

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمیل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک*

سید مرتضی موسوی^۱، افسانه خواجهوند خوشلی^۲، جوانشیر اسدی^۳، حسن عبدالله زاده^۴

Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus

Seyed Morteza Mousavi¹, Afsaneh Khajevand Khoshli², Javanshir Asadi³, Hasan Abdollahzadeh⁴

چکیده

زمینه: در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روانشناختی مبتلایان به بیماری‌های مزمن بررسی شده است، اما پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمیل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک پرداخته باشد، مغفول مانده است. **هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمیل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک بود. **روش:** پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه استفاده گردید. جامعه این پژوهش متشکل از بیماران زن مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک طبوبی شهر ساری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد آنها ۱۵۶ نفر بود. از میان این جامعه آماری، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و باگمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس تحمیل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود. گروه آزمایشی اول درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴) و گروه آزمایشی دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایس، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۶) را در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمیل پریشانی و مؤلفه‌های آن (تحمیل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند. همچنین درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در افزایش تحمیل پریشانی و مؤلفه‌های آن داشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افزایش تحمیل پریشانی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک تأیید نمود. **واژه کلیدی‌ها:** درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمیل پریشانی، زنان، لوپوس اریتماتوز سیستمیک.

Background: In different studies, the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on reducing psychological problems of patients with chronic disease has been investigated, but no research has compared the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with Systemic lupus Erythematosus (SLE). **Aims:** The present research was aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with SLE. **Method:** The current study was a semi-experimental research in which a pretest-posttest with control group design was used. The research population included all the women with SLE referring to the Rheumatology Clinic of Imam Khomeini Hospital and Tooba Clinic in Sari city, Iran, in the first half of 2019 who were 156 individuals. Among this statistical population, a sample of 60 subjects were selected by purposeful sampling method who were assigned into two experiment groups and one control group by random assignment method. The research tool was Distress Tolerance Scale of Simons and Gaher (2005). The first experiment group received the compassion-focused therapy (Gilbert, 2010) and the second experiment group received the acceptance and commitment therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 2016) both in eight 120-minute sessions. For analyzing the data, the variance analysis with repeated measures and the Bonferroni ad hoc test were used. **Results:** Results indicated that compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy led to increase in distress tolerance and its components (tolerance, Absorption, Appraisal and regulation) at the end of the interventions and the follow-up stage. Also, compassion-focused therapy was more effective on increasing distress tolerance and its components than acceptance and commitment therapy ($p < 0/01$). **Conclusions:** The results of the present study confirmed the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on increasing distress tolerance among with SLE. **Key Words:** Compassion-focused therapy, acceptance and commitment therapy, distress tolerance, women, systemic lupus erythematosus.

Corresponding Author: khajevand_a@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۱. Ph.D Student in General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
۲. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran (Corresponding Author)
۳. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
۴. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

دریافت: ۹۹/۰۴/۲۱ پذیرش نهایی: ۹۹/۰۵/۱۱

مقدمه

لوپوس اریتماتوز سیستمیک می‌گذارند، از جمله باعث افزایش بروز بیماری‌های قلبی - عروقی (گریکو و همکاران، ۲۰۱۲)، انفارکتوس قلب^۸ (لیسیت سینا و همکاران، ۲۰۰۹)، تفکر خودکشی (ماک، چان، چونگ و ییپ، ۲۰۱۴)، معلولیت جسمی (وارد و همکاران، ۱۹۹۹)، کاهش کیفیت زندگی (ماک، تانگ و هو، ۲۰۱۳؛ ماک، چان و هو، ۲۰۱۶) و خطر بالاتر مرگ پیش از بلوغ (چی و همکاران، ۲۰۱۲) می‌شوند.

تقریباً ۹۵ درصد از بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک اختلالات خواب را گزارش می‌کنند؛ به این صورت که مرتباً بیدار می‌شوند و خواب ناآرامی دارند. این علائم ممکن است در نتیجه علائم بیماری اصلی باشند: درد، استرس، افسردگی، و عوارض جانبی داروها (پردنیزون^۹) و همچنین تغییرات ایمنی که در نتیجه بیماری ایجاد می‌شوند (اولسینسکا و سالترا، ۲۰۱۸). مطالعات گذشته گزارش کرده‌اند که اختلالات اضطرابی در بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک دو برابر بیشتر از گروه‌های کنترل وجود دارند (ژانگ، فو، یین، ژانگ و شن، ۲۰۱۷). بیش از ۲/۳ درصد از بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک از اختلالات هیجانی رنج می‌برند. در مطالعات موارد زیر مشاهده شد: احساس غمگینی، افسردگی، ترس، اضطراب، احساس گناه، خشم و عصبانیت (مک ایلهن، آبت، گرای، ویلیامز و ته، ۲۰۱۰).

اگرچه لوپوس اریتماتوز سیستمیک درمان شناخته شده‌ای ندارد، اما درمان موفق آن وابسته به این است که هم علائم و هم التهاب زیربنایی مدنظر قرار گرفته شوند. درمان لوپوس اریتماتوز سیستمیک شامل تجویز انواع داروها، از جمله داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی^{۱۰}، کورتیکواستروئیدها^{۱۱}، داروهای ضد مالاریا^{۱۲}، عوامل سیتوتوکسیک^{۱۳}، داروهای بیولوژیک که سلول‌های B را هدف قرار می‌دهند، و داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی می‌شود (ویلیامز، ایگدی، فایث و اوتس، ۲۰۱۷). با این حال، ایجاد اصلاحات در سبک زندگی، از جمله اجتناب از مواجهه بیش از حد با نور خورشید، مدیریت استرس، قطع مصرف سیگار و پیروی از

لوپوس اریتماتوز سیستمیک^۱ یک بیماری خودایمنی رایج است که علائم آن اغلب شامل تب، آرتروز^۲، خستگی مفرط، کاهش وزن، لنفادنوپاتی^۳، راش پروانه‌ای^۴، بیماری کلیوی و سیتوپنی^۵ در تظاهرات بالینی پلئومورفیک^۶ می‌شوند (فیگوریدو - براگا و همکاران، ۲۰۱۸). مفاصلی که در این بیماری بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند، شامل مفاصل انگشتان، دست‌ها، مچ و زانو می‌شوند و برخی بیماران نیز به استئوآرتریت ثانویه^۷ مبتلا می‌شوند (هالووی و همکاران، ۲۰۱۴). به علاوه التهاب مفاصل، درگیری اعضای درونی نیز هنگام بررسی پیش‌آگهی بیماران اهمیت پیدا می‌کند، چرا که لوپوس اریتماتوز سیستمیک اغلب بر قلب، ریه‌ها، عروق خونی، کبد، کلیه‌ها و سیستم عصبی تأثیر می‌گذارد (جولی و همکاران، ۲۰۱۰). این بیماری در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های کمپلکس ایمنی در کشورهای توسعه یافته بوده و شیوع آن در آمریکا ۲۲/۷ نفر در سال به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد (فارست و همکاران، ۲۰۱۳).

