

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک

سید مرتضی موسوی^۱، *افسانه خواجهوند خوشلی^۲، جوانشیر اسدی^۳، حسن عبداله‌زاده^۴
۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۵)

Comparison of Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Compassion and Quality of Life in Women with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Seyyed Morteza Mousavi¹, *Afsaneh Khajevand Khoshli², Javanshir Asadi³, Hasan Abdollahzadeh⁴
1. Ph.D Student in General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Feb. 22, 2020 - Accepted: Jul. 26, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The present research was conducted by the aim of comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on self-compassion and quality of life among women with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). **Method:** The present research was semi-experimental in which a pretest-posttest and follow-up with control group design was used. The research population included all the female patients with Systemic Lupus Erythematosus referring to the Rheumatology clinic of Imam Khomeini Hospital and Tooba clinic of Sari city, Iran, in the first half of 2019. The study sample included 60 patients who were selected by available sampling method and, then, were assigned into two experiment groups and one control group through random assignment method. All the three groups were assessed by using the Neff's Self-Compassion Scale (2003) and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (1998) in pretest, posttest, and follow-up stages. The first and the second experiment groups respectively received the ACT and CFT interventions in eight 120-minute session in groups. **Findings:** Results indicated that the ACT and CFT methods have been effective on improving self-compassion and quality of life in the posttest and follow-up stages ($p < 0.01$). Findings affirmed that the effectiveness of CFT on improving self-compassion was greater. No significant difference was observed between the both interventions on the quality of life variable ($p < 0.01$). **Conclusion:** Based on the obtained results, psychologists and health practitioners are recommended to use these two therapeutic models for reducing the psychological problems of patients with SLE.

Keywords: Self-Compassion, Quality of Life, Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Systemic Lupus Erythematosus.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را 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 تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۶۰ بیمار بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از مقیاس خودشفقتی نف (۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی دوم درمان متمرکز بر شفقت را در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی دریافت نمودند. یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود خودشفقتی و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند ($p < 0/01$). یافته‌ها اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت در بهبود خودشفقتی بیماران را تأیید نمود. در متغیر کیفیت زندگی بین دو شیوه درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p < 0/01$). نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده توصیه می‌گردد روان‌شناسان و متخصصان سلامت از این دو مدل درمانی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به لوپوس استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: خودشفقتی، کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، لوپوس اریتماتوز سیستمیک.

*نویسنده مسئول: افسانه خواجهوند خوشلی

*Corresponding Author: Afsaneh Khajevand Khoshli

Email: khajevand_a@yahoo.com

مقدمه

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^{۱۲}، ۲۰۰۲). براساس تحقیقات انجام‌شده، محدوده سنی بیماران مبتلا بین ۱۶ تا ۵۵ سال و سن متوسط ابتلا ۲۱/۵ سال می‌باشد (فیرستین، کلی، بود و هریس^{۱۳}، 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^{۱۴}، ۲۰۱۳؛ فیلیپ، لیندر و لیدرمن^{۱۵}، ۲۰۰۹؛ جارپا و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۱). افسردگی و اضطراب اغلب تأثیرات عمیقی بر سلامت و بهزیستی بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک می‌گذارند، از جمله باعث افزایش بروز بیماری‌های قلبی-عروقی (گریکو و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۲)، انفارکتوس قلب^{۱۸} (لیسیت سینا و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۹)، تفکر خودکشی (ماک، چان، چونگ و ییپ^{۲۰}، ۲۰۱۴)، معلولیت جسمی (وارد و همکاران^{۲۱}، ۱۹۹۹)، کاهش کیفیت زندگی

لوپوس اریتماتوز سیستمیک^۱ یک بیماری خودایمنی رایج است که علائم اغلب شامل تب، آرتروز^۲، خستگی مفرط، کاهش وزن، لنفادنوپاتی^۳، راش پروانه‌ای^۴، بیماری کلیوی و سیتوپنی^۵ در تظاهرات بالینی پلومورفیک^۶ می‌شوند (فیگوریدو-برایگا^۷ 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^۸ مبتلا می‌شوند (هالووی و همکاران^۹، ۲۰۱۴). به‌علاوه التهاب مفصل، درگیری اعضای درونی نیز هنگام بررسی پیش‌آگهی بیماران اهمیت پیدا می‌کند، چراکه لوپوس اریتماتوز سیستمیک اغلب بر قلب، ریه‌ها، عروق خونی، کبد، کلیه‌ها و سیستم عصبی تأثیر می‌گذارد (جولی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۰). این بیماری در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های کمپلکس ایمنی در کشورهای توسعه‌یافته بوده و شیوع آن در آمریکا ۲۲/۷ نفر در سال به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد (فارست و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۳). براساس مطالعه بزرگ بررسی جامعه‌نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام‌شده،

12. Cooper & et al
13. Firestein, Kelley, Budd, & Harris
14. Sehlo & Bahlas
15. Philip, Lindner & Lederman
16. Jarpa & et al
17. Greco & et al
18. Myocardial Infarction
19. Lisitsyna & et al
20. Mok, Chan, Cheung, & Yip
21. Ward & et al

1. Systemic Lupus Erythematosus
2. Arthritis
3. Lymphadenopathy
4. Butterfly Rash
5. Cytopenia
6. Pleomorphic Clinical Presentation
7. Figueiredo-Braga & et al
8. Secondary Osteoarthritis
9. Holloway & et al
10. Jolly & et al
11. Furst & et al

قطب‌های مخالف هستند): مهربانی به خود در برابر قضاوت خود، انسانیت مشترک در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی. سازه مهربانی با خود یعنی توانایی فرد در پاسخ دادن به رنج خود با گرمی و تمایل به تسکین دادن درد خود (نف و داهم^{۱۰}، ۲۰۱۳). انسانیت مشترک یعنی توانایی فرد در فهمیدن این مسئله که تمام انسان‌ها دارای تجربه درونی مشترک هستند و اینکه رنج آن‌ها منحصر به فرد نیست. ذهن آگاهی یعنی توانایی اینکه بدون جانب‌داری تجربه نامطلوب را در نظر بگیریم و فاصله بین خود و هیجانات را حفظ کنیم (نف و داهم، ۲۰۱۳).

