

نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان درمانی بر کاهش

دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک

The Role of Creating Flexible Patterns of Behavior through Value-Based Exposure in the Psychotherapy Process on Chronic Pain Reduction and Clinical Syndrome in Patients with Systemic Lupus

Ali Mohammad Rezaei

Tayyebeh Sharifi

Ahmad Ghazanfari

Elham aflaki

Mohammad jafar bahre dar

علی محمد رضایی^۱

طیبه شریفی*

احمد غضنفری^۲

الهام افلاکی^۴

محمدجعفر بهره دار^۵

Abstract

The purpose of the present study was to The Role of Creating Flexible Patterns of Behavior through Value-Based Exposure in the Psychotherapy Process on Chronic Pain Reduction and Clinical Syndrome in Patients with Systemic Lupus. The research method was quasi-experimental (pretest-posttest) with a 3-month follow-up period and a control group. For this purpose, 60 subjects were selected based on inclusion criteria and were selected by purposeful sampling in two intervention groups: Acceptance and Commitment Therapy (20 patients), Compassionate Focus (20 patients) and Control (20 patients). To collect data, the Zong Anxiety Inventory (SAS) and Chronic Pain Questionnaire were used. Analysis of variance was performed by repeated measures and Bonferroni post hoc test. The results showed that there was a significant difference between the intervention and acceptance-based intervention and compassion-focused intervention in chronic anxiety and pain and the control group in pre-test and post-test scores ($P < 0.001$). Overall, the results of this study show that acceptance-based and commitment-based and compassion-based treatment modalities reduce anxiety and chronic pain in lupus patients.

Keywords: Acceptance And Commitment Therapy, Compassion Therapy, Anxiety, chronic pain ,Systemic Lupus.

چکیده

هدف مطالعه حاضر نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان درمانی بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون-پس آزمون) با دوره پیگیری سه ماهه و یک گروه گواه بود. به همین منظور ۶۰ آزمودنی بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و به روش نمونه گیری هدفمند در دو گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر)، درمان متمرکز بر شفقت (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اضطراب زونگ (SAS) و پرسشنامه درد های مزمن استفاده شد. جهت تحلیل یافته ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشانگر آن بود که بین دو گروه مداخله ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب و درد های مزمن و گروه گواه در نمره های پیش آزمون-پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$) در مجموع نتایج این مطالعه نشان می دهد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب و درد های مزمن بیماران لوپوس تاثیر دارد.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ درمان متمرکز بر شفقت؛ اضطراب؛ دردهای مزمن؛ لوپوس سیستمیک.

^۱ دانش آموخته دکتری روانشناسی عمومی گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

Email: ramin3677s@yahoo.com

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

^۴ دانشیار مدعو گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران و دانشیار گروه روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

^۵ استادیار مدعو گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

• مقدمه

بیماری لوپوس سیستمیک، با درگیری ارگان‌های حیاتی بدن تأثیرزبان آوری 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 (لوبیندو و هبر، ۱۹۹۴). این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی‌حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی است (مظهری آزاد و همکاران، ۱۳۸۹)؛ و همچنین بالاترین نیازهای برآورده نشده آنان مربوط به درد و عدم توانایی انجام کار، ترس از تشدید بیماری، مشکلات خواب، اضطراب، استرس می‌باشد (موس، ویگرز، نیکولاس و همکاران، ۲۰۰۳). این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد خلق پایین و تغییر در نوع و کیفیت زندگی افراد می‌گردد. برای انسان‌های آزردده خاطر شروع کردن کارها بسیار سخت و مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (کارکویان، گورکن، سهین و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس، نیاز به درمانی خاص، احساس می‌گردد. از آنجا که کیفیت زندگی 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 موثر در امید به زندگی است، به خصوص در زندگی افراد ناتوان و دارای بیماری‌های خاص فرآیندی دست‌نیافتنی تلقی می‌شود (بورکوک، دپورا، روزینسکی و همکاران، 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. امروزه درد‌های مزمن از بیماری‌ها از جمله مشکلات رایج بوده است. (صالحی و سجادیان، ۱۳۹۶)

