

نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان درمانگری □

The Role of Creating Flexible Patterns of Behavior through Value-Based Exposure in the Psychotherapy Process □

Ali-Mohammad Rezaei, PhD

Tayebeh Sharifi, PhD □

Ahmad Ghazanfari, PhD

Elham Aflaki, PhD

Mohammad-Jafar Bahredar, PhD

دکتر علی محمد رضایی *

دکتر طیبه شریفی *

دکتر احمد غضنفری *

دکتر الهام افلاکی *

دکتر محمدجعفر بهره دار *

Abstract

چکیده

The aim of the present study was to establish flexible patterns of behavior through value-oriented exposure in the psychotherapeutic process to the reduction of chronic pain and clinical symptoms in patients with systemic lupus. The present research method was quasi-experimental (pre-test-post-test) with a three-month follow-up period and a control group. For this purpose, 60 subjects were selected based on the criteria for entering the study and were assigned by available sampling method in two groups of treatment based on acceptance and commitment (20 people), treatment focused on compassion (20 people) and one control group (20 people). Zong SAS Anxiety Questionnaire and Chronic Pain Questionnaire were used to collect information. To analyze the findings, the variance analysis method was used with repeated measurement and non-parametric follow-up tests of Bonferroni, Kalmograf-Smirnov and Krovit Machli. The results showed that there was a significant difference between the two intervention groups of treatment based on acceptance and commitment and treatment focused on compassion on anxiety and chronic pain and the control group on pre-test-post-test scores ($p < 0.001$). Overall, the results of this study show that treatment based on acceptance and commitment and compassion-focused therapy has an effect on reducing anxiety and chronic pain in lupus patients.

Keywords: acceptance and commitment therapy, compassion therapy, anxiety, chronic pain, systemic

هدف مطالعه حاضر تعیین نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، در فرآیند روان درمانگری بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال خودایمنی بود. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون) با دوره پیگیری سه ماهه و یک گروه کنترل بود. به همین منظور ۶۰ آزمودنی بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر)، درمان متمرکز بر شفقت (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اضطراب زونگ (SAS) و پرسشنامه دردهای مزمن استفاده شد. جهت تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون‌های ناپارامتریک تعقیبی بونفرونی، کالموگراف- اسمیرنوف و کرویت ماچلی استفاده شد. نتایج نشانگر آن بود که بین دو گروه مداخله ای درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمانگری متمرکز بر شفقت بر اضطراب و درد های مزمن و گروه کنترل در نمره های پیش آزمون- پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$). در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روش درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمانگری متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب و دردهای مزمن بیماران لوپوس تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ درمانگری متمرکز بر شفقت؛ اضطراب؛ دردهای مزمن؛ لوپوس سیستمیک.

□ Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, I. R. Iran.

□ Email: ramin3677s@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۵ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۴/۲۹
* گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

● مقدمه

بیماری «لویوس سیستمیک»^۱، با درگیری ارگان‌های حیاتی بدن، تأثیر زیان‌آوری بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد می‌گذارد. زندگی به مدت طولانی همراه با علائم بیماری خصوصاً علائم پوستی و ظاهری می‌تواند به تهدید هویت، تغییر نقش‌ها و وظایف و تغییر در تصویر ذهنی و یا سبک زندگی منجر شود. هر گونه تغییر عمده یا کاهش توانایی در عملکرد، مستلزم تطابق بیشتر جسمی، روانی و اجتماعی توسط بیمار و خانواده است. مددجو و خانواده، برای پذیرش تغییر توانایی‌های فرد، در انجام وظایف گذشته، همچنین، برنامه‌ریزی مناسب در این زمینه به زمان نیاز دارند (لوییندو و هبر، ۱۹۹۴). این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی‌حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی است (مظهری آزاد، عابدی و ناجی، ۱۳۸۹)؛ و همچنین بالاترین نیازهای برآورده نشده آنان مربوط به درد و عدم توانایی انجام کار، ترس از تشدید بیماری، مشکلات خواب، اضطراب و تنیدگی می‌باشد (موسس، ویگرز، نیکولاس و کوبوم، ۲۰۰۵). این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد خلق پایین و تغییر در نوع و کیفیت زندگی افراد می‌گردد؛ برای انسان‌های آزاده خاطر شروع کردن کارها بسیار سخت و مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (کارکویان، گورکن، سهین و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا که «کیفیت زندگی»^۲ یکی از مهم‌ترین مسائل دنیای امروز در مراقبت از سلامتی است و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بدست آوردن آرمان‌های افراد می‌باشد و در سال‌های اخیر از مهم‌ترین عوامل مؤثر در امید به زندگی شناخته شده است، به خصوص در زندگی افراد ناتوان و دارای بیماری‌های خاص فرآیندی دست‌نیافتنی تلقی می‌شود (بورکوک، دپری، پروزینسکی و رویینسون، ۱۹۹۸). افراد بیمار با توجه به شرایط فوق سطح کیفیت زندگی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و پدیده‌ای به نام «درد مزمن» و گاهی خیالی گسترش می‌یابد. دردهای مزمن از بیماری‌ها از جمله مشکلات رایج امروز است. (صالحی و سجادیان، ۱۳۹۶)

