

Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo

Mehdi Soleymanpour¹ , Alireza Pirkhaefi^{2*} , Keyanosh Zaharakar³ 

¹ Department of Human Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

³ Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:

Received: 04 October 2021

Revised: 17 November 2021

Accepted: 10 February 2022

Published Online: 27 May 2022

* Correspondence to:

Alireza Pirkhaefi

Department of Clinical Psychology,
Faculty of Medicine, Garmsar
Branch, Islamic Azad University,
Garmsar, Iran

Email:

ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

ABSTRACT

Introduction: Skin diseases, not only may have physical consequences but also costly psychological consequences in one's life. The present study was conducted to compare the effect of group counseling with the approaches of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the internalized shame of patients with vitiligo.

Material & Methods: This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and follow-up and control groups. The study population consisted of all women with vitiligo who were referred to Razi Hospital, in Tehran, in 1399. A total of 45 persons who met the inclusion criteria were purposefully selected and randomly divided into 3 groups of 15 people each (two experimental groups and one control group). The study tool included Cook's Internalized Shame Scale (1993). Descriptive statistics and repeated measures analysis of variance was used to test the research hypotheses. The data were analyzed using SPSS software (version 20).

(Ethic code: R.IAU.SRB.REC.1399.125)

Findings: Both CFT and ACT therapeutic approaches were effective in reducing internalized shame in patients with vitiligo, compared to the control group. A comparison of the two approaches showed no significant differences between the two experimental groups of CFT and ACT in terms of all components of shyness, self-esteem, and internalized shame.

Discussion & Conclusion: Based on the obtained results, the above-mentioned treatments can be used to improve the psychological status of patients with vitiligo.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Compassion therapy, Shame, Vitiligo

➤ How to cite this paper

Soleymanpour M, Pirkhaefi A, Zaharakar K. Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2022;30(2): 82-96.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به ویتلیگو

مهدی سلیمان پور^۱ ID، علیرضا پیرخانی^۲ ID*، کیانوش زهراکار^۳ ID

^۱ گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران

^۳ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۲

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

نویسنده مسئول:

علیرضا پیرخانی

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد گرمسار، گرمسار، ایران

Email:

ar.pirkhaefi@iau-garmsar.ac.ir

مقدمه: بیماری‌های آشکار همچون بیماری‌های پوستی، نه تنها ممکن است عوارض جسمی را به همراه خود داشته باشند، بلکه ممکن است با عوارض روانی پرهزینه تری در زندگی مبتلایان همراه گردند. پژوهش حاضر به منظور مقایسه تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده بیماران مبتلا به ویتلیگو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را همه زنان مبتلا به ویتلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که از میان آنان ۴۵ نفر به شیوه هدفمند، پس از کنترل ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار سنجش در این مطالعه پرسش‌نامه شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) است. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.24 بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت، نسبت به گروه کنترل، در کاهش شرم درونی شده بیماران مؤثر بودند. در مقایسه دو رویکرد نیز یافته‌ها نشان دادند، در همه مؤلفه‌های کمرویی، عزت‌نفس و شرم درونی شده، دو گروه آزمایشی شفقت و پذیرش و تعهد باهم تفاوت معناداری نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان از این درمان‌ها به منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ویتلیگو بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرم، ویتلیگو

استناد: سلیمان پور، مهدی؛ پیرخانی، علیرضا؛ زهراکار، کیانوش. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت

(CFT) بر شرم درونی شده در بیماران مبتلا به ویتلیگو. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، تیر ۱۴۰۱؛ ۳۰(۲): ۸۲-۹۶.

مقدمه

ویتیلیگو یک اختلال پوستی اکتسابی است که از ویژگی های آن می توان به زوال پیش رونده در رنگ دانه های پوست به سبب از دست رفتن ملانوسیت ها اشاره کرد که رنگ دانه های سلول ساز در پوست هستند. در میان دیگر بافت ها، ملانوسیت ها در داخل گوش، چشم و غشاهای مخاطی قرار دارند (۱،۲) و در نتیجه، به علت ویتیلیگو تحت تأثیر قرار می گیرند (۳). پژوهش ها درباره بار روانی ویتیلیگو گزارش می کنند که تقریباً ۷۵ درصد از بیماران ظاهر خود را به صورت متوسط یا شدید، غیر قابل تحمل می دانند (۴). مبتلایان به ویتیلیگو ممکن است استرس هیجانی را تجربه کنند، به ویژه اگر ویتیلیگو در حیطه های محسوس و قابل رؤیت بدن مانند صورت بروز کند. بیشتر این افراد احساس خجالت، شرم (با کاهش اعتماد به نفس) و افسردگی دارند یا درباره واکنش دیگران نگران هستند (۵). در بیشتر تحقیقات، بیماران مبتلا به ویتیلیگو گزارش می کنند که احساسات شرمساری را تجربه کرده اند که می تواند به عزت نفس پایین و انزوای اجتماعی منتهی شود (۶).

شیوع این بیماری برابر با ۰/۵ تا ۱ درصد در جمعیت جهانی است (۷). بالاترین نرخ بروز این بیماری در هندوستان ثبت شده است (۸/۸ درصد) و پس از آن کشورهای مکزیک (۴ درصد)، ژاپن (۱/۶۸ درصد) و دانمارک (۰/۳۸ درصد) قرار دارند (۸). شروع بیماری در ۵۰ درصد موارد، در سن کمتر از ۲۰ سال و یک چهارم پیش از ۸ سالگی است (۹). این بیماری به یک میزان در زنان و مردان ظاهر می یابد؛ اما در بعضی مطالعات، شیوع آن در زنان اندکی بیشتر گزارش شده است (۱۰).

بیماری خودایمنی ویتیلیگو با اختلالات تیروئید خودایمنی، آرتریت روماتوئید، دیابت شیرین بزرگ سالی، کم خونی بدخیم و لوپوس اریتماتوز سیستمیک همراه است (۱۱).

پژوهش های انجام شده بر بیماران مبتلا به ویتیلیگو نشان می دهند که دست کم ۲۵ درصد بیماران از

اختلالات روان پزشکی رنج می برند (۱۲). بیماران مبتلا به ویتیلیگو یک تصویر بدنی منفی از خود دارند و عزت نفس آنان نیز پایین است. علاوه بر این، ممکن است آنان خجالت زده باشند و نسبت به بدن خود احساس شرم کنند که این موضوع زندگی اجتماعی آنان را نیز با اختلال روبرو می کند (۱۳). نتایج مطالعه نوگیر، زانکانارو و آزامبوجا (۱۴) نشان داد که ویتیلیگو با هیجانات بدبینانه ای نظیر ناامنی، غمگینی و شرم ارتباط دارد. شرم یکی از مهم ترین هیجان های خود آگاه است که احتمالاً تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب پذیری نسبت به اختلال های روانی و شخصیت دارد؛ احساس شرم نشان دهنده قضاوت پایدار و باثبات درباره خود و یا شخصیت فرد است که می تواند ناشی از ادراک ارزیابی منفی از دیگران نسبت به خود یا ارزیابی منفی از خود باشد (۱۵).