امروزه 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 وال‌نظریه کنترل دوازده درد را مطرح کردند، شدت و ماهیت درد به عنوان تابعی از مکانیسم‌های 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 درون‌داد حسی است، بلکه تحت تأثیر برانگیختگی و فعالیت سیستم عصبی و تحت تأثیر تجربیات و انتظارات و فعالیت سیستم 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 فاجعه‌آفرینی 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

1. Systemic Lupus
2. Lobindo, Haber
3. Moses, Wiggers, Nicholas
4. Karakoyun-Celik, Gorken, Sahin, Orcin
5. quality of life
- 6- Borkovec, DePree., & Pruzinsky
- 7 -owle
- 8- Vowles, McNeil & Groos
- 9- WaiEK, Roffey, Bioshop
- 1 - Neziri, Scaramozzino, Andersen

(ولاین و لیتون، ۲۰۱۶). فاجعه آفرینی به معنای جهت‌گیری منفی اغراق آمیز نسبت به درد ادراک شده و انتظارات منفی در مورد پیامد های آن است، که به تمرکز بیشتر روی جنبه منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی های جسمی به عنوان نشانه های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای اجتنابی و ایجاد چرخه ی ترس، اجتناب منجر می شود. همچنین فاجعه آفرینی تأثیر مخربی بر عملکرد بیمار دارد (فراری، کراتو، پلیر و همکاران، ۲۰۱۵)؛ در بیماران مبتلا به لوپوس، پاسخ فاجعه بار به درد یکی از نیرومندترین پیش بینی کننده های افزایش استرس های عاطفی، مشکلات اجتماعی و شدت درد است (استرگن و زاترا، ۲۰۱۷). همچنین افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه آمیز می کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند (سلامی، ۲۰۱۰). همچنین تجربه درد با عواطف مثبت مانند خوشحالی و خوش بینی، رابطه منفی دارد، به طوری که این عواطف باعث فرونشینی و تسکین درد در افراد مبتلا به درد مزمن می شوند. (آرمیتسو و هافمن، ۲۰۱۸) افزایش شفقت خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است. (سایروس، ۲۰۱۵)

از بین درمان های موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به سایر رویکرد درمانی این حوزه، در زمینه درمان افسردگی و اضطراب جزء درمان های مطرح محسوب می گردد (اکبری و سادات حسینی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از مداخلاتی است که در زمره درمان های شناختی-رفتاری موج سوم قرار می گیرد و شامل درمان های دیگری مثل شفقت درمانی (سی.بی.تی)، رفتار درمانی دیالکتیکی (دی.بی.تی)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (م.بی.سی) می باشد (روش نیا، رضایی و قدم پور، ۲۰۱۹). پژوهش ها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آن ها می تواند زندگی سازگارتری برای افراد به همراه داشته باشد. توان درمان پذیرش و تعهد درمانی چنان است که به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. بنیادی ترین فرایندهای درمان تعهد و پذیرش در قالب: ۱- پذیرش ۲۴- ذهن آگاهی ۳۳- زندگی در لحظه اکنون، ۴- گسلش شناختی ۵۴- ارزش ها ۵ و ۶- عمل متعهدانه ۶- عمل متعهدانه ۶- عمل متعهدانه (پترسون، ایفرت، فننگلد و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین پذیرش و تعهد درمانی در زمینه درد مزمن، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه تأثیر گذار است (رجبی، ۲۰۱۲). از طرفی دیگر همه ی متخصصان براین باورند که هسته ی اصلی رابطه ی مراجع و درمانگر بر شفقت است (گیلبرت، ۲۰۰۹). درمانی متمرکز و بر اساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است و بر چهار حوزه ی تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای

1- Vlaeyen, Linton

2- Ferrari, Chiarotto, Pellizzer

3- Sturgeon, Zutra

4- Salami

5- Arimitsu, Hofman

6- Sirois

7- Cognitive behavior therapy

8- dialectical behavioral therapy

9- mindfulness-based cognitive therapy

1 - Acceptance And Commitment Therapy (ACT)