براساس مطالعه بزرگ بررسی جامعه‌نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شده، شیوع لوپوس اریتماتوز سیستمیک در ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (دعوتچی و همکاران، ۲۰۰۸). بیشترین شیوع بیماری در سنین ۴۰-۲۰ سالگی و نسبت ابتلای زنان به مردان ۹ به ۱ می‌باشد (کوپر و همکاران، ۲۰۰۲). بر اساس تحقیقات انجام شده، محدوده سنی بیماران مبتلا بین ۱۶ تا ۵۵ سال و سن متوسط ابتلا ۲۱/۵ سال می‌باشد (فیرستین، کلی، بود و هریس، ۲۰۰۹). بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک اغلب میزان بالایی از علائم روانشناختی (۴۵-۶۵ درصد از بیماران) نظیر اضطراب، اختلالات روان‌پزشکی و خلقی را تجربه می‌کنند که از بین آنها، افسردگی بیش از دیگر علائم ظاهر می‌شود (سهلو و باهلاس، ۲۰۱۳؛ فیلیپ، لیندر و لیدرمن، ۲۰۰۹؛ جارپا و همکاران، ۲۰۱۱). افسردگی و اضطراب اغلب تأثیرات عمیقی بر سلامت و بهزیستی بیماران

8. Myocardial Infarction

9. Prednisone

10. Nonsteroidal Anti-inflammatory Medications

11. Corticosteroids

12. Antimalarials

13. Cytotoxic

1. Systemic Lupus Erythematosus

2. Arthritis

3. Lymphadenopathy

4. Butterfly Rash

5. Cytopenia

6. Pleomorphic Clinical Presentation

7. Secondary Osteoarthritis

و همچنین رفتارهای ناسازگارانه نظیر خودزنی بدون قصد خودکشی ارتباط دارد (آنتیس و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به مشکلات روانشناختی عیدیه‌ای که بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک با آن مواجه هستند، ارائه درمان‌های روانشناختی می‌تواند گامی مهم در جهت ارتقای سلامت روان این بیماران باشد. تاکنون اثربخشی مداخلات درمانی مختلفی همچون درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، درمان فراشناختی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در جامعه بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مداخلاتی که می‌تواند برای این بیماران مفید واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۲ است. در طول سالیان گذشته، توجه فرآیندهای به شفقت به عنوان یک منبع کلیدی برای سلامت روان شده است. به طور خلاصه، شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاقه روز افزون به مفهوم شفقت باعث تدوین و ارزیابی انواع مداخلات مبتنی بر شفقت شد که از بین آنها درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹ الف؛ ۲۰۱۴)، امروزه بهترین مداخله ارزیابی شده است (کیربی، ۲۰۱۶؛ کیربی، تلگن و استیندل، ۲۰۱۷؛ لويس و آتلی، ۲۰۱۵). درمان متمرکز بر شفقت در ابتدا برای این تدوین شد که به آن افراد کمک شود احساسات پذیرنده‌ای نسبت به خود ایجاد کنند، و همچنین به آنها کمک شود که یک صدای درونی شفقت آمیز به دست آورند (دپیو و مورون - استروپینسکی، ۲۰۰۵). این درمان یکپارچه نگر برگرفته از علم عصب شناسی، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی رشد، روانشناسی تحولی و همچنین بسیاری از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است (گیلبرت، ۲۰۰۹).

درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، سیستم لذت و سیستم تسکین. سیستم تهدید وظیفه‌اش پایش خطرات و مقابله با آنهاست و هیجان‌های خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها است و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است. سیستم تسکین، تنظیم‌کننده دو سیستم دیگر

رژیم غذایی با چربی‌های ترانس پایین و اشباع نشده نیز خیلی اهمیت دارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به اثرات منفی روانشناختی بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک، کاهش سطح تحمل پریشانی مبتلایان به این بیماری دور از انتظار نیست. تحمل پریشانی^۱ عموماً به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند در نظر گرفته می‌شود. در ادبیات تحمل پریشانی به روش‌های مختلف فرض می‌شود و گاهی تحمل انواع مختلف حالت‌های درونی منفی مانند هیجان منفی، ابهام، بلا تکلیفی، ناامیدی و ناراحتی جسمانی را شامل می‌شود (کایسر، میلیچ، لاینام و چارنیگو، ۲۰۱۲). پریشانی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد. افراد با تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، زیرا توانایی مقابله خود با هیجان‌ها را دست کم می‌گیرند و تلاش فراوانی جهت جلوگیری از مسائل منفی و تسکین فوری آن انجام می‌دهند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). دو شکل متمایز تحمل پریشانی مفهوم‌سازی شده است. تحمل پریشانی به ظرفیت ادراک شده برای تحمل وضعیت‌های هیجانی منفی یا حالت‌های آزارنده دیگر (مثلاً ناراحتی جسمانی) و به تظاهر رفتاری تحمل حالت‌های درونی پریشانی آور که بوسیله انواع مختلف عوامل استرس‌زا فراخوانده شده، اشاره می‌کند. افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی هیجانی ممکن است در معرض پاسخ‌های ناسازگارانه به پریشانی و وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه افراد با تحمل پریشانی کمتر ممکن است، برای اجتناب از هیجان‌های منفی و یا وضعیت‌های آزارنده بکوشند. در مقابل افراد با سطوح بالاتر تحمل پریشانی ممکن است بیشتر قادر باشند به پریشانی یا وضعیت‌های برانگیزاننده پریشانی پاسخ انطباقی بدهند (زاوالنسکی، ویوجانویک، برنشتاین و لیرو، ۲۰۱۰). افراد با تحمل پریشانی کم در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد، درصدد تسکین درد هیجانی بر می‌آیند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اشمیت، ۲۰۱۰). تحمل پریشانی پایین با اختلالات خلقی و اضطرابی، کیفیت زندگی پایین

2. Compassion-Focused Therapy (CFT)

1. Distress Tolerance

بر پذیرش و تعهد 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 آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸). در واقع، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (هایس و استروسال، ۲۰۱۰؛ به نقل از عبدالله زاده و کبیری نسب، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلش^۲، پذیرش^۳، تماس با لحظه حاضر^۴، مشاهده خود^۵، ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷. (رودیتی و رایبسون، ۲۰۱۱). گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی است. درآمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را درآمیخته یکی می‌داند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد به آنها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (توهیگ، هایس و ماسودا، ۲۰۰۶).

