

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک

علی محمد رضایی

استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۱/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۳)

Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment, Compassion-Based Therapy and Combination therapy on Anxiety and Dysfunctional Attitudes in Patients With Systemic Lupus

Ali Mohammad Rezaei

Assistant Professor, Department of Psychology, Arsenjan Branch, Islamic Azad University, Arsenjan, Iran.

Original Article

(Received: Apr. 01, 2020 - Accepted: May. 03, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Lupus is a disease that is causing anxiety in a person causes anxiety and tension in response to threatening conditions. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment based therapy, compassion based therapy and combination therapy on anxiety and Dysfunctional attitudes in patients with systemic lupus. **Method:** This is a quasi-experimental study with pre-test, post-test with a control group. The statistical population of this study included all patients with systemic lupus treated in Shiraz hospitals, who Using a available sampling method, 80 individuals were selected and randomly divided into four groups including 20 individuals. One group was selected as control group and the other 3 as experimental group. The instruments used in this study included Zong Anxiety Scale (1970), and Weisman and Beck (1978) dysfunctional attitudes questionnaire. **Findings:** Data collected using repeated measures analysis of variance showed that this treatment had a significant effect on systemic lupus in post-test and follow-up stages ($F=6/53$, $p<0/001$). Also, the effect of combination therapy in this study was significant ($F=207/47$, $p\leq 0/005$). **Conclusion:** According to the findings of the present study, acceptance, commitment and compassion training packages can be used to improve anxiety and dysfunctional attitudes in patients with lupus.

Keywords: Lupus, Acceptance And Commitment Therapy, Compassion Therapy, Anxiety, Dysfunctional Attitudes.

چکیده

مقدمه: لوپوس بیماری است که با ایجاد اضطراب در فرد باعث نگرانی و تنش در پاسخ به شرایط تهدیدکننده می‌گردد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جامعه آماری ۸۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به چهار گروه (یک گروه کنترل ۲۰ نفره و ۳ گروه آزمایشی ۲۰ نفره) قرار گرفتند. ابزارهای بکاررفته در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب زونگ (۱۹۷۰) و پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۷۸) بود. **یافته‌ها:** داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این درمان بر لوپوس سیستمیک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار دارد ($p\leq 0/0001$ و $F=6/53$). همچنین اثر درمان ترکیبی در این پژوهش با سطح معناداری ($F=207/47$ و $p\leq 0/005$) بود. **نتیجه‌گیری:** مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از بسته‌های آموزشی پذیرش و تعهد و شفقت درمانی جهت بهبود اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس بهره برد.

واژگان کلیدی: لوپوس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، اضطراب، نگرش‌های ناکارآمد.

*Corresponding Author: Ali Mohammad Rezaei

Email: ramin3677s@yahoo.com

مقدمه

مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (اکبری و حسینی، ۱۳۹۹)؛ و اضطراب زمانی در این بیماری و بیماری‌های دیگر به‌عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز بیش‌ازحد معمول طول بکشد (ولز و کارتر^۲، ۲۰۰۱). اینجا است که بیمار باتوجه به شرایط فوق سطح کیفیت زندگی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و پدیده‌ای به نام «درد مزمن» و گاهی خیالی گسترش می‌یابد. امروزه دردهای مزمن از بیماری‌ها از جمله مشکلات رایج امروز است (رضایی، شریفی، غضنفری و همکاران، ۱۳۹۹).

شناخت بهتر مکانیسم بیماری‌های خود ایمنی بدن کمک زیادی در انتخاب نوع درمان می‌کند. با این وجود اکثر پژوهش‌ها بیشتر درمان‌های دارویی را مورد توجه قرار داده‌اند. این تک‌محوری در درمان با روش‌های نوین مثل پیوند سلول‌های بنیادی، جهانی نو در درمان لوپوس ایجاد می‌کند که فقط در چارچوب فیزیک بدن کاربرد دارد (رضایی، ۱۳۹۸). با توجه به ماهیت چندبعدی درد مزمن، رویکرد کنونی در مدیریت درد به‌طور فزاینده‌ای از رویکرد جسمانی و دارویی فراتر رفته و نقش متغیرهای روانشناختی در مدیریت درد مزمن و بیماری‌های خود ایمنی مورد توجه قرار گرفته است و تقریباً از زمانی که وال^۳، نظریه کنترل دوازده درد را مطرح کرد، شدت و ماهیت درد به‌عنوان تابعی از سازوکارهای حسی، شناختی و عاطفی شناخته شد (والز، مک‌نیل، گروس و

لوپوس سیستمیک یک علامت شاخص تنها ندارد، بلکه سندرم بالینی با علت ناشناخته است که جز بیماری‌های خود ایمنی محسوب گردیده است. این بیماری، با درگیری ارگان‌های حیاتی بدن تأثیر زیان‌آوری بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد می‌گذارد. زندگی به مدت طولانی همراه با علائم بیماری خصوصاً علائم پوستی و ظاهری می‌تواند به تهدید هویت، تغییر نقش‌ها و وظایف و تغییر در تصویر ذهنی و یا سبک زندگی منجر شود. هرگونه تغییر عمده یا کاهش توانایی در عملکرد، مستلزم تطابق بیشتر جسمی، روانی و اجتماعی توسط بیمار و خانواده است. مددجو و خانواده برای پذیرش تغییر توانایی‌های فرد، در انجام وظایف گذشته، همچنین، برنامه‌ریزی مناسب در این زمینه به زمان نیاز دارند (رضایی، شریفی، غضنفری و همکاران، ۱۳۹۹). این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی‌حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی (مظهري آزاد و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین بالاترین نیازهای برآورده نشده آنان مربوط به درد و عدم توانایی انجام کار، ترس از تشدید بیماری، مشکلات خواب، اضطراب و استرس از جمله تغییرات این بیماران می‌باشد (موس، ویگرز، نیکولاس و همکاران^۱، ۲۰۰۵). این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد خلق پایین و تغییر در نوع و کیفیت زندگی افراد می‌گردد. برای انسان‌های آزاده خاطر شروع کردن کارها بسیار سخت و

2. Wells, & Carter
3. wovle

1. Moses, Wiggers, Nicholas, et al

همکاران^۱، ۲۰۱۹)؛ براساس این نظریه، ادراک درد، بخشی از فرآیند پیچیده‌ای است که نه تنها تحت تأثیر درون داد حسی است، بلکه تحت تأثیر برانگیختگی و فعالیت نظام عصبی نیز است (وایک، رافی، بیشاپ و همکاران^۲، ۲۰۱۷).

