، خودکارآمدی، بیماران ام‌اس.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹

ارجاع: شمس گلشید، پاشنگ سارا، صداقت مستوره. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری. ۱۴۰۰؛ ۴(۱۸): ۸۰-۷۰.

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال‌های حسی و حرکتی در فرد بیمار می‌شود 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 (۱-۳). پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به

ام‌اس از خود دلسوزی بالاتری برخوردارند و استرس باعث ایجاد رابطه مثبت بین خود-دلسوزی و بهزیستی روانی این افراد می‌شود (۴، ۵).

در زمینه درمان‌های روان‌شناختی که در بهبود علائم بیماری ام‌اس نقش مؤثری می‌تواند داشته باشد، واقعیت درمانی است (۶). واقعیت درمانی مجموعه‌ای از روش‌ها برای کمک به افراد به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از

اجتماعی بندورا و یکی از متغیرهای شخصیت است که نقش بسیار مهمی در برخورد فرد با مسائل زندگی دارد (۲۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که باورهای مربوط به کارایی، به توانایی‌های خود فرد برای اجرای برخی از اقدامات یا وظایف خاص اشاره دارد، و پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی از تلاش و موفقیت است (۲۳-۲۱). Smeets و همکارانش در پژوهشی دریافتند که آموزش درمان متمرکز بر شفقت به افزایش معنادار خوش‌بینی و خودکارآمدی و کاهش معنادار نشخوار فکری در دانشجویان شده است (۲۴).

با توجه به ویژگی‌های درمان مبتنی بر شفقت شامل خودشفقت‌ورزی، نوع‌دوستی، اقدام و عمل با ذهن آگاهی و همچنین تمرکز این درمان بر احساس امنیت و نتایج پیش‌بینی نشده و همچنین ویژگی اصلی واقعیت درمانی که شامل تمرکز بر نیازها از طریق منطقی و عقلانیت، توسعه نیازهای اساسی با انتخاب بهتر و آگاهانه، تمرکز بر فعالیت، احساس، فیزیولوژی و تفکر است (۲۵، ۱۴). بنابراین پژوهش حاضر با هدف به کارگیری این رویکردهای درمانی و مقایسه ایجاد تغییرات مثبت در افزایش خودکارآمدی بیماران ام‌اس انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی، آموزشی و درمانی ام‌اس شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به ام‌اس بود که به روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی قرعه‌کشی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، حداقل یک سال تحت درمان بودن، عدم اعتیاد و ملاک‌های خروج شامل ابتلای هم‌زمان به بیماری‌های مزمن دیگر، دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و

انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخوشنود به سبک زندگی خشنود است (۷). این رویکرد براساس توانایی شرکت‌کنندگان در تمرکز بر نیازهایشان از طریق فرآیندهای عقلانی و منطقی تأکید دارد. از دیدگاه گلاسر افراد تصوراتی را جهت ارضای نیازهای ذاتی خود در ذهنشان خلق می‌کنند (۸). واقعیت درمانی می‌تواند بر کاهش استرس، اضطراب و مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر باشد (۹).

شفقت درمانی نیز توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (۱۰). درمان مبتنی بر شفقت با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی ایجاد شده است (۱۱). دو هدف اساسی در رویکرد متمرکز بر شفقت کاهش خصومت علیه خود و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکینی در برابر احساس تهدید شدگی، کاهش علائم منفی روان‌شناختی، ایجاد شاخص‌های خودشفقت‌ورزی، نوع‌دوستی، عمل کردن با ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به سرطان، و همچنین مدیریت موقعیت‌های منفی و پاسخ مؤثر به وقایع ناخوشایند حاکی از کارآمدی این رویکرد درمانی است (۱۵-۱۲). همچنین، پژوهش‌ها نشان دادند که بین خود دلسوزی و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد (۱۶). در پژوهشی اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش سلامت روان بیماران ام‌اس و بر تاب‌آوری زنان مبتلا به ام‌اس نشان داده شده است (۱۸، ۱۷).

