

Comparing the Effectiveness of Three Different Psychological Treatments on Depression and Dysfunctional Beliefs of Patients with Systemic Lupus

Rezaei AM¹ , Sharifi T^{2*} , Keshavarzi MA³, Mazareie M⁴, Aflaki E⁵

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Arsenjan branch, Islamic Azad University, Arsenjan, Iran

²Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

³M.Sc. in Psychology, Arsenjan branch, Islamic Azad University, Arsenjan, Iran

⁴M.Sc. in Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

⁵Associate Professor of Rheumatology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: Lupus is a disease that causes tension in a person in response to threatening conditions. This research aims to compare the effectiveness of three different psychological treatments on depression and dysfunctional beliefs of patients with systemic lupus.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a three-month follow-up phase. The statistical population of this research included all lupus patients undergoing treatment in Shiraz hospitals in 2017; 80 people were selected from the population of 750 people using the purposive sampling method and assigned to 4 groups (a control group, including 20 people, and three experimental groups, each one including 20 people). The experimental groups received the educational intervention (treatment) of acceptance and commitment therapy during three months in 12 90-minute sessions, of compassion-focused therapy during three months in 8 90-minute sessions, and, of combined therapy during three months in 6 90-minute sessions. The questionnaires used in this research included Beck's depression questionnaire (1972) and Weisman's (1987) dysfunctional attitudes questionnaire. The data obtained from the research were analyzed by analyzing variance with repeated measurements using SPSS-24 statistical software.

Results: The results showed that the third-wave treatments' educational protocols significantly reduced depression and dysfunctional beliefs of women with lupus ($p \leq 0.0001$).

Conclusion: According to the present study's findings, it is possible to use the educational packages of acceptance and commitment, compassion, and combined therapy to improve depression and dysfunctional beliefs of women with lupus.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Acceptance and Commitment Therapy, Self-Compassion, Depression

Sadra Med Sci J 2022; 10(3): 243-256.

Received: May 2nd, 2020

Accepted: Aug. 22nd, 2022

* Corresponding Author: **Sharifi T.** Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran, ramin3677s@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۴۳ تا ۲۵۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

مقاله پژوهشی
(Original Article)

مقایسه اثربخشی سه درمان روان‌شناختی متفاوت بر افسردگی و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک

علی محمد رضایی^۱، طیبه شریفی^{۲*}، محمدامین کشاورزی^۳، مهرناز مزارعی^۴، الهام افلاکی^۵

^۱استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۲دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
^۳کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۴کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
^۵دانشیار گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: لوپوس بیماری است که با ایجاد اضطراب در فرد باعث نگرانی و تنش در پاسخ به شرایط تهدیدکننده می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی سه درمان روان‌شناختی متفاوت بر افسردگی و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک انجام گرفت.

روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان در بیمارستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۸۰ نفر انتخاب و در ۴ گروه (یک گروه گواه ۲۰ نفره، و ۳ گروه آزمایش ۲۰ نفره) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، مداخله آموزشی درمان، پذیرش و تعهد را طی سه ماه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مداخله آموزشی درمان متمرکز بر شفقت را طی سه ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و مداخله آموزشی درمان ترکیبی را طی سه ماه در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۲) و پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۸۷) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پرتکل‌های آموزشی درمان‌های موج سوم بر کاهش افسردگی و باورهای ناکارآمد زنان مبتلا به لوپوس سیستمیک تأثیر معناداری داشته است ($p \leq 0.001$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان از بسته‌های آموزشی پذیرش و تعهد، شفقت و درمان ترکیبی جهت بهبود افسردگی و باورهای ناکارآمد زنان مبتلا به لوپوس بهره برد.

واژگان کلیدی: بیماری لوپوس سیستمیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، افسردگی

*نویسنده مسئول: طیبه شریفی، دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران، ramins3677s@yahoo.com