با توجه به ماهیت چند بعدی درد مزمن، رویکرد کنونی در مدیریت درد به طور فزاینده‌ای از رویکرد جسمانی و دارویی فراتر رفته و نقش متغیرهای روانشناختی در مدیریت درد مزمن، مورد توجه قرار گرفته است و تقریباً از زمانی که *وال*، نظریه کنترل دوازده درد را مطرح کرد، شدت و ماهیت درد به عنوان تابعی از سازوکارهای حسی، شناختی و

عاطفی شناخته شد (والز، مک‌نیل، گروس و همکاران، ۲۰۰۹)؛ براساس این نظریه، ادراک درد، بخشی از فرآیند پیچیده‌ای است، که نه تنها تحت تأثیر درون داد حسی است، بلکه تحت تأثیر برانگیختگی و فعالیت نظام عصبی و تحت تأثیر تجربیات و انتظارات و فعالیت نظام عصبی نیز است (وایک، رافی، بیشاپ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین شدت درد یا حساسیت ادراک شده، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در ارزیابی درد به شمار می‌آید. در واقع شدت درد، تجربه ذهنی است و با خلق، محیط، شرایط درمانی و عوامل دیگر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (نظیری، اسکاراموزینو، آندرسون و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین باورهای مرتبط با درد با شدت درد و میزان اختلال در عملکرد روزانه رابطه دارد. یکی دیگر از متغیر روانشناختی درد فاجعه آفرینی است، که از جمله تفسیرهای منفی تحریف شده از درد و نوعی خطای شناختی است، که به فراوانی در افراد مبتلا به درد مزمن اتفاق می‌افتد (ولاین و لیتتون، ۲۰۱۶). فاجعه آفرینی به معنای جهت‌گیری منفی اغراق آمیز نسبت به درد ادراک شده و انتظارات منفی در مورد پیامدهای آن است، که به تمرکز بیشتر روی جنبه منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی‌های جسمی به عنوان نشانه‌های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای اجتنابی و ایجاد چرخه ترس، اجتناب منجر می‌شود (فراری، شیاروتو، پلیزر و همکاران، ۲۰۱۵)؛ در بیماران مبتلا به لوپوس، پاسخ فاجعه‌بار به درد یکی از نیرومندترین پیش‌بینی‌کننده‌های افزایش تنیدگی‌های عاطفی، مشکلات اجتماعی و شدت درد است (استرگن و زاترا، ۲۰۱۷). همچنین افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه آمیز می‌کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (سلامی، ۲۰۱۰). همچنین تجربه درد با عواطف مثبت، مانند خوشحالی و خوش‌بینی، رابطه منفی دارد، به طوری که این عواطف باعث فرونشینی و تسکین درد در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شوند (آرمیتسو و هافمن، ۲۰۱۸). افزایش شفقت خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است (یزدانی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۸).

شناخت بهتر سازوکار بیماری‌های خود ایمنی بدن کمک زیادی در انتخاب نوع درمان می‌کند با این وجود اکثر پژوهش‌ها، بیشتر درمان‌های دارویی را مورد توجه قرار داده‌اند. این تک‌محوری در درمان با روش‌های نوین مثل پیوند سلول‌های بنیادی، جهانی نو در درمان لوپوس ایجاد می‌کند که فقط در چارچوب فیزیک بدن کاربرد دارد (رضایی، ۱۳۹۸). با توجه به اینکه علاوه بر درگیری ارگان‌های متعدد به خصوص پوست، مفاصل، خون، کلیه‌ها

و دستگاه عصبی مرکزی این بیماران با شکایات غیر اختصاصی مثل خستگی مفرط و کسل بودن و درگیری با بیماری‌های روان تنی چون اضطراب و افسردگی به خدمات درمانی روانشناختی نیاز دارند (نمازی، ضیایی و رضایی، ۱۳۹۴)؛ که از میان درمان‌های جدید برای نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی می‌توان از درمان مبتنی بر «پذیرش و تعهد» و درمان مبتنی بر «شفقت» که از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاری‌اند و تحول‌شگرفی در روان‌درمانگری ایجاد کرده‌اند، یاد نمود (اژه‌ای، صیادشیرازی، غلامعلی لواسانی و کسایی، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به سایر رویکردهای درمانی این حوزه، در زمینه درمان افسردگی و اضطراب جزء درمان‌های مطرح محسوب می‌گردد (اکبری و سادات حسینی، ۱۳۹۷).