از میان مهم‌ترین عوامل در تبیین رفتارها، فعالیت‌ها و کنترل کارکرد انسانی، هیچ‌کدام مؤثرتر از خودکارآمدی نیست و باورهای خودکارآمدی افراد نقش مهمی در چگونگی نگرش آن‌ها به شرایط مختلف و چگونگی احساس، فکر و رفتار دارند. خودکارآمدی یک نظریه فرعی مهم در چارچوب نظریه انتظار-ارزش در بحث از انگیزش است (۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی به عنوان مهم‌ترین تعیین‌کننده انگیزش، عاطفه، تفکر و عمل هر فرد، از سازه‌های مهم در نظریه شناختی

و کروییت موخلی به عنوان پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با انداز‌گیری تکراری استفاده شد.

در زمینه ملاحظات اخلاقی پژوهش، ضمن ارائه توضیح کافی درباره هدف، اهمیت، روش، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها به شرکت‌کنندگان، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ شد. همچنین، آن‌ها می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم رضایت از ادامه شرکت در تحقیق انصراف دهند. در راستای سپاسگزاری از شرکت اعضای گروه کنترل در پژوهش، ضمن تعهد درباره آگاهی آن‌ها از نتایج پژوهش، هدایایی نیز برای آن‌ها در نظر گرفته شد.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است و دارای ۲۳ ماده است. ۱۷ ماده از این پرسشنامه به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر آن به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی اختصاص دارد. آزمودنی براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به سؤال‌های پرسشنامه پاسخ می‌دهد. شرر و همکاران، میزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند. در پژوهش براتی ۰/۸۶ و در پژوهش نجفی و فولادچنگ پایایی آن ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۶). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

تمرین‌های منزل طی سه جلسه متوالی یا غیرمتوالی، استفاده از داروهای روان‌گردان و روان‌پزشکی در حین انجام پژوهش بود.

پژوهشگر مطمئن شد که آزمودنی‌ها قبلاً و همچنین در حین اجرای جلسات درمان تحت هیچ‌گونه آموزش یا روند درمانی مشابه قرار نگرفته‌اند. پس از آن که آزمودنی‌ها به روش کاملاً تصادفی در سه گروه جایگزین شدند، هر سه گروه پرسشنامه خودکارآمدی Sherer و همکارانش را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون). سپس دو گروه آزمایشی در جلسات درمانی مربوطه (گروه آزمایشی ۱: درمان متمرکز بر شفقت؛ گروه آزمایشی ۲: واقعیت درمانی گلاسرو) شرکت نمودند و در مورد گروه کنترل اقدامی صورت نگرفت. پس از اتمام دوره آموزش، هر سه گروه مجدداً پرسشنامه‌های خودکارآمدی Sherer و همکاران را تکمیل کردند (پس‌آزمون). در نهایت آزمون پیگیری نیز با فاصله یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، دوباره بر روی گروه‌ها انجام و نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف معیار در بخش توصیفی و مدل تحلیل آمیخته با انداز‌گیری مکرر در بخش استنباطی انجام شد. همچنین آزمون شاپیرو-ویلک برای فرض نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون ام-باکس

محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر طرح درمانی گیلبرت (۲۷)

جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت؛ اجرای پیش‌آزمون	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی	تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک	آشنایی کلی با خود شفقت‌ورزی
جلسه دوم	آشنایی با رفتار و افکار خود انتقادگر	آموزش خود انتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود انتقادگر یا شفقت‌گر، بیان علل خود انتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خود انتقادی	پاسخ به سؤالات تمرین «چگونه به خود واکنش نشان می‌دهید؟»	مقابله با افکار خود انتقادگری
جلسه سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن	تهیه دفترچه و ثبت اشتباهات روزانه	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود
جلسه چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شده بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک این‌که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.	یادداشت‌های روزانه درباره شفقت به حال خود	پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریبگر

جلسه پنجم	قدردانی از خود	آموزش خود ارزشمندی و مزایای آن، بیان معایب خود ارزشمندی پایین و عزت نفس پایین، آموزش روش های تقویت حس خود ارزشمندی	تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی های مثبت خود	رشد احساس خود ارزشمندی
جلسه ششم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگی های شفقت ورز). آموزش سبکها و روش های ابراز شفقت ورزی و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره	تمرین تصویرپردازی ذهنی	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
جلسه هفتم	آشنایی با رفتار شفقت گر	آموزش مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خود شفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی	تمرین نوشتن عبارات مهربانگیز به خود	پرورش افکار شفقت ورزانه به خود
جلسه هشتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف شده (گفتگو بین خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود دلسوز یا شفقت گر). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه هایی ترتیب می دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقت گر خود ارتباط برقرار کند.	تمرین صندلی خالی گشتانت	آگاهی از افکار و احساسات متناقض
نهم	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامه دلسوزانه به خود، بیماران به خاطر اشتباهی که مرتکب شده اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می نویسند و به کمبودها و ضعف هایی اشاره می کنند که درباره خود احساس می کنند.	تمرین نوشتن نامه دلسوزانه	پذیرش خود
دهم	مرور مباحث آموزش داده شده؛ اجرای پس-آزمون	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع بندی مطالب گذشته	مرور تمرینات گذشته	به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

محتوای جلسه های واقعیت درمانی (۲۸)

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی	ایجاد روحیه خودشناسی و خودباوری با توجه به استعدادها و توانایی های فردی و برقراری رابطه حسنه و درگیری عاطفی بین رهبر و سایر اعضا
جلسه دوم	افزایش شناخت و آگاهی هر عضو از خود	رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط ضعف و قوت خود از طریق ابراز خویشتن و بی پرده گویی، تمرین گوش دادن فعال و استنباط کردن، پی بردن به اثر افکار و کنش های خود بر سایر اعضای گروه، دیدن خود از دریچه چشم اعضای گروه، کمک به کاهش اضطراب صحبت کردن در جمع درباره خویش
جلسه سوم	واقعیت و مسئولیت پذیری	عدم انکار واقعیت و ایجاد روحیه مسئولیت پذیری
جلسه چهارم	توجه به زمان حال و رفتار خود	توجه و تأکید بر زمان حال و رفتار کنونی خویش
جلسه پنجم	شناخت اهداف و ارزشها	شناخت اهداف کوتاه مدت و درازمدت و بررسی نظام ارزشی خود
جلسه ششم	نیازهای اساسی و هویت	کسب آگاهی و شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی خویش و تلاش برای دستیابی به هویت موفق.
جلسه هفتم	تشخیص نشانه های یأس و ناامیدی و کسب برخی از مهارتها در رویارویی با موقعیت های یأس آور	شناخت نشانه ها و موقعیت های یأس آور، بررسی تفکر خودکار افراد در موقعیت های ناامیدکننده، اجتناب از سرزنش و تنبیه، اجتناب از کمال گرایی و ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت به جای افکار ناامیدکننده، پرهیز از انتظارات غیرمنطقی، تأکید بر اصول اساسی واقعیت درمانی.
جلسه هشتم	تشکر و اختتام	مقدمات اختتام جلسات. اجرای پس آزمون

یافته ها

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل مدل آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آنها در گروه آزمایش ۱ (شفقت

درمانی) به ترتیب ۳۵/۶۰ و ۵/۳۱، در گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی) به ترتیب ۳۳/۳ و ۴/۹۹ و در گروه کنترل به ترتیب ۳۹/۳۳ و ۶/۰۷ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت درمان (به سال) برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۱ (شفقت درمانی) به ترتیب ۲/۵۳ و ۰/۷۴، در گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی) به

داده‌های مربوط به مؤلفه خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری نرمال است. همچنین نتایج آزمون لون در ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای مؤلفه خودکارآمدی نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به آن در سه گروه و در سه مرحله آزمون معنادار نبوده و بنابراین مفروضه مزبور در بین داده‌ها برقرار بود. منطبق بر جدول ۲، نتایج نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیر خودکارآمدی ($F=0/975$, $P\text{-Value}=0/470$, $\eta^2=0/124$) برقرار است. همچنین اثر تعاملی گروه \times زمان بر متغیر خودکارآمدی ($F(2, 37)=0/124$, $P\text{-Value}=0/001$, $\eta^2=0/648$) در سطح $0/05$ معنادار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد که ارزش مجزور کای مربوط به متغیر خودکارآمدی ($W=9.6$, $P\text{-Value}>0/05$)، در سطح $0/05$ معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن متغیر برقرار است.