گیلبرت بیان می کند که شرم درونی «یک تجربه درونی از خود به عنوان یک عامل اجتماعی بی جاذبه است که خود را تحت فشار می دهد تا از طریق فرار کردن یا دلجویی، آسیب احتمالی برای خود را محدود کند. شرم درونی می تواند بر روی جنبه های معین خود (مثل ظاهر جسمانی) یا توانایی ها یا تجارب درونی عمومی تر (مثلاً زمانی که فرد احساس می کند هوش کمتری نسبت به دیگران دارد) تمرکز داشته باشد» (۱۶).

دو مؤلفه کلیدی شرم، خودتخریبی و خودانتقادی هستند. این مؤلفه ها به صورت جریانی از تفکرات، ارزیابی ها و قضاوت های منفی درباره خود شناسایی شده اند که همراه با احساسات منفی مربوط به شرم درونی است (۱۶). شرم با افزایش نرخ افسردگی مرتبط است و می تواند به پریشانی روان شناختی نیز منجر شود (۱۷). به سبب ماهیت مزمن ویتیلیگو، سیر غیر قابل پیش بینی عودها و بهبودی ها، دوره درمان طولانی و نبود درمان قطعی، این بیماری اغلب بر کیفیت زندگی در جنبه های مختلف فعالیت های اجتماعی، شغل، تحصیلات و ازدواج و زندگی زناشویی

اجتنابی حول بیماری، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود پردازند و نسبت به آن متعهد گردند که این مسئله می‌تواند زمینه کاهش احساس شرم بیماران را فراهم نماید.

از سویی، طبق دیدگاه مبتنی بر شفقت، چنانچه بیماران مبتلا به ویتیلیگو با خود مشفقانه برخورد کنند، با سخت‌گیری کمتر خودشان را قضاوت می‌نمایند، وقایع منفی زندگی مانند بیماری‌شان را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (۲۵).

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در جامعه بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌پردازد. علت انتخاب این دو رویکرد درمانی توسط محقق برای شرم درونی‌شده در مبتلایان به ویتیلیگو و مقایسه اثربخشی آن‌ها در پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه بیان کرد که درمان متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود می‌پردازد و فرد را در برابر خودانتقادی و سرزنشگری مصون نگه می‌دارد (۲۶)؛ همچنین از آنجاکه درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن می‌سازد؛ بنابراین می‌تواند با کاهش شرم، عزت‌نفس و کمروبی آنان را بهبود بخشد.

از طرفی، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ذهن‌آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌شود (۲۷). این موارد نقش مهمی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه و نگرستن به احساس منفی شرم دارد. در پژوهش‌های گذشته، از درمان شفقت و پذیرش و تعهد بر برخی شاخص‌های روان‌شناختی افراد عادی و بیمار استفاده شده و اثربخش بوده است؛ از جمله پژوهش رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۲۸) در باب تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم

تأثیر می‌گذارد (۱۸). فراتحلیل موریسون و همکاران (۱۹) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو نسبت به افراد سالم پایین‌تر است. نتایج پژوهش سلمان، کورت، توپچوغلو و دمیرکای (۲۰) نیز بیانگر آن بود که بیماران مبتلا به ویتیلیگو در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از اضطراب، اضطراب اجتماعی، افسردگی و سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند که لزوم مداخله در سلامت روان‌شناختی این قشر را خاطر نشان می‌سازد.

مداخلات درمانی چندی برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو در قالب مطالعات مداخله‌ای طراحی و انجام شده است. در ایران احمدی، سجادیان و جعفری (۲۱) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، شریفی‌کیا، آهنگری، عسکری و طحان (۲۲) اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران ویتیلیگو، شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجدی (۲۳) اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو و ذاکری، حسنی و اسماعیلی (۲۴) اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو را بررسی کرده‌اند.

دیدگاه مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های مهم روان‌شناختی است. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتلایان به ویتیلیگو اجتناب تجربی دارند و نمی‌خواهند در تماس با تجارب شخصی و درون‌روانی، اعم از حس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطرات و گرایش‌های رفتاری قرار بگیرند. این اجتناب از تجارب دردناک به احساسات ناخوشایند منجر می‌شود و درنهایت، شرم بیشتری را به دنبال خواهد داشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معرفی پذیرش به‌عنوان یک راه‌حل جایگزین برای اجتناب، به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای

روان‌شناختی روبرو می‌گردند؛ بنابراین ضرورت دارد تا به‌طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران به‌کار گرفته شود.

پژوهشگر در مطالعه حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده بیماران مبتلا به ویتیلیگو متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی است و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری به‌منظور اجرای آزمایش استفاده گردیده است. در این طرح مداخلات درمانی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت) به‌عنوان متغیرهای مستقل و «شرم درونی‌شده» به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند (جدول شماره ۱).

جامعه پژوهش حاضر را همه بیماران زن مبتلا به ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق‌تخصصی پوست رازی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد آنان ۱۴۳ نفر بود. برای انتخاب نمونه در مرحله غربالگری، از میان بیماران متقاضی شرکت در جلسات درمانی، در مرحله اول ۱۰۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند.

پس از انتخاب گروه نمونه زنان به شیوه هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، همه این افراد با پرسش‌نامه شرم درونی‌شده ارزیابی شدند و ۴۵ نفر از

شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان و نیز مطالعات فوگلوئیست، گاستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۹). در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال خوردن و مشکلات تصویر بدن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن پسماند و پژوهش وین و همکاران (۲۷) در تأیید اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده؛ همچنین پژوهش‌های سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۳۰) درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، مطالعه کریگر و همکاران (۲۶) در تأیید تأثیر مثبت مداخله متمرکز بر شفقت اینترنتی بر کاهش خودانتقادی و تحقیق سامرس اسپیکرمان، ترامپتر، اسپروس و بوهمیجر (۳۱) در باب تأثیر معنادار درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یک ابزار خودیاری‌رسان هدایت‌شده برای ارتقای سلامت روانی عموم و پژوهش آیو و همکاران (۳۲) در تأیید تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای شرم مربوط به آسیب و استرس پس از آسیب و همچنین تحقیق اندرسون و راسمن (۳۳) در تأیید تأثیر شفقت‌درمانی بر کاهش خودانتقادی و افزایش عزت‌نفس مبتلایان به بیماری‌های روان‌پزشکی و درنهایت، تحقیق بوئرسم، هکنسون، سالومونسون و جانسون (۳۴) درباره تأثیر مثبت درمان متمرکز بر شفقت برای مقابله با شرم، خودانتقادی و انزوای افراد دارای اضطراب اجتماعی.

