

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس

علی محمد رضایی^۱، * طیبه شریفی^۲، احمد غضنفری^۳، الهام افلاکی^۴، محمدجعفر بهره‌دار^۵
۱. دانش‌آموخته دکتری روانشناسی عمومی گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۴. دانشیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۵. استادیار مدعو، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۴/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۱۵)

Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment, Compassion-Based Therapy and Combination Therapy on Depression, Anxiety Quality of Life in Patients with Lupus

Ali Mohammad Rezaei¹, *Tayyebah Sharifi², Ahmad Ghazanfari³, Elham Aflaki⁴, Mohammad Jafar Bahre Dar⁵

1. ph.D. Student, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
4. Visiting Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
5. Visiting Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Original Article

(Received: Jul. 15, 2019 - Accepted: Mar. 05, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Lupus is a disease that causes anxiety in a person with anxiety and tension in response to threatening conditions. This change in people's mood structure causes depression and changes in their quality of life. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment based therapy and compassion based therapy on depression, anxiety, quality of life in patients with systemic lupus. **Method:** This is a quasi-experimental study with pre-test, post-test with a control group. The statistical population of this study included all patients with systemic lupus treated in Shiraz hospitals (N = 750), who were randomly divided into four groups. The control group was divided into 20 and 3 experimental groups. The instruments used in this study included Beck Depression Scale, Zong Anxiety Scale (SAS), and the World Health Organization Quality of Life. **Findings:** The results of Covariance analysis showed that this treatment had a significant effect on systemic lupus at post-test and follow-up stage. **Conclusion:** The results showed the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Based Therapy (CFT) on depression, anxiety and quality of life of the subjects. It can be argued that a compassionate approach is appropriate for people with systemic lupus disease because it is consistent with their daily lives and behaviors during the day.

Keywords: Lupus, Compassion Therapy, Depression, Anxiety, Quality of Life.

چکیده

مقدمه: لوپوس بیماری است که با ایجاد اضطراب در فرد باعث نگرانی و تنش در پاسخ به شرایط تهدیدکننده می‌گردد. این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد افسردگی و تغییر در کیفیت زندگی افراد می‌گردد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز می‌باشد (N=750)، که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از میان جامعه آماری ۸۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی به چهار گروه (یک گروه گواه ۲۰ نفره و ۳ گروه آزمایش ۲۰ نفره) تقسیم شدند. ابزارهای بکاررفته در این پژوهش شامل مقیاس افسردگی بک، اضطراب زونگ (SAS) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. یافته‌ها: داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل کواریانس نشان داد که این درمان بر لوپوس سیستمیک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از تأثیر روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه دارد. برای تبیین می‌توان چنین گفت که رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت برای افراد دارای بیماری لوپوس سیستمیک تحت درمان مناسب است چراکه با زندگی روزمره و رفتارهای آن‌ها در طی روز همخوانی دارد.

واژگان کلیدی: لوپوس، شفقت درمانی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی.

* نویسنده مسئول: طیبه شریفی

*Corresponding Author: Tayyebah Sharifi

Email: ramin3677s@yahoo.com

مقدمه

بیماری لوپوس سیستمیک^۱ با درگیری ارگان‌های حیاتی بدن معمولاً تأثیر زیان‌آوری بر روی 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. هرگونه 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^۲، ۲۰۰۲).

این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی‌حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی (مظهری آزاد، عابدی و ناجی، ۱۳۸۹)؛ و همچنین بالاترین نیازهای برآورد نشده آنان مربوط به درد و عدم توانایی انجام کار، ترس از تشدید بیماری، مشکلات خواب، اضطراب، استرس، افسردگی و خلق پایین (موس، ویگرس، نیکولاس و کوبرن^۳، ۲۰۰۵) از جمله تغییرات این بیماران می‌باشد. لوپوس بیماری‌ای است که با ایجاد اضطراب در فرد باعث نگرانی و تنش در پاسخ به شرایط تهدیدکننده و وضعیت آشکار بیماری می‌گردد. این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد خلق پایین و تغییر در نوع و کیفیت زندگی افراد می‌گردد. برای انسان‌های

آزرده‌خاطر شروع کردن کارها بسیار سخت و مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (کاراکویان^۴، ۲۰۱۰). و اضطراب زمانی در این بیماری و بیماری‌های دیگر به‌عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز بیش‌ازحد معمول طول بکشد (ولز^۵، ۲۰۰۱). اینجاست که بیمار ما در رابطه با هیچ‌چیز احساس خشنودی، رغبت و لذت نمی‌کند. برای انسان‌های پژمرده شروع کردن کارها بسیار سخت و مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (کاراکویان، ۲۰۱۰)؛ و از آنجاکه کیفیت زندگی^۵ یکی از مهم‌ترین مسائل دنیای امروز در مراقبت از سلامتی است و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد در سال‌های اخیر و از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به‌خصوص افراد ناتوان و دارای بیماری‌های خاص شناخته شده است. (بورکوک و همکاران^۶، ۲۰۱۰). افراد بیمار با توجه به شرایط فوق سطح کیفیت زندگی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و پدیده‌ای به نام درد گسترش می‌یابد؛ و این در حالی است اسمیت و ونتورا^۷ (۲۰۱۹)، در پژوهش با عنوان چشم‌انداز و تجربه شفقت درمانی در درمان‌های طولانی‌مدت توسط مراقب‌های سلامت بر افراد خانواده و بیماران آن‌ها مشخص نمودند که بر اساس تئوری مفهوم‌سازی، شفقت در مراقبت‌های بلندمدت، یک درک جامع از شفقت