مقدمه

بیماری لوپوس سیستمیک (Systemic Lupus)، با درگیری ارگان‌های حیاتی بدن معمولاً 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 بیمار و خانواده بیمار است. مددجو و خانواده برای پذیرش تغییر توانایی‌های فرد در انجام وظایف گذشته، همچنین برنامه‌ریزی مناسب در این زمینه به زمان نیاز دارند (۱). این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی‌حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی (۲) همچنین بالاترین نیازهای برآورد نشده آنان مربوط به درد و عدم توانایی انجام کار، ترس از تشدید بیماری، مشکلات خواب، افسردگی و استرس است که از تغییرات مهم این بیماران محسوب می‌شود (۳). این تغییر در ساختار خلقی افراد باعث ایجاد خلق پایین و تغییر در نوع و کیفیت زندگی افراد می‌گردد. برای انسان‌های آزاده‌خاطر شروع انجام کار بسیار سخت است و خیلی زود خسته می‌شوند (۴). بر این اساس، نیاز شدید این بیماران به درمانی خاص، مبرهن است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله بافت‌گرای کارکردی بر مبنای نظریه چارچوب ارتباطی (Functional Contextualism) است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب‌تجربه‌ای تقویت می‌شود (۵). بنابراین، در این رویکرد اولین هدف درمان، خنثی کردن رفتارهای اجتنابی (۶) و دومین هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۷) است که از طریق شش فرآیند رفتاری یعنی ارتباط با زمان حال، پذیرش (Acceptance)، گسلش (Defusion)، خود (به‌عنوان زمینه) (Self as context)، شناسایی

ارزش‌ها (Valuse) و عمل متعهدانه (Commitment) به ارزش‌ها به دست می‌آید (۸). گرچه در این روش درمانی، نشانگان بالینی به‌طور مستقیم هدف قرار نمی‌گیرند اما، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نشانه‌ها تغییر به‌وجود می‌آید (۹). درحالی‌که نگرانی و نشخوار فکری، هر یک ویژگی‌های منحصربه‌فردی دارند، اما برخی از پژوهشگران معتقدند شاید این دو یک سازه واحد از افکار منفی باشند (۱۰). هم نگرانی و هم نشخوار فکری به‌صورت اشکالی از اجتناب مفهوم‌پردازی شده‌اند. جورجیو و همکاران (۲۰۱۰) در سه مطالعه پی بردند که افراد با نشخوار فکری بالا در مقایسه با افرادی که نشخوار فکری پایین داشتند به‌طور معناداری اجتناب تجربه‌ای بیشتر و ترس از هیجانات را دارا بودند.

از سوی دیگر اکثر روان‌درمانگران بر این باورند که شفقت بخش مهمی از روان‌درمانی محسوب می‌شود (۱۲). شفقت به معنای حساس بودن نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای تسکین و جلوگیری از آن است (۱۳). در درمان شفقت‌محور بر کسب شش ویژگی شامل حساسیت، همدردی، انگیزه مشفقانه، تحمل فاجعه، عدم قضاوت‌گری، و همدلی تمرکز می‌شود که در راستای پرورش شجاعت مشفقانه قرار می‌گیرد، زیرا بر اساس رویکرد شفقت‌محور تمایل به نزدیک شدن به چیزهای واقعاً سخت و کار با آن‌ها نیازمند شجاعت است (۱۴).

هدف درمان با تأکید بر محوریت مهربانی در کاهش فرآیند مبتنی بر تهدید از طریق پرورش احساس مراقبت‌گری نسبت به خود و دیگران در درمان‌جو است (۱۵). بااینکه 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 (۱۶). پژوهش‌های مرتبط با رویکرد پذیرش و تعهد و شفقت‌محور نشان می‌دهد که این دو روش درمانی برای درمان مشکلات روان‌شناختی مفید هستند (۱۵). به‌علاوه استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست (۱۷) و جهت‌گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و

معنی‌داری و توان آزمون در پژوهش‌های آزمایشی که به مقایسه گروه‌ها می‌پردازد با توجه به کتاب روش‌های تحقیق در علوم رفتاری سرمد و همکاران (۲۱) که اذعان می‌دارد جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی با انتخاب شرکت‌کننده در هر گروه ۲۰ نفره می‌توان به توان آزمون بالا دست پیدا کرد و با توجه به اینکه هدف، اثرگذاری این درمان‌ها در بیمارانی با $\alpha=0.05$ و حجم اثر 0.5 انجام کار و داشتن توان آزمون منطقی بود (۲۱).