1 - Acceptance	2
1 - Mindfulness	3
1 - Valuse	4
1 - Defusion	5
1 - Commitment	6
1 - Peterson, B D. Eifert, G H. Feingold	7
1 - Gilbert	8

احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیر عمدی، متمرکز است. شفقت مهارتی است که می توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تاثیر قرار داد (گیلبرت، ۲۰۰۵). مطالعات زیادی در باب اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته و نتایج این مطالعات نشان دهنده این است که این روش می تواند برای طیف گسترده ای از مشکلات بالینی و علائم روان پریشی موثر باشد (میری و منصور، ۱۳۹۸)؛ و از دیدگاه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیس، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲)، اضطراب بر این ارتباطات ناهنجاری است که بین هیجان، شناخت و رفتار در اثر فرایند هایی مانند اجتناب تجربه گرایانه و همجوشی شناختی به وجود می آیند که اجتناب تجربه گرایانه به این معنی است که فرد به صورت ذهنی در حال اجتناب از احساسات خود خواهد بود و این منجر به منع فرد از زندگی مبتنی بر اهداف ارزشمندش می شود. همجوشی شناختی ناشی از غلبه یافتن محرک های کلامی/شناختی در تنظیم رفتاری است و در چنین حالتی بیمار با واقع انگاری که نسبت به محرک های زبانی (برای مثال افکار بی کفایتی) دارد، به نوعی با آن ها همانند سازی می کند و تمام رفتارهای او در جهتی قرار می گیرد که به این واقعیت زبان ساخته پاسخ عینی بدهد. (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱) برخی پژوهش ها حاکی از اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش این علائم است. (کارلین، برون، تروکل و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارلین، والزر، یساوج و همکاران، ۲۰۱۳؛ گودیانو، نولن، برون و همکاران، ۲۰۱۲؛ دالریمپ، مورگان، لپسکیت و همکاران، ۲۰۱۴؛ زتل و همکاران، ۲۰۱۱؛ فورمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵؛ عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶؛ نیکوگفتار و خانعلی لو، ۱۳۹۶؛ صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵)

هایز و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که پیام اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اثری است که از کنترل شخص خارج بوده و تعهدی است که نسبت به انجام آنچه در کنترل فرد ایجاد می شود. پژوهش هایی که در ایران در مورد درمان های موج سوم درباره اختلال ها و علائم افسردگی انجام شده است می تواند به برخی موارد مهم اشاره کند که شامل برآوردهای مختلفی در کاهش علائم افسردگی است (کاوایانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۱۳۸۷). پژوهش های بستامی و همکاران، (۱۳۹۵) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر کاهش علائم افسردگی تاثیر معنادار داشته باشد (بستامی، گودرزی، دوران و همکاران، ۱۳۹۵).

از طرفی دیگر، یکی از انواع روان درمانی ها، روان درمانی مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری های خاص جلب کرده است (هاگن، جممدال، سولم و همکاران، ۲۰۱۸). اثر بخشی این درمان در برخی از آزمایش با گروه های تصادفی و گواه، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس پایین، درمان افسردگی، بهبود خود انتقادی و افکار خود تخریب، کاهش نشانه ها و علائم متداول اضطراب، استرس، و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است، این در حالی است اسمیت و ونورا (۲۰۱۹)، در پژوهشی با عنوان چشم انداز و تجربه شفقت درمانی در درمان های طولانی مدت توسط مراقب های سلامت بر خانواده و بیماران آنها مشخص نمودند که بر اساس تئوری مفهوم سازی، شفقت در مراقبت های بلند مدت، یک درک جامع از مفهوم شفقت ایجاد می کند. که با مدل های نظری در باب درمان این نوع درمان هماهنگ است و از این طریق کارکنان مراقب سلامت می توانند از ساکنان و خانواده و بیماران که از

1- Hayes, Strosahl, & Wilson

2- Herbert & Forman

3- Karlin, Brown, Trockel

4- Karlin, Walser, Yesavage

5- Gaudiano, Nowlan, Brown

6- Dahrymple, Morgan, Lipschitz

7- Zettle

8- Forman

9- Hayes

1 - Hagen, Hjemdal, Solem

0

1 - Smith-MacDonald, Lorraine Venturato

1

طریق غم و اندوه احاطه شده اند حمایت کنند و نتایج اثربخشی دریافت کنند. از این رو بکار گیری درمان شفقت به بیماران کمک می کند پریشانی ذهن خود را از طریق کاهش خود سرزنشگری کاهش دهند و این می تواند توجیه پذیر باشد زیرا مطالعات اخیر اثربخشی این درمان را برای کاهش علائم منفی روانشناختی در جمعیت های مختلف مورد تایید قرار داده اند (گنزالز، رومرو، کامپوس و همکاران، ۲۰۱۸).