4. karakoyun

5. quality of life

6. Borkovec & all

7. Smith-MacDonald, Lorraine Venturato

1. Systemic Lupus

2. Lobindo

3. Moses, Wiggers, Nicholas & Cockburn

ایجاد می‌کند؛ که با مدل‌های نظری در باب شفقت هماهنگ است و از این طریق کارکنان مراقب سلامت می‌توانند از ساکنان و افراد خانواده و بیمارآن‌که از طریق غم و اندوه احاطه شده‌اند حمایت کنند و نتایج اثربخشی دریافت کنند.

حتی بارلو^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، تأثیر شفقت درمانی را بر کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران سرطانی سنجیدند و نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی افراد موردبررسی تأثیرگذار بوده است؛ و وترل، افری، راتلج، سورل، استودارد، پتکاس (۲۰۱۷)، در پژوهش خود نشان دادند که بیماران تحت درمان ACT، در میزان تداخل درد، افسردگی و اضطراب مرتبط با درد، بهبود یافتند. علاوه بر این، این بیماران نسبت به بیماران تحت درمان CBT، رضایت بالاتری از درمان نشان دادند. همچنین، نتایج برخی از مطالعات گواه شده نشان دادند که درمان ACT، درمان مؤثری برای مشکلات اضطراب و افسردگی به شمار می‌آید، اگر که تبعیت از درمان اتفاق بیافتد.

متابعت درمانی مفهومی چندگانه است که دربرگیرنده تمام رفتارهایی است که مطابق با توصیه‌های متخصصان صورت می‌گیرد (بشارت، ۲۰۰۵) و میزان عمل کردن بیمار را به رفتارها و درمان‌هایی که پزشک توصیه کرده است نشان می‌دهد درواقع یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌ها و مشکلات بالینی کارکنان نظام سلامت، مشکلات مربوط به عدم متابعت بیماران از پروتکل درمانی تجویز شده می‌باشد (مؤمنی، شهبازی‌راد، ۱۳۹۱).

در درمان پذیرش و تعهد درمانی^۲ به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸). فرایندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش عبارت‌اند از: ۱- پذیرش، ۲- ذهن آگاهی، ۳- زندگی در لحظه اکنون، ۴- گسلش شناختی، ۵- ارزش‌ها و ۶- عمل متعهدانه. در پژوهش‌هایی که به‌منظور بررسی کارایی ACT به‌عنوان یک درمان، برای بهبود روابط زوجین دارای مشکل و افزایش رضایت از زندگی آن‌ها می‌شود (پترسون و ایفرت^۳، ۲۰۰۹). همچنین پذیرش و تعهد درمانی در زمینه درد مزمن، افسردگی و اضطراب (هیز^۴، ۲۰۰۴)، کیفیت زندگی (رجبی، ۱۳۹۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه (نریمانی، ۱۳۹۲) تأثیرگذار است. از طرفی دیگر همه‌ی متخصصان بر این باورند که هسته‌ی اصلی رابطه‌ی مراجع و درمانگر بر شفقت است (گیلبرت^۵، ۲۰۰۹). درمان متمرکز بر شفقت بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است (گیلبرت، ۲۰۰۵)؛ و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی،

2. Acceptance And Commitment Therapy (ACT)

3. Peterson and Eifert

4. Hayes

5. Gilbert

1. Barlow

راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده و غیرعملی، متمرکز است. شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین آن توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد (گیلبرت، ۲۰۰۹).

از این رو با توجه به آن‌که شیوع بیماری لوپوس در افراد ایرانی بنا به دلایلی همچون ناسازگاری روان‌شناختی، سبک زندگی، استرس و اضطراب‌های روانی افزایش پیدا کرده، اجرای مطالعه حاضر از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که در صورت ارتباط بین خود شفقت ورزی با افسردگی و اضطراب می‌توان برنامه‌هایی برای آموزش خود شفقت ورزی تنظیم نمود و به کادر بیمارستان‌ها و مراکز روماتولوژیستی آموزش داد که با مهربانی و تعهد و شفقت با این گروه از بیماران برخورد شود. لذا با توجه به مطالب بیان‌شده، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه اثربخش می‌باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز می‌باشد، بعد از تعیین نمونه پژوهش، با بررسی مشخصات کلی