از طرفی دیگر همه متخصصان براین باورند که هسته اصلی رابطه مراجع و درمانگر بر «شفقت» است (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمانگری متمرکز و بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده و غیر عمدی، متمرکز است. شفقت، مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، نظام‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار داد (گیلبرت، ۲۰۰۵).

مطالعات زیادی درباب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته و نتایج این مطالعات نشان دهنده این است که این روش می‌تواند برای طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی و علائم روان‌پریشی مؤثر باشد (میری و منصوری، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۵، به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۴) به عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانگری هم‌خوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و مستقیماً مسائل همانند با مواجهه یعنی «ترس» و «اجتناب» و نگرانی‌های مربوط به کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهد. تعدادی مطالعه موردی و کارآزمایی بالینی مهار شده عموماً موافق با استفاده از پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمانهای شناختی موج سوم برای اختلالات اضطرابی وجود دارد. نتایج پژوهش‌های اژه‌ای، صیادشیرازی، غلامعلی لواسانی و کسایی اصفهانی (۱۳۹۵)؛ روحی هیر و غفاری (۱۳۹۴)؛ رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)؛ مولوی و همکاران (۱۳۹۳)؛ مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و همکاران (۱۳۹۴)؛ لی و همکاران

(۲۰۱۴)؛ نیل و همکاران (۲۰۱۴)؛ ارج و همکاران (۲۰۱۲)؛ نیز به مؤثر بودن نتایج «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به اندازه درمان شناختی-رفتاری اشاره می‌کنند (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۵).

از این رو باتوجه به آن که شیوع بیماری «لوپوس» در افراد ایرانی بنا به دلایلی همچون ناسازگاری روانشناختی، سبک زندگی، تنیدگی و اضطراب های روانی افزایش پیدا کرده، اجرای مطالعه حاضر از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که در صورت ارتباط بین خود «شفقت ورزی» با «فسردگی»، «اضطراب»، «دردهای مزمن» و نگرش های ناکارآمد می‌توان برنامه‌هایی برای آموزش خود شفقت ورزی تنظیم نمود (عابدی قلیچ قشلاقی، اصغری مقدم و خلیل زاده پشتگل، ۲۰۱۲) و به کادر بیمارستان ها و مراکز روماتولوژیستی آموزش داد که با مهربانی و تعهد و شفقت با این گروه از بیماران برخورد شود. لذا با توجه به مطالب بیان شده، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که: «آیا الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان‌درمانگری بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی آزمودنی های مورد مطالعه اثربخش می‌باشد؟»

● روش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان، در بیمارستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۷ بود؛ که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۶۰ نفر از بیماران دارای بیماری لوپوس، انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (یک گروه کنترل ۲۰ نفره، و ۲ گروه آزمایش ۲۰ نفره) گمارده شدند. باتوجه به این که انتخاب نمونه، در پژوهش‌های آزمایشی که به مقایسه گروه‌ها می‌پردازد بر اساس سطح معنی داری و توان آزمون جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی با انتخاب شرکت کننده در هر گروه ۲۰ نفر می‌توان، به توان آزمون بالا دست پیدا کرد؛ لذا از آن جا که هدف، اثرگذاری این درمان‌ها در بیماران با $\alpha=0/05$ و حجم اثر ۰/۵ کار را انجام دهند و توان آزمون منطقی داشته باشند، براساس این رویکرد، حجم نمونه در هر گروه ۲۰ نفر می‌باشد. معیار ورود این پژوهش شامل: داشتن سن ۲۵ تا ۴۰ سال، سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال از زمان تشخیص، نداشتن بیماری جسمانی دیگر به جز لوپوس، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روانشناختی دیگر و همچنین معیار خروج افراد از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور بیمار

در جلسات درمان گردند و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. پرتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش، بسته‌درمانی متمرکز بر پذیرش و تعهد براساس مدل هریس (۲۰۱۶) و درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹) است. روایی محتوایی این پرتکل ها، با نظرخواهی از چهار نفر متخصص روانشناسی و روماتولوژیست^۳ و آشنا به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جدول های ۱ و ۲ تأیید شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت نمونه‌های حاضر در پژوهش برای شرکت در برنامه مداخله کسب و آزمودنی‌ها از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین گروه کنترل بدون درمان رها نشده بودند و درمان‌های معمول مرکز مشاوره را دریافت کردند. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IRCT20200215046500N1 و دارای شماره IR.IAU.SHK.REC.1399.002 کارآزمایی بالینی، می باشد.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، و ارائه تکلیف.
۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف.
۳	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای گواه خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده است، معرفی گواه به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف و ارائه تکلیف
۴	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای گواه، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارائه تکلیف
۵	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی های پنهان زبان که باعث آمیختگی می شود، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف.
۶	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
۷	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش ها و سنجش ارزش های مراجع، ارائه تکلیف
۸	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکلیف
۹	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
۱۰	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیکهای درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند ارائه تکلیف
۱۱	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف
۱۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
۱	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود
۲	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی
۳	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز ضعف ها و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه، ارائه تکالیف خانگی
۴	مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی
۵	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی
۶	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی
۷	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌های و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی
۸	جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حتم راهکارهای مشفقانه، به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