ترتیب ۱/۹۳ و ۰/۸۸ و در گروه کنترل به ترتیب ۲/۴۶ و ۰/۷۴ بود. میزان تحصیلات ۴ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱ (شفقت درمانی) دیپلم و فوق‌دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۵ نفر بالاتر از لیسانس بود. میزان تحصیلات ۷ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲ (واقعیت درمانی) دیپلم و فوق‌دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۱ نفر بالاتر از لیسانس بود. گروه کنترل نیز میزان تحصیلات ۴ نفر دیپلم و فوق‌دیپلم، ۹ نفر لیسانس و ۲ نفر بالاتر از لیسانس بود.

جدول ۱- میانگین (انحراف استاندارد) خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شفقت درمانی	۲۷/۵۳	۴۴/۳۰	۴۵/۴۰
	(۵/۶۵)	(۷/۵۱)	(۷/۹۸)
واقعیت درمانی	۳۱/۰۶	۴۷/۸۶	۴۸/۴۰
	(۵/۷۳)	(۷/۸۲)	(۶/۷۰)
کنترل	۳۴/۰۶	۳۳/۹۳	۳۴/۳۳
	(۵/۸۴)	(۵/۵۸)	(۵/۰۵)

در این پژوهش ارزیابی مقادیر شاپیرو-ویلک جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که توزیع

جدول ۲- نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و تحلیل چند متغیری

متغیر	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			آزمون چند متغیری		
	M.Box	F	P	ویلکز	F	Df
خودکارآمدی	۱۳/۰۶۲	۰/۹۷۵	۰/۴۷۰	۰/۱۲۴	۳۷/۶۷۵	۴ و ۸۴

پس‌آزمون و پیگیری ($F(1, 37)=0/244$, $P\text{-Value}=0/003$, $\eta^2=0/648$) در سطح $0/01$ معنادار است. این در حالی که میزان این تغییرات در گروه کنترل چشمگیر نیست. بدین ترتیب مشخص شد که شفقت درمانی و واقعیت درمانی خودکارآمدی را در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس به طور معنادار افزایش می‌دهند. در تأیید این مطلب نمودار ۱ نشان می‌دهد که در گروه‌های آزمایش (شفقت درمانی و واقعیت درمانی) نسبت به گروه کنترل میانگین نمره

جدول ۳ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه \times زمان بر متغیر خودکارآمدی ($F(2, 37)=0/814$, $P\text{-Value}=0/001$, $\eta^2=0/918$) در سطح $0/01$ معنادار است. به عبارت دیگر اجرای متغیر مستقل (شفقت درمانی و واقعیت درمانی) به صورت معنادار خودکارآمدی را در گروه‌های آزمایش تحت تأثیر قرار داده است. همچنین نتایج آزمون بین گروهی حاکی از آن است که تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر میانگین خودکارآمدی، در مراحل

خودکارآمدی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه

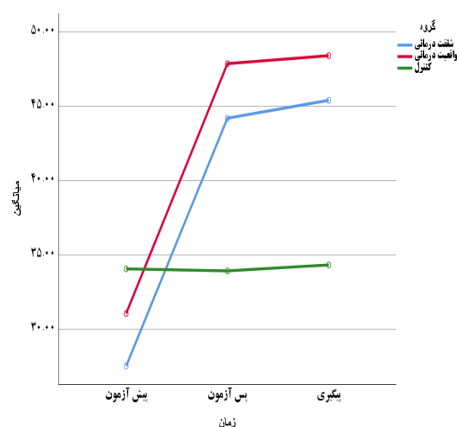
با مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است.