۳- معیارهای ورود

- داشتن سن ۲۵ تا ۴۰ سال؛
- سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال از زمان تشخیص؛
- نداشتن بیماری جسمانی دیگر به جز لوپوس؛
- عدم استفاده از داروهای روانپزشکی؛
- داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه؛
- عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌شناختی دیگر،

۴- معیارهای خروج

- غیبت بیش از دو جلسه
- وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور بیمار در جلسات درمان گردند
- عدم تمایل به ادامه همکاری

۵- مداخلات و پیامدها

پرتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش، بسته‌درمانی متمرکز بر پذیرش و تعهد بر اساس مدل هریس (۲۲)، درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۳) و درمان ترکیبی بر اساس مدل درمانی پلک (۲۴) بود. روایی محتوایی این پرتکل‌ها، با نظرخواهی از چهار نفر متخصص روانشناسی و روماتولوژیست (Rheumatology) و آشنا

توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند و می‌تواند به بهبود نیافتن بسیاری از بیماران منجر شود. (۱۸). از این رو با توجه به آنکه شیوع بیماری لوپوس در افراد ایرانی بنا به دلایلی همچون ناسازگاری روان‌شناختی، سبک زندگی، استرس و افسردگی‌های روانی افزایش پیدا کرده است (۱۹)، در صورت ارتباط بین شفقت به خود با افسردگی و باورهای ناکارآمد می‌توان برنامه‌هایی برای آموزش آن تنظیم نمود و به کادر بیمارستان‌ها و مراکز روماتولوژیستی آموزش داد که با مهربانی، تعهد و شفقت با این گروه از بیماران برخورد شود. حال با عطف نظر به آسیب‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به لوپوس و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارایی درمان‌های چندگانه در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام نبود پژوهشی در راستای مقایسه اثربخشی سه درمان روان‌شناختی متفاوت بر افسردگی و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک، مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا درمان‌های جدید موج سوم بر زنان مبتلا به لوپوس سیستمیک تأثیر دارد یا خیر و به همین سبب اهمیت اجرای مطالعه حاضر هویدا می‌شود.

