



## Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on functional somatic syndromes and psychological distress in patients with physical symptoms disorder

Sareh. Sadeghi Nisiani<sup>1</sup>, Mohammad Hasan. Ghanifar\*<sup>2</sup>, Fatemeh. Shahabizadeh<sup>3</sup>

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Assistant professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Associate professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

### ARTICLE INFORMATION

#### Article type

Original research

Pages: 17-30

Corresponding Author's Info

Email: [ghanifar@iaubir.ac.ir](mailto:ghanifar@iaubir.ac.ir)

#### Article history:

Received: 2022/05/20

Revised: 2022/08/27

Accepted: 2022/09/03

Published online: 2022/11/02

#### Keywords:

Acceptance and Commitment,  
Compassion, Functional  
Somatic Syndrome,  
Psychological Disorder,  
Physical Symptom Disorder.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** They always affect physical and mental health. The aim of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on functional somatic syndromes and psychological distress in patients with physical symptoms disorder. **Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design with a control group. In the present study, the subjects were randomly divided into experimental and control groups (30 in the experimental group and 30 in the control group) after performing the pre-test. The statistical population of the study included: all people with physical symptoms disorder who referred to Sarah Counseling Centers and Imam Zaman (AS) Helping Association in Isfahan in the first half of 1400. Using the available sampling method, 60 people who met the conditions for entering the study were selected and then, by justifying the objectives of the research and having the consent to participate in the research, were randomly divided into experimental and control groups. **Results:** The results of data analysis showed that acceptance and commitment-based therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) were significant compared to the control group in the post-test stage, functional somatic syndrome and psychological distress ( $p < 0.05$ ). It indicates that the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Based Therapy (CFT) on functional somatic syndrome and psychological distress in people with physical symptoms disorder has been significant. But there was no significant difference between the effect of acceptance and commitment group therapy (ACT) compared to compassion-focused therapy group (CFT) in the research variables ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment had a greater effect compared to the treatment focused on compassion in functional somatic syndromes and psychological distress in patients with physical symptoms disorder.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

#### How to Cite This Article:

Sadeghi Nisiani, S., Ghanifar, M. H., & Shahabizadeh, F. (2022). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on functional somatic syndromes and psychological distress in patients with physical symptoms disorder. *jayps*, 3(2): 17-30



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به اختلال علائم جسمی

ساره صادقی نیسیانی<sup>۱</sup>، محمدحسن غنی‌فر<sup>۲\*</sup> و فاطمه شهایی‌زاده<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: علمی- پژوهشی صفحات: ۱۷-۳۰	زمینه و هدف: همواره سلامت جسم و روان بر هم تأثیر می‌گذارند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به اختلال علائم جسمی بود. روش پژوهش: روش مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها بعد از اجرای پیش‌آزمون، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل). جامعه آماری پژوهش شامل: تمامی افراد دارای اختلال علائم جسمی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ساره و انجمن مددکاری امام زمان (ع) در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود؛ که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، سندرم سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی معنادار است ( $P < 0/05$ ) که این نتیجه بیان‌گر آن است که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سندرم سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی معنادار بوده است؛ اما در مقایسه بین تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به اختلال علائم جسمی مؤثر است.
اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: ghanifar@iaubir.ac.ir	
سابقه مقاله	
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰	
تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵	
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۱۱	
واژگان کلیدی	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، سندرم سوماتیک عملکردی، پریشانی روان‌شناختی، اختلال علائم جسمی	

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.  
تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

صادقی نیسیانی، س.، غنی‌فر، م. ح. و شهایی‌زاده، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به اختلال علائم جسمی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۳۰-۱۷