با این وجود، در بیماران مبتلا به لوپوس، پاسخ فاجعه‌بار به درد یکی از نیرومندترین پیش‌بینی کننده‌های افزایش استرس‌های عاطفی، مشکلات اجتماعی و شدت درد است (استرگن و زاترا^۳، ۲۰۱۷). همچنین افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه‌آمیز می‌کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (سلامی^۴، ۲۰۱۰).

بر این اساس، از میان درمان‌های جدید برای نشانگان بالینی اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی که از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم رفتاری‌اند و تحول‌شگرفی در روان‌دردمانگری ایجاد کرده‌اند، یاد نمود (اژه‌ای، صیادشیرازی و لواسانی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش نسبت به سایر رویکرد درمانی این حوزه، در زمینه درمان افسردگی و اضطراب جزء درمان‌های مطرح محسوب می‌گردد (اکبری و حسینی، ۱۳۹۹).

اهمیت این نوع درمان در این است که دارودرمانی به‌تنهایی مشکلات افراد مبتلا به لوپوس را از بین نمی‌برد؛ بلکه به درمانی هدفمند در کنار ساختار دارودرمانی نیازمند است (رضایی،

۱۳۹۸)؛ این رویکرد در مقایسه با رفتار درمانگری شناختی تأکید بیشتری بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد (هیز، ۲۰۰۶)؛ از طرفی پیشینه‌های تحقیقاتی تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد را در حل مشکلات روانشناختی تأیید کرده‌اند. از جمله اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن (کیانی، صباحی، مکوند حسینی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بر اضطراب فراگیر بیماران دارای اختلال اضطراب (کشاورز افشار، رافی و میرزایی، ۱۳۹۷)، بر میزان علائم افسردگی و استرس زنان مبتلا به درد مزمن (صبور و کاکابرائی، ۱۳۹۵)، مؤثر واقع شده است. همچنین در بررسی شریفی ساکی، علیپور، آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۸) بر تأثیرات این روش درمانی بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه تأکید شده است؛ از طرفی دیگر به نظر می‌رسد که خصیصه‌ی شفقت به خود می‌تواند رابطه‌ی اجتناب تجربه‌ای و افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد، طوری که اگر میزان خود شفقتی فرد، بالا باشد در این صورت فرد، تمامی هیجانات خود حتی هیجانات منفی را بخشی از وجود خود دانسته و به جای اجتناب کردن، آن‌ها را می‌پذیرد. در نتیجه می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر شفقت خود می‌تواند با افزایش خود دوست داری و به‌هوشمندی، از میزان اجتناب تجربه‌ای و به دنبال آن از میزان افسردگی فرد بکاهد (پرنیان‌خوی، کهتری، قره داغی و همکاران، ۱۳۹۹).

در درمان شفقت‌محور، بر کسب شش ویژگی (حساسیت، همدردی، انگیزه مشفقانه، تحمل

1. Vowles, McNeil & Groos
2. WaiEK, Roffey, Bioshop
3. Sturgeon, Zautra
4. Salami

یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی و مرگ‌ومیر افراد مطرح بوده است (کیانی و همکاران، ۱۳۹۹). روشن است که استرس، اضطراب و نگرش‌های منفی بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و از همه مهم‌تر، کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد مبتلا به لوپوس سیستمیک تأثیر نامطلوب خواهد داشت. به همین منظور در پژوهش حاضر به منظور جلوگیری از اضطراب، افکار مخرب و منفی، کاهش مشکلات روانشناختی و افزایش توانمندی و تفکر مثبت بیماران مبتلا به لوپوس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی استفاده شده است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و دوره پیگیری با یک گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز بود. معیار ورود این پژوهش شامل: داشتن سن ۲۵ تا ۴۰ سال، سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال از زمان تشخیص، نداشتن بیماری جسمانی دیگر به جزء لوپوس، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روانشناختی دیگر و همچنین معیار خروج افراد از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات جسمانی که مانع

فاجعه، عدم قضاوت‌گری و همدلی) تمرکز می‌شود که در راستای پرورش شجاعت مشفقانه است؛ زیرا بر اساس رویکرد شفقت‌محور تمایل به نزدیک شدن به چیزهای واقعا سخت و کار با آن‌ها نیازمند شجاعت است (کولتز، بل، لوی و آریونز^۱، ۲۰۱۸). هدف درمان تأکید بر محوریت سیستم مهربانی در کاهش فرآیند مبتنی بر تهدید از طریق پرورش احساس مراقبت‌گری نسبت به خود و دیگران در درمانجو است (گیلبرت، ۲۰۱۴). با اینکه رویکرد شفقت‌محور اغلب به‌عنوان یک درمان مستقل به کار می‌رود، اما روش‌های آن طوری طراحی شده است که درمانگرانی با رویکردهای درمانی مختلف می‌توانند از آن استفاده کنند (تیرچ، شوندورف و سیلبراستاین^۲، ۲۰۱۴). پژوهش‌های مرتبط با رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت‌محور نشان می‌دهد که این دو روش درمانی برای درمان مشکلات روانشناختی مفید هستند (گیلبرت، ۲۰۱۴). به‌علاوه استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست (ماتوف^۳، ۲۰۱۸) و جهت‌گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند می‌تواند به عدم بهبود بسیاری از بیماران منجر شود. (گورین^۴، ۲۰۱۴)؛ همچنین پرنیان‌خوی و همکاران (۱۳۹۹) بر تأثیرات روش درمان مبتنی بر خود شفقتی بیماران مبتلا به سرطان با علائم افسردگی تأکید نموده‌اند؛ از طرفی نقش استرسورهای روانی - اجتماعی، همواره به‌عنوان