پیشینه پژوهشی پیرامون درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حاکی از آن است که این مداخلات درمانی در بهبود شاخص‌های سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر

یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجان‌ات مربوط به این سیستم است. درمان متمرکز بر شفقت بیماری را ناشی از مشکل در دسترسی شخص به سیستم تسکین خود و در نتیجه بیش‌فعالی سیستم‌های دیگر می‌داند (گیلبرت، ۲۰۱۷؛ به نقل از شاهدپور، حاتمی، نوری و برجعلی، ۱۳۹۸). درمان متمرکز بر شفقت در تلاش برای دستیابی به ذهنی شفقت‌ورز است که متشکل از توانایی دلسوز بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین توانایی دریافت شفقت از طرف دیگران است. شفقت به عنوان یک سازه ابعادی در نظر گرفته می‌شود که دو ذهنیت به هم مرتبط را دربر می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۱۴). اولین ذهنیت، توانایی حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران است که به تعدادی ویژگی مرتبط می‌شود، مثلاً انگیزش برای مراقبت و توانایی احساس همدلی و همدردی. دومین ذهنیت، یعنی تعهد به تسکین رنج، مستلزم مجموعه خاصی از مهارت‌های وابستگی در فضای توجه، شناخت، رفتار و هیجان است که به شکل‌گیری یک ذهن شفقت‌ورز کمک می‌کنند. نمونه‌های آن شامل توانایی جایگزین کردن تفکرات خودانتقادی با خودتصحیحی دلسوزانه و ایجاد احساسات شفقت نسبت به خود و دیگران می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷).

درمان روان‌شناختی دیگری که در مطالعه حاضر، اثربخشی آن در مورد بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مورد بررسی قرار گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایس ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد (هایس، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک نظریه فلسفی به نام عمل‌گرایی ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (لانس، مک کارکن، ساتو و تیلور، ۲۰۱۳؛ به نقل از نیکخواه، بهبودی و وکیلی، ۱۳۹۸). در درمان مبتنی

2. Defusion

3. Acceptance

4. Contact with the Present Moment

5. Observing Self

6. Values

7. Committed Action

1. Acceptance and Commitment Therapy

بوده‌اند. گودینگ، استیدمون و کریکس (۲۰۲۰) در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر شفقت ۱۲ هفته‌ای را برای افرادی که درد مداوم را تجربه می‌کردند، مورد بررسی قرار دادند. مصاحبه‌های پژوهشی، تجربه اعضای گروه مداخله از درمان متمرکز بر شفقت را بررسی کردند. بازخوردها در مورد تجربه تسهیلگر از اداره گروه جمع‌آوری شدند و داده‌های پرسشنامه‌ای نیز در مورد خلق، ناتوانی بر اثر درد، پذیرش درد مزمن و میزان خودانتقادی و خوداطمینان بخشی جمع‌آوری شدند. مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل پدیدار شناختی تفسیری تجزیه و تحلیل شدند و پنج مضمون اصلی را نشان دادند که در تمام مصاحبه‌ها معرف بودند. سپس این موارد با داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها و بازخورد تسهیلگر، تطبیق و مثلث‌سازی شدند. در افرادی که درد مزمن در آنها توسط یک مؤلفه روانشناختی معنادار همانند شده بود، رویکرد درمان گروهی متمرکز بر شفقت به کاهش احساسات انزوا، بهبود توانایی در خود اطمینان بخشی، آموختن شیوه‌های جدید مقابله و افزایش پذیرش محدودیت‌های مرتبط با درد کمک کرد. کریگر و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی که تحت عنوان "مداخله متمرکز بر شفقت اینترنتی برای افزایش خودانتقادی: یک کارآزمایی کنترل شده و تصادفی" انجام دادند، در مجموع ۱۲۲ شرکت‌کننده که با رضایت خود ارجاع داده شدند و میزان بالایی از خودانتقادی را داشتند، به طور تصادفی در گروه مراقبت‌های معمولی و گروه مداخله قرار گرفتند (مراقبت معمولی به اضافه مداخله آنلاین). نقطه پایان‌های اولیه شامل علائم افسردگی، اضطراب و پریشانی خودگزارشی و خودشفقت‌ورزی در هشت هفته می‌شد. نقطه پایان‌های ثانویه شامل خودانتقادی، ذهن آگاهی، رضایت از زندگی، ترس از خودشفقت‌ورزی، عزت‌نفس و شرم وجودی می‌شدند. در مرحله پس از درمان، گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، تغییرات معناداری نشان داد. نتایج اولیه و ثانویه، اندازه اثرهای متوسط تا بزرگ نشان داد. تأثیرات گروه مداخله در بازه شش ماه پس از مطالعه حفظ شدند. در پژوهش هربرت و همکاران (۲۰۱۹) که تحت عنوان "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درد مزمن: آیا اختلال استرس پس از سانحه بر نتایج درمانی مؤثر است؟" انجام شد، در مجموع ۱۲۶ کهنه سرباز جنگ با درد مزمن در یک مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درد مزمن شرکت کردند. در مرحله خط پایه از مصاحبه بالینی ساختارمند استفاده شد تا گروه‌های با و بدون

اختلال استرس پس از سانحه مشخص شوند (۴۳ نفر با و ۸۳ نفر بدون اختلال). برای تعیین اینکه آیا اختلال استرس پس از سانحه، تغییر در تداخل درد، شدت درد، پذیرش درد، علائم افسردگی، یا اضطراب مرتبط با درد را در مراحل پس از درمان و شش ماه پیگیری تعدیلگری می‌کند یا خیر، از مدل‌های تأثیرات آمیخته خطی استفاده شد. طبق گزارش شرکت‌کنندگان دارای اختلال همانند استرس پس از سانحه، تداخل درد، شدت درد، علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با درد در مرحله خط پایه بیشتر بود. وضعیت اختلال استرس پس از سانحه، تأثیرات درمانی پس از درمان را تعدیل نمی‌کرد. در عوض، بهبودی‌های معناداری در تمام اندازه‌گیری‌های بین گروهی در مطالعه مشاهده شد. وضعیت اختلال استرس پس از سانحه، تغییر در علائم افسردگی در شش ماه پیگیری را تعدیل می‌کرد. بویژه شرکت‌کنندگان دارای درد مزمن به تنهایی (بدون اختلال استرس پس از سانحه)، در مقایسه با سطوح پیش از درمان، بهبودی‌هایی در علائم افسردگی نشان دادند، درحالی‌که شرکت‌کنندگان گروه اختلال پس از سانحه به سطوح پیش از درمان واپس روی داشتند. مولاندر و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت اینترنتی را برای پریشانی روانشناختی تجربه شده توسط افراد دارای مشکلات شنوایی به کار بردند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در گروه درمان (۳۱ نفر) یا کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. تمام شرکت‌کنندگان قبل از تصادفی سازی و سریعاً پس از اتمام درمان و با استفاده از ابزارهای خودگزارشی استاندارد که سازگاری هیجانی و اجتماعی مربوط به شنوایی (پرسشنامه نقص شنوایی برای کهنسالان)، کیفیت زندگی (پرسشنامه کیفیت زندگی)، و علائم افسردگی و اضطراب (پرسشنامه سلامت بیمار و مقیاس اختلال اضطراب فراگیر) را اندازه گیری می‌کنند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل رگرسیون تأثیرات آمیخته خطی با استفاده از نمونه کامل منظور به درمان نشان داد که درمان در مقایسه با گروه کنترل نتایج برتری در اندازه‌گیری‌های اصلی پیامدها داشت. فواید بیشتر درمان نسبت به گروه کنترل در نمرات افسردگی و کیفیت زندگی نیز قابل مشاهده بود. رضایی، شریفی، غضنفری، افلاکی و بهره دار (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از تأثیر روش‌های درمان مبتنی بر

گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل جنسیت زن، تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید بیماری لویوس اریتماتوز سیستمیک توسط پزشک متخصص روماتولوژی و بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی^۱، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم دریافت خدمات روانشناختی خارج از جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه نیز داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی، اعتیاد یا مصرف الکل، سابقه بستری بودن در بخش‌های روان‌پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه، افزایش شدت علائم و بروز اختلال عملکرد بیمار و سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با روش‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی شش ماه گذشته در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام‌خیمینی (ره) و کلینیک طبوبی شهر ساری، اطلاعیه فراخوان ثبت‌نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر در اختیار مدیریت کلینیک‌ها، جهت نام‌نویسی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از نام‌نویسی از متقاضیان در مدت تعیین شده، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از زنان بیمار متقاضی شرکت در جلسات توسط پژوهشگر به عمل آمد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۶۰ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت و برای گروه آزمایشی دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه توسط پژوهشگر برگزار شد. در فرآیند ارائه مداخلات برای گروه‌های آزمایشی، آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه

پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه بود. در پژوهش پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعرافچی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پربخشی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این درمان بر استرس ادراک شده و پربخشی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد.

با توجه به اینکه بیماری لویوس اریتماتوز سیستمیک از بیماری‌های مزمن پراسترسی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روانشناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روانشناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیر دارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روحی و روانی بیماران به کار گرفته شود. از طرفی در پژوهش‌های گوناگون، اثربخشی مداخلات متمرکز بر شفقت و مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد دارای بیماری‌های مزمن بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. از آنجا که لزوم ارائه مداخلات روانشناختی جهت بهبود وضعیت روانشناختی و ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به لویوس اریتماتوز سیستمیک، بیش از پیش احساس می‌گردد؛ لذا مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پربخشی در زنان مبتلا به لویوس اریتماتوز سیستمیک تفاوت وجود دارد؟.

روش

پژوهش حاضر به روش شبه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه استفاده گردید. جامعه پژوهش حاضر را تمامی بیماران زن مبتلا به لویوس اریتماتوز سیستمیک مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام‌خیمینی (ره) و کلینیک طبوبی شهر ساری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آنها ۱۵۶ نفر بود. نمونه پژوهش، ۶۰ بیمار بودند که پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در

1. American College of Rheumatology

شرکت کنندگان محترم شمرده شد ۴. برآزاد بودن شرکت کنندگان جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید شد ۵. حریم شخصی بیماران حفظ شد و به آنها در مورد بی خطر بودن مداخله اطمینان داده شد ۶. در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات و تحلیل آنها و استفاده از منابع، دقت و امانتداری علمی به عمل آمد. ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰؛ ب؛ ۲۰۱۴) و محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تالیف هایس، استروسال و ویلسون (۲۰۱۶) طراحی گردید. شرح مختصر محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح درمانی بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۲ ارائه گردیده است.

گروه به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند (مرحله پس آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی و اخذ پس آزمون از هر سه گروه، جهت سنجش اثرات درمانی مداخلات، آزمودنی‌ها در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین برای شرکت کنندگان گروه گواه جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها جهت همکاری‌شان در فرآیند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار گردید. از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. پژوهشگر خود را به شرکت کنندگان در پژوهش معرفی کرد و در مورد اهداف پژوهش توضیح داد ۲. به شرکت کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد ۳. عقاید، فرهنگ، مذهب و...

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴)			
جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «بدون شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایس، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۶)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقمندی به جای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به اعطاف‌پذیری روانی و هیجانان مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی.	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روش سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده بر اساس فنون آموزش دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-

ابزار

پریشانی بالاست (اعیادی، عباسی، پیرانی، تقوایی و پیرانی، ۱۳۹۵). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای برای خرده مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. طبق گزارش علوی (۱۳۸۸)؛ به نقل از صفرزاده، سواری و دشت بزرگی، (۱۳۹۵) برای اولین بار در ایران پرسشنامه حاضر در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) به کار برده شد. نتایج پایایی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸ به دست آمد. در پژوهش رضاپور میرصالح و اسماعیل بیگی (۱۳۹۶) میزان همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۵۱، ۰/۶۱ و ۰/۴۹ محاسبه گردید. برای

مقیاس تحمل پریشانی^۱: این مقیاس که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است، یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس به این ترتیب است: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی؛ عبارات ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانان منفی؛ عبارات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی؛ عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی؛ عبارات ۸، ۱۳، ۱۴). گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) و عبارت شماره ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل

۱. Distress Tolerance Scale

ارشد حضور داشتند. در گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳ نفر (۱۵ درصد) با تحصیلات سیکل، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات کاردانی، ۷ نفر (۳۵ درصد) با تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی ارشد حضور داشتند، و در گروه گواه ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات سیکل، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات کاردانی، ۸ نفر (۴۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت ۷ نفر مجرد و ۱۳ نفر متأهل، در گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ نفر مجرد و ۱۲ نفر متأهل، و در گروه گواه ۶ نفر مجرد و ۱۴ نفر متأهل بودند. در گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت ۱۴ نفر خانه‌دار و ۶ نفر شاغل، در گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲ نفر خانه‌دار و ۸ نفر شاغل و نهایتاً در گروه گواه ۱۴ نفر مجرد و ۶ نفر شاغل بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSSv25 استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد میانگین سنی گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت $29/12 \pm 5/48$ سال، گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $30/12 \pm 5/81$ سال و گروه گواه $28/98 \pm 4/87$ بود. میانگین مدت بیماری افراد گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت $2/33 \pm 3/65$ سال، گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $3/12 \pm 3/77$ و گروه گواه $3/23 \pm 3/98$ سال بود. در گروه تحت درمان متمرکز بر شفقت ۳ نفر (۱۵ درصد) با تحصیلات سیکل، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۲۵ درصد) با تحصیلات کاردانی، ۶ نفر (۳۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری							
متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه گواه		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تحمل	پیش‌آزمون	۴/۱۵	۱/۵۹	۴/۷۵	۱/۶۱	۴/۷۵	۱/۴۸
	پس‌آزمون	۸/۵۰	۱/۷۰	۶/۴۰	۲/۱۳	۴/۹۵	۱/۹۸
	پیگیری	۸/۳۰	۱/۵۹	۶/۷۵	۲/۶۷	۴/۸۰	۲/۱۴
جذب	پیش‌آزمون	۳/۶۰	۰/۸۸۳	۳/۷۵	۰/۹۱۰	۴	۱/۰۷
	پس‌آزمون	۷/۲۵	۱/۰۷	۵/۶۵	۱/۶۳	۳/۷۰	۰/۸۰۱
	پیگیری	۷/۰۵	۱/۳۵	۵/۳۰	۱/۸۰	۳/۵۵	۰/۹۴۵
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۲/۲۰	۲/۸۷	۱۳/۲۰	۲/۹۱	۱۳/۴۰	۳/۲۸
	پس‌آزمون	۲۱/۸۵	۳/۷۸	۱۸/۳۵	۴/۴۵	۱۳/۱۵	۲/۹۰
	پیگیری	۲۲/۵۵	۳/۵۴	۱۸/۴۰	۴/۹۵	۱۲/۸۰	۴/۲۷
تنظیم	پیش‌آزمون	۴/۵۵	۱/۶۳	۵/۱۵	۱/۶۳	۵/۱۵	۲/۰۳
	پس‌آزمون	۱۲/۶۵	۱/۹۸	۱۰/۴۰	۲/۵۶	۵/۹۰	۱/۷۱
	پیگیری	۱۲/۱۰	۱/۱۶	۱۰/۴۵	۲/۲۵	۵/۵۵	۲/۲۵
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۲۴/۵۰	۵/۰۲	۲۸/۸۵	۵/۴۳	۲۷/۳۰	۶/۲۵
	پس‌آزمون	۵۰/۲۵	۶/۱۴	۴۰/۸۰	۸/۶۶	۲۷/۷۰	۵/۵۴
	پیگیری	۵۰	۶/۰۴	۴۰/۹۰	۹/۷۶	۲۶/۷۰	۷/۶۳