با توجه به اینکه بیماری ویتیلیگو از بیماری‌های مزمنی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به علت آثار مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و

جدول شماره ۱. نگاره طرح آزمایشی پژوهش

| انتصاب افراد | گروه | پیش‌آزمون | متغیر مستقل | پس‌آزمون | پیگیری |
|--------------|----------|-----------|-------------|----------|--------|
| R | آزمایش ۱ | T1 | X1 | T2 | T3 |
| R | آزمایش ۲ | T1 | X2 | T2 | T3 |
| R | کنترل | T1 | - | T2 | T3 |

x1. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ x2. شفقت‌درمانی

از جلسات برای گروه‌های آزمایشی، یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش ۱۵ نفره طراحی گردید.

ملاک‌های ورود به آزمایش: زنان در بازه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، تشخیص بیماری بر اساس شواهد بالینی از قبیل نمای ظاهری ضایعات پوستی، نمونه برداری پوست و تأیید بیماری ویتیلیگو از سوی پزشک متخصص پوست، دست کم یک سال سابقه ابتلا به بیماری، داشتن رضایت برای شرکت در جلسات مشاوره گروهی، میزان تحصیلات دست کم دیپلم، دریافت نکردن خدمات مشاوره فردی و گروهی دیگر و همچنین مطالعه کتب روان‌شناسی مربوطه در طول جلسات.

ملاک‌های خروج از آزمایش: وخیم بودن وضعیت جسمانی و پزشکی، غیبت و یا انصراف در هریک از جلسات آموزشی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل و مواد روان‌گردان، سابقه بستری در بیمارستان روانی و یا مصرف قرص‌های روان‌پزشکی و ابتلای هم‌زمان به اختلالات همبود نظیر اختلال‌های روان‌شناختی.

جدول شماره ۲ خلاصه مباحث درمانی به اجرا

بیمارانی که شرم درونی شده بالاتری نسبت به سایرین داشتند، به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی به شیوه ساده (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر زیرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. درباره انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در طرح‌های تجربی باید هر زیرگروه دست کم ۱۵ نفر باشد؛ در توضیح حجم نمونه باید گفت، به علت ماهیت آموزشی درمانی جلسات آزمایشی تحقیق حاضر و به‌منظور حفظ پویایی گروهی در گروه‌ها و پیشگیری از ازدیاد جمعیت هر گروه برای کاهش پویایی نفرت از منابع مهم مشاوره گروهی به‌منظور تعیین حجم نمونه استفاده شد. حجم نمونه برای جلسات مشاوره گروهی بین ۷ تا ۱۰ نفر پیشنهاد شده است، همچنین در برخی منابع نیز تعداد مورد نیاز برای تشکیل مشاوره گروهی بین ۶ تا ۱۲ نفر آمده است (۳۵). آنچه در تعیین حجم نمونه مهم است، برقراری تعادلی میان پویایی گروهی و فرصت تجربه برای اعضا است. به این ترتیب، به‌منظور پیشگیری از افت نمونه و به‌منظور افزایش فرصت ابراز نظرات و بهره‌گیری بیشتر

جدول شماره ۲. خلاصه محتوای جلسات ارائه شده برای گروه‌های آزمایش

| درمان پذیرش و تعهد | | درمان مبتنی بر شفقت | |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اهداف | محتوای جلسات | اهداف | محتوای جلسات |
| اول | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT. | آشنایی با اصول کلی درمان | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی. |
| دوم | آشنایی با برخی از مفاهیم ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی | ایجاد سنجشی از شفقت (مصاحبه مهربانی) خودانتقادی | شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، شناسایی و سنجش میزان مهربانی با خود در اعضا، شناسایی وجه مشترک انسان‌ها و ارائه سه سامانه تنظیم هیجان، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا. مروری بر تکالیف جلسه پیش، 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 خودتخریبگرانه و شرم ناشی از مغز خودکار قدیمی، ویژگی‌های مغز آگاه، آموزش همدردی با خود، افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود. |
| سوم | اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی | آشنایی با سه مغز و خودتجسمی. | بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی و استعاره قطار ذهنی، آگاهی روانی و خودتجسمی. |

ادامه جدول شماره ۲.

| | | | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| چهارم | آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندان | بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود، تمرین ذهن آگاهی. | شرح مراقبت از بهزیستی به وسیله بخشش و تحمل پریشانی | مرور تمرین جلسه پیش، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت» شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات، آموزش مراقبه دلسوزانه. |
| پنجم | آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی | بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی. | شناخت فرد مهربان و مسیر زندگی او | مرور تمرین جلسه پیش، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف، شرح مسئله مسئولیت و حرکت در مسیر بهزیستی در فرد مهربان، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران. |
| ششم | آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره اتوبوس) | بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمان‌جویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت. | شناسایی استدلال مهربانانه | مرور تمرین جلسه پیش، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورزانه، آموزش سبک‌ها و شیوه‌های شفقت ذهن آگاهی و رقص توجه به‌عنوان مهارت‌های مهم، اهمیت توجه مشفقانه و ابراز شفقت (مثال انعطاف بدنی در ورزش‌ها)، آموزش رشد انعطاف و سیالیت در دستگاه ادراک شخصی. |
| هفتم | آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه (استعاره صفحه شطرنج) | بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی. | شناسایی احساس مهربانانه به‌عنوان مهارت التیام‌بخش در شفقت | مرور تمرین جلسه پیش، شرح تأثیرات شگفت احساسات دلسوزی، اطمینان، شرح عملکرد دستگاه خطر مغز، شرح قصور مهربانانه به‌عنوان بازدارنده‌کننده دستگاه امنیت و آرامش. |
| هشتم | مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی | بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده. | تکمیل یادگیری رفتار مهربانانه به‌عنوان مهارت التیام‌بخش | آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به پرسش‌های اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، هماهنگی برگزاری اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده. |

کوک ۱۹۹۳ استفاده شد.

مقیاس شرم درونی شده: کوک این مقیاس را در سال ۱۹۹۳ تهیه کرده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده‌مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲،

درآمده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از هایس و همکاران (۴۲) و همچنین درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از گیلبرت (۱۶) را نشان می‌دهد.

همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از این پرسش‌نامه

برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر (RMA) استفاده شد؛ همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS vol.24 استفاده گردید. سطح معناداری در این تحقیق $P=0.05$ تعیین شد.

رعایت کدهای اخلاقی: به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، اجرای جلسات برای بیماران شرکت‌کننده مطابق با مرام‌نامه اخلاقی هلسینکی در پژوهش (اصول اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی - مداخله‌ای روی انسان) صورت گرفت. فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات از سوی افراد امضا شد؛ همچنین اطمینان لازم برای رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات افراد به وجود آمد و هماهنگی جلسات پس‌آزمون و پیگیری با مشارکت اعضا در محیط امن آموزشی مرکز مشاوره انجام گرفت. در نهایت پس از پایان آزمایش، دوره آموزشی یادشده برای رعایت اخلاق به گروه کنترل نیز ارائه گردید.

این پژوهش با کد اخلاق R.IAU.SRB.REC. 1399.125 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران تصویب شده و به اجرا درآمده است.

یافته‌ها

جدول شماره ۳ اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های

۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۰) و عزت‌نفس با ۶ ماده (۸، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۶، ۲۹) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد، به طوری که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است (۳۶). کوک (۱۹۹۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش نموده است؛ همچنین رجبی و عباسی (۳۷). ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش فتح‌الله‌زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی و همکاران (۳۸) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ محاسبه گردید. مقدار همسانی درونی با آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر نیز بر اساس نمرات مرحله غربالگری روی ۱۰۰ نفر ۰/۸۹ محاسبه شد.

به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها در این تحقیق از روش‌های آماری توصیفی مانند محاسبه میانگین و انحراف معیار استفاده گردید؛ سپس پس از سنجش پیش‌فرض‌های تحلیل پارامتریک استنباطی از جمله آزمون لوین، آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و تأیید پیش‌فرض‌های مذکور،

جدول شماره ۳. توزیع آزمودنی‌ها بر حسب سن، تحصیلات و تأهل در سه گروه پذیرش و تعهد، شفقت و کنترل

| گروه‌ها | سن | تعداد | تحصیلات | تعداد | تأهل | تعداد |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------|-------|
| پذیرش و تعهد | ۲۵ تا ۲۰ | ۳ | دیپلم | ۲ | مجرد | ۴ |
| | ۳۰ تا ۲۵ | ۶ | فوق دیپلم | ۴ | | |
| | ۳۵ تا ۳۰ | ۴ | لیسانس | ۷ | متأهل | ۱۱ |
| | ۴۵ تا ۳۵ | ۲ | فوق لیسانس | ۲ | | |
| شفقت | ۲۵ تا ۲۰ | ۳ | دیپلم | ۲ | مجرد | ۶ |
| | ۳۰ تا ۲۵ | ۳ | فوق دیپلم | ۶ | | |
| | ۳۵ تا ۳۰ | ۶ | لیسانس | ۵ | متأهل | ۹ |
| | ۴۵ تا ۳۵ | ۳ | فوق لیسانس | ۲ | | |
| کنترل | ۲۵ تا ۲۰ | ۲ | دیپلم | ۵ | مجرد | ۵ |
| | ۳۰ تا ۲۵ | ۶ | فوق دیپلم | ۳ | | |
| | ۳۵ تا ۳۰ | ۵ | لیسانس | ۶ | متأهل | ۱۰ |
| | ۳۵ به بالا | ۲ | فوق لیسانس | ۱ | | |

این امر در تقسیم تصادفی گروه‌ها طبیعی است و تصور بر این است که تقسیم تصادفی، تفاوت‌های فردی را کنترل کرده است و تفاوت‌های موجود از پیش تعیین شده و سازمان‌یافته و سودار نیستند و ناشی از شانساند و اثر چندانی بر نتایج نخواهند داشت.

جدول شماره ۴ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر شرم درونی‌شده و ابعاد کمرویی و عزت‌نفس اعم از

آزمایش پذیرش و تعهد و شفقت و کنترل را نشان می‌دهد. این اطلاعات عبارت‌اند از: سن، تحصیلات و تأهل. سن گروه نمونه از ۲۰ تا ۴۵، تحصیلات آنان از دیپلم تا فوق‌لیسانس و تأهل آنان به دو صورت مجرد و متأهل (عقد دائم) سال بود. همان‌طور که در جدول اطلاعات جمعیت‌شناختی مشاهده می‌شود، تفاوت‌هایی در گروه‌ها به لحاظ سن، تحصیلات و تأهل وجود دارد و

جدول شماره ۴. یافته‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرم درونی‌شده و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش پذیرش و تعهد و شفقت و گروه کنترل

| متغیر | مرحله | گروه | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|---------|--------------|--------------|---------|--------------|-------|
| شرم | پیش آزمون | پذیرش و تعهد | ۶۴/۷۳ | ۱۲/۳۱ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۶۳/۶ | ۹/۹۹ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۶۳ | ۱۲/۸۶ | ۱۵ |
| | پس آزمون | پذیرش و تعهد | ۴۳/۶۶ | ۹/۶۷ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۴۷/۵۳ | ۱۰/۳۹ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۶۲/۴ | ۱۱/۴۸ | ۱۵ |
| کمرویی | پیش آزمون | پذیرش و تعهد | ۳۴/۳۳ | ۸/۴۶ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۳۵/۸ | ۱۰/۹۲ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۶۱/۴ | ۵/۵۶ | ۱۵ |
| | پس آزمون | پذیرش و تعهد | ۴۸/۲۶ | ۴/۷ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۴۶/۳۳ | ۱۰/۶۶ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۴۷/۹۳ | ۸/۸ | ۱۵ |
| عزت‌نفس | پیش آزمون | پذیرش و تعهد | ۳۵/۸۶ | ۸/۷۸ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۳۶/۶۶ | ۱۱/۱۱ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۴۷/۴ | ۸/۹ | ۱۵ |
| | پس آزمون | پذیرش و تعهد | ۲۹/۷۳ | ۷/۲۱ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۳۰/۰۶ | ۱۰/۷ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۴۷/۲ | ۱۰/۳ | ۱۵ |
| عزت‌نفس | پیش آزمون | پذیرش و تعهد | ۱۶/۴۶ | ۳/۳۷ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۱۷/۲۶ | ۳/۷۸ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۱۵/۰۶ | ۳/۸ | ۱۵ |
| | پس آزمون | پذیرش و تعهد | ۷/۸ | ۲/۵۶ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۱۰/۸۶ | ۱/۹۲ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۱۵ | ۳/۹۶ | ۱۵ |
| پیگیری | پیگیری | پذیرش و تعهد | ۴/۶ | ۲/۴۴ | ۱۵ |
| | | شفقت | ۵/۷۳ | ۳/۰۳ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۱۴/۲ | ۳/۸۹ | ۱۵ |