جدول ۳- نتایج تحلیل آمیخته اندازه‌گیری تکراری و آزمون بین گروهی نمره‌های خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P*	η^2
درون گروهی						
زمان	۳۹۵۵/۹۱۱	۲	۱۹۷۷/۹۵۶	۳۷۲/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
تعامل (گروه * زمان)	۱۹۵۲/۳۵۶	۴	۴۸۸/۰۸۹	۹۱/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴
خطا	۴۴۶/۴۰۰	۸۴	۵/۳۱۴	-	-	-
بین گروهی						
گروه	۱۵۸۰/۱۲۳	۱	۷۹۰/۰۷۶	۶/۷۶۸	۰/۰۰۳	۰/۲۴۴
خطا	۴۹۰۲/۸۰۰	۴۲	۱۱۶/۷۳۳	-	-	-

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزوزیس انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که مداخله شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی به صورت معنادار خودکارآمدی را در گروه‌های آزمایش تحت تأثیر قرار داده است. همچنین نتایج آزمون بین گروهی نشان داد که تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر میانگین خودکارآمدی، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است و شفقت درمانی و واقعیت درمانی توانسته‌اند میزان خودکارآمدی را در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزوزیس افزایش دهند. همچنین، نتایج حاکی از آن بود که میزان اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت درمانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش به یک میزان بوده است و در این زمینه بین این دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های سلیمی و همکاران، قطور و همکاران، Nery- Hurwit و Gonzales و همکاران است (۱۸-۱۶، ۱۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت چون سیستم تهدید و محافظت از خود در بیماران مبتلا به ام‌اس به واسطه اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب به نوعی پرکاری شدید دچار است، لذا در نتیجه آن سطوح استرس و نگرانی در این افراد بالا خواهد بود که همین امر منجر به پایین آمدن سطوح خودکارآمدی در آن‌ها می‌شود؛ از طرف دیگر در بیماران ام‌اس سیستم رضایت و تسکین نیز سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد



نمودار ۱- مقایسه میانگین خودکارآمدی در گروه شفقت درمانی، واقعیت درمانی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منطبق بر جدول ۴ مقایسه دو به دو میانگین‌ها نشان داد بین اندازه اثربخشی شفقت درمانی و واقعیت درمانی در افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزوزیس تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴- نتایج مقایسه یک به یک میانگین گروه‌ها برای متغیر استرس

متغیرها	گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
	(I)	(J)			
خودکارآمدی	شفقت درمانی	کنترل	۴/۹۳۳	۲/۲۷	۰/۰۱۰
	واقعیت درمانی	کنترل	۸/۳۳۳	۲/۲۷	۰/۰۰۲
	شفقت درمانی	واقعیت درمانی	۳/۴۰۰	۲/۲۷	۰/۴۲۹

بحث و نتیجه‌گیری

خود و توسعه توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خودتسکینی از اهداف اساسی درمان متمرکز بر شفقت بود که توانسته است به عنوان پادزهری در برابر احساس بی‌کفایتی و فشار روانی ناشی از آن در بیماران ام‌اس عمل کند (۱۲).

در زمینه اثر بخشی واقعیت درمانی بر افزایش خودکارآمدی در بیماران ام‌اس نیز می‌توان گفت با آموزش‌های این رویکرد به بیماران ام‌اس آن‌ها یاد گرفتند که بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره خود متمرکز شوند. بدین ترتیب آن‌ها با قبول رفتار مسئولانه در خود توانسته‌اند از رفتارهای غیرمسئولانه که زمینه‌ساز شکست و نوسان خلق و ایجاد فشار روانی ناشی از آن می‌شود، پرهیز کنند. همچنین کاربرد واقعیت درمانی باعث شده است افراد از طریق خودارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل آن‌هاست برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز کنند تا از طریق گفتگوی مثبت درونی، هیجان‌های منفی و ناکارآمد در آن‌ها کاهش یابد و بر توانمندی‌های خود تأکید کنند. در نتیجه فرد توانسته است حس توانمندی را در خود توسعه دهد. بدین ترتیب، واقعیت درمانی کمک می‌کند تا افراد متوجه شوند که می‌توانند بر زندگی خود کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی‌هایی یابند و با انتخاب‌های مناسب مسئولیت رفتارشان را بر عهده بگیرند که به نوبه خود باعث توانمندی و اعتماد به نفس و افزایش حس خودکارآمدی در آنان می‌شود (۷). واقعیت درمانی به افراد مبتلا به ام‌اس آموخته است که بتوانند در برابر سختی‌ها و مشکلات بایستند و مسایل پیش آمده را به گردن دیگران نیندازند و از کنترل درونی به جای کنترل بیرونی استفاده کنند و مسئولیت مشکلات پیش آمده را بپذیرند و در راستای حل آن یا کنار آمدن با بیماری و مشکلات مربوط به آن تمام توان خود را به کار بگیرند. این فرآیند کمک می‌کند افراد به جای مکانیسم جنگ و گریز در برابر مشکلات، بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات، مسئولیت‌پذیری در آنان