متغیر برای گروه‌ها نیز در جدول ارائه شده است. همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. بیش از

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه درمان متمرکز بر شفقت در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب $24/50$ ، $50/25$ و 50 بوده است و این میانگین‌ها برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب $28/85$ ، $40/80$ و $40/90$ بوده است. مقادیر میانگین مؤلفه‌های این

کرویت نیز از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیشفرض کرویت برای هیچ کدام از مؤلفه‌های تحمل پریشانی رعایت نشده است، بنابراین برای تفسیر نتایج از ضریب هوین - فلت استفاده شد. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس نیز با استفاده از آزمون ام‌باکس نشان داد این آزمون معنادار نیست ($MBox=2/13$)، $F=1/18$ ، $p>0/05$ و این پیش فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت. بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

استفاده از این آزمون، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نرمات، همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو - وایلیک استفاده شد و عدم معناداری این آزمون برای ($p>0/05$) برای تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن نشان داد توزیع نرمات در این متغیر و مؤلفه‌هایش نرمال می‌باشد. پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و نتایج آن نشان داد این آزمون برای تحمل پریشانی و هیچ یک از مؤلفه‌هایش معنادار نمی‌باشد ($p>0/05$) و بنابراین این پیش فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
درون آزمودنی	زمان	تحمل	۱۷۰/۸۴	۱/۸۵	۹۱/۸۸	۲۵/۵۸	۰/۰۰۱
		جذب	۱۰۸/۳۴	۱/۶۶	۶۴/۹۶	۴۹/۸۴	۰/۰۰۱
		ارزیابی	۹۶۷/۴۷	۱/۸۶	۵۱۷/۹۵	۴۱/۰۲	۰/۰۰۱
		تنظیم	۸۳۳/۵۴	۱/۵۱	۵۴۹/۱۸	۱۸۴/۲۲	۰/۰۰۱
		تحمل پریشانی	۶۹۴۷/۶۳	۱/۷۹	۳۸۷۶/۴۷	۸۶/۰۰۴	۰/۰۰۱
		تحمل	۱۱۶/۴۵	۳/۷۱	۳۱/۳۱	۸/۷۱	۰/۰۰۱
	تعامل زمان و گروه (اثر تعامل)	جذب	۱۰۳/۰۸	۳/۳۳	۳۰/۹۰	۲۳/۷۱	۰/۰۰۱
		ارزیابی	۷۳۱/۴۸	۳/۷۳	۱۹۵/۸۰	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱
		تنظیم	۳۶۲/۵۵	۳/۰۳	۱۱۹/۴۳	۴۰/۰۶	۰/۰۰۱
		تحمل پریشانی	۴۴۳۱/۷۶	۳/۵۸	۱۲۳۶/۳۶	۲۷/۴۳	۰/۰۰۱
		تحمل	۳۸۰/۷۰	۱۰۵/۹۷	۳/۵۹	-	-
		جذب	۱۲۳/۹۰	۹۵/۰۵	۱/۳۰	-	-
خطا	ارزیابی	۱۳۴۴/۳۶	۱۰۶/۴۶	۱۲/۶۲	-	-	
	تنظیم	۲۵۷/۹۰	۸۶/۵۱	۲/۹۸	-	-	
	تحمل پریشانی	۴۶۰۴/۶۰	۱۰۲/۱۵	۴۵/۰۷	-	-	
	تحمل	۱۳۸/۸۱	۲	۶۹/۴۰	۱۶	۰/۰۰۱	
	جذب	۱۴۷/۴۷	۲	۷۳/۷۳	۳۳/۰۳	۰/۰۰۱	
	ارزیابی	۱۰۰۹/۲۱	۲	۵۰۴/۶۰	۲۷/۶۱	۰/۰۰۱	
بین آزمودنی	گروه	تنظیم	۵۷۸/۹۷	۲	۲۸۹/۴۸	۴۱/۵۶	۰/۰۰۱
		تحمل پریشانی	۶۳۰۳/۷۰	۲	۳۱۵۱/۸۵	۵۱/۰۶	۰/۰۰۱
		تحمل	۲۴۷/۲۵	۵۷	۴/۳۳	-	-
	خطا	جذب	۱۲۷/۲۵	۵۷	۲/۲۳	-	-
		ارزیابی	۱۰۴۱/۴۳	۵۷	۱۸/۲۷	-	-
		تنظیم	۳۹۷	۵۷	۶/۹۶	-	-
		تحمل پریشانی	۳۵۱۸/۳۰	۵۷	۶۱/۷۲	-	-

گواه تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p<0/01$)، مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد.

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در اثر زمان با توجه به اینکه متغیر تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن معنادار شده‌اند ($p<0/01$)، بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایشی و

دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیر تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن بین دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مقایسه دو به

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل سنجش در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۶۰۰	۰/۴۹۶	۰/۲۳۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۰/۶۰۰	۰/۴۹۶	۰/۲۳۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۰	۰/۴۹۶	۱
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۲/۱۰	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۳/۵۵	۰/۶۱۷	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۴۵	۰/۶۱۷	۰/۰۲۲
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۵۵	۰/۶۹۰	۰/۰۲۹
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۳/۵۰	۰/۶۹۰	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۹۵	۰/۶۹۰	۰/۰۰۶
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۱۵۰	۰/۳۰۴	۰/۶۲۳
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۰/۴۰۰	۰/۳۰۴	۰/۱۹۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۲۵۰	۰/۳۰۴	۰/۴۱۴
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۶۰	۰/۳۸۵	۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۳/۵۵	۰/۳۸۵	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۹۵	۰/۳۸۵	۰/۰۰۱
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۷۵	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۳/۵۰	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۷۵	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۱	۰/۹۵۸	۰/۳۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۱/۲۰	۰/۹۵۸	۰/۲۱۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۲۰۰	۰/۹۵۸	۰/۸۳۵
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۳/۵۰	۱/۱۹	۰/۰۰۵
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۸/۷۰	۱/۱۹	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۵/۲۰	۱/۱۹	۰/۰۰۱
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۱۵	۱/۳۵	۰/۰۰۳
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۹/۷۵	۱/۳۵	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۵/۶۰	۱/۳۵	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۶۰۰	۰/۵۶۲	۰/۲۹۰
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۰/۶۰۰	۰/۵۶۲	۰/۲۹۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۰	۰/۵۶۲	۱
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۲/۲۵	۰/۶۶۹	۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۶/۷۵	۰/۶۶۹	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۵۰	۰/۶۶۹	۰/۰۰۱
پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱/۶۵	۰/۶۲۱	۰/۰۱۰
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۶/۵۵	۰/۶۲۱	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۹۰	۰/۶۲۱	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۲/۳۵	۱/۷۶	۰/۱۸۹
		درمان متمرکز بر شفقت	گواه	-۲/۸۰	۱/۷۶	۰/۱۱۹