تمام حوزه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک در مقایسه با زنان در جمعیت عمومی و بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن شایع نظیر فشار خون، دیابت و انفارکتوس قلب، به‌طور معناداری بدتر هستند و در سنین پایین‌تر کاهش می‌یابند (سهلو و باهلاس^{۱۱}، ۲۰۱۳؛ فیلیپ، لیندر و لیدرمن^{۱۲}، ۲۰۰۹؛ کالزیکا، سیسا-جدزجوسکا و روباک^{۱۳}، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^{۱۴}، عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مرتبط هستند (محمودی و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع کیفیت زندگی مفهومی کلی و ناشی از نحوه

(ماک، تانگ و هو^۱، ۲۰۱۳؛ ماک، چان و هو^۲، ۲۰۱۶) و خطر بالاتر مرگ پیش از بلوغ (چی و همکاران^۳، ۲۰۱۲) می‌شوند.

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^۴، 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 ایلهون، آبوت، گرای، ویلیامز و ته^۵، ۲۰۱۰).

بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک به دلیل پیامدهای ناشی از بیماری، خودانتقادی و خود سرزنشگری بالایی دارند. در نتیجه میزان خودشفقتی^۶ این بیماران پایین است. خودشفقتی یک سازه جدید است که با بهزیستی در ارتباط است (الیوت، کائو و گرانت^۷، ۲۰۰۴؛ نف^۸، ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۳ ب). خودشفقتی به تمایل به مراقبت و درک خود اشاره دارد (لوکارد، هایس، نف و لوک^۹، ۲۰۱۴). مدل ابعادی خودشفقتی پیشنهاد می‌کند که خودشفقتی بر روی طیفی از بالا تا پایین وجود دارد (نف، ۲۰۱۶) و اینکه خودشفقتی متشکل از سه طیف است (که هریک دارای

1. Mak, Tang & Ho
2. Mok, Chan & Ho
3. Xie & et al
4. Zhang, Fu, Yin, Zhang & Shen
5. McElhone, Abbott, Gray, Williams & Teh
6. Self-compassion
7. Elliott, Kao & Grant
8. Neff
9. Lockard, Hayes, Neff & Locke

10. Neff & Dahm
11. Sehlo & Bahlas
12. Philip, Lindner & Lederman
13. Kulczycka, Sysa-Jedrzejowska & Robak
14. World Health Organization

اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۶، 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 به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (هایس و استروسال^۷، ۲۰۱۰؛ به نقل از عبداله‌زاده و کبیری نسب، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شوند و عبارت‌اند از: گسلش^۸، پذیرش^۹، پذیرش^۹، تماس با لحظه حاضر^{۱۰}، مشاهده خود^{۱۱}، خود^{۱۱}، ارزش‌ها^{۱۲} و عمل متعهدانه^{۱۳}. (رودیتی و رایبسون^{۱۴}، 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

ادراک‌شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. به همین علت، افراد دارای کیفیت زندگی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد می‌آورند و ارزیابی مثبتی از پیرامون خود دارند (تیم^۱، ۲۰۱۰). عوامل متعددی مانند سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی و به‌طور کلی عوامل رفتاری، شغلی و منابع سازگاری بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارند (زانگ، گالافر و نیویک^۲، ۲۰۱۵).

با توجه به مشکلات روانشناختی عدیده‌ای 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. یکی از مداخلاتی که می‌تواند برای این بیماران مفید واقع شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط هایس^۴ 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^۵، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی 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

6. Forman & Herbert
7. Hayes & Strosahl
8. Defusion
9. Acceptance
10. Contact with the Present Moment
11. Observing Self
12. Values
13. Committed Action
14. Roditi & Robinson

1. Thimm
2. Zhang, Gallagher & Neubeck
3. Acceptance and Commitment Therapy
4. Hayes
5. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). افزون بر آن، 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^۶، ۲۰۱۷).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پس از جراحی مغزی تروماتیک (روچه^۷، ۲۰۲۰)، بهبود فعالیت بدنی (پیرس و ساتون^۸، ۲۰۲۰)، بهبود خودکارآمدی، پذیرش درد و پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن (کاسی و همکاران^۹، ۲۰۲۰)، کاهش افسردگی و بهبود وضعیت سلامت قربانیان سکته مغزی (ماجمدار و موریس^{۱۰}، ۲۰۱۸)، بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک (زمانی مزده، گرافر، داورنیا و بابایی گرمخانی، ۱۳۹۷) و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور (نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۳) بررسی و تأیید شده است. پیشینه پژوهشی پیرامون درمان متمرکز بر شفقت نیز نشان می‌دهد که این روش درمانی در درمان اختلال احتکار (چو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹)، درمان اختلالات خوردن (کلی،

درگیری کامل با آنچه 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^۱، ۲۰۰۶).