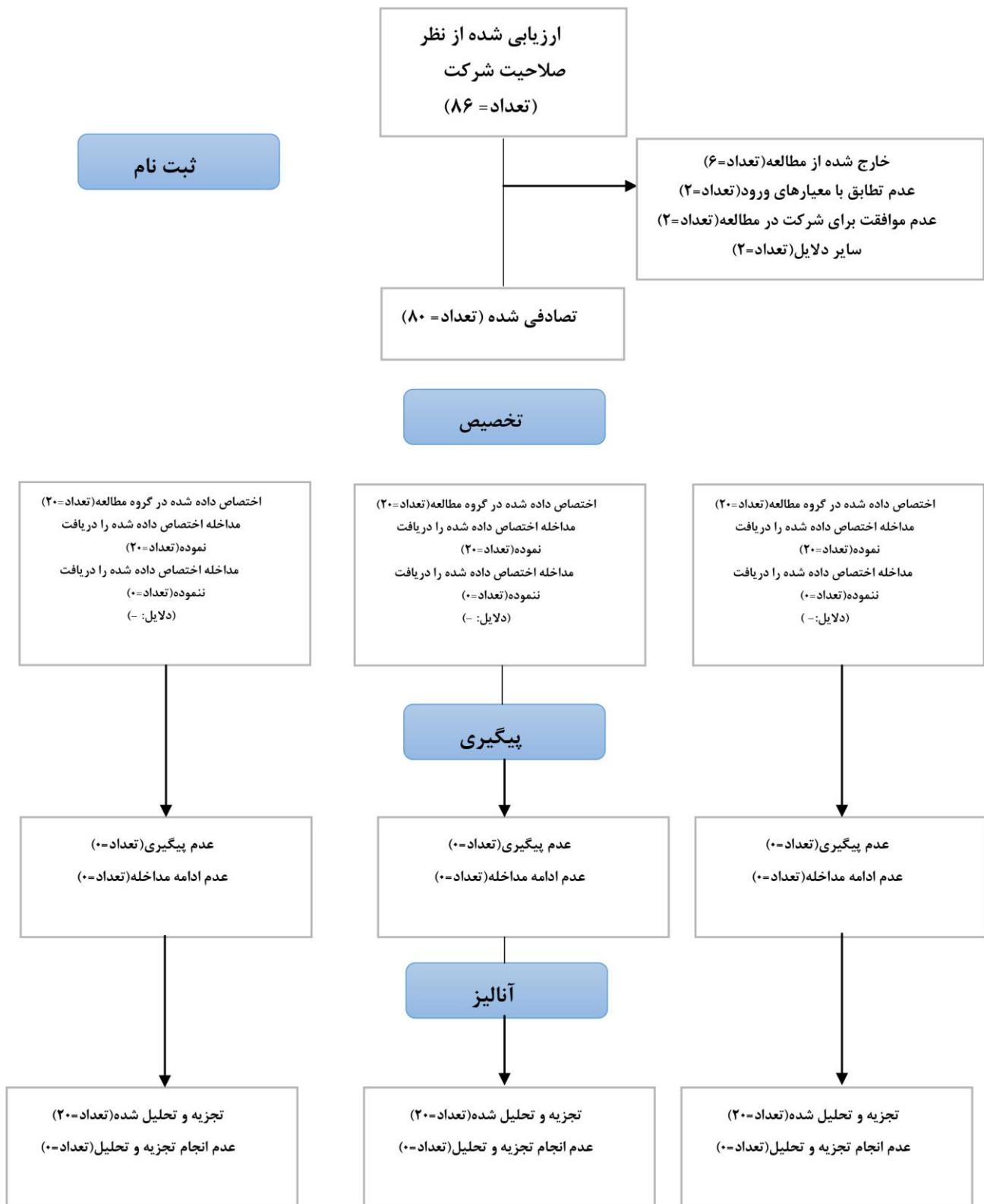
روش‌ها

۱- طراحی مطالعه

روش این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه‌گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود.

۲- جمعیت مورد مطالعه

جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان در بیمارستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۷ و روش نمونه‌گیری هدفمند آن از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۸۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری لوپوس در ۴ گروه: یک گروه گواه ۲۰ نفره، و ۳ گروه آزمایش ۲۰ نفره تقسیم‌بندی شده‌اند. (شکل ۱) با توجه روش انتخاب نمونه یعنی سطح



شکل ۱. فلودیاگرام کانسورت پژوهش

طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.SHK.REC. 1399.002 و شماره ثبت کارآزمایی بالینی با مشخصات IRCT20200215046500N است.

۷- آنالیز آماری

تمام تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون کرویت ماچلی تجزیه و تحلیل گردید. آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف معیار (عدد) بیان شد. داده‌های بدست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۲۸/۷۵، میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با ۳۰/۸۵، درمان مبتنی بر شفقت برابر با ۲۹/۸۲ و درمان ترکیبی برابر با ۲۸/۸۲ بود. از لحاظ میزان تحصیلات، ۳۰٪ زنان مدرک دیپلم، ۲۵٪ کارشناسی و ۴۵٪ (و زنان دارای تحصیلات ارشد بودند)، همچنین ۷۰٪ زنان شرکت‌کننده در پژوهش متأهل و ۳۰٪ دیگر نیز مجرد بودند. در جدول‌های ۴ و ۵ آماره توصیفی گروه‌های آزمایش به تفکیک مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارائه شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون ماچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در زنان مبتلا به لوپوس سیستمیک در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است.

به درمان‌های موج سوم در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جدول‌های ۱، ۲ و ۳ تأیید شد.

پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک نوع بازنگری شده BDI^۱ است که با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است. این ابزار ۲۱ گویه دارد و پاسخ‌ها بین صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نقاط برش، عبارت است از صفر تا ۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. نشانه‌های این آزمون با فرار گرفتن در سه گروه هفت ماده‌ای شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی، انگیزشی و شناختی، و جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می‌شود و در پژوهش‌های گوناگون، پایایی و اعتبار نسبتاً بالایی از خود نشان داده است. بک، استیر و گاربین ثبات درونی این ابزار را ۷۳/۷۳ تا ۹۳/۹۳ با میانگین ۸۶/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶/۸۶ و غیر بیمار ۸۱/۸۱ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک: یک ابزار ۲۶ گویه است که وایزمن و بک (۲۵) آن را تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه برای سنجش میزان نگرش ناکارآمد به کار می‌رود و شامل ۴ خرده‌مقیاس: موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد است و میزان نگرش‌های افراد را در اندازه ۷ درجه‌ای ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم)، می‌سنجد.