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر روی میانگین شرم درونی و ابعاد آن در گروه‌ها

| متغیر | اندازه | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | Sig | مجذورات |
|---------|-----------|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------|---------|
| کمروبی | بین گروه | گروه | ۲۸۱۷/۸۳ | ۲ | ۱۴۰۸/۹ | ۴/۴۲ | ۰/۰۱ | ۰/۱۷ |
| | درون گروه | زمان | ۳۲۳۴/۴۱ | ۱/۴۸ | ۲۱۷۶/۲ | ۱۷۰/۶۶ | ۰۰/۰۰۰ | ۰/۸۰ |
| | | گروه و زمان | ۱۴۵۲/۲۵ | ۲/۹۷ | ۴۸۸/۵۶ | ۳۸/۳۱ | ۰۰/۰۰۰ | ۰/۶۴ |
| عزت‌نفس | بین گروه | گروه | ۶۱۷/۲ | ۲ | ۳۰۸/۶ | ۱۴/۷۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۱ |
| | درون گروه | زمان | ۱۵۰۲/۱۷ | ۲ | ۷۵۱/۰۸ | ۱۳۳/۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۶ |
| | | گروه و زمان | ۶۳۷/۲۸ | ۴ | ۱۵۹/۳۲ | ۲۸/۲۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۷ |
| شرم | بین گروه | گروه | ۵۹۱۴/۷۷ | ۲ | ۲۹۵۷/۳ | ۷۸/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ |
| | درون گروه | زمان | ۹۱۴۴/۶۳ | ۲ | ۴۵۷۲/۳ | ۳۹۸/۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۰ |
| | | گروه و زمان | ۳۹۹۳/۵۸ | ۴ | ۹۹۸/۳۹ | ۸۷/۰۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۰ |

معنی‌داری چندمتغیره تفاوت‌ها (لامبدای ویلکز) با ضرایب معنادار ۰/۸۵، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ برقرار بود. بنابراین، با برقراری مفروضه‌های بالا، به‌منظور سنجش دقیق تفاوت‌های دو گروه در سه اندازه‌گیری مختلف آزمون، تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

اطلاعات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، تفاوت میان گروه‌های آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت و گروه کنترل در متغیر شرم درونی شده و ابعاد کمروبی و عزت‌نفس در سه اندازه‌گیری مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین بر اساس زمان، تعامل زمان و گروه‌ها معنادار است ($P < 0.05$)؛ به عبارتی، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت توانسته‌اند دست کم یک تفاوت معنادار را میان خود با دیگری و یا گروه کنترل در سه اندازه‌گیری مختلف ایجاد کنند. به‌منظور تعیین دقیق تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها با سنجش آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه‌های جفتی در جدول شماره ۶ آمده است.

اطلاعات جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌های کمروبی، عزت‌نفس و شرم درونی شده، دو گروه آزمایشی شفقت و پذیرش و تعهد باهم تفاوت معناداری نداشتند؛ اما هر دو گروه نسبت به گروه کنترل بهبود (کاهش) بیشتری را در شرم درونی شده و مؤلفه‌های

میانگین، انحراف معیار و تعداد افراد نمونه را نشان می‌دهد. مقایسه میانگین‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان می‌دهد که شرم درونی شده و ابعاد آن در گروه پذیرش و تعهد و شفقت در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز ثبات نسبی را نشان می‌دهد؛ اما در گروه کنترل، در مراحل سه‌گانه سنجش، سیر نزولی را طی کرده است.

برای پاسخگویی و آزمون فرضیات پژوهش، آزمون اندازه‌گیری مکرر با تعقیب بونفرونی انجام شد که در ادامه ذکر آن می‌آید.

پیش از اجرای این آزمون، شاخص‌های پیش‌فرض تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر در شرم درونی شده و ابعاد آن به اجرا درآمد و میزان کرویت موشلی در ابعاد کمروبی، عزت‌نفس و شرم به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۸ و ۰/۵۳ محاسبه گردید که هیچ‌کدام معنادار نبودند، به‌جز بعد کمروبی که معنادار بود و برای جبران نقیصه یادشده از آزمون محافظه‌کار گرین هوس گیسر استفاده گردید؛ همچنین میزان F آزمون برابری واریانس خطای دو گروه (لوین) نیز به ترتیب ۰/۲۴، ۱/۰۳ و ۰/۶۹ بود و نیز آزمون برابری ماتریس‌های کوواریانس واریانس (ام باکس) به ترتیب برای ابعاد یادشده عبارت بود از: ۳۱/۵، ۲۳/۰۲ و ۲۳/۲۸ که هیچ‌کدام معنادار نبودند. درنهایت نیز

جدول شماره ۶. آزمون بونفرونی برای مقایسه جفتی تفاوت میانگین گروه‌ها در مراحل مختلف زمانی

| متغیر | گروه‌ها | شفقت | | کنترل |
|---------------|--------------|-------------------------------------|---------|------------------|
| | | تفاوت میانگین گروه‌ها در هر سه زمان | میانگین | |
| کمروبی | پذیرش و تعهد | ۰/۲۶ | ۰/۱ | معناداری ۰/۰۴ |
| | شفقت | - | - | ۰/۰۳ |
| عزت نفس | پذیرش و تعهد | -۱/۶۶ | ۰/۲۷ | ۰/۰۰۰ |
| | شفقت | - | - | ۰/۰۰۳ |
| شرم درونی شده | پذیرش و تعهد | -۱/۴ | ۰/۱ | ۰/۰۰۱ |
| | شفقت | - | - | ۰/۰۰۴ |
| کل | | | | |

کمروبی و عزت نفس ایجاد کرده‌اند و تفاوت میانگین نمرات ۳ سنجش متوالی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میان این گروه‌ها معنادار بود. گفتنی است نمره پایین‌تر در این پرسش‌نامه وضعیت بهتر را نشان می‌دهد؛ به همین علت، حاصل تفاضل میانگین‌های دو گروه شفقت و پذیرش و تعهد از گروه کنترل منفی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی‌شده بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پژوهش حاضر با پژوهش رحمانیان، نژادعلی و اورکی (۲۸) درباره تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی از تصویر بدن زنان همخوانی داشت؛ همچنین با نتایج پژوهش فوگلوئیست، گستافسون، کجلین و پارلینگ (۲۹) در تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اختلال خوردن و مشکلات تصویر بدن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن پسماند و در نهایت، با پژوهش وین و همکاران (۲۷) در تأیید تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده همسواست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، شرم درونی‌شده مشکل از کمروبی و نقص در عزت نفس بیماران یکی از نتایج مورد انتظار کمبود مهارت‌های روان‌شناختی در