درمان روانشناختی دیگری که به نظر می‌رسد برای بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک سودمند باشد، درمان متمرکز بر شفقت^۲ است که توسط پائول گیلبرت^۳ (۲۰۰۰) و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از مردم، به‌ویژه آن‌هایی که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خود حمایت‌گر و مهربانانه تجربه می‌کردند (لویس و آتلی^۴، ۲۰۱۵؛ بولمارش، هارکنس، استوارت و باگی^۵، ۲۰۰۹). در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به‌جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن و یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان

6. Irons, & Lad
7. Roche
8. Pears & Sutton
9. Casey & et al
10. Majumdar & Morris
11. Chou

1. Twohig, Hayes & Masuda
2. Compassion-Focused Therapy (CFT)
3. Paul Gilbert
4. Leaviss & Uttley
5. Bulmarsh, Harkness, Stewart & Bagby

حاصل شده است. از آنجاکه لزوم ارائه مداخلات روانشناختی جهت بهبود وضعیت روانشناختی و ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک، بیش‌ازپیش احساس می‌گردد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه پژوهش حاضر را تمامی 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 تشکیل دادند. نمونه پژوهش، ۶۰ بیمار بودند که پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در طرح‌های تجربی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۴). ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل جنسیت زن، تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید

ویسنویسکی، مارتین - واگر و هافمن^۱، (۲۰۱۷)، کاهش شرم و خودانتقادی (کاپاگ، بیرد، گیسون، بوث و هوی^۲، ۲۰۱۸)، ارتقاء سلامت روانی (سامرس-اسپیجکرمان، ترامپتر، اسچروس و بوهلمیجر^۳، ۲۰۱۸)، کاهش استرس ادراک‌شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان (پورحسینی دهکردی، سجادیان و شعربافچی، ۱۳۹۸)، بهبود سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (سلیمی، ارسلان ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷) و کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو (احمدی، سجادیان و جعفری، ۱۳۹۷) مؤثر بوده است.

با توجه به اینکه بیماری لوپوس 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 به‌طور 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت برای افراد دارای بیماری‌های مزمن بررسی و نتایج سودمندی

1. Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman
2. Cuppage, Baird, Gibson, Booth & Hevey
3. Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs, & Bohlmeijer

بیماری لوپوس 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در طی شش ماه گذشته در نظر گرفته شد.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس خودشفقتی^۲: برای اندازه‌گیری میزان خودشفقتی از مقیاس خودشفقتی نف (۲۰۰۳) استفاده خواهد شد. این مقیاس متشکل از ۲۶ گویه است و به صورت لیکرت از (۱ تقریباً هرگز) تا (۱ تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارت‌اند از: مهربانی با خود (گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)، قضاوت در مورد خود (گویه‌های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱)، مشترکات انسانی (گویه‌های ۳، ۷، ۱۵، ۱۰)، انزوا (گویه‌های ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)، ذهن آگاهی

(گویه‌های ۱۴، ۱۷، ۲۲) و همانندسازی افراطی (گویه‌های ۲، ۶، ۲۰، ۲۴). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره کلی خودشفقتی حاصل می‌شود. خرده مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و همانندسازی افراطی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. برای محاسبه نمره کل، نمره خرده مقیاس‌ها به یکدیگر اضافه می‌شوند (عجم، فرزانه و شکوهی فرد، ۱۳۹۵). در پژوهش نف (۲۰۰۳) تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می‌کند. تحقیقات گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار همزمان، همگرا و تمیزی خوبی برخوردار است و دارای پایایی آزمون-بازآزمون عالی است (نف، ۲۰۰۳؛ نف، رود و کرک پاتریک^۳، ۲۰۰۷). ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است. روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک محاسبه شد و نتایج معنادار بود. همچنین همسانی درونی مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب همبستگی ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است (کچویی، حسنی، مرادی و فتحی آشتیانی، ۱۳۹۷).

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت

1. American College of Rheumatology

2. Self-compassion Scale

3. Neff, & Rude & Kirkpatrick

جهانی^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) دارای ۲۶ گویه است. دو گویه این مقیاس برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود (۱-۲). به‌طور کلی این پرسشنامه چهار مقیاس دارد که چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از: سنجش سلامت جسمانی با ۷ گویه (۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روانی با ۶ گویه (۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی با ۳ گویه (۲۰-۲۱-۲۲) و محیط زندگی با ۸ گویه (۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵). نمره هر گویه در دامنه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام) قرار دارد. در این پرسشنامه سؤالات، ۳، ۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (سالاری، روشن و مقدسین، ۱۳۹۴). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکنل^۲، ۲۰۰۴). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵؛ به نقل از سالاری و همکاران، ۱۳۹۴) برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایشی (با فاصله سه هفته‌ای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود.

بدین‌صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (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 تعیین‌شده، 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 کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایشی اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه دوساعته به شیوه گروهی و هفتگی و برای گروه آزمایشی دوم، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه توسط پژوهشگر برگزار شد. در فرایند ارائه مداخلات برای گروه‌های آزمایشی، آزمودنی‌های گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نخواهند کرد و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند (مرحله پس‌آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی و اخذ پس‌آزمون از هر سه گروه، جهت سنجش اثرات درمانی مداخلات، آزمودنی‌ها در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزارهای مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش اجرا: روش اجرای پژوهش

1. The World Health Organization Quality of Life
2. Skevington, Lotfy & O'Connel

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایس، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۶)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمان‌جویان از نگاه ACT استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت‌وآمد افکار منفی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی ACT 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 علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه هم‌اکنون 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 انعطاف‌پذیری روانی و هیجان‌ات مثبت منجر شود.	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی.	تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی 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 به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی‌شده بر اساس فنون آموزش‌دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-

موسوی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی ...