● ابزار

□ الف: پرسشنامه اضطراب زونگ^۱: یک ابزار ۲۰ ماده‌ای است که زونگ (۱۹۷۰) تهیه کرده و به عنوان ابزاری برای سنجش میزان علائم اضطرابی به کار می رود؛ که میزان اضطراب را در اندازه ۴ درجه ای ۱ (خیلی کم) تا ۴ (همیشه)، می سنجد. دامنه نمرات ۷۵-۲۵ است و نقطه برش آن ۴۴ است. ثبات درونی گزارش شده این مقیاس (آلفای کرونباخ ۰/۹۱-۰/۸۴) بوده است. اعتبار این مقیاس در پژوهش حسین ثابت (۱۳۸۷) بر اساس ضریب کرونباخ ۰/۷۸ و روایی صوری و محتوایی آن ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

□ ب: پرسشنامه دردهای مزمن^۲: این پرسشنامه که به وسیله مک کراچن و ولز (۲۰۱۲) تهیه شده به طور گسترده در پژوهش های مرتبط با درد مزمن مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که در یک مقیاس ۷ درجه ای (از صفر تا ۶) نمره گذاری می شود و دارای سه خرده مقیاس است که خرده مقیاس اول بعد جسمی-حسی، خرده مقیاس دوم بعد احساسی-هیجانی و خرده مقیاس سوم بعد شناختی ارزیابانه را مورد ارزیابی قرار می دهد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط کارکاریلا برای درگیری در

فعالیت و پذیرش درد به ترتیب؛ ۰/۷۹ و ۰/۷۵ گزارش شده است (کارفورا، کازو و کانر، ۲۰۱۵). در مطالعه حاضر اعتبار درونی (با استفاده از روش آلفای کرونباخ) این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

● یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر «نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محور در فرآیند روان‌درمانی بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به لویپوس سیستمیک» بود. تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری spss-24 بررسی شد. ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمونه‌گیری در متغیرهای مورد مطالعه، آزمون کالموگراف اسمیرنوف در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ انجام شد. سپس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای پژوهش از آزمون لون با سطح معنی‌داری $p < 0/05$ انجام شد. و بر اساس نرمال بودن توزیع داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل، آزمون‌های پارامتریک انتخاب شدند. سپس جهت بررسی پیش فرض تساوی بین متغیرها از آزمون کرویت ماچلی با سطح معنی‌داری $p = 0/...5$ در متغیر اضطراب و $p = 3/41$ در متغیر درد مزمن انجام شد، همچنین ارزش T گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب و درد مزمن در پیش‌آزمون در هر دو گروه تفاوت معناداری ندارد. در نهایت جهت بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر نشانگان بالینی و دردهای مزمن، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان بدین شرح بود که از میان اعضای گروه گواه ۱۶ نفر زن و ۴ نفر مرد، تحصیلات زنان گروه گواه، کارشناسی و مردان هم دارای تحصیلات کارشناسی بودند. میانگین سنی زنان این گروه ۲۵ سال و میانگین سنی مردان ۴۰ سال بود.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در این جدول مشاهده می‌شود، بیانگر میانگین نمره اضطراب گروه کنترل در پیش‌آزمون ۳۹/۰۳ و در پس‌آزمون ۳۹/۵ و در پیگیری ۳۹/۴۵ می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اضطراب	کنترل	۳۹/۰۳	۳/۶۸	۳۹/۵۰	۲/۶۵	۳۹/۴۵	۲/۶۰
	درمان ACT	۳۹/۶۵	۲/۲۶	۳۱/۱۰	۱/۸۸	۳۲/۳۳	۱/۷۴
	درمان CFT	۳۸/۳۰	۲/۲۴	۳۰/۹۰	۲/۷۷	۳۱/۸۰	۲/۴۱

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره دردهای مزمن به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
بعد جسمی-حسی	کنترل	۴۶/۳۳	۳/۶۶	۴۵/۹۰	۳/۱۱	۴۶/۸۰	۲/۸۴
	درمان ACT	۴۶/۴۰	۲/۶۶	۳۷/۸۰	۲/۲۶	۳۸/۱۰	۲/۴۲
	درمان CFT	۴۵/۰۰	۲/۷۸	۳۶/۹۰	۳/۵۹	۳۷/۶۵	۲/۹۰
بعد احساسی-هیجانی	کنترل	۱۷/۲۰	۴/۵۰	۲۰/۳۵	۶/۲۷	۱۹/۰۰	۶/۰۴
	درمان ACT	۱۶/۶۵	۱/۴۶	۱۴/۰۰	۳/۴۶	۱۴/۹۰	۱/۹۴
	درمان CFT	۱۷/۱۰	۱/۸۶	۱۳/۳۵	۳/۷۶	۱۴/۵۵	۲/۳۰
بعد شناختی-ارزیابانه	کنترل	۲۳/۱۰	۲/۸۶	۲۱/۵۵	۴/۶۵	۲۳/۶۸	۳/۲۱
	درمان ACT	۲۳/۰۳	۱/۸۱	۱۶/۵۵	۲/۹۴	۱۵/۳۰	۲/۷۳
	درمان CFT	۲۳/۴۵	۱/۶۱	۱۵/۳۳	۳/۲۵	۱۴/۳۵	۲/۴۹