1. Kolts, Bell, Levy and Irons
2. Tirsch, Schoendorffand Silberstein
3. Matoff
4. Govrin

استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی آزمودنی‌های مورد آزمایش ۳۲ سال بود. انحراف استاندارد گروه کنترل ۲.۶۵ و میانگین سن ۳۹، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۸۸ و میانگین سنی ۳۱، درمان مبتنی بر شفقت ۲/۷۷ و میانگین ۳۰ و در درمان ترکیبی ۳/۱۱ و میانگین سنی ۲۸ بود.

پروتکل‌ها:

پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش، بسته درمانی متمرکز بر پذیرش و تعهد براساس مدل هریس (۲۰۱۳)؛ درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹) و پروتکل درمان ترکیبی بر اساس مدل ماتریکس اکت با شفقت بر اساس مدل پولک (۲۰۱۶) است. روایی محتوایی این پروتکل‌ها، با نظرخواهی از چهارنفر متخصص روانشناسی و روماتولوژیست و آشنا به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جدول‌های ۱ و ۲ تأیید شد.

با $\alpha = 0.05$ و حجم اثر ۰/۵ کار را انجام دهند و توان آزمون منطقی داشته باشند، براساس این رویکرد، حجم نمونه در هر گروه ۲۰ نفر می‌باشد. داده‌های خام استخراج‌شده از پرسشنامه‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش و روش تحلیل داده‌ها در قالب متغیرهای پژوهش تنظیم گردید. اطلاعات جمع‌آوری‌شده در حیطه آمار توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده از ابزارهای پژوهش با

حضور بیمار در جلسات درمان گردند و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. نمونه‌گیری پژوهش به صورت در دسترس بود؛ به این صورت که چهار گروه ۲۰ نفره جدا شدند؛ سپس آزمودنی‌ها به شکل تصادفی در سه گروه آزمایشی (یک گروه درمان مبتنی بر شفقت، یک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه درمان ترکیبی) و یک گروه کنترل گمارده شدند و همه آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را در سه نوبت (قبل و بعد از درمان و در دوره پیگیری سه‌ماهه) تکمیل نمودند و در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند؛ در انتها هر سه گروه آزمایش و کنترل مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. باتوجه به این‌که انتخاب نمونه در پژوهش‌های آزمایشی که به مقایسه گروه‌ها می‌پردازد بر اساس سطح معنی‌داری و توان آزمون است که باتوجه به کتاب روش‌های تحقیق در علوم رفتاری سرمد و همکاران (۱۳۹۸)، جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی با انتخاب آزمودنی در هر گروه ۲۰ نفر می‌توان، به توان آزمون بالا دست پیدا کرد؛ لذا از آنجاکه هدف، اثرگذاری این درمان‌ها در بیماران با $\alpha = 0.05$ و حجم اثر ۰/۵ کار را انجام دهند و توان آزمون منطقی داشته باشند، براساس این رویکرد، حجم نمونه در هر گروه ۲۰ نفر می‌باشد. داده‌های خام استخراج‌شده از پرسشنامه‌ها با توجه به فرضیه‌های پژوهش و روش تحلیل داده‌ها در قالب متغیرهای پژوهش تنظیم گردید. اطلاعات جمع‌آوری‌شده در حیطه آمار توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده از ابزارهای پژوهش با

علی محمد رضایی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ...

گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه
باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. طرح
حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات
IR.IAU.SHK.REC.1399.002 و دارای
شماره IRCT20200215046500N1
مطالعات کارآزمایی بالینی، می‌باشد.

روش‌های درمانی پرداخته شد. همچنین گروه‌های
درمانی مورد آزمایش در ۶ جلسه درمان ترکیبی
به‌صورت هفته‌ای نیز شرکت نمودند. جهت
رعایت اخلاق در پژوهش رضایت نمونه‌های
حاضر در پژوهش برای شرکت در برنامه مداخله
کسب و آزمودنی‌ها از کلیه مراحل مداخله آگاه
شدند. همچنین گروه کنترل بدون

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

جلسه‌های درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، و ارائه تکلیف.
جلسه دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه‌حل‌های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف.
جلسه سوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است، معرفی کنترل به‌عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف و ارائه تکلیف.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارائه تکلیف.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلس، استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف.
جلسه ششم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، ارائه تکلیف.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، ارائه تکلیف.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به‌جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکلیف.
جلسه نهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف.
جلسه دهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیکهای درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند ارائه تکلیف.
جلسه یازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها باوجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف.
جلسه دوازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس‌آزمون.

در جدول ۲ خلاصه‌ای از طرح درمانی اجرا
شده درمان مبتنی بر شفقت بر گروه‌های آزمایش

درمان رها نشده بودند و درمان‌های معمول مرکز
مشاوره راز را دریافت کردند. همچنین به هر دو

ارائه گردیده است، قابل ذکر است تمامی نمونه‌ها با شرکت در جلسات، فرآیند درمان مبتنی بر شفقت را فرا گرفته‌اند.