جدول ۲. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی
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 شفقت خودانتقادی	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 متنوع‌تر 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 به‌عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، 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 شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوآنزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورزانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به‌کارگیری 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 ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری 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

برای 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 تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSSv25 استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد بیشتر افراد هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بین ۲۶ الی ۳۰ سال سن داشتند. در هر یک از دو گروه آزمایشی، ۷ نفر در این طبقه سنی قرار داشتند و در گروه کنترل ۶ نفر در این طبقه سنی بودند. در زمینه تحصیلات در گروه آزمایش (ACT) ۳ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۷ نفر کارشناسی و ۲ نفر هم تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در گروه آزمایش (CFT) ۳ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۵ نفر کاردانی، ۶ نفر کارشناسی و ۲ نفر هم تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند و در گروه کنترل ۲ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی، ۸ نفر کارشناسی و ۲ نفر هم تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. به لحاظ وضعیت تأهل نیز اکثر آزمودنی‌ها متأهل بودند که به تفکیک گروه‌ها در گروه آزمایش (ACT) ۶۰ درصد، در گروه آزمایش (CFT) ۶۵ درصد و در گروه کنترل ۷۰ درصد متأهل بودند و بقیه افراد را مجردها شامل می‌شدند. به لحاظ طول مدت بیماری نیز در هر سه گروه، بیشتر افراد مدت بیماری ۳ الی ۴ سال داشتند که به تفکیک، در گروه آزمایش (ACT) ۳۵ درصد، در گروه

همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها جهت همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار گردید. از آنجاکه 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 واحدهای پژوهش معرفی کرده و در مورد اهداف پژوهش توضیح داد ۲- به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد ۳- عقاید، فرهنگ، مذهب و ... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد ۴- بر آزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید شد ۵- حریم شخصی بیماران حفظ شد و به آن‌ها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد ۶- در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل آن‌ها و استفاده از منابع دقت و امانت‌داری علمی به عمل آمد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تألیف هایس، استروسال و ویلسون^۱ (۲۰۱۶) طراحی گردید. ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت نیز بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴) تنظیم گردید.

شرح مختصر محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح درمانی بر مبنای درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۲ ارائه گردیده است.

موسوی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخودشفقتی ...

آزمایش (CFT) ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۵۵ درصد افراد مدت بیماری ۳ الی ۴ سال داشتند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	گروه آزمایش (ACT)		گروه آزمایش (CFT)		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودشفقتی	پیش‌آزمون	۶۶/۵۵	۷/۳۰	۶۵/۷۵	۱۰/۳۲	۱۵/۷۱
	پس‌آزمون	۹۴/۳۰	۶/۰۲	۱۱۵/۷۰	۶/۲۳	۱۰/۸۸
	پیگیری	۹۴/۱۰	۵/۷۶	۱۱۵/۵۵	۶/۶۱	۱۱/۶۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۶۲/۷۵	۶/۰۷	۶۲/۶۵	۸/۸۹	۱۳/۷۵
	پس‌آزمون	۸۸	۸/۴۳	۹۱/۰۵	۸/۲۶	۱۰/۰۸
	پیگیری	۸۸/۲۵	۷/۰۱	۸۹/۶۵	۷/۷۸	۱۰/۸۲

صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شده است.

برای بررسی نرمال بودن از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج بررسی این مفروضه نشان داد آماره آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$) و بنابراین این پیش‌فرض تأیید گردید. پیش‌فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین بررسی شد که عدم معنادار بودن ($p > ۰/۰۵$) این آزمون نشان داد این پیش‌فرض نیز مورد تأیید است. برای بررسی پیش‌فرض کرویت نیز از آزمون موجلی استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این پیش‌فرض رعایت نشده است و بنابراین برای تفسیر نتایج، از ضریب هوین - فلت که موجب تعدیلاتی در درجات آزادی می‌شود، استفاده شد. بر این اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات خودشفقتی برای گروه آزمایش (ACT) در پیش‌آزمون ۶۶/۵۵، در پس‌آزمون ۹۴/۳۰ و در پیگیری ۹۴/۱۰ به دست آمده است. میانگین این نمره برای گروه آزمایش (CFT) در پیش‌آزمون ۶۵/۷۵، در پس‌آزمون ۱۱۵/۷۰ و در پیگیری ۱۱۵/۵۵ به دست آمده است. در متغیر کیفیت زندگی نیز میانگین نمرات گروه آزمایش (CFT) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۲/۷۵، ۸۸ و ۸۸/۲۵ بوده است و این میانگین‌ها برای گروه آزمایش (ACT) به ترتیب ۶۲/۶۵، ۹۱/۰۵ و ۸۹/۶۵ بوده است. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون‌گروهی و برون‌گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
درون آزمودنی	زمان	خودشفقتی	۲۸۲۴۷/۶۴	۱/۱۹	۲۳۷۳۲/۹۲	۳۰۵/۵۸	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی	۱۳۷۰۹/۲۰	۱/۱۵	۱۱۹۲۳/۳۷	۱۸۹/۸۸	۰/۰۰۱
	اثر تعامل	خودشفقتی	۱۵۲۱۰/۷۸	۲/۳۸	۶۳۸۹/۸۵	۸۲/۲۷	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی	۵۲۲۰/۸۰	۲/۳۰	۲۲۷۰/۳۵	۳۶/۱۵	۰/۰۰۱
	خطا	خودشفقتی	۵۲۶۸/۹۰	۶۷/۸۴	۷۷/۶۶		
		کیفیت زندگی	۴۱۱۵/۳۳	۶۵/۵۳	۶۲/۷۹		
بین آزمودنی	گروه	خودشفقتی	۲۷۵۹۴/۰۷	۲	۱۳۷۹۷/۰۳	۷۷/۲۳	۰/۰۰۱
		کیفیت زندگی	۱۰۳۹۹/۳۰	۲	۵۱۹۹/۶۵	۲۸/۰۱	۰/۰۰۱
	خطا	خودشفقتی	۱۰۱۸۲/۲۵	۵۷	۱۷۸/۶۳		
		کیفیت زندگی	۱۰۵۸۱/۱۶	۵۷	۱۸۵/۶۳		

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل سنجش در متغیرهای خودشفقتی و کیفیت زندگی