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته دردهای مزمن به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در این جدول مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره بعد جسمی حسی مؤلفه دردهای مزمن در گروه گواه در پیش آزمون ۴۶/۳۳ و در پس آزمون ۴۵/۹۰ و در پیگیری ۴۶/۸۰ می‌باشد. و میانگین نمره بعد احساسی هیجانی گروه گواه در پیش آزمون ۱۷/۲۰ و در پس آزمون ۱۴/۰۰ و در پیگیری ۱۹ می‌باشد. و میانگین نمره بعد شناختی ارزیابانه گروه گواه در پیش آزمون ۲۳/۱۰ و در پس آزمون ۲۱/۵۵ و در پیگیری ۲۳/۶۸ می‌باشد.

برای بررسی این که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان بالینی (اضطراب) بیماران لوپوس شهر شیراز تفاوت وجود دارد؟ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۵ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات اضطراب، در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی) و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین

می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی حداقل بین میانگین نمرات اضطراب در دو بار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=207/47$ و $p \leq 0/0005$). همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد ($F=27/99$ و $p \leq 0/0005$)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب در مراحل مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین تأثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب معنی‌دار است ($F=50/01$ و $p \leq 0/0005$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مرحله اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. حال با توجه به این‌که معنی‌دار شدن اثر تعامل بین عامل درون‌آزمودنی مرحله اندازه‌گیری و عامل بین‌آزمودنی گروه، نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد و همچنین کدام مداخله اثربخش‌تر است؛ لذا به دنبال این تحلیل، آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه‌ها و دو به دو میانگین‌های مراحل صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	مرحله	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	درون آزمودنی	مرحله	۱۸۸۷/۷۷	۱/۴۲	۱۳۲۷/۵۴	۲۰۷/۴۷	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳۲	۱
		مرحله*گروه	۷۶۴/۰۵	۴/۲۷	۱۷۹/۱۰	۲۷/۹۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲۵	۱
		خطا	۶۹۱/۵۲	۱۰۸/۰۷	۶/۴۰	-	-	-	-
	بین آزمودنی	گروه	۱۷۵۳/۷۷	۳	۵۸۴/۵۹	۵۰/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۴	۱
		خطا	۸۸۸/۳۶	۷۶	۱۱/۶۹	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیر اضطراب

p	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
۰/۰۰۰۵	۵/۶۵۸	درمان ACT	کنترل
۰/۰۰۰۵	۴/۹۶۷	درمان CFT	کنترل
۱	-۰/۶۹۲	درمان CFT	درمان ACT

برای مقایسه دو به دو گروه‌های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده‌های جدول ۶، در متغیر اضطراب بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت با گروه گواه به ترتیب برابر با (۵/۶۵۸)، (۴/۹۶۷)

و (۷/۲۲۵) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هر کدام از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی بر بهبود اضطراب آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

در مورد پرسش دیگر که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر ابعاد دردهای مزمن بیماران لوپوس شهر شیراز تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری در جدول ۷ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات دردهای مزمن، در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات دردهای مزمن حداقل در دو بار از

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات دردهای مزمن در گروه‌های کنترل و آزمایش