کنترل عوارض روانی وقایع منفی از جمله بیماری‌های جسمی است. ذهن اولیه به صورت اساسی برای در امان ماندن و حفظ سلامتی جسمانی و روانی اغلب به سه رویکرد تسلیم و ناامیدی، پیکار و جنگ و فرار و گریز فرمان می‌دهد که هر یک بر اساس موقعیت و شرایط، به تناسب به کار برده می‌شود؛ نتیجه این سه عملکرد شتاب‌زده، به دور از منطق و پدید آمدن احساسات منفی نامتعالی و غیرانسانی است. معمولاً آرامش‌خواهی فوری و اجتناب از تجارب برهم‌زننده تعادل و آرامش روانی علت بسیاری از بدکار کردی‌های روانی افراد است (۳۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر اصول اساسی انسانی به عنوان یک رویکرد درمانی، بیماران را با رویه‌های سالم‌تر و مناسب‌تری آشنا می‌کند. در این درمان به بیماران آموخته می‌شود لازم نیست آن‌قدرها به ندای درون توجه کنند، افکار رهاشده و غیرقابل کنترل کامل هستند و از ما و دستگاه عقلی انسان جدایند و با واقعیت در برخی موارد کاملاً تفاوت دارند (۲۷)؛ بنابراین، نباید آن‌ها را کاملاً باور کرد؛ همچنین نشانه‌های جسمانی و عاطفی چون برانگیختگی، ترس و تعریق و ضعف و... ناشی از موقعیت کنونی است و برای همیشه پایدار نمی‌مانند. در مرحله بعدی به بیماران می‌آموزد که بر اساس اصول ارزشی و اعتقادی مورد قبول خود تحلیل کنند که ارزش واقعی در چیست؟ ترس یا شجاعت؟ فرار

خودیاری رسان هدایت شده برای ارتقای سلامت روانی عموم و پژوهش آیو و همکاران (۳۲) در تأیید تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای شرم مربوط به آسیب و استرس پس از آسیب و همچنین تحقیق اندرسون و راسمن (۳۳) در تأیید تأثیر شفقت درمانی بر کاهش خودانتقادی و افزایش عزت نفس مبتلایان به بیماری‌های روان پزشکی همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بیماری‌های جسمی در صورتی که به شکل آشکار برای دیگران عیان باشند، به‌ویژه بیماری‌های پوستی همچون ویتیلیگو در اذهان عمومی ممکن است با نشانه‌های بیماری‌های شدیدتر اشتباه گرفته شوند و سبب طرد اجتماعی مبتلایان گردند، بسیاری از فرصت‌های زندگی عادی و طبیعی را حتی با اینکه مصری و واگیر نیستند، از فرد سلب کنند (۴۰) و این چنین با کوله‌باری از احساس نقص به شرم درونی شده، سبب کاهش عزت نفس و افزایش کمرویی و هراس از حضور در اجتماع شوند.

درمان متمرکز بر شفقت به این بیماران کمک می‌کند تا ضمن آشتی و پذیرش نشانه‌های نقص، از تحمیل بار اضافی شرم و سرزنش جلوگیری کنند و با خود و دیگران مهربان باشند (۲۵). در درمان متمرکز بر شفقت نشانه‌های بدنیتی و تمسخر در رفتار دیگران به نحو دیگری ارزیابی می‌شوند؛ مثلاً به این صورت: همه مردم کنجکاوند و همه از بیماری‌ها اطلاعات کافی ندارند، آنان حتی اگر تفسیر منفی از نشانه‌های بیماری ما داشته باشند، از روی ناآگاهی نسبت به بیماری و ترس و اضطراب از ابتلای خودشان است؛ بنابراین، چنین شرایطی نیازمند درک و همدلی و مهربانی با دیگران است. دیگران بر اساس آنچه می‌دانند، تجارب گذشته‌شان، ترس‌ها و عواطف خود به ما نگاه می‌کنند و قضاوت آنان نباید تأثیری بر ما داشته باشد، در غیر این صورت ما باید با افزایش واکنش‌های دفاعی و مبتنی بر جنگ و گریز، آرامش روانی خودمان را برهم بزنیم و رنج بیشتری را علاوه بر رنج آگاهی به نقض جسمانی

یا ماندن، تلاش یا ناامیدی، آرامش موقتی در اجتناب از تجربه و یا آرامش عمیق و ساختن و... معمولاً هر ذهن بالغی اصول ارزشی مثبت را قبول دارد.

بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پس از پذیرش اصول اساسی متعالی، تعهد محکمی به رفتار بر اساس این اصول انعقاد می‌یابد و عملکرد سالم بدون توجه به نتیجه فوری آغاز می‌شود (۴۲). بیماران در این مداخله می‌آموزند بدون توجه به نشانه‌های عاطفی و بدنی اضطراب، احساس شرم و نقص و... در اجتماع حضور یابند؛ به علت اینکه در کناره‌گیری رشدی کمی وجود دارد و رشد حاصل عملکرد مثبت مواجهه‌ای و عاقلانه است (۳۹). پس از مدتی که با تشویق درمانگر و ماندن بر تعهد، نشانه‌های مثبت پدیدار می‌شود و عزت نفس بالا می‌رود، کمرویی کاهش می‌یابد و احساس شرم تعدیل می‌شود، عواطف دیگر آزاردهندگی اولیه را ندارند، شرایط رفتار متعادل‌تر می‌گردد و رفتار متعهدانه تا بهبود کامل و سالم ادامه می‌یابد. با پدیدار شدن نشانه‌های بهبودی، پوچی افکار و احساسات ترساننده اولیه بیش از پیش روشن می‌شود و فرد با آگاهی بیشتر، به فرایند رشد ادامه می‌دهد (۲۷)؛ بنابراین، به مدد فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیماران مبتلا به ویتیلیگو موفق به کنترل و تعدیل و کاهش احساس شرم و کمرویی می‌گردند و با عزت نفس بالاتری به زندگی خود می‌پردازند که احتمالاً منجر به تبعات مثبت بیشتری در شاخص‌های سلامت آنان در زندگی خواهد شد.

نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شرم درونی شده بیماران مبتلا به ویتیلیگو در پژوهش حاضر با پژوهش‌های سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۳۰) درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، کریگر و همکاران (۲۶) در تأیید تأثیر مثبت مداخله متمرکز بر شفقت اینترنتی بر کاهش خودانتقادی و تحقیق سامرس اسپیجکرمان، ترامپتر، اسپروس و بوهملیجر (۳۱) درباره تأثیر معنادار درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان یک ابزار

خود تحمل کنیم و شایسته چنین حالتی نیستیم.