## مقدمه

سلامتی ارگانسیم انسانی تحت تأثیر دو عامل است: عوامل جسمی و عوامل روانی (رنیور، هاسبه و گری، ۲۰۱۳؛ لوین، کوهن، کومودور-منسا، فلری، هافمن، خالد و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی یا اختلال سوماتیک سمپتوم<sup>۱</sup> معمولاً درباره سلامت خود به شدت نگران هستند و بر این باور هستند که به یک بیماری مبتلا شده‌اند (هنینگسن، زیپفل و هرزوک، ۲۰۰۷). این نگرانی‌ها معمولاً به نشانه‌های افسردگی منجر می‌شوند که پریشانی روان‌شناختی را به دنبال خواهد داشت (رونبرگ، ساتل، شافرت، هنینگسن و هاوشتاینر-ویهل، ۲۰۱۹). بسیاری از این افراد بی‌دلیل مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند یا بدون هیچ‌گونه ضرورتی مراحل معاینات مختلف پزشکی را طی می‌کنند (کورلانیسک و مافی، ۲۰۱۶). اختلال علائم جسمی، پرهزینه، مزمن و ناتوان‌کننده می‌باشد برای مثال: اضطراب، افسردگی و سلامتی روانی پایین از ویژگی‌های این بیماران است (منه، شارما و جین، ۲۰۲۲). درمان این اختلال هزینه‌بر و زمان‌بر است (شرودر، ارنبل، جنسن، شارپ و فینک، ۲۰۱۷). انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، شیوع این اختلال را بین ۵ تا ۷ درصد است عنوان کرده است که نسبت مبتلایان زن به مرد بیشتر می‌باشد. اکثر افراد مبتلا به اختلالات جسمانی سازی باور دارند که مشکلاتشان واقعاً جسمی است و وقتی به آن‌ها گفته می‌شود که هیچ نشانه‌ای دال بر وجود مشکل پزشکی ندارند، باور نمی‌کنند (بوربون، بوگ، بوربون، برنز، نگوین و اوهسه و همکاران، ۲۰۲۰). معیارهای DSM-5 برای اختلال علائم جسمی شامل: یک یا چند نشانه سوماتیک که به شدت ناراحت‌کننده هستند یا زندگی روزمره را به شدت مختل می‌سازند، افکار، احساسات و رفتارهای افراطی با این نشانه‌های سوماتیک یا نگرانی‌های مرتبط با سلامت که با حداقل یکی از موارد زیر نشان داده می‌شود: الف، افکار دائمی درباره میزان خطرناک بودن نشانه‌ها و تناسب نداشتن نگرانی با شدت نشانه‌ها، اضطراب شدید و دائمی درباره سلامت خود یا

درباره نشانه‌ها، شخص، زمان و انرژی زیادی را وقف نگرانی خود درباره سلامت یا درباره این نشانه‌ها می‌کند، لازم به ذکر است که این علائم باید شش ماه حضور داشته باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از دیگر عواملی که مبتلایان به علائم جسمی تجربه می‌کنند سندرم دیسترس‌های بدنی<sup>۳</sup> است، این سندرم شامل: سرگیجه، سردرد، درد گردن و شانه، کمردرد، خستگی چشم، سو عملکرد معده، از دست دادن اشتها، یبوست و اسهال و بی‌خوابی است (فینک و شرودر، ۲۰۱۰؛ بوتزلیلی و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین می‌توان بیان داشت که این علائم و نشانه‌ها موجب اختلال در عملکردهای بدنی مبتلایان به اختلال جسمی می‌شود، برای مثال اشخاص مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (گروور و همکاران، ۲۰۲۱) شدیداً تحت تأثیر مسائل و مشکلات روانی قرار دارند (میدنفجورد و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال دیگری که در این افراد پدید می‌آید مشکلات ریتم قلبی (نازروا، ۲۰۲۱) است. پس می‌توان این‌گونه پنداشت که رابطه بین روان و جسم رابطه‌ای دوطرفه است و هر دو بر هم تأثیر می‌گذارند و تمامی این موارد می‌توانند منجر به پریشانی روان‌شناختی شوند (شیها و همکاران، ۲۰۲۱).

منظور از پریشانی روان‌شناختی: افسردگی، اضطراب و استرس است (مک‌گینتی و همکاران، ۲۰۲۰). ژانگ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی که روی ۱۴۰۰ دانشجوی انجام داده بودند، نشان دادند که شیوع پریشانی روانی ۹۰/۸۶ درصد است و نیز دانشجویان دختر شیوع بیشتری از پریشانی روانی (۹۴/۰۷ درصد) در مقایسه با پسران (۸۹/۱۱ درصد) گزارش کرده‌اند که این امر نشان از شیوع بالای پریشانی روانی در میان زنان دارد. پریشانی روان‌شناختی ممکن است بر مؤلفه‌های شناختی اثرگذار باشند به این صورت که هرچه میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیشتر باشد، حافظه اپیزودیک و روانی کلامی در سطح پایین‌تری می‌باشند (شریفیان و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روان‌شناختی همچنین با مشکلات خواب هم همراه است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰). دل‌بستگی ایمن و عزت‌نفس هم

1. Somatic Symptom Disorder
2. American Psychological Association

## 2. Physical Distress Syndrome

دهی به رفتار و راهبردهای سالم جایگزین این‌ها در ACT عبارت‌اند است از: پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال، گزینش یک مسیر ارز شمند و اقدام در جهت طی این مسیر (هیز، ۲۰۰۵).