۶- ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت نمونه‌های حاضر در پژوهش برای شرکت در برنامه مداخله کسب گردید و آن‌ها از مراحل مختلف مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر چهار گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

^۱Beck Depression Inventory

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

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش آزمون، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، و ارائه تکلیف.
دوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف.
سوم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، بررسی راهبردهای گواه خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده است، معرفی گواه به عنوان مسئله، بحث در مورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف و ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای گواه، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی های پنهان زبان که باعث آمیختگی می شود، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف.
ششم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش ها و سنجش ارزش های مراجع، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور، تمایل به جای اجتناب، استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیکهای درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات گروهی درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی
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 ضعف ها و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، بررسی تأثیرات تاریخچه‌های و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی
هشتم	جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حقم راهکارهای مشفقانه، به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

جدول ۳. خلاصه جلسات گروهی درمان ترکیبی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، یادگیری مفهوم چهارچوب‌های ارتباطی ذهن، آمیختگی با هیجان و بدتنظیمی هیجان
دوم	آشنایی با ماتریکس اکت، تفاوت حواس پنجگانه و دنیای درونی ذهن، تمرین دیدگاه گیری
سوم	مرور تکالیف خانگی، درک اثرات حرکات بیرونی، اقدامات دور شونده و نزدیک شونده و آشنایی با دو شخصیت خوش خلق و بدخلق
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.
پنجم	مرور تکالیف خانگی، تمرین بهره‌برداری از قدرت دیدگاه گیری در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و روابط بین فردی در آینده
ششم	مرور تمامی جلسات گروهی با استفاده از مهارت‌های دیدگاه گیری، آیکیدو کلامی، ذهن آگاهی و شفقت ورزی

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افسردگی	گواه	۱/۳۵	۲۷/۰۵	۱/۷۷	۲۷/۲۵	۱/۷۸	۲۷/۳۰
	درمان ACT*	۱/۴۴	۲۸/۲۵	۱/۱۳	۱۷/۶۵	۱/۲۶	۱۸/۸۵
	درمان CFT**	۲/۰۰	۲۷/۳۳	۱/۳۲	۱۸/۹۵	۱/۱۰	۱۹/۸۰
	درمان ترکیبی	۲/۸۱	۲۶/۲۰	۳/۴۳	۱۶/۷۰	۳/۳۰	۱۷/۵۵

*Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

**Compassion-Focused Therapy (CFT)

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمره نگرش‌های ناکارآمد به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
موفقیت-کمال طلبی	گواه	۳/۲۳	۳۳/۵۸	۳/۳۷	۳۳/۴۰	۳/۴۶	۳۳/۷۵
	درمان ACT*	۲/۷۲	۲۲/۱۷	۳/۵۵	۲۴/۱۰	۲/۹۸	۲۴/۸۰
	درمان CFT**	۳/۱۲	۳۳/۶۵	۲/۴۹	۲۵/۱۰	۲/۶۸	۲۵/۳۵
	درمان ترکیبی	۲/۶۸	۳۱/۸۵	۳/۰۴	۲۱/۲۵	۳/۳۲	۲۱/۸۰
نیاز به تأیید دیگران	گواه	۴/۸۵	۱۳/۷۵	۲/۳۹	۱۴/۱۵	۳/۳۲	۱۴/۶۵
	درمان ACT	۱/۸۶	۱۴/۱۰	۳/۷۶	۱۰/۳۵	۲/۳۰	۱۱/۵۵
	درمان CFT	۱/۴۶	۱۳/۶۵	۳/۴۶	۱۱/۰۰	۱/۹۴	۱۱/۹۰
	درمان ترکیبی	۲/۱۱	۱۴/۹۵	۲/۱۱	۹/۱۵	۲/۴۱	۱۰/۱۵
نیاز به راضی کردن دیگران	گواه	۲/۷۰	۱۳/۶۵۰	۳/۴۱	۱۴/۸۵	۲/۳۹	۱۴/۱۳
	درمان ACT	۱/۶۱	۱۳/۴۵	۲/۵۶	۹/۷۸	۲/۵۱	۸/۹۰
	درمان CFT	۱/۸۳	۱۳/۰۳	۱/۸۹	۱۰/۹۳	۲/۵۲	۹/۸۰
	درمان ترکیبی	۱/۷۰	۱۳/۴۵	۳/۱۴	۸/۷۵	۲/۳۷	۸/۵۰
آسیب‌پذیری-ارزشیابی عملکرد	گواه	۲/۶۹	۱۴/۹۰	۱/۷۷	۱۶/۲۵	۲/۵۰	۱۵/۵۰
	درمان ACT	۲/۰۰	۱۶/۳۳	۱/۸۴	۱۴/۱۵	۱/۹۵	۱۴/۳۵
	درمان CFT	۱/۴۵	۱۷/۲۵	۰/۹۹	۱۳/۳۵	۱/۲۶	۱۴/۸۵
	درمان ترکیبی	۲/۸۱	۱۵/۲۰	۳/۴۳	۱۲/۷۰	۳/۳۰	۱۳/۵۵

*Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

**Compassion-Focused Therapy (CFT)

نتایج در مورد مقیاس افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد، نشان می‌دهد که آزمون کرویت ماچلی برای متغیرهای موفقیت/کمال‌طلبی، نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد معنادار است؛ مقادیر سطح معناداری به ترتیب ($P=0/026$ ، $P=0/001$ و $P=0/001$)، است (جدول ۶).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری در جدول ۷ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات افسردگی، در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی) و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که صرف‌نظر از گروه آزمایشی حداقل بین میانگین نمرات افسردگی در دو بار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=432/86$ و $P \geq 0/001$) همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنی‌دار است ($F=53/02$ و $P \geq 0/001$)؛ در نتیجه تفاوت میانگین نمرات افسردگی در مراحل مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین تأثیر گروه نیز بر نمرات افسردگی معنی‌دار است ($F=80/19$ و $P \geq 0/001$)؛ به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مرحله اندازه‌گیری بین میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای بررسی تفاوت دوبه‌دوی مراحل مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده‌های جدول ۸، در متغیر افسردگی بین آزمودنی‌های تفاضل میانگین اثر مراحل پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با (۷/۰۶۹) و (۶/۳۳۱) است که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع مراحل پس‌آزمون و پیگیری هستند. نتیجه اینکه روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی بر بهبود افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. همچنین بر طبق داده‌های جدول ۸، در متغیر افسردگی بین تفاضل میانگین اثر مراحل پس‌آزمون با مرحله پیگیری برابر با (۰/۷۳۸-) است که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار و به نفع مرحله پس‌آزمون است به عبارتی هر کدام از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ترکیبی بر بهبود افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه تأثیرگذار است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۹ با توجه به معنی‌دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین 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 گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون کرویت ماچلی

متغیر	W ماچلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	۱۹۰۲	۲۳/۳۰۸	۲	۰/۰۰۱
موفقیت/کمال‌طلبی	۰/۹۰۷	۷/۳۰۰	۲	۰/۰۲۶
نیاز به تأیید دیگران	۰/۷۴۱	۲۲/۴۹	۲	۰/۰۰۱
نیاز به راضی کردن دیگران	۰/۹۷۳	۲/۰۴۳	۲	۰/۳۶۰

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی در گروه‌های گواه و آزمایش

متغیر وابسته	مرحله	منبع اثر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F**	P-Value	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	درون آزمودنی	مرحله	۲۴۱۵/۸۹	۱/۷۴	۱۳۸۵/۷۴	۴۳۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۱
		مرحله * گروه	۸۸۷/۷۷	۵/۲۳	۱۶۹/۷۴	۵۳/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۱
		خطا	۴۲۴/۱۷	۱۳۲/۴۹	۳/۲۰	-	-	-	-
	بین آزمودنی	گروه	۱۷۰۶/۹۳	۴	۵۶۸/۹۸	۸۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۱
خطا		۵۳۹/۲۱	۷۶	۷/۰۹	-	-	-	-	

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبده دو مراحل

P	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	مرحله (J)	مرحله (I)
۰/۰۰۱	۷/۰۶۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۶/۳۳۱	پیگیری	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	-۰/۷۳۸	پیگیری	پس‌آزمون

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های گواه و آزمایش

منبع اثر	متغیر وابسته	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F(آماره)	P-Value	اندازه اثر	توان آماری	
درون شرکت‌کننده	مرحله	موفقیت/کمال‌طلبی	۲۳۴۴/۹۷	۱/۹۵	۱۲۰۴/۳۱	۱۸۵/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹	۱
		نیاز به تأیید دیگران	۳۶۵/۷۳	۱/۶۸	۲۱۷/۵۸	۳۴/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۱
		نیاز به راضی کردن دیگران	۴۰۸/۲۳	۲	۲۰۴/۱۲	۳۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۱
	* گروه	آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۱۴۱/۴۵	۱/۶۵	۸۵/۷۸۲	۲۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۷	۱
موفقیت/کمال‌طلبی		۸۲۸/۲۹	۵/۸۴	۱۴۱/۸۰	۲۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۱	
نیاز به تأیید دیگران		۲۴۶/۲۷	۵/۰۴	۴۸/۸۴	۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۱	
نیاز به راضی کردن دیگران		۲۵۷/۷۴	۶	۴۲/۹۶	۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷	۱	
بین شرکت‌کننده	گروه	آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۱۵۴/۰۹	۴/۹۵	۳۱/۱۵	۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲	۱
		موفقیت/کمال‌طلبی	۲۴۳۵/۶۱	۳	۸۱۱/۸۷	۵۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱
		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	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	۱	
	آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد	۹۹/۳۲	۳	۳۳/۱۱	۳/۶۴	۰/۰۱۶	۰/۱۲۶	۰/۷۷۸	