و فرصت کافی برای تحول این سیستم را هرگز نداشته‌اند. درمان متمرکز بر شفقت همانند فیزیوتراپی ذهن برای این افراد عمل می‌کند. بدین ترتیب که با تحریک سیستم تسکین‌بخشی، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول این سیستم تاب‌آوری فرد در برابر مشکلات بیماری بالا می‌رود و باعث بهبود عزت‌نفس و پیشرفت خودکارآمدی فرد می‌شود (۲۹). همچنین درمان مبتنی بر شفقت بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان بودن با خود و داشتن توجه مهربانانه با خود، استدلال مهربانانه به جای استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت به جای جملات انتقادی و خود سرزنشی و در مجموع پذیرفتن رنجی که بر فرد وارد است، همچنین برقراری ارتباط با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می‌رساند و در نتیجه این امر می‌تواند مسبب ایجاد احساس بهتر در مورد کلیت خود و حس خودکارآمدی شود؛ بنابراین، در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی بیماران ام‌اس می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف‌سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی نسبت به خود است و درمان متمرکز بر شفقت بر آزادسازی افراد از این تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی تأکید می‌کند. علاوه بر این، از تکنیک‌های عمل‌گرا چون تمرین عمل کردن و تصویرسازی خود به‌عنوان یک فرد مهربان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. به دنبال آن این "خود" جدید به عنوان پایگاهی امن برای مواجهه با مشکلات و رنج‌ها تبدیل می‌شود که زمینه‌ساز تحول در وجود فرد و غلبه بر احساس بی‌کفایتی و در نتیجه ارتقاء حس خودکارآمدی در فرد می‌شود. به طوری که شفقت باعث تقویت شجاعت افراد در مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن و منجر به احساس مثبت راجع به خود می‌شود. همچنین کاهش خصومت به سمت

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش است. بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

تأییدیه اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه بین الملل کیش مورخ ۱۳۹۹/۳/۲۴ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان با کد اخلاق IR.HUMS.REC.1399.182 است.

تعارض منافع

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله، هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

سهام نویسندگان

گلشید شمس (نویسنده اول) مفهوم پردازی، طراحی مطالعه، نگارش و جمع آوری داده ها ۵۰ درصد؛ سارا پاشنگ (نویسنده دوم و مسئول) مفهوم پردازی، طراحی مطالعه و ویرایش متن ۲۵ درصد؛ مستوره صداقت (نویسنده سوم) مفهوم پردازی، طراحی مطالعه و ویرایش متن ۲۵ درصد.

حمایت مالی

این مقاله از طرف هیچ گونه نهاد یا مؤسسه ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول تأمین شده است.

افزایش یابد که همین امر منجر به افزایش حس خودکارآمدی در آنان می شود (۳۰).

در مجموع می توان گفت که اختلال در کنار آمدن با بیماری هایی مانند مالتیپل اسکروزویس اغلب منجر به بروز مشکلات خلقی و احساس خود سرزنشی در این افراد می شود که این امر به علت از بین رفتن بافت میلین در بعضی قسمت های مغز است؛ بنابراین مداخلات مبتنی بر روان درمانی می تواند برای بیماران مبتلا به ام اس مفید باشد؛ زیرا بیماران با بیان نگرانی ها و اضطراب های خود به متخصصین روان درمانی، می توانند کمک ها و راهنمایی لازم را برای نحوه فکر کردن یا تغییر در رفتارشان طراحی کنند تا از طریق آن توانایی لازم را برای رهایی از مشکلات روحی و هیجان مرتبط با این بیماری در خود پرورش بدهند. نتایج این پژوهش خود شاهدهی بر این مدعاست که درمان هایی مانند واقعیت درمانی و شفقت درمانی می توانند در کاهش علائم و نشانه های این بیماران به خوبی عمل کنند. در نتیجه، پیشنهاد می شود که اثر بخشی سایر رویکردهای روان درمانی نیز بر بهبود سلامت روانی این افراد به طور کلی و بر بهبود نشانه ها و اختلال های هم آیند به این بیماری مانند افسردگی، اضطراب، استرس، تحریک پذیری و پرخاشگری، خستگی و ضعف و احساس ناامیدی و بی کفایتی به صورت ویژه مورد ارزیابی قرار بگیرد.