اصول بنیادین ACT شامل: گسلش شناختی: یادگیری روش‌هایی برای کاهش تمایل به عین واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات، پذیرش: اجازه دادن به آمدورفت افکار بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود، تماس با لحظه اکنون: آگاهی از اینجا و اکنون؛ و تجربه آن با گشودگی و علاقه‌مندی، مشاهده خود: دستیابی به حسی تعالی‌یافته از خود؛ تسلسلی از آگاهی که تغییرپذیر نیست، ارزش‌ها: اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی فرد بسیار مهم است و اقدام متعهدانه: طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). از طرف دیگر سازه شفقت ارتباط نزدیکی با ذهن آگاهی دارد (نف، ۲۰۰۳)، هرچند بنا به نظر گیلبرت (۲۰۰۹) شفقت به خود ریشه در روابط فرد با مراقبین اولیه دارد اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات درمانی می‌توانند منجر به بالا رفتن آن شوند (گرینر و همکاران، ۲۰۲۲). تمرکز اصلی درمان‌های متمرکز بر شفقت بر بالا بردن شفقت می‌باشد، با این وجود شفقت به خود در سایر درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری (مانند، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک) نیز یک عامل تعدیل‌کننده درمانی مهم هستند و برخی از این درمان‌ها منجر به بالا رفتن شفقت به خود می‌شوند (گیلبرت، ۲۰۱۴). با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در پیشینه پژوهش در جامعه ایرانی، درمان‌های ذکر شده مورد استفاده برای سایر اختلالات بوده است برای مثال اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس شغلی (حسینائی و همکاران، ۱۳۹۲)، رضایت زناشویی زوجها (کاوسیانی و همکاران، ۱۳۹۶)، پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری

در مبتلایان به پریشانی روان‌شناختی در پایین‌ترین سطح خود قرار دارد (شن و همکاران، ۲۰۲۱). مارک و اسمیت (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که هرچه میزان پریشانی روان‌شناختی بالا باشد، میزان مهارت مقابله‌ای هم پایین است، در واقع این افراد از سبک‌های مقابله‌ای منفی استفاده می‌کنند. از دیگر سو مبتلایان به پریشانی روان‌شناختی علائم جسمی بیشتری را تجربه می‌کنند و نیز برای درمان علائم جسمی باید مدت‌زمان بیشتر هم خرج کنند (هانگ و همکاران، ۲۰۱۹). لذا لازم است برای درمان علائم مذکور به درمان‌های روان‌شناختی هم مراجعه کرد که می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت<sup>۲</sup> (CFT) اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نوعی مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی<sup>۳</sup> را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در می‌آمیزد، این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌گیرد، درمان ACT با رفتاردرمانی شناختی سنتی تفاوت‌هایی چند دارد، از جمله اینکه هدف رفتاردرمانی شناختی آن است که به افراد آموزش داده شود روی افکار، احساسات، حس‌های بدنی، خاطرات و دیگر وقایع درونی کنترل داشته باشند؛ اما در ACT هدف این می‌باشد که افراد بیاموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). این درمان شخص را یاری می‌کند تا با حسی متعالی از خود که "خود - به‌عنوان - بافتار" شناخته می‌شود کسب کند، یعنی فرد همیشه مشاهده‌گر، تجربه‌کننده افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات خود و در عین حال از آن‌ها متمایز است، در واقع ACT بر این فرض استوار است که فرآیندهای روان‌شناختی ذهن بهنجار بشر اغلب مخرب هستند (هیز، ۲۰۰۹). علت‌های اصلی مشکلات روان‌شناختی از نظر ACT چنین می‌باشد: آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل



۲) تمایل به شرکت در دوره آموزشی، ۳) داشتن سواد خواندن و نوشتن، ۴) نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند دیابت، اختلالات روان‌پریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید.

### ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه ابتدا توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم شد. فرم اصلی آن دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤال نیز تهیه شده است. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس شامل: علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه طیف لیکرت است (صفر = اصلا و سه = بیش از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق اعتبار باز آزمایی ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹۷ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر ۱۰ (K10): این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سؤالی تدوین شد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای طیف لیکرت (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) بوده و هر پاسخ بین صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) و اندرسون و همکاران (۲۰۱۱)، قابلیت اعتماد و درستی آزمایی این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند. در جامعه ایرانی یعقوبی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۳ گزارش کرده است.

۳. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش برای اجرای درمان ACT از پروتکل‌های هیز و ویلسون (۲۰۰۵)، هیز و همکاران (۲۰۰۹)، لوین و هیز (۲۰۱۶) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) استفاده می‌شود که در ادامه خلاصه‌ای از اهداف و محتوای جلسات ذکر خواهد شد.

اسکلروز متعدد (شاکرنژاد و همکاران، ۱۳۹۶)، اضطراب فراگیر (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۷)، تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت دیده (باباخانی، ۱۳۹۹). همچنین اثر درمان متمرکز بر شفقت روی، خود سرکوب‌گری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق (آذری و همکاران، ۱۳۹۹)، سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن (طاهر پور و همکاران، ۱۳۹۸).