آزمودنی‌ها، بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی از جامعه مورد پژوهش، چهار گروه ۲۰ نفره جدا شدند. سپس آزمودنی‌ها به شکل تصادفی در سه گروه آزمایشی (یک گروه درمان مبتنی بر شفقت، یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه درمان ترکیبی) و یک گروه گواه قرار خواهند گرفت؛ و همه آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را در دو نوبت (قبل و بعد از درمان) تکمیل کرد. داده‌های خام استخراج‌شده از پرسشنامه‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش و روش تحلیل داده‌ها در قالب متغیرهای پژوهش تنظیم خواهند شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده در حیطه آمار توصیفی و استنباطی با ابزار Spss تجزیه و تحلیل خواهند شد. نتایج در حیطه‌ی آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف استاندارد و در حیطه‌ی آمار استنباطی، اطلاعات از طریق روش آماری تحلیل کوواریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه‌ی آماری این تحقیق را افراد مبتلا به بیماری لوپوس سیستمیک تشکیل دادند به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های روماتولوژیستی شهر شیراز مراجعه کردند. که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از میان جامعه آماری ۸۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به چهار گروه (یک گروه گواه ۲۰ نفره و ۳ گروه آزمایش ۲۰ نفره) تقسیم شدند.

(۱) ساختار کلی درمان گروه‌های آزمایشی در ۱۲ جلسه گروه‌درمانی بر اساس دو رویکرد درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰

دقیقه‌ای (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و ۱۲۰ اعتماد بین اعضای گروه، به آموزش قواعد و دقیقه‌ای که در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است، تکنیک‌های روش‌های درمانی پرداخته شد. (درمان مبتنی بر شفقت) شرکت کردند. در جلسات گروه بعد از ایجاد انگیزه درمان و حس

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

جلسه‌های درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	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.
جلسه دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل‌های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف.
جلسه سوم	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 پلی‌گراف و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	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.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلس، استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف.
جلسه ششم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	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.
جلسه نهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف.
جلسه دهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک‌های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند ارائه تکلیف.
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف.
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر شفقت

جلسه‌های درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز ضعف‌ها و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی.
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام‌بخش)، تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حقم راهکارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

(۲) پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه حاوی ۲۱ گروه جملات است که آزمودنی بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم به پرسشنامه پاسخ خواهد داد. این پرسشنامه شدت حالت افسردگی را در تمام اختلالات روان‌پزشکی ارزیابی می‌کند و کاربرد مناسبی در ارزیابی روان‌درمانی و میزان تأثیر درمان‌های مختلف روی بیمار دارد.

این پرسشنامه شامل ۲۱ مؤلفه: (۱) غمگینی (۲) بدبینی (۳) شکست گذشته (۴) لذت نبردن (۵) احساس گناه (۶) احساس تنبیه (۷) دوست‌نداشتن خویش (۸) خود انتقادی (۹) افکار خودکشی یا تمایل به خودکشی (۱۰) گریه کردن (۱۱) بی‌قراری (۱۲) از دست دادن علاقه (۱۳) بی‌تصمیمی (۱۴) بی‌ارزشی (۱۵) از دست دادن انرژی (۱۶) تغییر در الگوی خواب (۱۷) تحرک پذیری (۱۸) تغییر در اشتها (۱۹) اشکال در تمرکز (۲۰) خستگی یا

گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱- سلامت جسمی، ۲- سلامت روان، ۳- روابط اجتماعی، ۴- سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس تغییرات نمرات بیماران را در هر یک از مقیاس‌های روان‌شناختی به وسیله‌ی جداول و نمودار نشان داده و فراز و فرود آن مورد بررسی قرار گرفته است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۸ تا ۳۴ سال است. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل کاردانی و حداکثر کارشناسی ارشد بود. سابقه‌ی ابتلای به بیماری تقریباً مشابهی نیز دارند.

در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته‌ی افسردگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره افسردگی گروه گواه در پیش‌آزمون ۲۷.۰۵ و در پس‌آزمون ۲۷.۲۵ و در پیگیری ۲۷.۳۰ می‌باشد.

در جدول ۵ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته‌ی اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول

کسالت (۲۱) از دست دادن علاقه جنسی) می‌باشد. پایایی این پرسشنامه توسط (تمنایی فر و همکاران، ۱۳۸۷) با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد.

۳) پرسشنامه اضطراب زونگ (SAS): این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان علائم اضطرابی می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (اصلاً یا خیلی کم، ۱؛ گاهی وقت‌ها، ۲؛ بیشتر وقت‌ها، ۳؛ اغلب وقت‌ها یا همیشه، ۴ می‌باشد؛ اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات ۵، ۹، ۱۳، ۱۹ معکوس می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه جهت مقیاس اضطراب زونگ (۱۹۷۰) که بر مبنای نشانگان بدنی عاطفی اضطراب تهیه شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش حسین ثابت (۱۳۸۷) بر اساس ضریب کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن ۰/۸۳ به دست آمد.

۴) کیفیت زندگی در طول دو دهه گذشته یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و بر آن به‌عنوان یکی از شاخص‌ها و ابزارهای ارزیابی‌کننده مراقبت از بیماران تأکید شده است. (صحرائیان و همکاران، ۱۳۹۸) از همین رو جهت بررسی مقیاس‌های کیفیت زندگی از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت استفاده گردید.

۵) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل

رضایی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی...