جدول ۲. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر شفقت

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

در جدول ۳ خلاصه‌ای از طرح درمان ترکیبی بر اساس مدل پولک، در ۶ جلسه گروهی ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه جلسات گروهی درمان ترکیبی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، یادگیری مفهوم چهارچوب‌های ارتباطی ذهن، آمیختگی با هیجان و بدتنظیمی هیجان
جلسه دوم	آشنایی با ماتریکس اکت، تفاوت حواس پنجگانه و دنیای درونی ذهن، تمرین دیدگاه‌گیری
جلسه سوم	مرور تکالیف خانگی، درک اثرات حرکات بیرونی، اقدامات دور شونده و نزدیک شونده و آشنایی با دو شخصیت خوش‌خلق و بدخلق
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی، در این فرآیند درمانگر به نوجوانان کمک می‌کند تا نسبت به تجربه درد، رنج و کشمکش با پذیرش و ذهن آگاهی بنگرد.
جلسه پنجم	مرور تکالیف خانگی، تمرین بهره‌برداری از قدرت دیدگاه‌گیری در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و روابط بین فردی در آینده
جلسه ششم	مرور تمامی جلسات گروهی با استفاده از مهارت‌های دیدگاه‌گیری، آپیکدو کلامی، ذهن آگاهی و شفقت‌ورزی

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی بیماران، نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش دارای میانگین سنی ۳۱ سال انحراف استاندارد ۳/۰۷ بودند. آزمودنی‌ها حداقل کاردانی و حداکثر کارشناسی ارشد بود. سابقه‌ی ابتلای به بیماری تقریباً مشابهی نیز دارند.

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش:

در این بخش به بیان گزارش توصیفی داده‌های پژوهش، با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد بر اساس جدول ۱ پرداخته می‌شود. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۸۰ نفر از بیماران لوپوس بودند که به‌طور تصادفی در ۱ گروه کنترل و ۳ گروه آزمایشی قرار گرفتند. در جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های ۳ گانه در اضطراب ارائه می‌شوند. میانگین سنی افراد گروه کنترل ۳۵ و انحراف استاندارد ۱/۷۷، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰ و انحراف استاندارد ۱/۸۴، میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۲ و انحراف استاندارد ۰/۹۹ و در گروه درمان ترکیبی دارای میانگین ۲۹ و انحراف استاندارد ۳/۴۳ بود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های آماری آن موردبررسی قرار گرفت؛ نتیجه آزمون شاپیرو ویلک^۱ حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین^۲ نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش است.

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

۳) پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک: این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد می‌باشد. در این مقیاس پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت (موفقیت - کامل طلبی-نیاز به تأیید دیگران-نیاز به راضی کردن دیگران آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد) مشخص می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای می‌باشد.

1. Shapiro-Wilk test of normality

2. Levene's test

عملکرد) به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است. نتایج شاخص موفقیت/کمال طلبی نشان‌دهنده میانگین ۳۳/۴۰ و انحراف استاندارد ۳/۳۷ در گروه کنترل، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین ۲۴/۱۰ و انحراف استاندارد ۳/۵۵، درمان مبتنی بر شفقت با میانگین ۲۵/۱۰ و انحراف استاندارد ۲/۴۹ و درمان ترکیبی با میانگین ۲۱/۲۵ و انحراف استاندارد ۳/۰۴ جهت گروه‌های آزمایش بدست آمده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب در جدول بالا نشان می‌دهد؛ میانگین گروه‌های آزمایش در پیش‌آزمون ۳۹/۶۵، ۳۸/۳۰ و ۳۸/۲۵ و انحراف استاندارد گروه‌ها در پیش‌آزمون ۲/۲۶، ۲/۲۴ و ۲/۵۹ می‌باشد؛ همچنین شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته نگرش‌های ناکارآمد موفقیت/کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی‌کردن دیگران، آسیب‌پذیری - ارزشیابی