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل سنجش در متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۰/۴۵۰	۱/۷۶	۰/۸۰۰
		درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۴۵	۲/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۲۲/۵۵	۲/۱۸	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱۳/۱۰	۲/۱۸	۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۱۰	۲/۵۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان متمرکز بر شفقت	گواه	۲۳/۳۰	۲/۵۱	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۱۴/۲۰	۲/۵۱	۰/۰۰۱

بودند، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در بیماران می‌توان گفت از آنجایی که خودشفقت ورزی ترشح اکسی‌توسین را در بدن افزایش می‌دهد (نف، ۲۰۱۱)، این عامل سبب فعالیت بیشتر سیستم امنیت و تسکین می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزایش شفقت‌ورزی به خود نقش اساسی در سیستم تنظیم هیجان دارد. به این صورت که با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین موجب می‌شود، افراد با پذیرش و درک بیشتری با هیجان‌های دشوارشان روبرو شوند و بهتر آن را مدیریت کنند. بنابراین زنان بیمار با شفقت به خود بالاتر، مهارت بیشتری در مدیریت هیجان‌ها منفی خود پیدا کردند و سطح تحمل پریشانی در آنها افزایش یافت. شفقت به خود نیازمند هشیاری با توجه آگاهانه نسبت به هیجان‌های خود است؛ بنابراین از احساسات پریشان‌کننده و دردناک اجتناب نمی‌شود، بلکه در عوض با آنها با مهربانی، پذیرش و احساس انسانیت مشترک برخورد می‌شود (نف، ۲۰۰۳ الف). نتایج پژوهش برنی، اسپکا و کارلسون (۲۰۱۰) نشان داد که شفقت به خود رابطه منفی معناداری با نشانگان استرس و آشفتگی خلق دارد و بعد از مداخله شرکت‌کنندگان توانایی بیشتری در تحمل پریشانی در هنگام مشاهده تجربیات منفی نشان دادند.

درمان متمرکز بر شفقت در بازگرداندن تعادل بین سیستم‌های تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند و همچنین درصدد است که افراد بیاموزند در پاسخ به تهدید، به سیستم خودآرام‌بخشی دسترسی پیدا کنند. بنابراین، پاسخ دادن به خودانتقادی با دستیابی به سیستم رضایت / خودآرام‌بخشی به افراد کمک می‌کند که در پاسخ به تجاربی همچون ابتلا به بیماری، خودشفقت‌ورزی خود را تقویت کنند. در چارچوب درمان، از طریق انواع مداخلات، افراد می‌آموزند که ذهن شفقت‌ورز را پرورش داده و می‌آموزند که درکشان از رنجی که احساس می‌کنند، را گسترش دهند (گیلبرت،

با توجه به نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌گردد در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بین گروه درمان متمرکز بر شفقت، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر و با گروه گواه وجود ندارد و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایشی با یکدیگر و با گروه گواه تفاوت معنادار حاصل شده است ($p < ۰/۰۵$). مقایسه میانگین‌های تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد که میانگین نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در گروه درمان متمرکز بر شفقت از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر است، و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از گروه گواه بیشتر است که نشان می‌دهد هر دو درمان اثربخش بوده‌اند و تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک تفاوت وجود دارد؟ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه باعث افزایش تحمل پریشانی بیماران گردیده‌اند و درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش میزان تحمل پریشانی بیماران موثرتر بود. مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات گودینگ و همکاران (۲۰۲۰)، کریگر و همکاران (۲۰۱۹)، هربرت و همکاران (۲۰۱۹)، مولاندر و همکاران (۲۰۱۵)، رضایی و همکاران (۱۳۹۹) و پورحسینی دهکردی و همکاران (۱۳۹۸) که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تأیید نموده

۲۰۱۸) و دومین هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی (هایس و همکاران، ۲۰۰۴) که از طریق شش فرآیند رفتاری یعنی ارتباط با زمان حال، پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها به دست می‌آید (هایس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۷). تحمل‌پریشانی به عنوان یک ساختار اساسی متشکل از تحمل، توجه، جذب، ارزیابی و تنظیم تجارب احساسی منفی و بویژه پیشگیری از اقدام به اجتناب یا واکنش هیجانی در نظر گرفته شده است و از طرفی با در نظر گرفتن این حقیقت که داشتن زندگی با کیفیت، راحت، آرام و سرشار از سلامتی در گرو پذیرش احساسات منفی و مثبت در قدم اول و تعهد به کاهش احساسات منفی به شیوه متعادل و آرام در قدم دوم است (تحمل‌پریشانی از همین فرآیند شکل می‌گیرد)، می‌توان انتظار داشت تا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل‌پریشانی درمانجویان مؤثر باشد. در حقیقت تحمل‌پریشانی نشانه سازش یافتگی مطلوب در شخص است و فرد سالم یاد می‌گیرد که پریشانی را به عنوان یک واقعیت عادی زندگی بپذیرد (کتوک و همکاران، ۲۰۱۰) و این همان موضوعی است که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و آن را به عنوان مداخله‌ای مؤثر بر افزایش تحمل‌پریشانی معرفی می‌کند. در نتیجه طبیعی است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بواسطه امتیازاتی همچون جداسازی فرد از افکارش و پذیرش رنج برخی مشکلات ذهنی و با افزایش تعهد به عمل مثبت در جهت بهبود خود بر افزایش تحمل‌پریشانی مؤثر باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً تحمل‌پریشانی را از طریق کاهش توقعات بیمارگونه، کاهش سریع هیجانات منفی و افکار آزارنده و پذیرش آنها در سطح ذهن و بدن به عنوان ملزومات انسان بودن، افزایش می‌دهد، بعلاوه سبب می‌شود فرد وقایع را به لحاظ شناختی جذب، ارزیابی و تنظیم نماید و به این ترتیب تحمل‌پریشانی افزایش یابد. همانطور که ذکر شد، تحمل‌پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روانی منفی است. افرادی که تحمل کمی دارند، پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند. افراد با تحمل‌پریشانی کم می‌توانند با استفاده از تکنیک بارش به مشاهده درون خود بپردازند و بعد روی تجربه درونی با پذیرش متمرکز شوند. این تکنیک یک روش ذهن آگاهانه برای کار با هیجانات شدید و مشکل است که به یافتن پناهگاهی درست در هنگام بروز پریشانی می‌پردازد؛ لذا دور از