از این رو با توجه به آن که شیوع بیماری لوپوس در افراد ایرانی بنا به دلایلی همچون ناسازگاری روانشناختی، سبک زندگی، استرس و اضطراب های روانی افزایش پیدا کرده، اجرای مطالعه حاضر از این جهت اهمیت پیدا می کند که در صورت ارتباط بین خود شفقت ورزی با افسردگی، اضطراب، دردهای مزمن و نگرش های ناکارآمد می توان برنامه هایی 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 سوال است که آیا الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان درمانی بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی آزمودنی های مورد مطالعه اثربخش می باشد؟

• روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان، در بیمارستان های شیراز در سال ۱۳۹۷ بود؛ که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۸۰ نفر از زنان دارای بیماری لوپوس، انتخاب و در ۳ گروه (یک گروه گواه ۲۰ نفره، و ۲ گروه آزمایش ۲۰ نفره) گمارده شدند. با توجه به این که انتخاب نمونه در پژوهش های آزمایشی که به مقایسه گروه ها می پردازد بر اساس سطح معنی داری و توان آزمون است که با توجه به کتاب روش های تحقیق در علوم رفتاری سرمد و همکاران (۱۳۹۸)، جهت انجام پژوهش های آزمایشی با انتخاب شرکت کننده در هر گروه ۲۰ نفر می توان، به توان آزمون بالا دست پیدا کرد؛ لذا از آن جا که هدف، اثرگذاری این درمان ها در بیماران با $\alpha=0.05$ و حجم اثر ۰/۵ کار را انجام دهند و توان آزمون منطقی داشته باشند، بر اساس این رویکرد، حجم نمونه در هر گروه ۲۰ نفر می باشد. 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 جزء لوپوس، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه، عدم شرکت همزمان در دوره های 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، بسته درمانی متمرکز بر پذیرش و تعهد بر اساس 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 و آشنا به درمان های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جداول ۱ و ۲ تایید شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

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 پیش آزمون، 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.

1- Gonzalez, Romero, Campos

2 .Rheumatology

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 وارسی 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 تکلیف 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 حقم راهکارهای مشفقانه، به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

• ابزار پژوهش

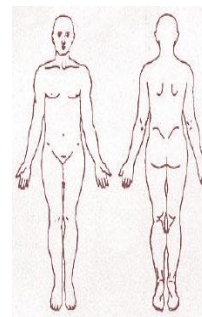
پرسشنامه اضطراب زونگ: یک ابزار ۲۰ گویه ای است که زونگ (۱۹۷۰) تهیه کرده و به عنوان ابزاری برای سنجش میزان علائم اضطرابی به کار می رود؛ که میزان اضطراب را در اندازه ۴ درجه ای (۱ (خیلی کم) تا ۴ (همیشه)، می سنجد. دامنه نمرات ۷۵-۲۵ است و نقطه برش آن ۴۴ است. ثبات درونی گزارش شده این مقیاس (آلفای کرونباخ ۰/۹۱-۰/۸۴) بوده است. پایایی 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.