جدول ۴. خلاصه نتایج شاخص توصیفی نمرات گروه‌های درمان ACT، درمان CFT و درمان ترکیبی و گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n=80)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	آماره	معناداری	آماره	معناداری
اضطراب	کنترل	۳۹/۰۳	۳/۶۸	۳۹/۵۰	۲/۶۵	۳۹/۴۵	۲/۶۰	۰/۹۷۹	۰/۲۱۸	۰/۱۱	۰/۸۸
	درمان ACT	۳۹/۶۵	۲/۲۶	۳۱/۱۰	۱/۸۸	۳۲/۳۳	۱/۸۴	۰/۹۳۷	۰/۱۰۹	۰/۳۳	۰/۷۶
	درمان CFT	۳۸/۲۰	۲/۲۴	۳۰/۹۰	۲/۸۷	۳۱/۸۰	۲/۴۱	۰/۹۴۶	۰/۱۸۳	۰/۳۳	۰/۷۶
	درمان ترکیبی	۳۸/۲۵	۲/۵۹	۲۸/۶۰	۳/۱۱	۲۹/۴۵	۲/۸۸	۰/۹۶۸	۰/۱۹۱	۰/۵۷	۰/۵۸
موفقیت -	کنترل	۳۳/۵۸	۳/۲۳	۳۳/۴۰	۳/۳۷	۳۳/۷۵	۳/۴۶	۰/۹۴۶	۰/۱۱۳	۰/۵۸	۰/۵۹
کمال‌طلبی	درمان ACT	۲۲/۱۷	۲/۷۲	۲۴/۱۰	۲/۵۵	۲۴/۸۰	۲/۹۸	۰/۹۵۲	۰/۱۱۶	۰/۴۶	۰/۴۹
	درمان CFT	۳۳/۶۵	۳/۱۲	۲۵/۱۰	۲/۴۹	۲۵/۳۵	۲/۶۸	۰/۹۵۷	۰/۱۳۱	۲/۷۲	۰/۱۱
	درمان ترکیبی	۳۱/۸۵	۲/۶۸	۲۱/۲۵	۳/۰۴	۲۱/۸۰	۳/۳۲	۰/۹۶۲	۰/۱۳۶	۳/۴۱	۰/۰۸
نیاز به تأیید	کنترل	۱۳/۷۵	۴/۸۵	۱۴/۱۵	۲/۳۹	۱۴/۶۵	۳/۳۲	۰/۹۵۰	۰/۲۸۷	۰/۷۴	۰/۸۱
دیگران	درمان ACT	۱۴/۱۰	۱/۸۶	۱۰/۳۵	۳/۷۶	۱۱/۵۵	۲/۳۰	۰/۹۲۸	۰/۵۱۵	۰/۱۰	۰/۱۷
	درمان CFT	۱۳/۶۵	۱/۴۶	۱۱/۰۰	۳/۴۶	۱۱/۹۰	۱/۹۴	۰/۹۴۶	۰/۳۰۴	۱/۷۶	۰/۲۱
	درمان ترکیبی	۱۴/۹۵	۲/۱۱	۹/۱۵	۲/۱۱	۱۰/۱۵	۲/۴۱	۰/۹۵۱	۰/۲۹۸	۲/۰۳	۰/۱۳
نیاز به راضی‌کردن	کنترل	۱۳/۶۵۰	۲/۷۰	۱۴/۸۵	۳/۴۱	۱۴/۱۳	۲/۳۹	۰/۹۱۴	۰/۲۲۳	۲/۹۸	۰/۱۷
دیگران	درمان ACT	۱۳/۴۵	۱/۶۱	۹/۷۸	۲/۵۶	۸/۹۰	۲/۵۱	۰/۹۵۶	۰/۳۲۱	۰/۶۴	۰/۶۷
	درمان CFT	۱۳/۰۳	۱/۸۳	۱۰/۹۳	۱/۸۹	۹/۸۰	۲/۵۲	۰/۹۵۳	۰/۱۶۷	۲/۲۳	۰/۱۸
	درمان ترکیبی	۱۳/۴۵	۱/۷۰	۸/۷۵	۳/۱۴	۸/۵۰	۲/۳۷	۰/۹۵۷	۰/۱۳۱	۳/۳۱	۰/۰۹
آسیب‌پذیری -	کنترل	۱۴/۹۰	۲/۶۹	۱۶/۲۵	۱/۷۷	۱۵/۵۰	۲/۵۰	۰/۹۵۲	۰/۱۳۱	۳/۸۶	۰/۱۱
ارزشیابی	درمان ACT	۱۶/۳۳	۲/۰۰	۱۴/۱۵	۱/۸۴	۱۴/۳۵	۱/۹۵	۰/۹۶۲	۰/۱۹۴	۱/۵۸	۰/۲۱
عملکرد	درمان CFT	۱۷/۲۵	۱/۴۵	۱۳/۳۵	۰/۹۹	۱۴/۸۵	۱/۲۶	۰/۹۵۸	۰/۴۵۱	۰/۸۹	۰/۹۲
	درمان ترکیبی	۱۵/۲۰	۲/۸۱	۱۲/۷۰	۳/۴۳	۱۳/۵۵	۳/۳۰	۰/۹۴۶	۰/۳۰۴	۰/۴۸	۰/۵۴

علی محمد رضایی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ...

برای این آزمون برقرار نیست؛ همچنین نتایج در مورد آزمون نیاز به راضی کردن دیگران نشان می‌دهد که آزمون کروییت ماچلی معنادار نیست، یعنی شرط کروییت برقرار است. همچنین جهت مقیاس اضطراب با سطح معناداری ($P=0/0005$) نشان‌دهنده همگن بودن آنان می‌باشد؛ در ادامه نتایج در جدول ۵ بیان گردیده است.

نتایج در مورد مقیاس اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد، نشان می‌دهد که آزمون کروییت ماچلی برای متغیرهای موفقیت/کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد معنادار است؛ مقادیر سطح معناداری به ترتیب ($P=0/026$)، ($P=0/0005$) و ($P=0/0005$) می‌باشد؛ که گویای آن است که شرط کروییت

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون کروییت ماچلی برای متغیرهای اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن در گروه‌های درمان ACT، درمان CFT و درمان ترکیبی و گروه کنترل ($n=80$)

متغیر	W ماچلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب	۰/۹۰۲	۲۳/۳۰۸	۲	۰/۰۰۰۵
موفقیت / کمال‌طلبی	۰/۹۰۷	۷/۳۰۰	۲	۰/۰۲۶
نیاز به تأیید دیگران	۰/۷۴۱	۲۲/۴۹	۲	۰/۰۰۰۵
نیاز به راضی کردن دیگران	۰/۹۷۳	۲/۰۴۳	۲	۰/۳۶۰
آسیب‌پذیری / ارزشیابی عملکرد	۰/۷۱۷	۲۴/۹۰۴	۲	۰/۰۰۰۵

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نگرش‌های ناکارآمد، در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی) و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد حداقل در دو بار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به اندازه اثر زیرگروه‌های متغیر نگرش‌های ناکارآمد و $P=0/0005$ و اندازه اثر $0/462$ ، $0/233$ ، $0/247$ و $0/232$ در مرحله بررسی، صرف‌نظر از گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این نشان‌دهنده اثربخشی این نوع درمان‌ها بر

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری در جدول ۶ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی) و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی حداقل بین میانگین نمرات اضطراب در دو بار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=207/47$) و $P<0/0005$. همچنین با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین

نگرش‌های ناکارآمد بیماران لوپوس می‌باشد.