۵ مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره اضطراب ۳۹.۵ و در پیگیری ۳۹.۴۵ می‌باشد.
گروه گواه در پیش‌آزمون ۳۹.۰۳ و در پس‌آزمون

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

بیماران	جنس	سن	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات	نوع بیماری	مدت ابتلا
بیمار شماره ۱	مذکر	۲۸	متأهل	کاردانی	لوپوس	۳ سال
بیمار شماره ۲	مؤنث	۳۴	متأهل	فوق لیسانس	لوپوس	۴ سال
بیمار شماره ۳	مؤنث	۳۱	متأهل	دیپلم	لوپوس	۳ سال

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
افسردگی	گواه	۲۷/۰۵	۱/۳۵	۲۷/۲۵	۱/۷۷	۱/۷۸
	درمان ACT	۲۸/۲۵	۱/۴۴	۱۷/۶۵	۱/۱۳	۱/۲۶
	درمان CFT	۲۷/۳۳	۲/۰۰	۱۸/۹۵	۱/۳۲	۱/۱۰
	درمان ترکیبی	۲۶/۲۰	۲/۸۱	۱۶/۷۰	۳/۴۳	۳/۳۰

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
اضطراب	گواه	۳۹/۰۳	۳/۶۸	۳۹/۵۰	۲/۶۵	۲/۶۰
	درمان ACT	۳۹/۶۵	۲/۲۶	۳۱/۱۰	۱/۸۸	۱/۷۴
	درمان CFT	۳۸/۳۰	۲/۲۴	۳۰/۹۰	۲/۷۷	۲/۴۱
	درمان ترکیبی	۳۸/۲۵	۲/۵۹	۲۸/۶۰	۳/۱۱	۲/۷۸

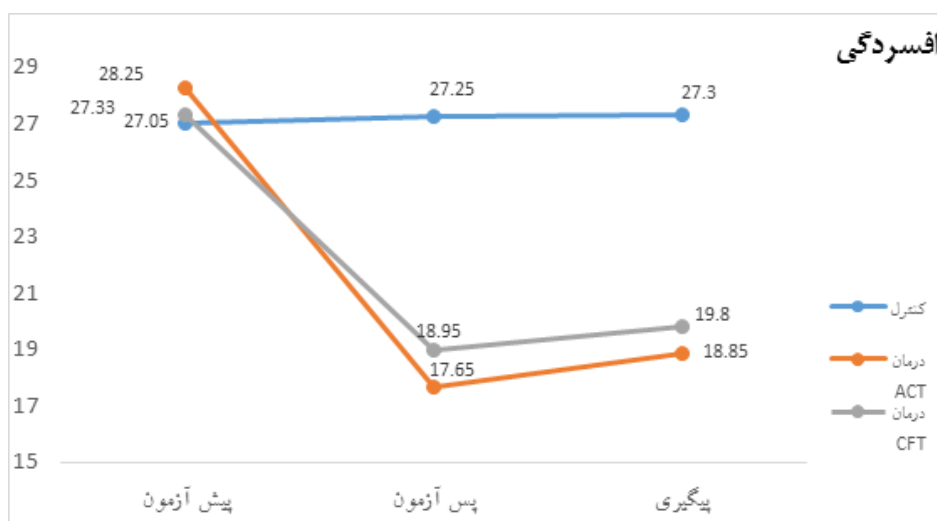
در جدول ۶ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته‌ی ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. با توجه به نمراتی که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بیانگر میانگین نمره بعد سلامت جسمی مؤلفه کیفیت زندگی در گروه گواه در پیش‌آزمون ۸.۳۵ و در پس‌آزمون ۷.۷۵ و در پیگیری ۸.۶۵ می‌باشد.

میانگین نمره بعد سلامت روانی گروه گواه در پیش‌آزمون ۱۰.۱۰ و در پس‌آزمون ۹.۸۰ و در پیگیری ۹.۸۸ می‌باشد؛ و میانگین نمره بعد روابط اجتماعی گروه گواه در پیش‌آزمون ۹.۳۵ و در پس‌آزمون ۱۰.۰۵ و در پیگیری ۱۰.۰۵ می‌باشد.

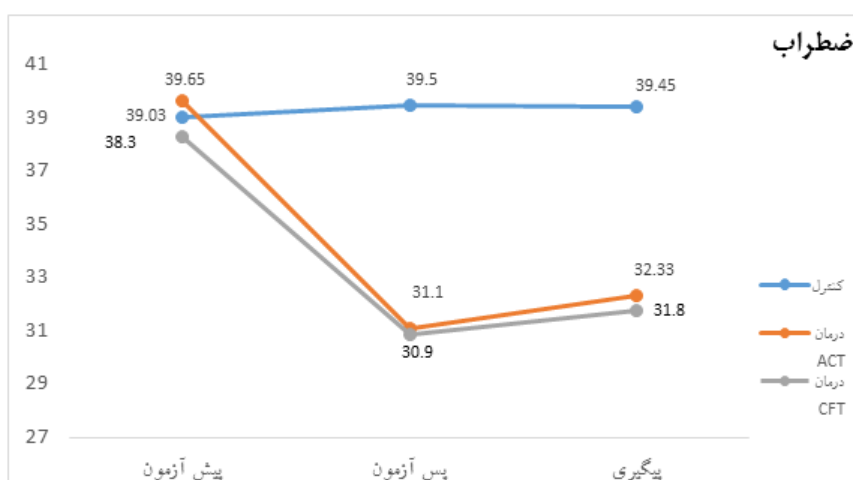
میانگین نمره بعد سلامت محیط گروه گواه در پیش‌آزمون ۱۰.۱۰ و در پس‌آزمون ۹.۹۰ و در پیگیری ۹.۵۰ می‌باشد.