پرسشنامه دردهای مزمن: این سیاهه شامل ۲۵ گویه است که هر گویه یکی از ابعاد سه گانه جسمی -حسی، احساسی - هیجانی و شناختی -ارزیابانه را مشخص می سازد. آزمودنی پس از خواندن هر گویه میتواند شدت و ضعف خصوصیتی از درد

را که در آن گویه مورد نظر بوده، در یک مقیاس شش گزینه ای تعیین کند. این گزینه ها به ترتیب از کم به زیاد عبارتند از : اصلاً، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد. به هر یک از این ارزش عددی تعلق میگیرد که به ترتیب عبارتند از: صفر، یک، دو، سه، چهار، پنج، در نهایت آزمونگر میتواند ارزشهای عددی مربوط به گزینه های انتخاب شده را با هم جمع نموده و چهار عدد به دست آورد. یک نمره در بعد جسمی -حسی، یک نمره در بعد احساسی -هیجانی و یک نمره در بعد شناختی - ارزیابانه. مجموع این سه نمره، عددی را به دست میدهد که نشاندهنده شدت کلی درد تجربه شده در شخص دردمند است. گویه های مربوط به هر یک از ابعاد سه گانه درد مزمن، به ترتیب زیر می باشد:

بعد جسمی -حسی: ۲۵، ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۳، ۱ (در مجموع ۱۳ گویه)، بعد احساسی -هیجانی: ۱۸، ۱۴، ۱۰، ۶، ۲ (در مجموع ۵ گویه)؛ بعد شناختی -ارزیابانه: ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۸، ۴ (در مجموع ۷ گویه). در انتها، تصاویری از اندام آدمی در دو وضعیت روبرو و پشت، آورده شده که آزمودنی می تواند محل درد را روی این تصاویر مشخص نماید. همچنین پزشک یا خود آزمودنی می تواند در این سیاهه، داخلی یا خارجی بودن درد را با علامت زدن در قسمت مربوطه، مشخص نماید.

خارجی	داخلی



● یافته ها

در ادامه، فرضیه های پژوهش، با تجزیه و تحلیل آنها ارائه خواهد شد:

ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان 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 میان اعضای گروه آزمایش (پذیرش و تعهد) ۱۳ نفر زن و ۷ نفر مرد، تحصیلات زنان گروه آزمایشی این درمان کارشناسی ارشد و مردان دیپلم بود، میانگین سنی زنان این گروه از درمان ۲۵ سال و مردان ۳۵ سال سن قرار داشت. در میان اعضای گروه دوم آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت) ۱۳ نفر زن و ۷ نفر مرد، تحصیلات زنان گروه آزمایشی این درمان کاردانی و مردان دیپلم بود. میانگین سنی زنان این گروه آزمایش ۲۵ سال سن و مردان ۴۰ سال سن بود. در جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای وابسته ی اضطراب به تفکیک گروه ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول زیر مشاهده می شود، بیانگر میانگین نمره اضطراب گروه گواه در پیش آزمون ۳۹,۰۳ و در پس آزمون ۳۹,۰۵ و در پیگیری ۳۹,۴۵ می باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره ی اضطراب به تفکیک گروه ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد

۲/۶۰	۳۹/۴۵	۲/۶۵	۳۹/۵۰	۳/۶۸	۳۹/۰۳	گواه	
۱/۷۴	۳۲/۳۳	۱/۸۸	۳۱/۱۰	۲/۲۶	۳۹/۶۵	درمان ACT	اضطراب
۲/۴۱	۳۱/۸۰	۲/۷۷	۳۰/۹۰	۲/۲۴	۳۸/۳۰	درمان CFT	ب

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی دردهای مزمن به تفکیک گروه‌ها و مراحل

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

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته‌ی دردهای مزمن به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول بالا مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره بعد جسمی حسی مولفه درد های 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 ۲۰,۳۵ 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.

فرضیه اول: بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان بالینی (اضطراب) بیماران لوپوس شهر شیراز تفاوت وجود دارد.

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	جمع مجزورات	df	میانگین مجزورات	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	-	-	-	-
اضطراب	بین آزمودنی	گروه	۱۷۵۳/۷۷	۳	۵۸۴/۵۹	۵۰/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۴	۱
		خطا	۸۸۸/۳۶	۷۶	۱۱/۶۹	-	-	-	-

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۵ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 (پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 مرحله‌ی اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

حال با توجه به این که معنی‌دار شدن اثر تعامل بین عامل درون‌آزمودنی مرحله‌ی 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 جدول‌های ۶ ارائه شده است.

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

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

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.