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن در گروه‌های درمان ACT، درمان CFT و درمان ترکیبی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n=80)

متغیر وابسته	منبع اثر	متغیر وابسته	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر آماری	توان
اضطراب	درون آزمودنی	مرحله-گروه	۷۶۴/۰۵	۴/۲۷	۱۷۹/۱۰	۲۷/۹۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲۵	۱
	بین آزمودنی	گروه	۱۷۵۳/۷۷	۳	۵۸۴/۵۹	۵۰/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۴	۱
نگرش‌های ناکارآمد	درون آزمودنی	مرحله	۲۳۴۴/۹۷	۱/۹۵	۱۲۰۴/۳۱	۱۸۵/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰۹	۱
	بین آزمودنی	نیاز به تأیید دیگران	۳۶۵/۷۳	۱/۶۸	۲۱۷/۵۸	۳۴/۲۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱۱	۱
		نیاز به راضی کردن دیگران	۴۰۸/۲۳	۲	۲۰۴/۱۲	۳۹/۵۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴۲	۱
		آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۱۴۱/۴۵	۱/۶۵	۸۵/۷۸۲	۲۱/۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱۷	۱
		مرحله-گروه	۸۲۸/۲۹	۵/۸۴	۱۴۱/۸۰	۲۱/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۶۲	۱
		نیاز به تأیید دیگران	۲۴۶/۲۷	۵/۰۴	۴۸/۸۴	۷/۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳۳	۱
		نیاز به راضی کردن دیگران	۲۵۷/۷۴	۶	۴۲/۹۶	۸/۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴۷	۱
		آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۱۵۴/۰۹	۴/۹۵	۳۱/۱۵	۷/۶۷	۰/۰۰۰۵	۰/۲۳۲	۱
	بین آزمودنی	گروه	۲۴۳۵/۶۱	۳	۸۱۱/۸۷	۵۱/۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۷۲	۱
	درون آزمودنی	نیاز به تأیید دیگران	۲۶۰/۷۵	۳	۸۶/۹۱	۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰۵	۰/۹۶۵
		نیاز به راضی کردن دیگران	۵۷۵/۳۲	۳	۱۹۱/۷۷	۲۳/۶۶	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۳	۱
		آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۹۹/۳۲	۳	۳۳/۱۱	۳/۶۴	۰/۰۱۶	۰/۱۲۶	۰/۷۷۸

در بهبود نگرش‌های ناکارآمد و زیر مقیاس‌های آن در «هرسه گروه آزمایش از گروه کنترل» به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/01$).

در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد که در نمره کل اضطراب میانگین نمرات در «هرسه گروه آزمایش از گروه کنترل» به‌طور معناداری بیشتر است ($P < 0/01$)؛ همچنین

علی محمد رضایی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ...

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله گروه‌های آزمایش درمان ACT، درمان CFT و درمان ترکیبی و گروه کنترل در متغیرهای اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n=80)

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	P
اضطراب	کنترل	درمان ACT	۵/۶۵۸	۰/۰۰۰۵
		درمان CFT	۴/۹۶۷	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۷/۲۲۵	۰/۰۰۰۵
موفقیت - کمال طلبی	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۶۹۲	۱
		درمان ترکیبی	۱/۵۶۷	۰/۰۸۵
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۲/۲۵۸	۰/۰۰۳
نیاز به تأیید دیگران	کنترل	درمان ACT	۶/۵۵۰	۰/۰۰۵
		درمان CFT	۵/۵۴۲	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۸/۶۰۸	۰/۰۰۰۵
نیاز به راضی کردن دیگران	درمان ACT	درمان CFT	-۱/۰۰۸	۱
		درمان ترکیبی	۲/۰۵۸	۰/۰۳۴
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۳/۰۶۷	۰/۰۰۰۵
آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد	کنترل	درمان ACT	۲/۱۸۳	۰/۰۰۹
		درمان CFT	۲/۰۰۰	۰/۰۲۲
		درمان ترکیبی	۲/۷۶۷	۰/۰۰۱
ارزشیابی عملکرد	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۱۸۳	۱
		درمان ترکیبی	-۰/۵۸۳	۱
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۰/۷۶۷	۱
ارزشیابی عملکرد	کنترل	درمان ACT	۳/۵۰۰	۰/۰۰۰۵
		درمان CFT	۲/۹۵۸	۰/۰۰۰۵
		درمان ترکیبی	۳/۹۷۵	۰/۰۰۰۵
ارزشیابی عملکرد	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۵۴۲	۱
		درمان ترکیبی	۰/۴۷۵	۱
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۰/۰۱۷	۰/۳۲۵
ارزشیابی عملکرد	کنترل	درمان ACT	۰/۶۰۸	۱
		درمان CFT	۰/۴۰۰	۱
		درمان ترکیبی	۱/۷۳۳	۰/۰۱۴
ارزشیابی عملکرد	درمان ACT	درمان CFT	-۰/۲۰۸	۱
		درمان ترکیبی	۱/۱۲۵	۰/۲۶۷
	درمان CFT	درمان ترکیبی	۱/۳۳۳	۰/۱۰۷

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که این نوع درمان‌ها تفاوت معناداری را بین نمرات گروه آزمایش و کنترل به لحاظ اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ایجاد کرده است. به‌طورکلی درمان‌های رفتاری موج سوم در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود. تحقیقات هیز و همکاران، نیز نشان داده است که راهبردهای زمینه‌ای از راهبردهایی که مستقیماً محتوای افکار را هدف قرار می‌دهند سریع‌تر موجب تغییر رفتار می‌گردند (هیز، ۲۰۰۸)؛ از این رو به‌کارگیری استعارات، تمرینات، تناقض‌ها و قراردادهای زبانی پذیرش و تعهد درمانی در این زمینه به‌منظور توصیف اینکه ذهن نمی‌تواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببیند (آلسو، لوپز، لوزادا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ همچنین می‌توان گفت چون از یک سو افراد مضطرب دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می‌کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاق‌های ناگواری مثل مرگ که ممکن است در

آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روانشناختی مناسب برای کاهش اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بوجود آمده ناشی از آن در بیماران لوپوس مورد استفاده قرار گیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (رضایی، ۱۳۹۹)؛ بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش‌های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناختواره‌های مسئله‌ساز مطرح می‌کند.