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
سلامت جسمی	گواه	۸/۳۵	۱/۹۵	۷/۷۵	۱/۹۴	۸/۶۵
	درمان ACT	۷/۳۰	۱/۴۵	۱۱/۲۰	۲/۳۹	۱۱/۶۵
	درمان CFT	۷/۶۰	۱/۳۵	۱۲/۰۰	۲/۳۶	۱۱/۶۰
	درمان ترکیبی	۷/۷۵	۱/۹۱	۱۲/۶۵	۱/۸۷	۱۱/۸۰
سلامت روانی	گواه	۱۰/۱۰	۱/۸۰	۹/۸۰	۱/۳۹	۹/۸۸
	درمان ACT	۱۰/۱۰	۰/۸۵	۱۲/۳۵	۰/۶۷	۱۲/۵۰
	درمان CFT	۱۰/۰۰	۰/۸۱	۱۲/۱۳	۰/۷۵	۱۲/۱۵
	درمان ترکیبی	۱۰/۰۵	۰/۷۵	۱۳/۲۰	۰/۶۹	۱۳/۴۵
روابط اجتماعی	گواه	۹/۳۵	۲/۰۸	۱۰/۰۵	۲/۸۰	۱۰/۰۵
	درمان ACT	۹/۱۵	۱/۸۷	۱۴/۸۰	۲/۵۸	۱۴/۶۰
	درمان CFT	۸/۸۰	۱/۷۶	۱۴/۸۸	۲/۹۰	۱۴/۸۵
	درمان ترکیبی	۹/۳۵	۲/۰۳	۱۴/۶۰	۲/۱۳	۱۴/۰۵
سلامت محیط	گواه	۱۰/۱۰	۲/۱۷	۹/۹۰	۲/۶۳	۹/۵۰
	درمان ACT	۹/۷۰	۱/۴۱	۱۳/۳۳	۲/۱۴	۱۳/۳۰
	درمان CFT	۹/۴۵	۱/۵۷	۱۴/۰۵	۲/۲۸	۱۴/۲۰
	درمان ترکیبی	۹/۵۰	۱/۲۳	۱۴/۰۰	۲/۴۲	۱۳/۸۵



شکل ۱. میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه‌های گواه و آزمایش در مراحل مختلف



شکل ۲. میانگین نمره‌ی اضطراب در گروه‌های گواه و آزمایش در مراحل مختلف

شفقت (CFT) بر بهبود افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. حال با توجه به این که معنی دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس 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 دوبه‌دو

بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان نمره افسردگی پس از اجرای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری در گروه گواه با گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر

میانگین‌های گروه‌ها صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون کوواریانس (ANCOVA) تاثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی در گروه‌های پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	متغیرهای پژوهش	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۱/۹۷	۱	۱۱/۹۷	۲/۷۲۴	۰/۱۰۳	۰/۰۳۵	۰/۳۷۱
		عضویت گروهی	۱۴۰۴/۰۷	۳	۴۶۸/۰۲	۱۰۶/۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱۰	۱
		خطا	۳۲۹/۴۸	۷۵	۴/۳۹	-	-	-	-
	پیگیری	پیش‌آزمون	۸/۱۶	۱	۸/۱۶	۱/۹۵۶	۰/۱۶۶	۰/۰۲۵	۰/۲۸۲
		عضویت گروهی	۱۱۵۲/۲۷	۳	۳۸۴/۰۹	۹۲/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۷	۱
		خطا	۳۱۲/۷۴	۷۵	۴/۱۷	-	-	-	-

برای بررسی تفاوت دوه‌دو گروه‌های موردپژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده‌های جدول ۸، در متغیر افسردگی در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان ترکیبی با گروه گواه به‌ترتیب برابر با ۸/۳۵۵ و ۷/۵۴۵، (۹/۸۳۹ و ۸/۶۴۸) و (۱۰/۳۸۱ و ۹/۶۱۰) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هرکدام از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان ترکیبی بر بهبود افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	P
پس‌آزمون	گواه	درمان ACT	۸/۳۵۵	۰/۰۰۰۵
		درمان CFT	۹/۸۳۹	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۱۰/۳۸۱	۰/۰۰۰۵
	درمان ACT	درمان CFT	۱/۴۸۴	۰/۱۸۲
		درمان ترکیبی	۲/۰۲۶	۰/۰۲۲
		درمان ترکیبی	۰/۵۴۱	۱
پیگیری	گواه	درمان ACT	۷/۵۴۵	۰/۰۰۰۵
		درمان CFT	۸/۶۴۸	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۹/۶۱۰	۰/۰۰۰۵
	درمان ACT	درمان CFT	۱/۱۰۲	۰/۵۷۹
		درمان ترکیبی	۲/۰۶۵	۰/۰۱۵
		درمان ترکیبی	۰/۹۶۳	۱