۲۰۱۰). آموختن کمک به افراد در مدیریت پریشانی، افزایش انگیزش برای تغییر و بکارگیری تکنیک‌های خودآرام‌بخشی در زندگی روزمره نقش مهمی در درمان ایفا می‌کند. در فرآیند درمان، افراد مهارت‌های کلیدی را می‌آموزند که برای گسترش صفات شفقت‌آمیز مورد نیاز هستند، از جمله داشتن انگیزه برای اهمیت دادن به پریشانی و تسکین آن (اهمیت به بهزیستی)، حساسیت نسبت به پریشانی، پاسخ به رنج با همدلی، تحمل کردن هیجانات دشوار (تحمل‌پریشانی) و پاسخ به پریشانی بدون قضاوت‌گری (گیلبرت، ۲۰۱۰).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه نمود، به اعتقاد نف (۲۰۰۳ الف) هشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی و خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت به خود در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت به آزمودنی‌ها سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب و توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تنظیم هیجانات آزمودنی‌ها می‌گردد. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود، کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنشگری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت به خود در فرآیند درمان زنان بیمار، می‌تواند موجب کاهش سردرگمی شناختی و مانور دادن سیستم انتقادی و سرزنشی در ذهن شده و با فعال‌سازی سیستم ارادی، غیرقضاوتی و مبتنی بر همدلی و با در نظر گرفتن بشریت ناقص انسان و ناتوانی افراد در برخی موقعیات به تحمل موقعیت‌های دشوار کمک کند و در کل سطح تحمل‌پریشانی را بهبود بخشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل‌پریشانی و مؤلفه‌های آن در بیماران می‌توان گفت در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی تقویت می‌شود (هایس و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوینلان، دینه و کراو، ۲۰۱۸). بنابراین در این رویکرد، اولین هدف درمان خنثی کردن رفتارهای اجتنابی (کوینلان و همکاران،

منفی و خلق پایین و با توسعه شفقت از طریق تغییر رابطه فرد نسبت به رنج و پرورش تفکر مشفقانه می‌تواند منجر به افزایش بیشتر تحمل پریشانی در افراد شود.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجا که این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به لوپوس شهر ساری انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری هدفمند از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. از آنجایی که در پژوهش حاضر، هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام داده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده گردد، زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات مقایسه‌ای آتی، اثربخشی دو رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر پیامدهای روانشناختی بیماران مبتلا به لوپوس مورد مطالعه قرار گیرد. بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد انجمن حمایت از بیماران مبتلا به لوپوس و کلینیک‌های روماتولوژی بیمارستان‌های مختلف کشور توجه ویژه‌ای به مداخلات روانشناختی بویژه درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته باشند و این مداخلات روانشناختی را در پکیج درمانی این بیماران قرار دهند. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد، روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت روان بیماران مزمن

ذهن نیست که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بتواند به افزایش تحمل پریشانی زنان بیمار به وسیله تکنیک‌های موثر ذهن آگاهی و مواجهه با تجربیات و پذیرش و گسلش شناختی کمک کند.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی می‌توان گفت مداخلات درمانی در رویکرد متمرکز بر شفقت، بر روی مهارت‌های شفقت‌ورزی مانند استدلال شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز و احساس شفقت‌آمیز تمرکز دارند (گیلبرت، ۲۰۱۰ ب). در درمان متمرکز بر شفقت به مراجعین کمک می‌شود مهارت‌های کلیدی مورد نیاز برای توسعه جنبه‌ها و ویژگی‌های کلیدی شفقت را بیاموزند که تحت عنوان مراقبت از بهزیستی، حساسیت، تحمل پریشانی، همدلی و عدم قضاوت از آنها یاد شده است (گیلبرت، ۲۰۰۹ الف). برخی از گام‌های کلیدی موجود در جلسات درمان متمرکز بر شفقت، استفاده از تصویرسازی، تفکر شفقت‌ورز نسبت به خود و دیگران، پاسخ دادن به خودانتقادی از طریق خودشفقت‌ورزی و تمرین رفتار شفقت‌آمیز و بخش نامه‌نویسی یا خاطره‌نویسی هستند. درمان متمرکز بر شفقت درمانجویان را تشویق می‌کند که در طول فرآیندهای تفکر، بر روی شفقت نسبت به خود تمرکز کنند و آن را درک و احساس کنند، و همچنین تمرکزی قوی بر روی پرورش شفقت در درون خود داشته باشند (لوپس و آتلی، ۲۰۱۵). تصور بر این است که درمان متمرکز بر شفقت، توانایی تجربه کردن و تحمل هیجانات آرام‌کننده در مواجهه با موانع را تقویت کرده و در نتیجه حالت‌های عاطفی مثبت نظیر امنیت، آرامش و رضایت خاطر را پرورش می‌دهد، و همزمان حالت‌های عاطفی منفی را تسکین می‌دهد؛ به این صورت که افراد را قادر می‌کند تا هیجانات ناخوشایند یا ترسناک که مشخصه سیستم تهدید هستند، از جمله خشم، اضطراب، شرم و احساس گناه را تنظیم کرده و با آنها روبرو شوند (گیلبرت، ۲۰۰۹ الف؛ ۲۰۱۴). همچنین همسو با نظریه ذهن اجتماعی (گیلبرت، ۲۰۱۰ الف) عوامل مثبت مثل جریان‌های شفقت مرتبط به خود و دیگران و عاطفه تسکین بخش به عنوان منابع تاب‌آوری عمل کرده و در برابر عوامل منفی همچون خلق پایین از افراد محافظت می‌کند و با استفاده از ذهن آگاهی موجود در این روش، افراد تجربه هیجانی خود را شناخته و دیدگاهی مشفقانه نسبت به احساسات منفی‌شان پیدا کنند. از این رو درمان متمرکز بر شفقت با هدف گرفتن الگوهای تفکر

استفاده نمایند.