منبع اثر	متغیر وابسته	جمع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
مرحله	درد جسمی-حسی	۲۳۶۹/۷۳	۱/۹۳۹	۱۲۲۱/۹۴	۱۸۷/۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱۲	۱
	درد احساسی-هیجانی	۳۷۶/۷۲	۱/۹۸۰	۱۹۰/۲۲	۲۱/۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱۹	۱
	درد شناختی-ارزیابانه	۲۱۳۱/۶۷	۱/۸۸۴	۱۱۳۱/۴۵	۱۴۵/۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۵۷	۱
درون آزمودنی	درد جسمی-حسی	۸۴۴/۷۱	۵/۸۱۸	۱۴۵/۱۹	۲۲/۲۸	۰/۰۰۰۵	۰/۴۶۸	۱
	درد احساسی-هیجانی	۷۳۰/۲۴	۵/۹۴۱	۱۲۲/۹۱	۱۳/۷۷	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵۲	۱
	درد شناختی-ارزیابانه	۷۰۸/۲۲	۵/۶۵۲	۱۲۵/۳۰	۱۶/۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸۹	۱
خطا	درد جسمی-حسی	۹۶۰/۳۹	۱۴۷/۴	۶/۵۲	-	-	-	-
	درد احساسی-هیجانی	۱۳۴۳/۷۰	۱۵۰/۵	۸/۹۳	-	-	-	-
	درد شناختی-ارزیابانه	۱۱۱۱/۴۴	۱۴۳/۲	۷/۷۶	-	-	-	-
بین آزمودنی	درد جسمی-حسی	۲۵۲۶/۴۷	۳	۸۴۲/۱۶	۶۱/۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰۷	۱
	درد احساسی-هیجانی	۱۰۶۴/۳۵	۳	۳۵۴/۷۸	۱۷/۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰۶	۱
	درد شناختی-ارزیابانه	۱۱۳۸/۳۹	۳	۳۷۹/۴۶	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۳	۱
خطا	درد جسمی-حسی	۱۰۴۸/۸۰	۷۶	۱۳/۸۰	-	-	-	-
	درد احساسی-هیجانی	۱۵۵۸/۹۵	۷۶	۲۰/۵۱	-	-	-	-
	درد شناختی-ارزیابانه	۷۵۰/۵۷	۷۶	۹/۸۸	-	-	-	-

اجراها تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=187/53$ و $p \leq 0/0005$ برای درد جسمی-حسی؛ $F=21/31$ و $p \leq 0/0005$ برای درد احساسی-هیجانی؛ $F=145/76$ و $p \leq 0/0005$ برای درد شناختی-ارزیابانه). همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنی دار می باشد ($F=22/28$ و $p \leq 0/0005$ برای درد جسمی-حسی؛ $F=13/77$ و $p \leq 0/0005$ برای درد احساسی-هیجانی؛ $F=16/14$ و $p \leq 0/0005$ برای درد شناختی-ارزیابانه)؛ بنابراین می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات دردهای مزمن در مراحل مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین تأثیر گروه نیز بر نمرات دردهای مزمن معنی دار است ($F=61/03$ و $p \leq 0/0005$ برای درد جسمی-حسی؛ $F=17/30$ و $p \leq 0/0005$ برای درد احساسی-هیجانی؛ $F=38/42$ و $p \leq 0/0005$ برای درد شناختی-ارزیابانه)؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که صرف نظر از مرحله اندازه گیری بین میانگین نمرات دردهای مزمن گروه های آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد.

● بحث و نتیجه گیری

○ هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان درمانگری بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمانگری گروهی بر مبنای روش درمانگری مبتنی بر «پدیرش و تعهد» و «درمان مبتنی بر شفقت» می تواند به کاهش نشانگان بالینی و دردهای مزمن بیماران مبتلا به لوپوس منجر شود که این نتایج با نتایج نمازی، ضیایی و رضایی، (۱۳۹۴)؛ اژه ای، صیادشیرازی، غلامعلی لواسانی و کسای اصفهانی، (۱۳۹۷)؛ اکبری و سادات حسینی، (۱۳۹۷)؛ روحی هیر و غفاری (۱۳۹۴)؛ رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)؛ مولوی و همکاران (۱۳۹۳)؛ مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و همکاران (۱۳۹۴)؛ لی و همکاران (۲۰۱۴)؛ نیل و همکاران (۲۰۱۴)؛ ارچ و همکاران (۲۰۱۲)؛ همسو می باشد. به طور کلی، درمان های رفتاری موج سوم در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود.

○ تحقیقات هیز و همکاران، نیز نشان داده است که راهبردهای زمینه ای از راهبردهایی که مستقیماً محتوای افکار را هدف قرار می دهند سریعتر موجب تغییر رفتار می گردند (هیز، پیستورلو و بیگلند، ۲۰۰۸)؛ از این رو به کارگیری استعارات، تمرینات، تناقض ها و قراردادهای

زبانی پذیرش و تعهد درمانی در این زمینه به منظور توصیف اینکه ذهن نمی‌تواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببینند (آلنسو، ۲۰۱۷)؛ همچنین می‌توان گفت چون از یک سو افراد مضطرب، دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می‌کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاق‌های ناگواری مثل «مرگ» که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های روانشناختی مناسب برای کاهش اضطراب و درد‌های بوجود آمده ناشی از آن در بیماران لوپوس مورد استفاده قرار گیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (هیز، ۲۰۱۰).

○ درمان‌های شناختی-رفتاری چون «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان مبتنی بر شفقت» با تأکید بر اصلاح محتوای فکر و با برجسب زدن برخی از افکار به عنوان افکار نادرست و ناکارآمد میل به بازداری آن‌ها را زیاد می‌کند (هیز، ۲۰۰۸).

○ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مؤلفه‌های شفقت‌درمانگری بر اضطراب و دردهای مزمن به وجود آمده بیماران لوپوس بود. این روند درمانگری موجب کاهش چشم‌گیر اضطراب بیماران در دوره درمان گردید. برای تبیین می‌توان چنین گفت که رویکرد درمانگری مبتنی بر شفقت برای افراد دارای بیماری لوپوس سیستمیک تحت درمان مناسب است چرا که با زندگی روزمره و رفتارهای آنها در طی روز همخوانی دارد و حضور فعال گروه آزمایش در جلسات گروهی در این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران توانسته‌اند با این روش درمانگری ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته باشند. یافته‌ها نشان می‌دهد که، بین آزمودنی‌هایی که تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت هیچ مداخله‌ای قرار

نداشته‌اند در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و نتیجه گرفته می‌شود که روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود اضطراب و دردهای مزمن آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

○ همچنین در خصوص تأثیر مثبت درمان مبتنی بر شفقت، بر اضطراب بیماران، می‌توان چنین تبیین کرد که این درمان 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 و نه انتقادی و در کل پذیرفتن رنجی که فرد می‌برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می‌رساند. پژوهشگران نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش اضطراب و تنیدگی آنها شود. علاوه بر این بلاث و /یزنلورهر-ماول (۲۰۱۷)؛ تاننهام و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود، کارایی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و تنیدگی و سلامت روان شناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. همچنین می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف‌سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل‌پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی است و این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تأکید می‌کند (پورحسین دهکردی، سجادیان و شعرافچی، ۱۳۹۸).

○ نتایج پژوهش حاضر از این جهت که روش‌های درمان مبتنی بر شفقت به عنوان درمانگری نوپدید منجر به کاهش اضطراب و سایر بیماری‌های روانشناختی دیگر می‌شود هم‌خوان با مطالعات رضایی (۱۳۹۸)؛ یزدانی و شیخ‌السلامی (۱۳۹۸)؛ میری و منصور (۱۳۹۶)؛ بشارت (۲۰۰۵) و گیلبرت (۲۰۰۵) است که نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود اضطراب آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. همچنین شواهد نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس، به کاهش مشکلات روانشناختی بیماران فزون‌کنش منجر می‌شود و در

نتیجه موجب ارتقاء توانمندی حل مسئله و باور به آینده ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری ها و خالص شدن از موانع درونی می شود و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در این بیماران را موجب می شود. (بشارت، ۲۰۰۵).



یادداشت ها

1. Systemic Lupus
2. quality of life
3. Rheumatology
4. Zong Anxiety Questionnaire
5. Chronic Pain Questionnaire

● منابع

- اکبری، مهدی؛ حسینی، زهرا سادات (۱۳۹۸). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی (سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۷ (۱): ۱۸۹-۱۷۵.
- ازه ای، جواد؛ صیادشیرازی، مریم؛ غلامعلی لوسانی، مسعود و کسای اصفهانی، عبدالرحیم (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *مجله روانشناسی*. ۲۲ (۱): ۳-۲۱.
- پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعربافچی، محمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تنیدگی ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۳۱ (۳): ۳۷-۵۲.
- رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. *روان شناسی بالینی*، ۶ (۱): ۲۹-۳۸.
- رضایی، علی محمد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی بر افسردگی و اضطراب (نشانگان بالینی)، دردهای مزمن، کیفیت زندگی، نگرش های ناکارآمد و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک شهر شیراز. رساله دکتری. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد.
- روحی هیر، الهه و عذرا غفاری (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اولین همایش علمی

پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین،

https://www.civilica.com/Paper-PSCONF01-PSCONF01_109.html

صالحی، شیما و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۶). رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه آفرینی، خودکارآمدی درد و عواطف در زنان مبتلا به درد عضلانی-اسکلتی. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، ۲(۸)، ۷۲-۸۳. عابدی قلیچ قشلاقی، میلاد؛ اصغری مقدم، محمدعلی و خلیلزاده پشتگل، مرضیه (۱۳۹۱). ویژگی های روان سنجی سیاهه خودمدیریتی درد (PSMC) در بیماران مبتلا به درد مزمن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ ۱۸ (۲): ۱۵۰-۱۵۶.

گیلبرت، پائول (۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه: مهرانوش اثباتی و علی فیضی. تهران: انتشارات ابن سینا. محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امید، عبدالله؛ محرابی، علی و اکبری، مهدی (۱۳۹۴). مقدمه ای بر نسل سوم: درمان های شناختی- رفتاری. تهران: کتاب ارجمند.

مرشدی مهدی، داورنیا رضا، زهراکار کیانوش، محمودی محمد جلال، شاکرمی محمد (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها. پژوهش پرستاری؛ ۱۰ (۴): ۷۶-۸۷. مظهری آزاد، فرشته؛ عابدی، حیدرعلی و ناجی، سیدعلی (۱۳۸۹). پیامدهای روانی عاطفی در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان. ۱۰ (۱۹): ۱۴-۲۳. مولوی، پرویز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ رحیمی، ندا و مهری، سعید (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۴ (۴): ۱۲-۲۳.