فرضیه دوم: بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر ابعاد دردهای مزمن بیماران لوپوس شهر شیراز تفاوت وجود دارد.

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
درون آزمودنی	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
	درد جسمی-حسی	۸۴۴/۷۱	۵/۸۱۸	۱۴۵/۱۹	۲۲/۳۸	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
	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	۱۱۲۸/۳۹	۳	۳۷۹/۴۶	۳۸/۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۳	۱
	درد جسمی-حسی	۱۰۴۸/۸۰	۷۶	۱۳/۸۰	-	-	-	-
	درد احساسی-هیجانی	۱۵۵۸/۹۵	۷۶	۲۰/۵۱	-	-	-	-
	درد شناختی-ارزیابانه	۷۵۰/۵۷	۷۶	۹/۸۸	-	-	-	-

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری در جدول ۵ 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 اجراها تفاوت معنی‌داری 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 معنی‌دار می‌باشد ($F=22/28$ 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 می‌توان 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 معنی‌دار 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 می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مرحله‌ی اندازه‌گیری بین میانگین نمرات دردهای مزمن گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور در فرآیند روان‌درمانی بر کاهش دردهای مزمن و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. به همین منظور در این پژوهش، درمان بر اساس راهبرد های شفقت درمانی در قالب جلسات درمانی برای افراد مبتلا به بیماری لوپوس ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مولفه های شفقت درمانی بر اضطراب و دردهای مزمن به وجود آمده بیماران لوپوس بود. این روند درمانی موجب کاهش چشم گیر اضطراب بیماران در دوره درمان گردید. برای تبیین می توان چنین گفت که رویکرد درمانی 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 می دهد که بیماران توانسته اند با این روش درمانی ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته باشند. یافته ها نشان می دهد که، بین آزمودنی‌هایی که تحت مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفته‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نداشته‌اند در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش تأیید و نتیجه گرفته می‌شود که روش های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود اضطراب و دردهای مزمن آزمودنی‌های مورد مطالعه تاثیرگذار است.

در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به منظور تقویت شجاعت در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک جهت مواجهه با جنبه های دشوار و تاریک ذهن پرورش یافت. در رویکرد اکت ما از تجربه پا را فراتر می نهم و به خلق بازنمایی های کلامی از خود می پردازیم؛ در واقع اکت بر کلماتی تمرکز می کند که افراد در توصیف تجربیات خود استفاده می کنند. با کمک این روش درمانی در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک، شناخت ها تصحیح گردید؛ چون ارزیابی منفی از خود در این افراد تغییر پیدا کرد، اضطراب کاهش یافت و همچنین اجتناب کمتر شد. همچنین در خصوص تأثیر مثبت درمان مبتنی بر شفقت، بر اضطراب بیماران، می توان 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 می برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می رساند. پژوهشگران نشان داده اند که درمان مبتنی بر شفقت می تواند با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی و کاهش اضطراب و استرس آن ها شود. علاوه بر این بلاث^۱ و ایزنلوهر-ماول(۲۰۱۷)؛ تاننباوم^۲ و همکاران(۲۰۱۷)؛ ونگ^۳ و همکاران(۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود کارایی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس و سلامت روان شناختی افراد مورد بررسی و تأیید قرار داده اند. همچنین می توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی است و این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله های ذهنی تأکید می کند (پورحسین دهکردی، سجادیان و شعربافی، ۱۳۹۸). در این رویکرد ضرورت کمک به افراد به منظور رهایی از خود ارزیابی ها و برچسب زدن های آزار دهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند و تحت عنوان انعطاف پذیری روانشناختی به کار می رود که خود حاصل مجموعه ای از فرایندها مثل گسلش، پیگیری ارزش ها، خود به عنوان زمینه، پذیرش، عمل متعهدانه و ذهن آگاهی است. به عبارتی فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف‌پذیری روانشناختی به هم مرتبط هستند. بسیاری از افراد که

1. Bluth

2. Tanenbaum

3. Wang

با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می کند که نتیجه آن میزان بالای اضطراب، استرس و نگرانی در این افراد است، از سوی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشدیافتگی پایین تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته اند. اکسی توسین و عصب میلین دار واگ از سیستم عصبی پاراسمپاتیکی نمونه هایی از این سیستم ها هستند. به همین دلیل در درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی تاکید می گردد. علاوه بر این از تکنیک های عملگرا چون تمرین عمل کردن و تصویرسازی خود به عنوان یک فرد مهربان مورد استفاده قرار می گیرد تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی های شفقت آمیز یاری رساند.