لذا با توجه به توضیحات ارائه شده، هدف از پژوهش حاضر پاسخ به سؤالات زیر است: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و دیسترس‌های بدنی اثربخش است؟ آیا درمان مبتنی بر شفقت (CFT) بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و دیسترس‌های بدنی اثربخش است؟ و همچنین کدام یک روش درمانی (ACT و CFT) روی بر متغیرهای مذکور در مبتلایان به اختلال علائم جسمی در مقایسه با هم از اثربخشی بیشتری برخوردار خواهد بود.

### روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها بعد از اجرای پیش‌آزمون، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل). جامعه آماری پژوهش شامل: تمامی افراد دارای اختلال علائم جسمی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ساره و انجمن مددکاری امام زمان (ع) در شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود؛ که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) قرار داده شدند. معیار ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) داشتن اختلال علائم جسمانی بر اساس معیارهای DSM-5 به تشخیص روانشناس و روان‌پزشک

3. Acceptance and commitment based treatment protocol

1. General Health Questionnaire  
2. Kessler Psychological Distress Scale

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه درمانی مفاهیم درمان پذیرش و تعهد		
جلسات	اهداف جلسات	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری پیش‌آزمون‌ها	کسب شناخت کافی در رابطه با اهداف برنامه آموزشی، قوانین گروه از جمله رازداری و حضور به‌موقع در جلسات و چگونگی روند پژوهش، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در پژوهشی
جلسه دوم	بررسی اهم درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده‌شده	بررسی مشکلات و درگیری‌های اعضا، شناسایی تأثیراتی که مشکلات بر شرکت‌کننده‌ها داشته، شناسایی راه‌حل‌های که تا اکنون استفاده کرده‌اند. تکلیف: مشخص کردن علت اصلی تعارضاتی و مشکلاتی در زندگی و بررسی تأثیر این مشکلات بر روابط آن‌ها
جلسه سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات تعارضات در زندگی آن‌ها همچنین بررسی راهبردهای استفاده‌شده و مشخص کردن کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره‌های شخص در چاه استعاره- استعاره داروهای مُسکن- استعاره طناب‌کشی با هیولا. تکلیف: مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آن‌ها در تعارضات و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی
جلسه چهارم	درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل، پی بردن به رفتارهای تعارض برانگیز و پرورش افکار و احساسات مخرب و آسیب‌زا، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. برای این منظور از استعاره‌های زیر استفاده می‌شود: استعاره دونات زله‌ای، تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی
جلسه پنجم	آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن‌ها بدون قضاوت)	توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر تعارضات در زندگی
جلسه ششم	جایگزینی برای کنترل: تمایل، احساسات پاک و ناپاک	شرکت‌کنندگان لازم است در این جلسه به منشأ تعارضات که ریشه در افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند گذشته آن‌ها دارد پی ببرند و در مقابل این تجربیات درونی ناخوشایند رفتارهای واکنشی و تعارض برانگیز را نشان ندهند بلکه این افکار و احساسات را تجربه کنند برای کمک به تجربه درون خودشان، تشخیص احساسات پاک از ناپاک، ذکر مثال‌های در مورد هیجانات و احساسات اولیه (پاک) و هیجانات و احساسات ثانویه (ناپاک)
جلسه هفتم	آشنایی با خود به‌عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی و	بررسی تکالیف جلسات قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، شناخت ویژگی‌های پنهان زبان و ذهن، شکاف بین واقعیات درونی و بیرونی، شناخت انواع آمیختگی‌ها و حرکت به سمت یک زندگی ارز شمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر. استفاده از استعاره صفحه شطرنج، استعاره خانه با مبلمان، مسافران در اتوبوس-
جلسه هشتم	تصریح ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، برای کمک به درک بهتر این موضوع از استعاره تشیع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج،

روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی	
جلسه نهم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزشها بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره ارزشها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، حرکت با تمام وجود در مسیر ارزشها بدون توجه به افکار و احساسات و خاطرات گذشته
جلسه دهم	مرور جلسات، اجرای پس-آزمون بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزشها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت

۴. پروتکل درمان متمرکز بر شفقت! در این پژوهش استفاده خواهد شد که در ادامه خلاصه‌ای از محتوای برای اجرای در مان CFT از پروتکل گیلبرت (۲۰۱۰) جلسات ذکر خواهد شد.