این نتیجه با نتایج پژوهش‌های رضایی، شریفی، غضنفری و همکاران (۱۳۹۹)؛ کیانی، صباحی، مکوندحسینی و همکاران (۱۳۹۹)؛ اکبری و حسینی (۱۳۹۹)؛ رضایی (۱۳۹۸)؛ اژه‌ای، صیادشیرازی و لواسانی (۱۳۹۷) و والزه، مک‌نیل، گروس و همکاران (۲۰۱۹)؛ که همگی با هدف تعیین اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر بیماری‌های روانشناختی در جوامع آماری گوناگون انجام شده است، یکسان بوده و همگی حاکی از وجود تأثیر معنادار این نوع درمان‌ها بر کاهش مشکلات روانشناختی بیماران دارای بیماری‌های خودایمنی بدن است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش، هر چه بیشتر تجربیات ذهن و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی

کرد که این درمان بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان بودن با خود و داشتن توجه مهربانانه با خود، استدلال مهربانانه به جای استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت و نه انتقادی و در کل پذیرفتن رنجی که فرد می‌برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می‌رساند (آلانسو، لوزادا، گنزالز و همکاران، ۲۰۱۷). بسیاری از افراد که با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می‌کند که نتیجه آن میزان بالای اضطراب، استرس و نگرانی در این افراد است، از سوی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. اکسی‌توسین و عصب میلین‌دار واگ از سیستم عصبی پاراسمپاتیک نمونه‌هایی از این سیستم‌ها هستند. به همین دلیل در درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس، ذهن‌آگاهی و تصویرسازی تأکید می‌گردد (کارلین، بارو، تروکل و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مؤلفه‌های شفقت‌درمانی بر اضطراب و نگرش ناکارآمد بیماران لوپوس بود. این روند درمانی موجب کاهش چشم‌گیر اضطراب بیماران در دوره درمان گردید.

علاوه بر این، ترکیب درمان‌های جدید موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث اثربخشی بیشتر این نوع از بیماری‌های مزمن و خود ایمنی بدن نیز می‌گردد. باتوجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۶ جلسه درمانی مدل ترکیبی پلک، عوامل تهدیدکننده

که در راستای ارزش‌های مشخصی است، تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی در اثربخشی این نوع از درمان است (فرخزادیان، عدلیب و یوسفوند، ۱۳۹۸).

همچنین در این پژوهش، درمان بر اساس راهبردهای شفقت‌درمانی در قالب جلسات درمانی برای افراد مبتلا به بیماری لوپوس ارائه گردید. رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت برای افراد دارای بیماری لوپوس سیستمیک مناسب است؛ چرا که با زندگی روزمره و رفتارهای آن‌ها در طی روز همخوانی دارد و حضور فعال گروه آزمایش در جلسات گروهی در این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران توانسته‌اند با این روش درمانی ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته باشند. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌هایی که تحت مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت یا درمان ترکیبی قرار گرفته‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نداشته‌اند، در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به‌منظور تقویت شجاعت در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش یافت. رضایی، شریفی، غضنفری و همکاران (۱۳۹۹)؛ پرنیان‌خوی، کهتری، قره‌داغلی و همکاران (۱۳۹۹)؛ رضایی (۱۳۹۸) و کولتز، بل، لوی و آریونز (۲۰۱۸)؛ نیز در پژوهش خود کارآیی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و سلامت روان‌شناختی افراد مورد تأیید قرار داده‌اند. همچنین در خصوص تأثیر مثبت درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب بیماران، می‌توان چنین تبیین

می‌شود پژوهش‌هایی در حوزه شناسایی مسائل روان‌شناختی و مدل‌های روان‌شناختی ایجادکننده این اختلالات در بیماران انجام تا امکان شناخت و گسترش فضای پژوهش‌های مداخله‌ای صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مؤسسات درمانی، بیمارستان‌ها، مراکز آموزش خصوصی و انجمن‌های حمایتی جهت بهبود وضعیت خلقی بیماران لوپوس، از روانشناسان استفاده‌شده و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی برای بیماران علاوه بر درمان‌های دارویی مدنظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

از کلیه بیماران لوپوس تحت درمان و کارکنان بیمارستان حافظ شیراز و دیگر عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

روان‌شناختی را در پس‌آزمون و پیگیری، کاهش‌یافته نشان دادند. تحقیقات رضایی و همکاران (۱۳۹۹)؛ ماتوف (۲۰۱۸)؛ گورین (۲۰۱۴) و تیرچ و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش با شفقت (درمان ترکیبی) موجب کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک می‌گردد؛ بر اساس نتایج پژوهش‌های آنان، استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند نیست و در برخی موارد، انسان را دچار محدودیت می‌کند.

از عمده‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه موردبررسی است؛ زیرا باتوجه به این‌که بررسی حاضر، بیمارانی را مدنظر قرار داده است که جز لوپوس بیماری دیگری نداشته‌اند و همچنین دارویی مصرف نمی‌کردند که همین مسأله ضرورت احتیاط را در تفسیر و تعمیم نتایج ایجاد می‌کند. در پایان پیشنهاد

منابع

۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷(۱)، ۱۸۹-۱۷۵.