از جمله محدودیت های این پژوهش افت آزمودنی ها به دلیل شیوع ویروس کرونا و ترس شرکت کنندگان در پژوهش برای حضور منظم در جلسات گروهی بود که در نهایت پژوهشگر نتوانست برای هر گروه بیش از ۱۵ نفر نمونه در اختیار داشته باشد؛ بنابراین، پیشنهاد می شود نمونه های مشابه این پژوهش در آینده با شرکت کنندگان بیشتر و نمونه بزرگتری از جامعه بیماران ام اس در قالب رویکرد مشاوره گروهی انجام شود.

References

1. Sakhaei S, Motaarefi H, Zinalpoor S, Sadagheyani HE. Functional evaluation of multiple sclerosis patients in Khoy (IRAN). *Open Public Health J.* 2018; 11(1):37-43. DOI: 10.2174/1874944501811010037
2. Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: A systematic review. *Clin Rehabil.* 2010; 24(9):789-801. DOI: 10.1177/0269215510367982.
3. Jahanbakhshian N, Zaharakar K, Davarniya R. A Study on the effectiveness of caregivers' group supportive-training intervention on the mental health of MS patients. *RJMS.* 2016; 23(144):19-29. [Persian]
4. Aydm A. A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 174:720-9. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.01.607
5. Moreira H, Gouveia MJ, Carona C, Silva N, Canavarro MC. Maternal attachment and children's quality of life: The mediating role of self-compassion and parenting stress. *J Child Fam Stud.* 2015; 24(8):2332-44. DOI: 10.1007/s10826-014-0036-z
6. Abdolahi MN, Shafiabadi A, Behboudi M. The study of effectiveness of group counseling based on reality therapy on increasing of self esteem in mothers of children with cerebral palsy. *RBS.* 2014; 12(3):360-8. [Persian]
7. Wubbolding RE. *Reality therapy: The Corsini Encyclopedia of Psychology.* Hoboken: Wiley 2010; DOI: 10.1002/9780470479216.corpsy0780
8. Casstevens W. Using reality therapy and choice theory in health and wellness program development within psychiatric psychosocial rehabilitation agencies. *Int J Choice Theory Real Therapy.* 2010; 29(2):55-8.
9. Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with multiple sclerosis (MS). *IJABS.* 2015; 2(4):33-8. DOI: 10.22037/ijabs.v2i4.11421
10. Ros-Morente A, Mora CA, Nadal CT, Belled AB, Berenguer NJ. An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *An Psicol /Ann Psychol.* 2018; 34(1):63-7. DOI: 10.6018/analesps.34.1.262891
11. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med.* 2015; 45(5):927-45. DOI: 10.1017/S0033291714002141
12. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impair.* 2011; 12:128-39. DOI: 10.1375/brim.12.2.128
13. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness.* 2015; 6(3):444-54. DOI: 10.1007/s12671-014-0277-3
14. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integr Cancer Ther.* 2018; 17(3):684-96. DOI: 10.1177/1534735418772095.
15. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass.* *Soc Personal Psychol Compass.* 2010; 4(2):107-18. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x
16. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disabil Health J.* 2018; 11(2):256-61. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.10.010
17. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci.* 2018; 24(2):125-31. [Persian]
18. Ghatore Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane Danesh.* 2018; 23(3):350-63. [Persian]

19. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol.* 1993; 28(2):117-48. DOI: 10.1207/s15326985ep28023
20. Caprara GV, Pastorelli C, Regalia C, Scabini E, Bandura A. Impact of adolescents' filial self-efficacy on quality of family functioning and satisfaction. *J Res Adolesc.* 2005; 15(1):71-97. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2005.00087.x
21. Galla BM, Wood JJ, Tsukayama E, Har K, Chiu AW, Langer DA. A longitudinal multilevel model analysis of the within-person and between-person effect of effortful engagement and academic self-efficacy on academic performance. *J Sch Psychol.* 2014; 52(3):295-308. DOI: 10.1016/j.jsp.2014.04.001
22. Schnell K, Ringeisen T, Raufelder D, Rohrmann S. The impact of adolescents' self-efficacy and self-regulated goal attainment processes on school performance: Do gender and test anxiety matter? *Learn Individ Differ.* 2015; 38:90-8. DOI: 10.1016/j.lindif.2014.12.008
23. Talsma K, Schüz B, Schwarzer R, Norris K. I believe, therefore I achieve (and vice versa): A meta-analytic cross-lagged panel analysis of self-efficacy and academic performance. *Learn Individ Differ.* 2018; 61:136-50. DOI: 10.1016/j.lindif.2017.11.015
24. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol.* 2014; 70(9):794-807. DOI: 10.1002/jclp.22076
25. Gow JE. Reality therapy: A new approach to psychiatry", by William Glasser (Book Review). *Et Cetera.* 1970; 27:112.
26. Ghoreishi M, Behboodi M. Effectiveness of group reality therapy on emotion regulation and academic self-efficacy of female students. *Commonity Health.* 2017; 4(3):238-49. [Persian]
27. Ghadampour E, Mansouri L. The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. *PSYS.* 2018; 14(1):59-74. [Persian] DOI: 10.22051/PSY.2017.13705.1329
28. Kakia L. Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *JFMH.* 2010; 12(45):7-430. DOI: 10.22038/JFMH.2010.1121
29. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009; 15(3):199. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264
30. Gorbantalipour M, Najafi M, Alirezalo Z, Nasimi M. The effectiveness of reality therapy on happiness and hope in divorced women. *FCPJ.* 2014; 4(2):297-317. [Persian]

Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on self-efficacy of patients with multiple sclerosis

Golshid Shams¹Sara Pashang^{2*}Mastooreh Sedaghat³

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Department of General Psychology, Azad University of Karaj, Karaj, Iran.

3. Department of Psychology, Islamic Azad University of Semnan Branch, Semnan, Iran.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate and compare the effectiveness of reality therapy and compassion-based therapy on increasing self-efficacy in patients with MS.

Methods: This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all patients with MS referred to medical centers in Isfahan at 2020, who 45 of them were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (n=15). Scherrer et al.'s (1982) self-efficacy questionnaire was used to collect data and for data analysis, a mixed design with repeated measures was performed by version 26 of SPSS software.

Results: The results showed that the interactive effect of group \times time on the self-efficacy ($F=91.845$) was significant ($P\text{-Value}<0.01$) and compassion therapy and reality therapy significantly affected self-efficacy in the experimental groups. The difference between experimental and control groups in terms of mean of self-efficacy in post-test and follow-up stages compared to pre-test ($F = 6.768$) was significant ($P\text{-value} <0.01$). These changes in the mean of self-efficacy in the control group in the three stages of the test were not significant. There was no significant difference between the effectiveness of compassion therapy and reality therapy in increasing the self-efficacy of patients with multiple sclerosis ($MD = 3.400$, $P\text{-Value} = 0.429$).

Conclusion: Compassion-based therapy and reality therapy can significantly increase self-efficacy in patients with MS; But their effectiveness on increasing self-efficacy is the same.

Keywords: Compassion-Based Therapy, Reality Therapy, Self-Efficacy, MS.

Received: 09 May 2021

Accepted: 03 Feb 2021

How to cite this article: Shams G, Pashang S, Sedaghat M. Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and reality therapy on self-efficacy of patients with multiple sclerosis. *Journal of Preventive Medicine*. 2021; 8(1).70-80.

Correspondence: Sara Pashang, General Psychology, Azad University of Karaj, Karaj, Iran.

Tel: 09128937996

Email: sarahpashang@yahoo.com

ORCID: 0000-0001-6609-3260