#### جدول ۲. خلاصه‌ای از جلسات در CFT

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضا و قواعد گروه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، بررسی مفاهیم اساسی درمان، تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، روابط بین درد، خلق و عملکرد تکالیف خانگی.
سوم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب گرانه، پذیرش درد مزمن، ارزشها و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، بحث راجع به ارزشها، موانع موجود در مسیر ارزشها، اهداف و عمل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی کردن شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیر مهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، طرح‌ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود، عمل متعهدانه، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی.
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تمایل، تعهد به اعمال و ارزشها باوجود موانع، مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیامبخش)، تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت یادداشت روزانه‌ی موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.
هشتم	مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تکالیف خانگی.
نهم	مرور جلسه قبل، تمرین‌های ذهن آگاهی، تعهد به اعمال و ارزشها، ثبت و یادداشت روزانه‌ی موقعیت‌های مبتنی بر شفقت، تکالیف خانگی.
دهم	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جلوگیری از عود و عقب‌نشینی، خداحافظی با درمانگر، ارائه تکالیف همیشگی.

## روش اجرای پژوهش

از کل مبتلایان انتخاب شده، پیش‌آزمون سندرم سوماتیک عملکردی، سندرم دیسترس بدنی گرفته شد، سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. مبتلایان گروه‌های مداخله در (۱۰ جلسه دوساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT و ۱۰ جلسه دوساعته درمان متمرکز بر شفقت CFT) شرکت کردند، ولی برای میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش (۸۹/۱۵±۰/۸۰) و گروه کنترل (۱۰/۷۹±۱۶/۱۰) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۱ درصد) دختر و ۱۱ نفر (۶۹ درصد) پسر نتایج در سطح توصیفی نشان داد در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۴۲/۰۵ و ۸/۷۶±، در مان متمرکز بر شفقت (CFT)، ۴۱/۳۵ و ۱۰/۲۰± و گروه کنترل ۴۲/۲۵ و ۸/۳۵±

## یافته‌ها

± سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان از نظر سطح تحصیلات در سه گروه مقطع دیپلم بودند. در گروه ACT، ۸۰ درصد، در گروه CFT، ۸۵ درصد و در گروه کنترل ۷۵ درصد از نمونه زنان و بقیه مردان بودند. با توجه به یافته‌های به دست آمده از همبستگی پیرسون، از بین متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات هیچ رابطه معنی‌داری با متغیرهای پژوهش نشان داده است و همه سطوح معنی‌داری از ۰/۰۵ بیشتر است. بدین ترتیب در بررسی فرضیه‌های نیازی به کنترل این متغیرها جمعیت شناختی نیست. همچنین یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش

متغیرها	مراحل		ACT		CFT		کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سندرم سوماتیک	پیش‌آزمون	۱۳/۹۰	۲/۱۷	۱۳/۶۰	۲/۲۳	۱۴/۴۵	۱/۷۳	انحراف استاندارد
عملکردی	پس‌آزمون	۱۰/۱۵	۱/۷۸	۹/۶۰	۱/۵۶	۱۳/۲۵	۲/۱۴	
پیشانی	پیش‌آزمون	۲۳/۰۵	۹/۰۳	۲۵/۰۱	۷/۸۸	۲۵/۰۵	۶/۹۰	
روان‌شناختی	پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۹/۰۹	۱۸/۶۵	۶/۶۱	۲۴/۹۰	۵/۵۵	

استفاده گردید که نتایج آن نشان داد سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش در این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین داده‌های متغیرها نرمال می‌باشد. سطح معناداری آزمون لوین نیز در همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین واریانس گروه‌ها در این متغیرها برابر است. همچنین سایر پیش‌فرض‌های آماری عبارت بود از مقادیر چولگی و مقادیر کشیدگی چون در بازه (۲ و -۲) قرار دارند بنابراین داده‌های این متغیر از نظر چولگی و کشیدگی نیز نرمال بود. در ادامه نتایج آزمون باکس در جدول ۴ آمده است.

میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش با میانگین گروه کنترل در این تحلیل مورد مقایسه قرار گرفتند و نمره‌های پیش‌آزمون تعدیل شده است سپس با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی تفاوت بین گروه‌ها به صورت دقیق مشخص شده است، در ادامه برای این فرضیه ذکر می‌شود. قبل از به کارگیری آزمون روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های لازم این آزمون از جمله نرمال بودن داده‌ها، همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس‌ها، مقادیر چولگی و کشیدگی و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup>

1. Shapiro-Wilk



جدول ۴. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس‌ها - کوواریانس

معنی داری	F	M BOX
۰/۱۰۴	۱/۷۵	۱۱/۱۰

این پیش فرض نیز رعایت شده است. در ادامه برای تعیین معنی داری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ گزارش شده است:

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد مقدار سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. همچنین سطح معناداری همگنی شیب رگرسیون در همه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود که بیان‌گر آن است