نتایج پژوهش حاضر از این جهت که روش های درمان مبتنی بر شفقت به عنوان درمانی نوپدید منجر به کاهش اضطراب و سایر بیماری های روانشناختی دیگر می شود همخوان با مطالعاتی است که نشان می دهند هر کدام از روش های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود اضطراب آزمودنی های 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 مراقبه های درمانی، آموزش عشق ورزیدن و تنفس با احساس، به کاهش مشکلات روانشناختی بیماران فزون کنش منجر می شود 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. شفقت به خود موجب آشکار شدن محدودیت ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می شود که فرد را برای اقدام به تحول قادر می سازد و فرد را برای تغییر و ارتقاء سطح سلامت روان تشویق می کند؛ و از طرفی پایین بودن شفقت به خود باعث می گردد که فرد، به طور مداوم در شرایط تنش زا، قضاوت های سخت گیرانه ای نسبت خود داشته باشد و نمی تواند بپذیرد که مشکلات زندگی بخشی از تجربه های مشترک بین همه انسان هاست و به طور مکرر به نشخوار افکار و احساسات دردناک ناشی از آن موقعیت تنش زا می پردازد (بشارت، ۲۰۰۵). از سوی دیگر چنین به نظر، می رسد که هرچقدر افراد نسبت به خود شفقت بیشتری داشته باشند و در واقع سه مؤلفه مثبت نف که شامل مهربانی با خود، پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه های مشترک انسان ها و آگاهی از افکار و احساسات دردناک در آن ها بیشتر باشد، در برخورد با مشکلات و سختی های ناشی از بیماری منجمله لوپوس سیستمیک از انگیزه بیشتری برای حرکت به سمت اهداف برخوردارند و درمان های پزشکی بیماریشان را به عنوان روشی برای دستیابی به سلامت جسمی قلمداد می کنند (نف، ۲۰۱۵).

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، پیستورل 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 نمی تواند تمام پاسخ ها را داشته باشد و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت ها، تفاسیر و پیش بینی ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببینند. (آلسو، لوپز، لوزادا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ همچنین می توان گفت چون از یک سو افراد مضطرب دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاق های ناگواری مثل مرگ که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی و اضطراب می شوند و از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه انعطاف پذیری روانشناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار

1- Neff

2- Hayes, Pistorello, Bigland

3- Alonso, Lopez, Losada

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. همچنین این پژوهش برای اولین بار در ایران تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش اضطراب و دردهای مزمن در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک را بررسی کرده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، این نوع درمان می‌تواند به عنوان درمان انتخابی و مکمل درمان‌های دیگر در جهت کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران به کار رود. باشد که نتایج این پژوهش توجه متخصصان روماتولوژی را به جوانب روانشناختی بیماری لوپوس بیشتر جلب کرده و از این طریق فرایند درمان بیماری نیز بهبود و تسریع یابد.