بنابراین، درمان متمرکز بر شفقت در این آزمایش، با آموختن کاهش رفتارهای تکانشی و توأم با ترس و کناره‌گیری، برای افزایش مراقبت از بهزیستی روانی و جسمانی خود و افزایش همدلی و آرامش و احساسات مثبت و کمک‌کننده‌ای همچون مهربانی و دوست داشتن خود و دیگران شرم درونی کمتری احساس کنند.

به‌طور کلی، تجربه درمان مبتنی بر شفقت به‌ویژه در بطن گروه درمانی، به افراد بیمار کمک می‌کند بیش‌ازپیش احساسات مثبت بیشتری را تجربه نمایند و این احساسات و مهارت‌های مثبت را در زندگی اجتماعی خود ادامه دهند (۲۶). به دنبال این امر، آنان از عزت‌نفس بیشتری برخوردار خواهند بود، لزومی ندارد خود و نقصشان را پنهان کنند و لزومی به کناره‌گیری اجتماعی وجود ندارد و با افزایش تعاملات و تجارب مثبت اجتماعی که نمونه آن را در گروه تجربه کرده‌اند، به‌مرور کمرویی آنان نیز کاهش بیشتری را نشان خواهد داد و در نهایت، شرم درونی شده کاهش پیدا می‌کند.

نتایج مربوط به فرضیه مقایسه دو درمان مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر با پژوهش‌های ابراهیمی‌فر، حسینیان، صفاریان طوسی و عابدی (۴۱) مبنی بر نبود تفاوت میان شفقت و پذیرش و تعهد در تأثیر بر خودکارآمدی، کیفیت روابط و معنای زندگی در زنان نابارور، همخوانی دارد. تحقیقات دیگری در مقایسه دو درمان به‌منظور بهبود شاخص‌های روانی افراد بیمار یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان‌های مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد هر دو با داشتن خاستگاهی یکسان از موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری و استفاده از فنون کم‌ویش مشترک همچون ذهن‌آگاهی در لحظه (۴۱)، هر دو احتمالاً با مداخله در رویه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری مخرب بیماران، در کاهش شرم مؤثر هستند.

هر دو درمان در بطن گروه به اجرا درآمده‌اند و از مزایای درمان گروهی و حمایت اعضای گروه به یک میزان استفاده کرده‌اند. هر دو درمان فارغ از تفاوت در

فنون و روش درمان، به دنبال افزایش مواجهه افراد با مشکلات و پیشگیری از اجتناب تجربه‌ای افراد از مسائل و رنج‌های زندگی هستند. درمان پذیرش و تعهد مقداری رفتاری و عملیاتی‌تر عمل می‌کند (۴۲) و درمان مبتنی بر شفقت از تغییر دستگاه شناختی بهره بیشتری می‌گیرد (۴۳). هر دو رویه تقریباً به نتایج یکسانی می‌رسند، تغییر دستگاه تفسیری ذهن به بهبود رفتارهای اجتماعی و فردی می‌انجامد و بهبود رفتارها و افزایش تجارب مثبت به تعدیل شناخت‌ها و دستگاه ذهنی ناسازگار و منفی کمک می‌نماید؛ بنابراین، با عنایت به عوامل و خاستگاه مشترک و همچنین نتایج کلی یکسان پس از مداخله در هر دو رویکرد می‌توان گفت، در بیماران مبتلا به ویتلیگو هر دو رویکرد تأثیر نسبتاً یکسانی را بر کاهش شرم درونی و ابعاد کمرویی و افزایش عزت‌نفس داشته‌اند و از این نظر، تفاوت چندانی میان گروه‌ها وجود نداشت. تغییر در شناخت‌ها و رفتارهای کلیشه‌ای مبتنی بر اضطراب و ترس، فرد را با دنیای ذهنی و رفتاری جدیدتری آشنا می‌کند که آن‌چنان هم ترساننده نیست و این سرآغاز افکار، احساسات و خزانه رفتاری جدیدی است که به کاهش احساس شرم و کمرویی و همچنین افزایش عزت‌نفس در برخورد با مسائل فردی و بین فردی و اجتماعی منجر می‌شود؛ بنابراین، هر دو درمان شفقت و پذیرش و تعهد به میزان تقریباً برابر توانسته‌اند توانمندی‌های افراد را برای داشتن سبک زندگی سالم به‌دوراز سرزنش و سخت‌گیری و توأم با درک و همدلی و واقع‌نگری و جسارت و حرکت به‌سوی راه درست را افزایش دهند و به دنبال آن، در بهبود شرم درونی شده و ابعاد آن مؤثر باشند.

پژوهش حاضر محدود به جامعه بیماران زن مبتلا به ویتلیگو در بیمارستان تخصصی پوست رازی شهر تهران بود که دست کم مدرک تحصیلی دیپلم داشتند؛ به همین علت، باید در تعمیم نتایج این تحقیق به جوامع دیگر زنان احتیاط کرد. در اجرای تحقیق برخی دیگر از محدودیت‌ها از جمله کنترل نکردن عوامل زمینه‌ای و

استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از ریاست و کارکنان محترم بخش‌های بیمارستان فوق تخصصی رازی و بیماران عزیز شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و سپاس‌گزاری را دارند.