پس آزمون ($F=65/667$) و ترکیبی با گروه گواه به ترتیب برابر با ($1/516$ و $7/536$)، ($P=0/0005$) و همچنین در مرحله پیگیری ($F=63/332$) و ($P=0/0005$) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تأثیر این مداخله به ترتیب در مرحله پس آزمون و پیگیری برابر با $0/724$ و $0/717$ بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که بین میزان نمره اضطراب پس از اجرای پژوهش در مرحله پس آزمون و همچنین پیگیری در گروه گواه با گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان ترکیبی، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) تأثیر عضویت گروهی بر میزان اضطراب در گروه های پژوهش در مراحل پس آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	متغیرهای پژوهش	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	پس آزمون	پیش آزمون	۸/۲۵۹	۱	۸/۲۵۹	۱/۲۰۲	۰/۲۷۶	۰/۰۱۶	۰/۱۹۱
		عضویت گروهی	۱۳۵۳/۱۰	۳	۴۵۱/۰۳	۶۵/۶۶۷	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲۴	۱
		خطا	۵۱۵/۱۴	۷۵	۶/۸۷	-	-	-	-
	پیگیری	پیش آزمون	۱۵/۲۳	۱	۱۵/۲۳	۲/۶۵۷	۰/۱۰۷	۰/۰۳۴	۰/۳۶۳
		عضویت گروهی	۱۰۸۹/۳۲	۳	۳۶۳/۱۱	۶۳/۳۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱۷	۱
		خطا	۴۳۰/۰۰۲	۷۵	۵/۷۳۳	-	-	-	-

برای بررسی تفاوت دوه دو گروه های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده های جدول ۹، در متغیر اضطراب در مراحل (پس آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان

برای بررسی تفاوت دوه دو گروه های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده های جدول ۹، در متغیر اضطراب در مراحل (پس آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان

برای بررسی تفاوت دوه دو گروه های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده های جدول ۹، در متغیر اضطراب در مراحل (پس آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان

برای بررسی تفاوت دوه دو گروه های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده های جدول ۹، در متغیر اضطراب در مراحل (پس آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) در جدول ۱۱ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات کیفیت زندگی در میان گروه‌ها (گواه، آزمایش ACT، آزمایش CFT) هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۰۵ معنادار است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان کیفیت زندگی پس از اجرای پژوهش هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در گروه‌های گواه، آزمایش ACT، آزمایش CFT، تفاوت معناداری وجود دارد.

به عبارت دیگر مداخله‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) و درمان ترکیبی بر بهبود کیفیت زندگی

(CFT) بر بهبود اضطراب آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

حال با توجه به این که معنی دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس 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 دوبه‌دو میانگین‌های گروه‌ها صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۱۰ ارائه شده است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هرکدام از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر بهبود اضطراب آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	P
پس‌آزمون		درمان ACT	۸/۵۱۶	۰/۰۰۰۵
	گواه	درمان CFT	۸/۴۷۳	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۱۰/۸۱۰	۰/۰۰۰۵
	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۰۴۳	۱
		درمان ترکیبی	۲/۲۹۴	۰/۰۴۳
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۲/۳۳۷	۰/۰۴۲
پیگیری		درمان ACT	۷/۵۳۶	۰/۰۰۰۵
	گواه	درمان CFT	۷/۲۲۴	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۹/۸۷۸	۰/۰۰۰۵
	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۳۱۲	۱
		درمان ترکیبی	۲/۳۴۲	۰/۰۱۷
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۲/۶۵۴	۰/۰۰۶

رضایی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی...

آزمودنی‌های مورد مطالعه هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری برای گروه‌های آزمایشی اثربخش بوده است. پس با توجه به داده‌های جدول ۱۱ زیر نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه اثرگذار است.

جدول ۱۱. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) تفاوت گروه‌های گواه و آزمایش در آزمون کیفیت زندگی

مرحله	منبع	متغیر وابسته	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پس‌آزمون	گروه	سلامت جسمی	۱۸۵/۲۱۹	۳	۶۱/۷۴۰	۱۳/۰۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵۳	۱
		سلامت روانی	۱۱۳/۵۴۷	۳	۳۷/۸۴۹	۴۵/۳۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۵۴	۱
		روابط اجتماعی	۳۳۴/۳۲۹	۳	۱۱۱/۴۴۳	۱۶/۲۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰۳	۱
		سلامت محیط اطراف	۱۹۶/۸۹۹	۳	۶۵/۶۳۳	۱۱/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۳۲۷	۰/۹۹۹
پیگیری	گروه	سلامت جسمی	۱۳۵/۹۱۰	۳	۴۵/۳۰۳	۱۶/۸۹۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۱۳	۱
		سلامت روانی	۱۲۱/۳۳۸	۳	۴۰/۴۴۶	۲۲/۱۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۰	۱
		روابط اجتماعی	۲۷۹/۸۶۷	۳	۹۳/۲۸۹	۹/۳۶۲	۰/۰۰۰۵	۰/۲۸۱	۰/۹۹۶
		سلامت محیط اطراف	۲۵۵/۷۳۵	۳	۸۵/۲۴۵	۱۲/۵۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴۴	۱

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود.