جدول ۵. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل کوواریانس چند متغیره سندرم سوماتیک عملکردی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۴۷۰	۱۲/۳۸	۱۰۸	۴	۰/۰۰۰	۰/۳۱	۱

در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در جدول ۶ ذکر شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) اثرات گروه متغیرهای پژوهش

منابع	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
گروه‌ها	سندرم سوماتیک عملکردی	۱۳۶/۰۳	۲	۶۸/۰۱	۲۰/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۱
	پریشانی روان‌شناختی	۴۵۴/۹۸	۲	۲۲۷/۴۹	۱۱/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۲۲	۰/۹۹
خطا	سندرم سوماتیک عملکردی	۱۷۹/۷۸	۵۵	۳/۲۶				
	پریشانی روان‌شناختی	۱۰۹۰	۵۵	۱۹/۸۲				
کل	سندرم سوماتیک عملکردی	۳۵۰						
تصحیح	پریشانی روان‌شناختی	۳۶۳۶	۵۹					

تفاوت‌های گروه‌ها به صورت دقیق از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۷ ذکر شده است.

بر اساس جدول شماره ۶، بین سه گروه آزمایش و کنترل در سندرم سوماتیک عملکردی و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). جهت مقایسه و بررسی جهت

جدول ۷. مقایسه‌های زوجی بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
سندرم سوماتیک عملکردی	ACT	CFT	۰/۵۹۹	۰/۵۷۶	۰/۹۰۸
	کنترل	کنترل	-۲/۹۰	۰/۵۷۹	**۰/۰۰۰
	CFT	کنترل	-۳/۵۰	۰/۵۸۰	**۰/۰۰۰

پیشانی	ACT	CFT	۰/۹۸۰
روان‌شناختی	کنترل	کنترل	**۰/۰۰۰
	CFT	کنترل	**۰/۰۰۰

بیماری اسکلز متعدد انجام داده بودند نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی اثربخش بوده است که نتایج این پژوهش همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین راهنما و همکاران (۱۳۹۶) هم در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش اثربخش بوده است که نتایج این پژوهش هم همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد و نیز از لحاظ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی پیشانی روان‌شناختی پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های (شیدایی اقدم و همکاران، ۱۳۹۳؛ امیرخانلو و همکاران، ۱۴۰۰؛ نریمانی و طاهری فرد، ۱۳۹۸؛ فلیدروس و همکاران، ۲۰۱۲؛ ساندر و همکاران، ۲۰۲۱؛ مولاندر و همکاران، ۲۰۱۸) می‌باشد. از طرف دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سوماتیک عملکردی اثربخش و معنادار بود که در راستای پژوهش‌های (خانام و همکاران، ۲۰۱۹؛ آتجاج، ۲۰۱۵؛ بوریان و همکاران، ۲۰۲۱) بود. همچنین اثر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر متغیرهای پژوهش معنادار بوده است که در همین راستا پژوهش‌های (هودسون و همکاران، ۲۰۲۰؛ برونسی و همکاران، ۲۰۲۰؛ وسترن و همکاران، ۲۰۲۰) با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشند.

برای تبیین نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان به اصول بنیادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) اشاره کرد، به این صورت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌دارد که شخص به‌جای تلاش جهت مبارزه با فکر مورد نظر و یا مسئله مورد نظر، می‌بایست آن را پذیرش کرده و با آغوش باز آن را بپذیرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۹)، از طرف دیگر تمرکز درمان مبتنی بر شفقت روی مهربانی و دلسوزی شخص با خودش است (گیلبرت، ۲۰۰۹). متغیرهای پژوهش حاضر پیشانی روان‌شناختی و

نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در شماره ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون سندرم سوماتیک عملکردی و پیشانی روان‌شناختی معنادار می‌باشد ( $p < 0/05$ ) که این نتیجه بیان‌گر آن است میزان اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه درمانی متمرکز بر شفقت (CFT) بر سندرم سوماتیک عملکردی و پیشانی روان‌شناختی در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار بوده است؛ اما در مقایسه بین تأثیر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت به گروه درمانی متمرکز بر شفقت (CFT) در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سندرم‌های سوماتیک عملکردی و پیشانی روان‌شناختی در مبتلایان به اختلال علائم جسمی بود. نتایج بررسی داده‌ها حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون روی سندرم سوماتیک عملکردی و پیشانی روان‌شناختی معنادار می‌باشد ( $p < 0/05$ ) که این نتیجه نشان از آن دارد که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر سندرم سوماتیک عملکردی و پیشانی روان‌شناختی در افراد مبتلابه اختلال علائم جسمی معنادار می‌باشد؛ اما در مقایسه بین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نسبت به درمان متمرکز بر شفقت (CFT) در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). با توجه به بررسی پیشینه پژوهش، شاکرنژاد و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی که روی ۲۴ نفر مبتلابه