منابع

- اکبری، مهدی و سادات حسینی، زهرا(۱۳۹۷). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی(سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). **دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)**. دوره ۱۷. ش ۱.
- بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز و تقوای، ارسیا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد(ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. **فصلنامه ابن سینا**، ۱۸(۲)، صص ۱۸-۱۱.
- پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعرباقچی، محمدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. **فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت**. ۳۱(۳)، صص ۵۲-۳۷.
- روشن‌نیا، سمیه؛ رضایی، فاطمه؛ قدم‌پور، عزت‌اله(۲۰۱۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تشنج و خودمدیریتی بیماران صرع مقاوم به درمان. **دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)**. دوره ۱۶. ش ۲.
- صالحی، شیمای 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). صص ۸۳-۷۲.
- صبور، سهیلا و کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. **مجله پژوهشی توانبخشی در پرستاری**، ۲(۴). صص ۸-۱.
- عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین(۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. **فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی**، ۸(۲۹). صص ۲۳۶-۲۰۷.
- علوی زاده، فرانک و شاکریان، عطا. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرزاناشویی(عاطفی، جنسی). **مجله روان پرستاری** ۴(۶). صص ۶-۱۴.
- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیع آبادی، عبدالله(۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. **مجله تازه‌های علوم شناختی**، ۱۰(۴). صص ۳۹-۴۸.
- گیلیبرت، پائول(۱۳۹۷). کتاب درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. انتشارات ابن سینا.
- میری، سمانه؛ منصور، احمد(۲۰۱۹). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان. **دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت(دانشور رفتار)**. دوره ۱۵. ش ۲.
- نیکوگفتار، منصوره و خانعلی‌لو، رویا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران - زن مبتلا به Multiple sclerosis. **مجله تحقیقات علوم رفتاری**، ۱۵(۱). صص ۵۹-۶۶.
- Abedi ghelich gheslghahi, M., Asgharei moghadam M. A., Khalilzade poshtgel M. (2012). Psychometric Characteristics of PSMC in Chronic Pain Patients. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. [Persian].
- 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. pp. 38-48.
- 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, Some: worry of exploration Preliminary(1998)A. J and Research Behavior. processes and characteristics . 16-9(1)21
- Dalrymple, K. L., Morgan, T. A., Lipschitz, J.M., Martinez, J. H., Tepe, E. & Zimmerman, M(2014). An integrated acceptance-based behavioral approach for depression with social anxiety: preliminary results. Behavior Modification. 39. pp. 1-33.

- 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).
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J.D., Goetter, E. M., Yuen, E. K. & Moitra, E (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 43. pp. 341-354.
- 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.
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G. & Miller, I. W (2012). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*. 37. pp. 324-355.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burichka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 1534735418772095.
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Edward, L., Kennair, O., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adult: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Clinical and Health Psychology*. 8. pp. 112-121.
- Hayes, S. C. Pistorello, 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd Ed.). New York: Guilford.
- Herbert, J.D. & Forman, E.M (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: the rise of psychological acceptance and mindfulness. In: J. D. Herbert, & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: Wiley. pp. 3–25.
- 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.
- Karlin, B. E., Brown, G. B., Trockel, M., Cunning, D., Zeiss, A. M. & Taylor, C.B (2012). National dissemination of cognitive behavioral therapy for depression in the Department of Veterans Affairs Health Care System: therapist and patient-level outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80. pp. 707-718.
- Karlin, B. E., Walsler, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. & Taylor, C. B (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging Mental Health*. 17. pp. 555-563.
- Lobindo, G., Haber, J. (1994). *Nursing Research* (1st ed.). Mosby: Philadelphia.
- Mazharei Azad F., Aabedi H.A., Najei S.A (2010). Emotional psychosocial outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Razi School of Nursing and Midwifery*. [Persian].
- 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.
- Neff, K.D., Pommier, E. (2015). The relationship between self-compassion and other focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identity*. 12(2), 196-217
- 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.
- Peterson, B D. Eifert, G H. Feingold, T. Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study With Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430–442.
- Rajabei GH. (2012). The Effectiveness of Rational-Emotional-Behavioral Group Counseling on General Health Components in Male Students. *School Psychology Journal*. [Persian].
- Sirois FM. A self- regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions emerging adults. *Prev Med Rep*, 2015; 2: 218-222.
- Sturgeon JA, Zautra AJ. State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *J Behav Med*, 2017; 45(1): 69-77.
- Salami SO. Job stress and counterproductive work behavior: negative affectivity as a moderator. *Soc Sci*, 2010; 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. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 2016; 153(6): 1144-1147.
- Vowles K, McNeil D, Groos R, MC Daniel, Mouse A. Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behav Ther*, 2009; 38: 412-425.
- Wai EK, Roffey DM, Bioshop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of systematic review. *Spain J*, 2017; 10(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.
- Zettle, R. D., Rains, J. C. & Hayes, S. C (2011). Do acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression work via the same process: a reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*. 35. pp. 265-283.