منابع

- Interrelations and associations with impulsive behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 593-602.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359-371.
- Cooper, G., Parks, C., Treadwell, E., Clair, E., Gilkeson, G., Cohen, P.L., et al. (2002). Differences by race, sex and age in the clinical and immunologic features of recently diagnosed systemic lupus erythematosus patients in the southeastern United States. *Lupus*, 11(3), 161-167.
- Davatchi, F., Jamshidi, A.R., Banihashemi, A.T., Gholami, J., Forouzanfar, M.H., Akhlaghi, M et al. (2008). WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. *The Journal of Rheumatology*, 35(7), 141-162.
- Depue, R.A., & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 313-350.
- Forman, E.M. & Herbert, D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice. 2nd ed. Hoboken. NJ: Wiley.
- Firestein, G.S., Kelley, W.N., Budd, R.C., & Harris, E.D. (2009). Kelley's textbook of rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Figueiredo-Braga, M., Cornaby, C., Cortez, A., Bernardes, M., Terroso, G., Figueiredo, M., Mesquita, C.D.S., Costa, L., & Poole, B.D. (2018). Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Medicine (Baltimore)*, 97(28), 1-11.
- Furst, D.E., Clarke, A.E., Fernandes, A.W., Bancroft, T., Greth, W., & Iorga, S.R. (2013). Incidence and prevalence of adult systemic lupus erythematosus in a large US managed-care population. *Lupus*, 22(1), 99-105.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2009a). *Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy*. In Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician, vol. 2 (ed. G Simos), pp. 205-220. Routledge: East Sussex, UK.
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: Its distinctive features*. London: Routledge
- Greco, C.M., Li, T., Sattar, A., Kao, A.H., Danchenko, N., Edmundowicz, D., Sutton-Tyrrell, K., Tracy, R.P., Kuller, L.H., & Manzi, S. (2012). Association between depression and vascular disease in systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 39(2), 262-268.
- Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). 'All these things don't take the pain away but they do help
- اعیادی، نادر؛ عباسی، مسلم؛ پیرانی، ذبیح؛ تقوایی، داود و تقوایی، آرش (۱۳۹۵). رابطه کنترل عواطف و تحمل پریشانی با استفاده آسیب زا از تلفن همراه در میان دانشجویان. *فصلنامه فناوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*، ۷(۱)، ۱۶۲-۱۴۵.
- پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعرافچی، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان. *نشریه علمی روانشناختی سلامت*، ۳(۳)، ۵۲-۳۷.
- رضایی، علی محمد؛ شریفی، طیبه؛ غضنفری، احمد؛ افلاکی، الهام و بهره دار، محمدجعفر (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۹(۱)، ۱۴۴-۱۲۷.
- رضاپور میر صالح، یاسر و اسماعیل بیگی، منیره (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف پذیری و تحمل پریشانی با میانجیگری جهت گیری منفی به مشکل نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۳)، ۳۱-۲۲.
- شاهدپور، عارف؛ حاتمی، محمد؛ نوری، ربابه و برجعلی، محمود (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شفقت درمانگری انطباق یافته با آموزه‌های اسلامی با شفقت درمانگری کلاسیک در خودشفقتی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۰)، ۸۷۷-۸۶۹.
- صفرزاده، سحر؛ سواری، کریم و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۵). مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی بین سالمندان زن و مرد. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۳۷-۱۴۸.
- عبداله‌زاده، حسن و کبیری‌نسب (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده و عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی. *فصلنامه علمی روانشناسی سلامت*، ۷(۴)، ۱۹۹-۱۸۴.
- نیکخواه، سمانه؛ بهبودی، معصومه و وکیلی، پریش (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوترابی بر تاب آوری زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *مجله علوم روان شناختی*، ۱۸(۷۷)، ۶۰۷-۵۹۷.
- Anestis, M.D., Lavender, J.M., Marshall-Berenz, E.C., Gratz, K.L., Tull, M.T., & Joiner, T.E. (2012). Evaluating distress tolerance measures:

- increased self-criticism: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 50(2), 430-445.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 90(3), 432-455.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.
- Leaviss, L., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
- Lisitsyna, T.A., Velt'shchev, D.I.u., Seravina, O.F., Kovalevskaja, O.B., Marchenko, A.S., Novikova, D.S., Novikov, A.A., Aleksandrova, E.N., & Nasonov, E.L. (2009). Prevalence of mental disorders in SLE patients: correlations with the disease activity and comorbid chronic conditions. *Ter Arkh*, 81(6), 10-16.
- McElhone, K., Abbott, J., Gray, J., Williams, A., & Teh, L.S. (2010). Patient perspective of systemic lupus erythematosus in relation to health-related quality of life concepts: a qualitative study. *Lupus*, 19(14), 1640-1670.
- Molander, P., Hesser, H., Weineland, S., Bergwall, K., Buck, S., Hansson-Malmjöf, J., Lantz, H., Lunner, T., & Andersson, G. (2015). Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: Study protocol for a randomized controlled trial. *American Journal of Audiology*, 24(3), 307-310.
- Mok, C.C., Chan, K.L., & Ho, L.Y. (2016). Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 34(3), 389-395.
- Mak, A., Tang, C.S., & Ho, R.C. (2013). Serum tumour necrosis factor-alpha is associated with poor health-related quality of life and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 22(3), 254-261
- Mok, C.C., Chan, K.L., Cheung, E.F., & Yip, P.S. (2014). Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. *Rheumatology (Oxford)*, 53(4), 714-721.
- Neff, K.D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D. (2003a) Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British Journal of Pain*, 14(1), 31-41.
- Holloway, L., Humphrey, L., Heron, L., Pilling, C., Kitchen, H., Højbjørre, L., Strandberg-Larsen, M., & Hansen, B.B. (2014). Patient-reported outcome measures for systemic lupus erythematosus clinical trials: a review of content validity, face validity and psychometric performance. *Health and Quality of Life Outcomes*, 22(12), 116-124.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press.
- Herbert, M.S., Malaktaris, A.L., Dochat, C., Thomas, M.L., Wetherell, J.L., & Afari, N. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: Does post-traumatic stress disorder influence treatment outcomes? *Pain Management*, 20(9), 1728-1736.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Jarpa, E., Babul, M., Calderón, J., González, M., Martínez, M.E., Bravo-Zehnder, M., Henríquez, C., Jacobelli, S., González, A., & Massardo, L. (2011). Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. *Lupus*, 20(1), 58-66.
- Jolly, M., Pickard, A.S., Wilke, C., Mikolaitis, R.A., Teh, L.S., McElhone, K., Fogg L, & Block, J. (2010). Lupus-specific health outcome measure for US patients: the LupusQoL-US version. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(1), 29-33.
- Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1075-1083.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Krieger, T., Reber, F., von Glutz, B., Urech, A., Moser, C.T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for

- Olesińska, M., & Saletra, A. (2018). Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. *Reumatologia*, 56(1), 45–54.
- Philip, E., Lindner, H., & Lederman, L. (2009). Relationship of illness perceptions with depression among individuals diagnosed with lupus. *Depression and Anxiety*, 26(6), 575–582.
- Quinlan, E., Deane, F.P., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62.
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41-49.
- Sehlo, M., & Bahlas, S. (2013). Perceived illness stigma is associated with depression in female patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 248–251.
- Simons, J., & Gaher, R.M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Ward, M.M., Lotstein, D.S., Bush, T.M., Lambert, R.E., van Vollenhoven, R., & Neuwelt, C.M. (1999). Psychosocial correlates of morbidity in women with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 26(10), 2153–2158.
- Williams, E.M., Egede, L., Faith, T., & Oates, J. (2017). Effective self-management interventions for patients with lupus: potential impact of peer mentoring. *The American Journal of the Medical Sciences*, 353(6), 580-592.
- Xie, L.F., Chen, P.L., Pan, H.F., Tao, J.H., Li, X.P., Zhang, Y.J., & et al. (2012). Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. *Rheumatology International*, 32(9), 2707–2714
- Zhang, L., Fu, T., Yin, R., Zhang, Q., & Shen B. (2017). Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1):70.
- Zhang, C.Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.K., Hagger, M.S., & Hayes, S.C. (2017). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 11; 8:235.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.