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### مشارکت نویسندگان

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

### منابع

- آذری، ویدا؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودسرکوبگری و صمیمیت هیجانی زنان متقاضی طلاق. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۱۷(۱): ۸۱-۹۲
- ایزدچی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. نوبت دوم، تهران؛ انتشارات جنگل.
- ابراهیمی، امراه؛ مولوی، حسین؛ موسوی، غفور؛ برنامش، علی رضا؛ یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روانسنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۱۱-۱.
- امیرخانلو، آدرخش؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن زاده، رمضان (۱۴۰۰). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالتیکی بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی، *نشریه رویش روان‌شناسی*، ۴(۱۰)، ۱۰-۱.
- باباخانی، وحیده (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تحمل پریشانی و خودکنترلی زنان خیانت‌دیده. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۱۷(۱): ۱۲۱-۱۳۲

سوماتیک عملکردی بودند؛ بنا بر آنچه ذکر شد پریشانی روان‌شناختی متشکل است از استرس، اضطراب و افسردگی و همچنین سوماتیک عملکردی هم متشکل است از علائم اختلالات جسمی، آنچه واضح است این می‌باشد که این متغیرها می‌توانند با هم ارتباط نزدیک داشته باشند به این صورت که با بالا رفتن اضطراب استرس، شخص دچار افسردگی هم بشود که فرد مبتلا به پریشانی روان‌شناختی شود و متحمل رنج بگردد، حال وقتی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روی فرد صورت می‌گیرد، با توجه به اینکه تأکید این درمان بر پذیرش آگاهانه دردها و رنج‌ها می‌باشد و از سوی دیگر درمان شفقت هم تأکید بر خود دلسوزی و مهربانی با خود دارد، طبیعتاً هر دوی این درمان‌ها از طریق آموزش شخص به قبول کردن مشکلات و رنج‌های خود و نیز مهربانی و دلسوزی و همراهی با خود، به جای خود سرزنشگری و تنبیه خود و یا طبق رویکردهای سنتی تلاش فراوان جهت آرام کردن خود که در واقع نوعی جنگ درونی می‌باشد، پذیرش مسائل و مشکلات و نیز یادگرفتن مهربانی کردن با خود، همگی موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی از یک‌سو و کاهش علائم اختلال‌های سوماتیک از سوی دیگر را در پی خواهد داشت، بنابراین قابل توجیه می‌باشد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روان‌شناختی و سوماتیک عملکردی اثربخش باشند.

از محدودیت‌های این مطالعه به این مورد می‌توان اشاره کرد که ۷۵ درصد از اعضای نمونه را زنان تشکیل داده‌اند، لذا به علت پایین بودن تعداد مردان، در تعمیم دادن نتایج به جامعه مردان باید جانب احتیاط را رعایت نمود، همچنین با توجه به این محدودیت پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی تأثیر همین درمان را روی نمونه‌ای با تعداد بیشتر مردان انجام دهند. محدودیت دیگر این پژوهش، تعداد پایین نمونه بود که پیشنهاد می‌گردد، مطالعات آتی پژوهش حاضر را روی نمونه‌های با تعداد بالا، تکرار کنند.

### موازین اخلاقی

- تقوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان شناسی*، ۵(۴)، ۳۹۴-۲۰-۳۸۱.
- حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا؛ مظاهری، محمدمهدی. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۲): ۱۰۹-۱۲۰.
- رهنما، مارال؛ سجادیان، ایلناز؛ رئوفی، امیر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی، *نشریه روان پرستاری*، ۴۳-۳۴، ۴(۵).
- کاوسیان جواد، حریفی حسنی، کریمی، کامبیز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱): ۷۵-۸۷.
- کشاورز افشار، حسین؛ رافعی، زهرا؛ میرزائی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب فراگیر. *پایش*، ۱۷(۳): ۲۸۹-۲۹۶.
- سلیمی، آرمان؛ ارسلاننده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد؛ (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *افق دانش*، ۲۴(۲): ۱۲۵-۱۳۱.
- شاکرنژاد، سپیده؛ موذن، نسرين؛ حمیدی، معصومه؛ هاشمی، رها؛ بزاززاده، نیلوفر؛ بذاقی، مظاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکلروز متعدد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱): ۷-۱۷.
- شیدایی اقدم، شوان؛ شمس الدینی، سلوی؛ عباسی، سمیه؛ یوسفی، سارا؛ عبداللهی، صفیه؛ مرادی جو، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۶۶-۵۷.
- طاهرپور، مریم؛ سهرابی، احمد؛ زمستانی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۴)، ۵۰۵-۵۱۳.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (۱۰-k). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.
- نریمانی، محمد؛ طاهری فرد، مینا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۸)، ۱۳۳-۱۱۰.
- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). *diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.
- Andersen, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(4), 215-223.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care—Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374.
- Bronsi, F., Golmakani, Z. B., Mansouri, A., & Del, A. Z. (2020). The effectiveness of compassion focused therapy on distress tolerance, difficulty in emotion regulation and anxiety sensitivity in patients with cardiovascular disease. *Social Determinants of Health*, 6, e16-e16.
- Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B., & Rief, W. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *Bmc Medicine*, 18(1), 1-7.
- Budtz-Lilly, A., Schröder, A., Rask, M. T., Fink, P., Vestergaard, M., & Rosendal, M. (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care?. *BMC family practice*, 16(1), 1-10.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 415-426.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental



- Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American family physician*, 93(1), 49-54.
- Khanam, F., Sharma, M. P., & Chaturvedi, S. K. (2019). Acceptance and Commitment Therapy in Patients with Somatic Symptom Disorder: A Case Series. *Indian journal of clinical psychology*, 46(1), 46-51.
- Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., ... & American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. (2021). Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 143(10), e763-e783.
- McGinty, E. E., Presskreischer, R., Han, H., & Barry, C. L. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *Jama*, 324(1), 93-94.
- Mark, G., & Smith, A. P. (2018). Coping and its relation to gender, anxiety, depression, fatigue, cognitive difficulties and somatic symptoms. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 1-22
- Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Jäder Malmlöf, J., ... & Andersson, G. (2018). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(2), 169-184.
- Meena, P. S., Sharma, A., & Jain, M. (2022). Gender differences in somatic symptoms in patients with depression: A comparative study at tertiary care center in North India. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 38(1), 69.
- Midenfjord, I., Borg, A., Törnblom, H., & Simrén, M. (2021). Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, 116(4), 769-779.
- Nazarova, J. (2021). Functional Cardiopathy Syndrome In Modern Adolescents. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(01), 6-11
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Renoir, T., Hasebe, K., & Gray, L. (2013). Mind and body: how the health of the body impacts health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(3), 485-495.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Grover, M., Kolla, B. P., Pamarthy, R., Mansukhani, M. P., Breen-Lyles, M., He, J. P., & Merikangas, K. R. (2021). Psychological, physical, and sleep comorbidities and functional impairment in irritable bowel syndrome: Results from a national survey of US adults. *PloS one*, 16(1), e0245323.
- Griner, D., Beecher, M. E., Burlingame, G. M., Erekson, D. M., & Cattani, K. (2022). Compassion focused therapy in groups. In *Compassion focused therapy* (pp. 413-426). Routledge.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665
- Hayes, S. C. (2005). Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Springer, Boston, MA.
- Hung, C. I., Liu, C. Y., & Yang, C. H. (2019). Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 243, 255-261.
- Hudson, M. P., Thompson, A. R., & Emerson, L. M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: a randomized feasibility trial. *Psychology & health*, 35(9), 1095-1114.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946-955.

- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.
- Zhang, M., Zhang, J., Zhang, F., Zhang, L., & Feng, D. (2018). Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference?. *Psychiatry research*, 267, 409-413.
- on neuropsychiatry. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 158.
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33-34), 553.
- Shen, F., Liu, Y., & Brat, M. (2021). Attachment, Self-Esteem, and Psychological Distress: A Multiple-Mediator Model. *Professional Counselor*, 11(2), 129-142.
- Schröder, A., Ørnbøl, E., Jensen, J. S., Sharpe, M., & Fink, P. (2017). Long-term economic evaluation of cognitive-behavioural group treatment versus enhanced usual care for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 73-81.
- Shiha, M. G., Asghar, Z., Thoufeeq, M. O., Kurien, M., Ball, A. J., Rej, A., ... & Aziz, I. (2021). Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterology & Motility*, 33(10), e14121.
- Sharifian, N., Spivey, B. N., Zaheed, A. B., & Zahodne, L. B. (2020). Psychological distress links perceived neighborhood characteristics to longitudinal trajectories of cognitive health in older adulthood. *Social Science & Medicine*, 258, 113125.
- Sander, A. M., Clark, A. N., Arciniegas, D. B., Tran, K., Leon-Novelo, L., Ngan, E., ... & Walser, R. (2021). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for psychological distress among persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 31(7), 1105-1129.
- Westerman, G., McCann, E., & Sparkes, E. (2020). Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: a systematic review. *Mindfulness*, 1-21.
- Wang, S., Zhang, Y., Ding, W., Meng, Y., Hu, H., Liu, Z., ... & Wang, M. (2020). Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: a nationwide multicenter cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1).
- Vasiliadis, H. M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry research*, 228(1), 89-94.