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودشفقتی	پیش‌آزمون	ACT	CFT	۰/۸۰۰	۳/۶۸	۰/۸۲۹
		ACT	کنترل	-۰/۷۰۰	۳/۶۸	۰/۸۵۰
		CFT	کنترل	-۱/۵۰	۳/۶۸	۰/۶۸۵
		ACT	CFT	-۲۱/۴۰	۲/۵۴	۰/۰۰۱
		ACT	کنترل	۲۳/۹۵	۲/۵۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	CFT	کنترل	۴۵/۳۵	۲/۵۴	۰/۰۰۱
		ACT	CFT	-۲۱/۴۵	۲/۶۶	۰/۰۰۱
		ACT	کنترل	۲۵/۶۰	۲/۶۶	۰/۰۰۱
		CFT	کنترل	۴۷/۰۵	۲/۶۶	۰/۰۰۱
		ACT	CFT	۰/۱۰۰	۳/۱۹	۰/۹۷۵
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	ACT	کنترل	۰/۰۵۰	۳/۱۹	۰/۹۸۸
		CFT	کنترل	-۰/۰۵۰	۳/۱۹	۰/۹۸۸
		ACT	CFT	-۳/۰۵	۲/۸۳	۰/۲۸۷
		ACT	کنترل	۲۲/۲۵	۲/۸۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	CFT	کنترل	۲۵/۳۰	۲/۸۳	۰/۰۰۱
		ACT	CFT	-۱/۴۰	۲/۷۵	۰/۶۱۳
		ACT	کنترل	۲۳/۷۵	۲/۷۵	۰/۰۰۱
		CFT	کنترل	۲۵/۱۵	۲/۷۵	۰/۰۰۱

همچنین با توجه به نتایج در متغیر کیفیت زندگی نیز در مرحله پیش‌آزمون، تفاوتی بین گروه تحت درمان (ACT)، گروه تحت درمان (CFT) با یکدیگر و با گروه کنترل وجود ندارد اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین هر دو گروه آزمایشی با گروه کنترل تفاوت معنادار حاصل شده است ($p < 0/01$) که مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل افزایش داشته که نشان از تأثیر هر دو درمان دارد؛ اما نتایج مقایسه دو گروه درمانی (ACT) و گروه درمانی (CFT) در پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد ($p > 0/05$) و بنابراین بین اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و متمرکز بر شفقت (CFT) بر افزایش کیفیت زندگی تفاوتی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر خودشفقتی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که هر دو شیوه درمانی باعث بهبود خودشفقتی و کیفیت زندگی در پایان مداخلات و پیگیری یک‌ماهه در گروه‌های آزمایشی شده بودند. درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در بهبود خودشفقتی در بیماران داشت. همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی

براساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول (۴)، در اثر زمان با توجه به اینکه متغیرهای خودشفقتی و کیفیت زندگی معنادار شده‌اند ($p < 0/01$)، بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایشی و کنترل 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، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیرهای خود شفقتی و کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش (CFT) و (ACT) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۵ ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول (۵) ملاحظه می‌گردد در متغیر خودشفقتی در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بین گروه تحت درمان (ACT)، گروه تحت درمان (CF) و گروه کنترل وجود ندارد و در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایشی با کنترل و گروه‌های آزمایشی (ACT) و (CFT) تفاوت معنادار حاصل شده است ($p < 0/01$) که مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، میانگین نمرات خودشفقتی در گروه درمانی (CFT) از گروه درمانی (ACT) بیشتر است که نشان از تأثیر بیشتر درمان متمرکز بر شفقت دارد.

پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه کاهش معناداری مشاهده شد. در مراحل پس از درمان و پیگیری، علائم افسردگی کمتری گزارش شد، تفکرات خودکشی کاهش پیدا کرد و کیفیت زندگی افزایش یافت. کریگ، هیسکی، رویان، پوز و اسپکتور^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای افراد مبتلا به زوال عقل پرداختند. طبق نتایج بهبودی‌هایی در خلق، اضطراب و خودشفقتی مشاهده شد، سه نفر از شش شرکت‌کننده از طیف افسردگی بالینی خارج شدند، شش شرکت‌کننده قادر بودند که تنفس با ریتم آرام‌کننده را انجام دهند و پنج نفر بهبودی در خودانتقادی و افزایش خودشفقتی را گزارش نمودند. در پژوهشی که توسط فروس، لان، سیاروچی و بلکلیج^۵ (۲۰۱۳) انجام شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبودی معنی‌داری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شد. فریس، جانسون، کاتفیلد و کانسیدین^۶ (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات خودشفقتی ذهن آگاهانه باعث کاهش افسردگی، پریشانی و هموگلوبین خون شد. در پژوهش شاکر نژاد و همکاران (۱۳۹۶) نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به اسکروز چندگانه شده بود. سعیدیان، سهرابی و زمستانی (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش فشار خون سیستول و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون شده است. قدم پور و منصوری

یکسان بود. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر خودشفقتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس پرداخته باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این پژوهش با یافته‌های برخی مطالعات پیشین همسو می‌باشد. یاداوایا، هیس و ویلاردگ^۱ (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودشفقتی پرداختند. نتایج نشان داد از دوره پس از درمان تا دوره پیگیری دوماهه، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل از نظر خودشفقتی، پریشانی روان‌شناختی و اضطراب در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشت. کولینز، گیلیگان و پوز^۲ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت برای زوج‌های مبتلا به زوال عقل پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و نرخ تنفس در افراد دارای زوال عقل و همسرانشان و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر بود. صادقی، حسنی، امامی پور و میرزایی (۲۰۱۸) در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید نمودند. مایر^۳ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی که با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال استرس پس از سانحه با همزمانی اختلالات مصرف الکل در بین کهنه سربازان انجام شد، نتایج نشان داد که علائم اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس از درمان کاهش یافت. در تمام نتایج مرتبط با مصرف الکل در مرحله

4. Craig, Hiskey, Royan, Poz & Spector
5. Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge
6. Friis, Johnson, Cutfield, & Consedine