بحث

پذیرش و تعهد با شفقت، بر کاهش افسردگی و باورهای ناکارآمد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر داشته است. کاهش نگرانی و افسردگی افراد با پژوهش‌های انجام گرفته بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت مقایسه شد. نتایج این مطالعه با مطالعات، کوئینلان

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه درمان روان‌شناختی متفاوت بر افسردگی و باورهای ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود. دستاوردهای این مطالعه نشان داد که آموزش گروهی درمان ترکیبی

تاریک ذهن پرورش یافت. همچنین با توجه به نتایج این مطالعه در خصوص تأثیر مثبت درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی بیماران، می‌توان چنین بیان کرد که این درمان بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان بودن و توجه مهربانانه به خود، استدلال مهرورزانه به جای استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت و نه انتقادی و در کل پذیرفتن رنج حاصل از بیماری و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار شفقت‌آمیز و ملایم می‌رساند. گیلبرت (۱۳ و ۱۲)، کولتز و همکاران (۱۴)، نیز در پژوهش‌های خود درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت روان‌شناختی افراد را مورد تأیید قرار داده‌اند.

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. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، عوامل تهدیدکننده روان‌شناختی در پس‌آزمون افراد گروه آزمایش پس از برخورداری از ۶ جلسه درمانی مدل ترکیبی، کاهش یافت. لازم به ذکر است تاکنون در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با شفقت (درمان ترکیبی)، بر بیماری‌های لوپوس، پژوهشی انجام نشده است، با این وجود بر اساس مطالعات ماتوف (۱۷) و گوورین (۱۸)، یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست و جهت‌گیری‌های منفرد و توضیحات مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند.

از عمده‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، جنسیت افراد شرکت‌کننده است که همگی زنان مبتلا به لوپوس سیستمیک بودند. از این رو، ضرورت دارد که پژوهش‌های بعدی روی هر دو جنس اجرا شود. همچنین نمونه‌های پژوهش، از بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک انتخاب شد که تعمیم نتایج به سایر بیماری‌ها را اندکی با مشکل مواجه می‌کند.

در پایان پیشنهاد می‌گردد که با توجه به اثربخشی این نوع درمان‌ها، می‌توان جهت بهبود افسردگی و باورهای

و همکاران (۶)، بونونی (۱۰)، و هایز (۷) که همگی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خنثی کردن رفتارهای اجتنابی و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی صورت گرفته است، همسو است.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش، بر تجربیات ذهن و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های مشخصی است، تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی در اثربخشی این نوع درمان است (۲۶). اصلی‌ترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات و رنج‌هایی چون ابتلا به لوپوس است (۲۶).

در این پژوهش هدف این بود که بیماران افکار و نگرششان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند، همچنین افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به آنچه در زندگی برایشان مهم است بپردازند.

در این پژوهش، درمان بر اساس راهبردهای شفقت درمانی در قالب جلسات درمانی ارائه شد. رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت برای افراد دارای بیماری لوپوس سیستمیک مناسب است چراکه با زندگی روزمره و رفتارهای آن‌ها در طی روز همخوانی دارد. حضور فعال گروه آزمایش در جلسات گروهی این پژوهش نشان داد که بیماران با این روش درمانی ارتباط خوبی برقرار نموده و از آن احساس رضایت داشته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که شرکت‌کننده‌هایی که تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت یا درمان ترکیبی قرار گرفته‌اند نسبت به شرکت‌کننده‌هایی که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نداشته‌اند، در مرحله پس‌آزمون و همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری از خود نشان داده‌اند. در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به منظور تقویت شجاعت در بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و