کد اخلاق: R.IAU.SRB.REC.1399.125

References

1. Yamaguchi Y, Hearing VJ. Melanocytes and their diseases. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2014;4: a017046. doi: 10.1101/cshperspect.a017046
2. Nagarajan A, Masthan MK, Sankar LS, Narayanasamy AB, Elumalai R. Oral manifestations of vitiligo. *Indian J Dermatol* 2015; 60:103. doi: 10.4103/0019-5154.147844
3. Mohamed E, Said E, Sayed D, Awad S, Ahmed M. Auditory system dysfunction in patients with vitiligo: is it a part of a systemic autoimmune process? *Egyptian J Otolaryngol* 2017; 33: 594–602. doi: 10.4103/ejo.ejo_6_17.
4. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008;159: 997-1035. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08832.x.
5. Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007; 19:19-21.
6. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16:573-8. doi: 10.1046/j.1468-3083.2002.00590.x
7. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet* 2015; 386:74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60763-7
8. Lee YB, Lee JH, Lee SY, Yu DS, Han KD, Park YG. Association between vitiligo and smoking: A nationwide population-based study in Korea. *Sci Rep* 2020;10 :6231. doi: 10.1038/s41598-020-63384-y.
9. Kwinter J, Pelletier J, Khambalia A, Pope E. High-potency steroid use in children with vitiligo: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:236-41. doi: 10.1016/j.jaad.2006.08.017.
10. Glassman SJ. Vitiligo, reactive oxygen species and T-cells. *Clin Sci (Lond)* 2011; 120:99-120. doi: 10.1042/CS20090603.
11. Chen YT, Chen YJ, Hwang CY, Lin MW, Chen TJ, Chen CC, et al. Comorbidity profiles in association with vitiligo: a nationwide population-based study in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29:1362-9. doi: 10.1111/jdv.12870.
12. Sawant NS, Vanjari NA, Khopkar U. Gender Differences in Depression, Coping, Stigma, and Quality of Life in Patients of Vitiligo. *Dermatol Res Pract* 2019; 6879412. doi: 10.1155/2019/6879412
13. Erfan G, Albayrak Y, Yanik ME, Oksuz O, Tasolar K, Topcu B, et al. Distinct temperament and character profiles in first onset vitiligo but not in alopecia areata. *J Dermatol* 2014;41:709-15. doi: 10.1111/1346-8138.12553.
14. Nogueira LS, Zancanaro PC, Azambuja RD. Vitiligo and emotions. *A Bras Dermatol* 2009; 84:41-5. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0365-05962009000100006.
15. Cavaleira C, Pepe A, Zurloni V, Diana B, Realdon O, Todisco P, et al. Negative social emotions and cognition: Shame, guilt and working memory impairments. *Acta Psychol (Amst)* 2018; 188:9-15. doi: 10.1016/j.actpsy.2018.05.005
16. Gilbert P. Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. doi:10.1037/12326-014.
17. Angulo J, Fleury V, Péron JA, Penzenstadler L, Zullino D, Krack P. Shame in Parkinson's Disease: A Review. *J Parkinsons Dis* 2019; 9:489-499. doi: 10.3233/JPD-181462.
18. Almomani N, Abdulmajeed I, Rahman SU, Alakkam A. Quality of Life and Affective Health of Patients with Vitiligo. *J Sleep Dis Ther* 2015; 4: 1-8. doi:10.4172/2167-0277.1000190
19. Morrison B, Burden-Teh E, Batchelor JM, Mead E, Grindlay D, Ratib S. Quality of life in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2017;177: e338-e339. doi: 10.1111/bjd.15933
20. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. *Am J Clin Dermatol* 2016; 17:305-11. doi: 10.1007/s40257-016-0172-x

21. Ahmadi R, Sajjadian I, and Jafari F. The effectiveness of compassion-based therapy on anxiety, depression and suicidal ideation in women with vitiligo. *Skin Beauty Quarterly* 2019; 10: 18-29.
22. SharifiKia T, ahangar e, Askari Z, and Taha M. The effectiveness of positive psychotherapy on the sense of hope and psychological well-being of patients with vitiligo. *Develop Psychol* 2019; 8: 133-142.
23. Shahmoradi Z, Khaleghipour Sh, and Masjedi M. Comparison of the effectiveness of "schema therapy" and "mindfulness-based cognitive therapy" on maladaptive schemas and general health of patients with vitiligo. *Health Promotion Management Quarterly* 2018; 7: 42-52.
24. Zakeri M, Hassani M, and Ismaili N. The effectiveness of emotion process regulation training on psychological distress in people with vitiligo. *J Health Psychol* 2017; 6: 39-56.
25. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014;53:6-41. doi: 10.1111/bjc.12043
26. Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An Internet-Based Compassion-Focused Intervention for Increased Self-Criticism: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther* 2019; 50:430-45. doi: 10.1016/j.beth.2018.08.003.
27. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterol* 2018; 156: 935-45. doi: 10.1053/j.gastro.2018.11.030
28. Rahmanian M, Nejad Ali R, and Orki, M. The effectiveness of "acceptance and commitment-based therapy" on cognitive regulation of emotion and body image anxiety in women with binge eating disorder. *Health Promot Manage Quart* 2018; 7: 33-40. doi: 10.22070/cpap.2020.2941
29. Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image* 2020; 32:155-166. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.01.002
30. Salimi A, Dehfarshateh, A, Zahrakar K, Davarnia R, and Shakermi M. The effectiveness of compassion-focused therapy on the mental health of women with multiple sclerosis. *24 Horizon of Knowledge Magazine* 2019; 2: 125-31.
31. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2018; 86:101-115. doi: 10.1037/ccp0000268.
32. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behav Ther* 2017; 48:207-221. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.012
33. Andersen B, & Rusmassen P H. Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self esteem, based on compassion focused therapy principles. *J Compassion Health Care* 2017; 4: 185-96. doi:10.1186/s40639-017-0043-1
34. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals with Social Anxiety. *J Contemporary Psychother* 2015; 45: 89-98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
35. Babaei Garmkhani M, Kasaei A, Kianoosh Z & Esmaeil A. Effectiveness of compassion focused group counseling on emotion regulation strategies and marital satisfaction of betrayal women with cyber infidelity. *Family Counsel Psychother* 2019; 2: 73- 92. doi :20.1001.1.22516654.1398.9.2.4.0
36. Davarnia R, Zahrakar K, Asadpour I, Mohsenzadeh F, and Kasaei Esfahani A. The effectiveness of compassionate group counseling on internalized shame in women affected by marital infidelity (one month follow-up). *J Neishabour School Med Sci* 2019; 8: 60-76. doi:10.29252/nkjmd-13022.
37. Rajabi G, Abbasi Gh. Investigating the Relationship between Self-Criticism, Social Anxiety, and the Fear of Failure with Internalized Shame in Students of Clinical Psychology. *Res Counsel* 2011; 1: 171 -82.
38. Fathollahzadeh N, Majlisi Z, Mazaheri, Z, Rostami M, and Navabi Nejad Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy on the inner shame and self-criticism of emotionally abused women. *Psychol Studies* 2017; 13: 151-168. doi:10.22051/psy.2017.12381.1274.
39. Majumdar S, Morris R. Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *Br J Clin Psychol* 2019; 58:70-90. doi: 10.1111/bjc.12198.
40. Karimi Z, Khodabakhshi Kolaei A, Ehsani A. Comparison of suicidal ideation and stress in patients with vitiligo with people without skin disease: a case-control study. *J Skin Beauty* 2015; 7: 131-38.
41. Ebrahimifarf M, Hosseinian, S, Saffarian T M, and Abedi M. Comparison of the effectiveness of education based on "acceptance and commitment therapy" and "compassion-focused therapy" on self-efficacy, relationship quality and meaning of life in infertile women. *Health Promot Manag Quarter* 2019; 8: 10-18.
42. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther* 2013; 44: 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
43. Neff K D. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass* 2011; 5: 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x