1. Yadavaia, Hayes & Vilardag
2. Collins, Gilligan & Poz
3. Meyer

ضروری است که در واقع یک نوع مهارت مقابله‌ای است که در تعریف نف (۲۰۰۳) از خودشفقتی آمده است. به عقیده نف (۲۰۰۳) فرد به کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گذشته جراتمند شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل‌دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کند (نف و پومیر^۴، ۲۰۰۳). بنابراین افزایش خود شفقتی دور از انتظار نیست. همچنین درمان یک مداخله عملی- موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد که رنج بشر را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. در بافت روابط درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقدامات مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر به واسطه پذیرش، گسلش شناختی، ایجاد حس متعالی از خود، در لحظه بودن، ارزش‌ها و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه در ارتباط با آن ارزش‌ها به کار می‌گیرد (نصیری، قربانی و ادیبی، ۱۳۹۴).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است مثل شغل، خانواده، روابط صمیمانه، دوستی‌ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن توجه کنند. کار روی ارزش‌ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در

(۱۳۹۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوشبینی و شفقت به خود دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات پیرس و ساتون (۲۰۲۰)؛ کاسی و همکاران (۲۰۲۰)؛ لی و ها^۱ (۲۰۱۸)؛ کاپاگ و همکاران (۲۰۱۸)؛ آیو^۲ و همکاران (۲۰۱۷)؛ بیومانت، آرونز، راینر و داگنال^۳ (۲۰۱۶)؛ زمانی مزده و همکاران (۱۳۹۷)؛ روحی و همکاران (۱۳۹۷)؛ سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) و نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو و در تأیید آن‌ها می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودشفقتی و کیفیت زندگی بیماران می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی با تأثیرگذاری بر مؤلفه مهربانی با خود و کاهش خود انتقادی عمل می‌کند. شباهت‌های موازی بین مفاهیم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشفقتی وجود دارد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم مرکزی مهربانی با خود، ممکن است به شدت با پذیرش خود ارتباط داشته باشد. در این دیدگاه، مقابل پذیرش تجربی، اجتناب تجربی، ارزیابی بیش‌ازحد تجربیات خود به‌عنوان بد یا غلط و در نتیجه ارزشیابی بیش‌ازحد از خود در نظر گرفته شده است. بنابراین پذیرش تجربیات دردناک وقتی که کسی آسیب دیده است، می‌تواند به‌عنوان موضع عقلانی و محبت‌آمیز به خود باشد. علاوه بر این، تماس با رنج ناشی از بیماری به‌طور آشکار برای گسترش درک خود

1. Lee & Ha
2. Au
3. Beaumont, Irons, Rayner, & Dagnall

4. Neff, & Pommier

جلسات درمان به‌عنوان ارزش‌ها مطرح می‌شوند، مانند عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی. پذیرش این محدودیت و چالش نکردن با آن‌ها که در این درمان مطرح می‌شود، می‌تواند منجر به بهبود بیمار شود (هایس، فولت و لینهان، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف این است که به بیماران کمک کنیم تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند، همچنین افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و همراستا با ارزش‌هایشان است، گام بردارند. این درمان، همچنین با تمرکز بر استعاره‌های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب تجربه‌های درونی با استفاده از استعاره و آموزش‌های ارائه‌شده در جلسات درمان، سطح کیفیت زندگی درمان‌جویان را افزایش داد.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود خودشفقتی و کیفیت زندگی بیماران می‌توان گفت آموزش ذهن مشفق یک بخش اصلی از درمان متمرکز بر شفقت را تشکیل می‌دهد. آموزش ذهن مشفق دو هدف اصلی دارد، اولین هدف این است که به بیماران کمک شود، سیستم آرام‌بخش خود را ارتقاء دهند و از آن استفاده کنند تا سیستم‌های انگیزشی و حالت‌های عاطفی خود (مثلاً ترس، خشم یا انزجار) را تنظیم کنند. دومین هدف این است که از طیفی از تکنیک‌ها و کار گروهی استفاده شود تا به بیماران

کمک کنیم یک سیستم انگیزشی شفقت‌آمیز را به‌دست آورده و ظرفیت‌های خود برای شفقت داشتن نسبت به دیگران، دریافت شفقت از دیگران و خودشفقتی را افزایش دهند (وربال^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه زنان مبتلا به لوپوس از صدای درونی منفی و خودانتقادگرانه استفاده می‌کنند و درمان متمرکز بر شفقت، متمرکز بر کار روی هیجان‌هاست، به نظر می‌رسد این روش با وضوح بیشتری، بهره‌گیری از لحن و صدای درونی مثبت و مشفقانه را تقویت کرده و افراد را قادر می‌کند برای احساس ضروری امنیت، تلاش بیشتری نشان دهند. انجام و تکرار تمرین‌هایی از جمله تنفس تسکین‌بخش برای ایجاد الگوهای داخلی ایمن و مشفقانه می‌تواند یک محیط مطلوب برای مقابله با تنظیم خلق، حل تعارضات هیجانی و تغییرات درمانی فراهم کند (هریت متلند و همکاران، ۲۰۱۹). مداخلات متمرکز بر شفقت، تعامل و ارتباط بین سه سیستم تنظیم عواطف انسانی را بررسی می‌کنند: ۱- سیستم تهدید و محافظت، ۲- سیستم جستجو و اکتساب و ۳- سیستم آرام‌بخشی و رضایت. هدف از درمان این است که در بازگرداندن تعادل بین سیستم‌های تنظیم عواطف به افراد کمک کند و کمک کند که افراد بیاموزند در پاسخ به تهدید، به سیستم خود آرام‌بخشی دسترسی پیدا کنند؛ بنابراین، پاسخ دادن به خودانتقادی با دستیابی به سیستم رضایت/ خود آرام‌بخشی به افراد کمک می‌کند که در پاسخ به تجارب منفی، خودشفقتی خود را تقویت کنند. در چارچوب درمان، افراد از طریق انواع مداخلات، می‌آموزند که ذهن شفقت‌ورز را پرورش داده و درکشان را از رنجی