پرنیان خوی، م؛ کهتری، ل؛ قره‌داغی، ع؛ عیدی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی بیماران مبتلا به سرطان با علائم افسردگی. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت ۱۱۸-۱۰۵ (۳۶) ۹.

حسین ثابت، ف. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش انتظار در اضطراب، افسردگی و خوشبختی. مجله مطالعات اسلام و روانشناسی، ۳(۲)،

اژه‌ای، ج؛ صیادشیرازی، م؛ غلامعلی لواسانی، م؛ و کسای اصفهانی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. مجله روانشناسی، ۱(۲۲)، ۲۱-۳.

اکبری، م؛ حسینی، ز. (۱۳۹۹). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های

علی محمد رضایی: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد ...

۷۹-۹۲

محمدی، م.ر. و قربانی بناب، ب. (۱۳۹۸). رابطه خود دلسوزی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان با واسطه اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹)، ۶۷-۵۲.

صبور، س.، کاکابرایی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴)، ۱-۹.

فرخزادیان، ع.ا.، عندلیب، ل.، و یوسفوند، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان. *فصلنامه رویش روانشناسی*، ۱۷(۱)، ۴۵-۵۲.

کشاورز افشار، ح.؛ رافعی، ز.؛ میرزائی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب فراگیر. *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، ۱۷(۳)، ۲۹۶-۲۸۹.

کیانی، س.؛ صباحی، پ.؛ مکوندحسینی، ش.؛ رفیعی‌نیا، پ.؛ آل‌بویه، م.ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر آشفتگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۶)، ۱۵۰-۱۳۳.

مظهری آزاد، ف.، عابدی، ح.ع.، و ناجی، س.ع. (۱۳۸۹). پیامدهای روانی عاطفی در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله*

رضایی، ع.م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان ترکیبی بر افسردگی و اضطراب (نشانگان بالینی)، دردهای مزمن، کیفیت زندگی، نگرش‌های ناکارآمد و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک شهر شیراز. *رساله دکتری*. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد.

رضایی، ع.م.؛ شریفی، ط.؛ غضنفری، ا.؛ افلاکی، ا. و بهره دار، م.ج. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۳)، ۱۲۷-۱۴۴.

رضایی، ع.م.؛ شریفی، ط.؛ غضنفری، ا.؛ افلاکی، ا. و بهره دار، م.ج. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۲(۴)، ۱-۹.

رضایی، ع.م.؛ شریفی، ط.؛ غضنفری، ا.؛ افلاکی، ا. و بهره دار، م.ج. (۱۳۹۹). نقش ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش‌محور در فرآیند روان‌درمانگری. *مجله علمی پژوهشی روانشناسی*، ۴(۲۴)، ۴۵۳-۴۳۵.

شریفی ساکی، ش.؛ علیپور، ا.؛ آقاییوسفی، ع.،

- Alonso, M., Lopez, A., Losada, A., Gonzalez, JL., Wetherell, JL. (2017). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain medicine*. 78, 38-48.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2009). An Introduction to the Theory & Practice of Compassion Focused Therapy and Compassionate Mind Training for Shame Based Difficulties: *Workshop notes*. Online published. Retrieved from: <http://www.compassionatemind.co.uk>.
- Govrin, A. (2014). The vice and virtues of monolithic thought in the evolution of *psychotherapy*, *Psychotherapy Integration*. 24(2), 79-90.
- Harris, R. (2013). The foundations of flourishing. In *well-being* (pp. 1-29). Oakland, United States: Context Press.
- Hayes, S. (2008). Six main processes in ACT: Psychological flexibility model. Ali Faizi (translator). Retrieved on October 1, from the website of the Center for Psychological Services and Life Counseling <http://www.mrmz.ir>.
- Hayes, s. C., Pistorello, J., Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*. X, (1), 81-102.
- Karlin, B.E., Brown, G.B., Trockel, M., Cuning, D., Zeiss, A.M. & Taylor, C.B. (2012). National dissemination of cognitive behavioral therapy for depression in the Department of Veterans Affairs Health Care System: therapist and patient-level outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80, 707-718.
- Kolts, L.R.L., Bell, T., Levy, J.B. and Irons, C. (2018). *Wxperiencing Compassion Focused Therapy from the Inside Out*. The Guilford Press. New York.
- Mattoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy Witj short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5(1), 1-24.
- Moses, N., Wiggers, J., Nicholas, C., & Cockburn, J. (2005). Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Educ Couns*, 57(1), 8-30.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix*. Context Press, An imprint of New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.
- Salami, SO. (2010). Job stress and counterproductive work behavior: Negative affectivity as a moderator. *Soc Sci*; 5, 486-492.
- Sarmad, Z., Bazargan, A., Hejazie, A. (2019). *Research Met in Behav Sci*. Tehran: Agah.

- Sturgeon, J.A., & Zautra, A.J. (2017). State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *J Behav Med*; 45(1), 69-77.
- Tirch, D., Schoendorff, B., Silberstein, L.R. (2014). *The ACT practitioners guide to the science of compassion*. New York, NY: *New Harbinger*.
- Vowles, K., McNeil, D., Groos, R., MC, Daniel., & Mouse, A. (2019). effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behav Ther*; 38, 412-425.
- Wai EK, Roffey, DM., Bioshop, P., Kwon, BK., & Dagenais, S. (2017). Causal assessment of occupational lifting and low back pain: Results of systematic review. *Spain J*; 10(6), 554-566.
- Weissman, A.N., Beck, A.T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of *the association for the advancement of behavior therapy*. Chicago: IL.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wai EK, Roffey, DM., Bioshop, P., Kwon, BK., & Dagenais, S. (2017). Causal assessment of occupational lifting and low back pain: Results of