به همین منظور در این پژوهش، درمان بر اساس راهبردهای شفقت درمانی و درمان پذیرش و تعهد در قالب جلسات درمانی برای افراد مبتلا به بیماری لوپوس ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مؤلفه‌های شفقت درمانی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بود. این روند درمانی موجب کاهش چشم‌گیر اضطراب و افسردگی بیماران در دوره درمان گردید. برای تبیین

می‌توان چنین گفت که رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت و پذیرش و تعهد برای افراد دارای بیماری لوپوس سیستمیک تحت درمان مناسب است چراکه 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 روش‌های درمانی ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته باشند.

در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به‌منظور تقویت شجاعت در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش یافت. در رویکرد اکت ما از تجربه پا را فراتر مینهیم و به خلق بازنمایی‌های

زندگی‌شان که ناشی از بیماری ایشان می‌باشد تجربه می‌کنند به‌منظور مقابله با چنین هیجان‌ها و افکاری آن‌ها نیازمند تسکین دادن و رفع کردم و از همه مهم‌تر نیازمند غلبه کردن بر برچسب منفی بدون هرگونه آسیب هستند این افراد باید شفقت خودشان را در ارتباط با این نوع از هیجان‌های منفی افزایش دهند.

پژوهش‌های آشیش ۲۰۱۶ و بورسما، هاکنسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵) که بیان نمودند شفقت به خود بر میزان اضطراب افراد تأثیر دارد همسو و همراستا با این یافته‌ها می‌باشد همچنین بر اساس نظریه‌های موجود افسردگی در چهارچوب جهان‌بینی فرهنگی نتیجه ضعف ایمان و ظرفیت ناکارآمد در تعدیل اضطراب ایجاد معنا عزت‌نفس و روابط رضایت‌بخش است (مکس فیلد و منزیر، ۲۰۱۴). افسردگی می‌تواند با ناامیدی وجودی و فقدان معنا در زندگی رابطه داشته باشد یا تشدید شود چنین اقدام محافظتی در برابر اضطراب می‌تواند فرد را به سمت تجربه زندگی بی‌معنا و بی‌ارزش و بدون اتصال به دیگران سوق دهد (ایوواج و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس افراد افسرده نیز به محافظت بیشتری درباره افکارشان نیاز دارند دور از ذهن نیست که افراد با شفقت خود بالاتر در مواجهه با افکار مرتبط با فناپذیری و پذیرش این جبر و محدودیت با خود به مهربانی و مدارا رفتار کنند، خود را همانند دیگران دانسته و با آن‌ها در تجربه‌های مشترک دیده و به‌جای نشخوار ذهنی و غرق شدن در این افکار با ذهن آگاهی بیشتری به این پدیده بنگرند. از این‌رو با توجه به مطالبی که ذکر گردید باید بیان

کلامی از خود می‌پردازیم؛ علاوه بر آن، درواقع در درمان اکت بر کلماتی تمرکز می‌کند که افراد در توصیف تجربیات خود استفاده می‌کنند. با کمک این روش‌های درمانی در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک، شناخت‌ها تصحیح گردید؛ چون ارزیابی منفی از خود در این افراد تغییر پیدا کرد، اضطراب کاهش یافت و همچنین اجتناب کمتر شد.

نتایج پژوهش حاضر از این جهت که روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به‌عنوان درمانی نوپدید منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و سایر بیماری‌های روان‌شناختی دیگر می‌شود همخوان با مطالعات ساکی، علی پور و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ است که نشان می‌دهند در شکل‌گیری افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان عوامل معنوی و روانی از جمله سبک‌های دلبستگی به خدا و اضطراب مرگ نقش دارد. این امر دلالت بر کارآمدی متغیرهای معنویت و شفقت به خود با متغیرهای روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی دارد. همچنین یکی از مفاهیم بسیار مهم در مبتلایان به بیماری‌های مزمن کیفیت زندگی است. بیماری‌های مزمن از جمله لوپوس سیستمیک، اثرات نامطلوبی بر عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی و به‌طورکلی کیفیت زندگی بیمار مبتلا دارد (امیریان و جلالی، ۱۳۹۲). در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان نمود که افراد مبتلا به لوپوس سیستمیک افکار و هیجان‌های منفی زیادی در

نمود افرادی که شفقت به خود دارند میزان هیجانات منفی کمتری را در خود به وجود می‌آورند این افراد به دلیل اینکه تنظیم هیجانی بهتری نسبت به دیگران دارند (دیدریچ، گرانت، هافمن، هیلر و بوکینگ، ۲۰۱۴)، ادراکات آن‌ها کمتر تحت تأثیر هیجان‌آشنان قرار گرفته و سعی می‌کنند به صورت واقع‌بینانه با محیط خود ارتباط برقرار کنند از این رو این افراد ادراک واقع‌بینانه‌تر نسبت به خود، دیگران و شرایط زندگی دارد.