1. Vrabell

سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل سطح خودشفقتی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودشفقتی می‌توان گفت مداخلات درمانی در رویکرد متمرکز بر شفقت، بر روی مهارت‌های شفقت ورزی مانند استدلال شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز و احساس شفقت‌آمیز تمرکز دارند (گیلبرت، ۲۰۱۰). در درمان متمرکز بر شفقت به مراجعین کمک می‌شود مهارت‌های کلیدی موردنیاز 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 ب). برخی از گام‌های کلیدی موجود در جلسات درمان متمرکز بر شفقت، استفاده از تصویرسازی، تفکر شفقت ورز نسبت به خود و دیگران، پاسخ دادن به خودانتقادی از طریق خودشفقت‌ورزی و تمرین رفتار شفقت‌آمیز و بخش‌نامه‌نویسی یا خاطره‌نویسی هستند. درمان متمرکز بر شفقت درمانجویان را تشویق می‌کند که در طول فرایندهای 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 (لويس 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

که احساس می‌کنند، گسترش دهند (گیلبرت، ۲۰۱۰). آموختن کمک به افراد در مدیریت پریشانی، افزایش انگیزش برای تغییر و بکارگیری تکنیک‌های خود آرامبخشی در زندگی روزمره، نقش مهمی در درمان ایفا می‌کند. در فرایند درمان، افراد مهارت‌های کلیدی را می‌آموزند که برای گسترش صفات شفقت‌آمیز موردنیاز 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 (تحمل پریشانی) و پاسخ به پریشانی بدون قضاوت‌گری (گیلبرت، ۲۰۱۰). به اعتقاد نف (۲۰۰۳) 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 فرایند 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 چشم‌انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خود سرزنشگری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند؛ بنابراین آموزش شفقت خود در فرایند درمان می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای

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؛ ۲۰۱۴). همچنین همسو با نظریه ذهن اجتماعی (گیلبرت، ۲۰۱۰) عوامل مثبت مثل جریان‌های شفقت مرتبط به خود و دیگران و عاطفه تسکین‌بخش به‌عنوان 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 این‌رو درمان متمرکز بر شفقت با هدف گرفتن الگوهای تفکر منفی و خلق پایین و با توسعه شفقت از طریق تغییر رابطه فرد نسبت به رنج و پرورش تفکر مشفقانه می‌تواند به منجر به افزایش بیشتر خودشفقتی در افراد شود. در توجیه اثربخشی یکسان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌توان گفت با توجه به اینکه هر دو رویکرد درمانی از درمان‌های موج سوم هستند و از شیوه‌های شناختی - رفتاری بهره می‌گیرند، هر دو بر پذیرش هیجانات ناخوشایند تأکید می‌کنند و در هر دو رویکرد از مهارت‌های ذهن آگاهی و خودشفقتی استفاده می‌شود، به یک اندازه توانسته‌اند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر واقع شوند.

ساری انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری در دسترس 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 درازمدت 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 به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. از آنجایی‌که 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. با توجه به اینکه هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودشفقتی و کیفیت زندگی تأثیر معنادار

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجاکه این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به لوپوس شهر

روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان بیماران مزمن استفاده نمایند.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان است. از مدیریت محترم کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک طبوبی شهر ساری و تمامی بیماران عزیز و که صمیمانه محققین را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

داشته‌اند، به محققان پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات آتی خود به‌جای دو گروه آزمایش، از سه گروه آزمایش استفاده کنند؛ دو گروه آزمایش همانند تحقیق حاضر باشد و در گروه سوم از ترکیب درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شود تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می‌تواند اثربخش‌تر از به‌کارگیری آن‌ها به‌صورت جداگانه باشد یا خیر؟ 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

منابع

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود و تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۶۳)، ۱-۷.

زمانی مزده، راحله؛ گرافر، امیر؛ داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. *تصویر سلامت*، ۹(۴)، ۲۳۳-۲۴۳.

سالاری، سوسن؛ روشن، رسول و مقدسین، مریم. (۱۳۹۴). پنج عامل بزرگ شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان دارای اختلال بدکارکردی جنسی. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۵(۱)، ۳۷-۵۰.

احمدی، راحله؛ سجادیان، ایلناز و جعفری، فریبا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. *پوست و زیبایی*، ۱۰(۱)، ۱۸-۲۹.

پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز و شعربافچی، محمدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان. *نشریه علمی روانشناختی سلامت*، ۳(۳)، ۳۷-۵۲.

دلاور، علی (۱۳۹۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.

روحی، رومینا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدینی، زهرا و رضوی نعمت‌الهی، ویداسادات (۱۳۹۷).

- سعیدیان، کورش؛ سهرابی، احمد و زمستانی، مهدی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۷(۱)، ۱۶۱-۱۶۹.
- سلیمی، آرمان؛ ارسلان ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *افق دانش*، ۲۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.
- شاکرنژاد، سپیده؛ موذن، نسرين؛ حمیدی، معصومه؛ هاشمی، رها؛ بزاززاده نیلوفر و بدایقی مظاهر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱)، ۷-۱۷.
- شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا و غباری بناب، باقر (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۱)، ۵۲-۶۷.
- عبداله‌زاده، حسن و کبیری نسب (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)، ۱۸۴-۱۹۹.
- عجم، علی‌اکبر؛ فرزانه، جواد و شکوهی فرد، حسین (۱۳۹۵). بررسی نقش شفقت خود در سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۳. *نشریه آموزش پرستاری*، ۵(۵)، ۹-۱۵.
- قدم پور، عزت اله و صابری، لیلا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوش‌بینی و شفقت به خود دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روانشناختی*، ۴(۱)، ۱۱۵-۱۳۰.
- قنواتی، سجاد علی؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کوروش و روزبهانی، مهدی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. *آموزش پرستاری*، ۷(۲)، ۵۳-۶۱.
- کچویی، محسن؛ حسنی، جعفر؛ مرادی، علیرضا؛ و فتاحی آشتیانی، علی (۱۳۹۷). مقایسه ذهن آگاهی و خودشفقتی در زنان دارای شاخص توده بدنی بالا و طبیعی. *سلامت اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۰۳-۱۱۲.
- محمودی، جلال؛ ثنایی، باقر؛ نظری، علی محمد؛ داورنیا، رضا؛ بختیاری سعید، بهرام و شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). کارآیی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل. *مجله ارمغان دانش*، ۵(۵)، ۴۱۷-۴۳۲.
- نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی

تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش. *مجله روانشناسی بالینی*، ۷(۴)، ۹۳-۱۰۵.

بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۳)، ۳۸۷-۴۰۵.

نصیری، صفورا؛ قربانی، مریم و ادیبی، پیمان (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و

Au, T.M., Sauer-Zavala, S., King, M.W., Petrocchi, N., Barlow, D.H., & Litz, B.T. (2017). Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.

Beaumont, E., Irons, C., Rayner, G., & Dagnall, N. (2016). Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(1), 4-10.

Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 541-559.

Bulmarsh, E., Harkness, K.L., Stewart, J.G., & Bagby, R.M. (2009). Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1067-1077.

Casey, M.B., Cotter, N., Kelly, C., Mc Elchar, L., Dunne, C., Neary, R., Lowry, D., Hearty, C., & Doody, C. (2020). Exercise and Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Case Series with One-Year Follow-Up. *Musculoskeletal Care*, 18(1), 64-73.

Chou, C.Y., Tsoh, J.Y., Shumway, M., Smith, L.C., Chan, J., Delucchi, K., Tirch, D., Gilbert, P., & Mathews, C.A. (2019). Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 1-21.

Collins, R.N., Gilligan, L.J., & Poz, R. (2018). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 474-486.

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, 161-167.

Craig, C., Hiskey, S., Royan, L., Poz, R., & Spector, A. (2018). Compassion focused therapy for people with dementia: A feasibility study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1727-1735.

Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240-254.

- 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.
- Elliott, G. C., Kao, S. & Grant, A. (2004). Mattering: Empirical "validation of socialpsychological concept". *Self and Identity*, 3, 339-354.
- Feros, D.L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J.T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- 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): e11376.
- Firestein, G.S., & Kelley, W.N., Budd, R.C., & Harris, E.D. (2009). *Kelley's textbook of rheumatolog*. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier.
- Friis, A.M., Johnson, M.H., Cutfield, R.G., & Consedine, N.S. (2016). Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients With Diabetes. *Diabetes Care*, 39(11), 1963-1971.
- 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. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable-
Robinson.
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: Its distinctive features*. London: Routledg.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- 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.
- 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.
- 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., Follette, V.M., & Linehan, M.M. (2011). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. 1st Edition. The Guilford Press.
- Heriot-Maitland C., McCarthy-Jones S., Longden, E. and Gilbert ,P. (2019). Compassion Focused Approaches to Working with Distressing Voices. *Frontiers in Psychology*, 10:152.

- Holloway, L., Humphrey, L., Heron, L., Pilling, C., Kitchen, H., Højbjerg, 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.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3, 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, 29-33.
- Kelly, A.C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-48.
- Kulczycka, L., Sysa-Jedrzejowska, A., & Robak, E. (2010). Quality of life and satisfaction with life in SLE patients: the importance of clinical manifestations. *Clinical Rheumatology*, 29(9), 991-997.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526.
- Lee, J.W., & Ha, J.H. (2018). The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(4), 443-453.
- Lisitsyna, T.A., Vel'tishchev, D.I.u., Seravina, O.F., Kovalevskaia, 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.
- Lockard, A.J., Hayes, J.A., Neff, K., & Locke, B.D. (2014). Self-compassion among college counseling center clients: an examination of clinical norms and group differences. *Journal of College Counseling*, 17(3), 249-259.
- Majumdar, S., & Morris, R. (2018). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology*, [Epub ahead of print].
- 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.
- Marsh, I.C., Chan, S.W.Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*, 9, 1011-1027.

- 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.
- Meyer, E.C., Walser, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B.B., Morissette, S.B., Kimbrel, N.A., Kwok, O., Batten, S.V., & Schnurr, P.P. (2018). Acceptance and commitment therapy for Co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans: Pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 781-789.
- 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.
- 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. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2013). *Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness*. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and self regulation* (pp. 1-40). New York: Springer.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.
- Neff, K.D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K.D. (2003b). "Selfcompassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself". *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Pears, S., & Sutton, S. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for promoting physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 17:1-26.
- 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.
- Roche, L. (2020). An acceptance and commitment therapy-based intervention for PTSD following traumatic brain injury: a case study. *Brain Injury*, 34(2), 290-297.
- 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.
- Sadeghia, F., Hassani, F., Suan Emamipoura, S., & Mirzaeib, H. (2018). Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Quality of Life and Resilience of Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*, 5(3), 111-117.
- 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.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The world health organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299- 310.
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., and Bohlmeijer, E. T. (2018c). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 101–115.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A fivefactor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- 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.
- Vrabel, K.R., Wampold, B., Quintana, D.S., Goss, K., Waller, G., & Hoffart, A. (2019). The Modum-ED Trial Protocol: Comparing Compassion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Treatment of Eating Disorders With and Without Childhood Trauma: Protocol of a Randomized Trial. *Frontiers in Psychology*, 10:1638.
- 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.
- 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.
- Yadavaia, J.E., Hayes, S.C., & Vilardag, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 248-257.
- Zhang, L., Gallagher, R., & Neubeck, L. (2014). Health-related quality of life in atrial fibrillation patients over 65 years: a review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(8), 987-1002.
- 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), 70-78.