میری سمانه، منصوری احمد. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۱۷-۲۶.

نمازی شیده، ضیایی وحید، رضایی نیما. نقش سایتوکین ها در بیماری لوپوس اریتماتوزیس سیستمیک: مقاله مروری. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۹۴؛ ۷۳ (۶): ۳۹۷-۴۰۴.

هیز، استیون (۱۳۹۳). شش فرایند اصلی در ACT: مدل انعطاف پذیری روانشناختی. علی فیضی (مترجم). برگرفته در روز ۱۰ سال ۱۳۹۹ از سایت مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره زندگی <http://www.mrmz.ir>.

یزدانی، فرزانه و شیخ الاسلامی، راضیه (۱۳۹۸). رابطه بین کمالگرایی و بهزیستی فضیلت گرا: نقش واسطه ای خودشفقت ورزی. مجله روانشناسی. ۲۳(۳). ۲۶۹-۲۸۵.

- Alonso M, Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. (2017). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 78, 38–48.
- Arch, J.J., Eifert, G.E., Plumb, J., Rose, R., Davies, C., & Craske, M.G. (2012) Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Arimitsu K, Hofman SG. (2018) Cognitions as mediators in the relationship between self compassion and affect. *Pers Indiv Differ*, 74: 41-48.
- Besharat, M. A. (2005). *Psychometric features of Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in clinical and general samples*. Research report, Tehran University. [Persian].
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Borkovec, DePree., & T, Pruzinsky., E, Robinson., D. T, (1998) Some: worry of exploration preliminary A. J and Research Behavior. *Processes and Characteristics*. 16-9 (1) 21.
- Carfora V, Caso D, Conner M. (2015) The role of self-identity in predicting fruit and vegetable intake. *Appetite*. DOI: 10.1016/j.appet. 2015.12.020 PMID: 26723237
- Ferrari S, Chiarotto A, Pellizzer M, Vanti C, Monticohe M. (2015) Pain self- efficacy Italian patients with chronic low back pain. *Pain Practice* (Ahead for print).
- Gilbert, P. (2009). *An introduction to the theory & practice of compassion focused therapy and compassionate mind training for shame based difficulties: Workshop notes*. Online published: www.compassionatemind.co.uk
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, research and use in psychotherapy*. Routledge Publication (Taylor & Francis Group). London & New York.
- Hayes, s. C. Pištorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and commitment therapy: Model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*. X, (1), pp. 81-102.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G., J.G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*. 28, 1–16.
- Hosseinsabet, F., (2008). The effectiveness of waiting training on anxiety, depression and happiness. *Journal of Islamic Studies and Psychology*. [Persian].
- Karakoyun, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping

- with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1), 108-113.
- Lee, Y. S. , Kek, B. L. K. , Poh, L. K. S. , Saw, S. M. , Loke, K. Y. (2014). The association of raised liver transaminases with physical inactivity, increased waist-hip ratio and other metabolic morbidities in severely obese children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 47:172-8.
- Lobindo, G., & Haber, J. (1994). *Nursing research* (1st ed.). Mosby: Philadelphia.
- Moses N, Wiggers J, Nicholas C, Cockburn J.(2005) Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Educ Couns Apr*; 57(1): 30-8.
- Neziri AY, Scaramozzino P, Andersen OK, Dickenson AH, Arendt-Nielsen & L, Curatola M (2017). Reference values of mechanical and thermal pain tests in a pain free population. *Eur J Pain*, 15(4): 376-383.
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D. ,Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 45, 664–677.
- Rector, N. A. (2011). Acceptance and commitment therapy: Empirical considerations. *Behavior Therapy*, 44(2): 213-217.
- Sirois FM. A self- regulation resource model of selfcompassion and health behavior intentions emerging adults. *Prev Med Rep*, 2: 218-222.
- Sturgeon JA, & Zautra AJ. (2017) State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *J Behav Med*; 45(1): 69-77.
- Salami, SO. (2010) Job stress and counterproductive work behavior: Negative affectivity as a moderator. *Soc Sci*; 5: 486-492.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., & Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10), 1540-1541.
- Vlaeyen JW, & Linton SJ. (2016) Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*; 153(6): 1144-1147.
- Vowles K, McNeil D, Groos R, MC Daniel, & Mouse (2019) A. effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behav Ther*; 38: 412-425.
- Vowles KE, McCracken LM, & O'Brien JZ. (2011) Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav Res Ther*; 49(11):748-55. DOI: 10.1016/j.brat.2011.08.002 PMID: 21885034
- Wai EK, Roffey DM, Bioshop P, Kwon BK, & Dagenais S. (2017) Causal assessment

- of occupational lifting and low back pain: Results of systematic review. *Spain J; 1A(6)*: 554-566.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences, 106*, 329-333.