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، خردگردانی و باور به آینده‌ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خالص شدن از موانع درونی می‌شود و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در این بیماران را موجب می‌شود. این پژوهش همسو با تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که شفقت به خود به طور مثبت با سلامت روان و سازگاری روان‌شناختی رابطه دارد. به طور مثال سطوح بالاتری از شفقت به خود با رضایت بیشتر زندگی، پذیرش مشکلات، هوش هیجانی، ارتباط اجتماعی بهتر همراه است و از سوی مقابل سطوح پایین آن با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، شرم، انتقاد از خود، ترس از شکست همراه است. (برنارد^۱ و کاری، ۲۰۱۱؛ نف، ۲۰۱۲). شفقت به خود موجب

آشکار شدن محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می‌شود که فرد را برای اقدام به تحول قادر می‌سازد و فرد را برای تغییر و ارتقاء سطح سلامت روان تشویق می‌کند؛ و از طرفی پایین بودن شفقت به خود باعث می‌گردد که فرد، به طور مداوم در شرایط تنش‌زا، قضاوت‌های سخت‌گیرانه‌ای نسبت خود داشته باشد و نمی‌تواند بپذیرد که مشکلات زندگی بخشی از تجربه‌های مشترک بین همه انسان‌هاست و به طور مکرر به نشخوار افکار و احساسات دردناک ناشی از آن موقعیت تنش‌زا می‌پردازد (بری^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر چنین به نظر می‌رسد که هرچقدر افراد نسبت به خود شفقت بیشتری داشته باشند و در واقع سه مؤلفه مثبت نف (۲۰۱۵) که شامل مهربانی با خود، پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها و آگاهی از افکار و احساسات دردناک در آن‌ها بیشتر باشد، در برخورد با مشکلات و سختی‌های ناشی از بیماری من جمله لوپوس سیستمیک از انگیزه بیشتری برای حرکت به سمت اهداف برخوردارند و درمان‌های پزشکی بیماریشان را به عنوان روشی برای دستیابی به سلامت جسمی قلمداد می‌کنند.

سپاسگزاری

از مشارکت بیماران لوپوس سیستمیک و همچنین از مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های روماتولوژیستی شهر شیراز سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- صحرانیان، کیمیا؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ خسروی، زهره و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شناختی و درمان تلفیقی توان‌بخشی شناختی و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی دارای مشکلات عصب‌شناختی، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۹(۸): ۵۱-۲۵.
- مظهری آزاد، فرشته؛ عابدی، حیدر علی و ناجی، سید علی (۱۳۸۹). پیامدهای روانی عاطفی در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان، ۱۰(۱۹): ۲۳-۱۴.
- مؤمنی، خدامراد؛ شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان، مجله علوم رفتاری، ۲(۲): ۱۰۳-۹۷.
- نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی، مجله علمی پژوهشی ناتوانی یادگیری، ۲(۴): ۱۵۴-۱۷۶.
- Ashish, D. (2016). Self-Compassion and the Need of Self-Preservation. In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Doctor of philosophy. The University of Arizona.
- Barlow, M.R., Goldsmith, T.R.E. & Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self - compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289.
- امیریان، زهرا؛ جلالی، رسول (۱۳۹۲). تأثیر فعالیت بدنی منظم بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق-کرونر. فصلنامه دانش و تندرستی، ۸(۲): ۵۶-۵۱.
- تمنایی فر، شیما؛ محمدخانی، پروانه و عباس پور شهباز (۱۳۸۷). رابطه همبودی اختلالات شخصیت کلاستر B و اختلال افسردگی اساسی با عود افسردگی. مجله توان‌بخشی، ۹(۳): ۶۲-۵۷.
- حسین ثابت، فریده (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی، فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، ۱(۲): ۹۲-۷۹.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی مشاوره‌ی گروهی با روش عقلانی-عاطفی-رفتاری بر مؤلفه‌های سلامت عمومی در دانش‌آموزان پسر. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی مدرسه، ۱(۲): ۷۶-۵۹.
- شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا و غباری بناب، باقر (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۹(۱): ۶۷-۵۲.

- Berry, K.A., Kowalski, K. C., Ferguson, L. J., & McHugh, T. L. F. (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body self-compassion. *Qualitative research in sport and exercise*, 2(3), 293-312.
- Besharat, M. A. (2005). Psychometric features of Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in clinical and general samples. Research report, Tehran University (In Persian).
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research therapy*, 58, 43-51.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy*. Routledge Publication (Taylor & Francis Group). London & New York. 13(6), 379-353.
- 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/.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35 (13), 639-665.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: *Reviewing the status of a transdiagnostic construct*.
- Karakoyun-Celik, 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.
- Lobindo-Wood, G., Haber, J. (1994). *Nursing Research* (1st ed.). Mosby: Philadelphia. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lorraine, S., Lorraine V., Paulette, H., Sharon, K., Tamara, S., Lynn, M., Genevieve T., Abigail W., & Shane, S. (2013). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2, 169-174.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887- 904.
- Maxfield, M., John, S., & Pyszczynski, T. (2014). A terror management perspective on the role of death-related anxiety in psychological dysfunction. *The Humanistic Psychologist*, 42(1), 35.
- Moses N, Wiggers J, Nicholas C, Cockburn J. Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Educ Couns* 2005 Apr; 57(1): 30-8.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp.121-137): Springer.
- 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.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.