منابع

1. Lobindo, G., & Haber, J. (1994). *Nursing Research* (1st ed). Mosby: Philadelphia.
2. Mazharei Azad F, Aabedi H.A, Najei S.A (2010). Emotional psychosocial outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Razi School of Nursing and Midwifery*. [Persian]
3. 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* Apr; 57(1): 8-30.
4. Karakoyun, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1): 108-113.
5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd Ed.). New York: Guilford.
6. Quinlan, E., Deane, P.F. and Crowe, T. (2018). Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and Schema group intervention for Mental Health Carer's Interpersonal Problems. *Contextual Behavioral Science*, 9(1): 53-62.
7. Hayes, S.C., (2004). *Acceptance and*

ناکارآمد بیماران در گروه‌های مختلف به‌عنوان درمانی هدفمند در کنار ساختار دارودرمانی استفاده نمود و به‌عنوان پروتکلی درمانی در اختیار بیمارستان‌ها و مراکز روماتولوژی که با بیماران دارای بیماری‌های خودایمنی روبه‌رو هستند، قرار داد. همچنین پیشنهاد می‌گردد پژوهش روی بیماران مبتلا به اختلال ترکیبی شامل بیماری لوپوس سیستمیک و دیگر بیماری‌ها انجام شود تا امکان تعمیم دهی و استفاده مؤثر از شیوه‌های مطرح‌شده در این پژوهش نیز فراهم شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به مشکلات جسمانی و روانی فراوانی که بیماری لوپوس سیستمیک بر جنبه‌های مختلف زندگی مبتلایان بر جای می‌گذارد، می‌توان با استفاده مداخلات نسل سوم درمانی و به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت به افزایش سازگاری و بهبود بهزیستی روان‌شناختی این دسته از بیماران کمک نمود.

تقدیر و تشکر

در پایان از شرکت‌کنندگان این مطالعه و بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بیمارستان‌های شیراز که در این پژوهش یاری‌رسان بودند تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با کد IR.IAU.SHK.REC. 1399.002 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی به ثبت رسیده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

- Compassion Focused Therapy from the Inside Out. The Guilford Press. New York.
15. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Clinical Psychology*, 53(1): 41-46.
 16. Tirsch, D., Schoendorff, B. and Silberstein, L.R. (2014). The ACT practitioners guide to the science of compassion. New York, NY: New Harbinger.
 17. Mattoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5(1): 1-24.
 18. Abedi Qhilichashlaghi M., Asgharimqadam M.A., Khalilzadeh Pushtgol M. (2011). Psychometric properties of pain self-management questionnaire (PSMC) in patients with chronic pain. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 18(2): 150-156.
 19. Govrin, A. (2014). The vice and virtues of monolithic thought in the evolution of psychotherapy, *Psychotherapy Integration*. 24(2): 79-90.
 20. Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazie, A. (2019). *Research Methods in Behavioral Sciences*. Tehran: Agah.
 21. Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
 22. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to lives commitment therapy, relational frame theory, and the third wave*.
 8. Hayes, S.C., Strosahl, K.D. and Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
 9. Gloster, A., Klotsche, J., Ciarrochi, J., Eifert, G., Sonntag, R., Wittchen, H. and Hoyer, J. (2017). Increasing valued behaviours precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behaviour Research and Therapy*, 91(1): 64-71.
 10. Bonvanie IJ, Rosmalen JGM, van Rhede van der Kloot CM, Oldehinkel AJ, Janssens KAM. (2015). Short report: Functional somatic symptoms are associated with perfectionism in adolescents. *J Psychosom Res*, 79(4): 328-330.
 11. Giorgio, J. M. Sanfilippo, J. Kleiman, E. Reilly, D. Bender, R. E. Wagner, C. A. Liu, R, T. Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behavior Research and Therapy*, 48,1021-1031.
 12. Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(6): 254-239.
 13. Gilbert, P. (2017). *Compassion: Concepts, Research and Applications*. New York: Routledge.
 14. Kolts, L.R.L., Bell, T., Levy, J.B. and Irons, C. (2018). *Wxperiencing*

association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL.

challenges. London: Constable and Robinson.

25. Farrokhzadegan A.A, Andalieb L.,Yousefvand M. (2019).The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to reducing depression in people with cancer.Journal of Development Psychological. 17: 45-52.

23. 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.

24. Weissman, A. N., Beck, A. T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the

Cite this article as:

Rezaei AM, Sharifi T, Keshavarzi MA, Mazareie M, Aflaki E. Comparing the Effectiveness of Three Different Psychological Treatments on Depression and Dysfunctional Beliefs of Patients with Systemic Lupus. Sadra Med Sci J 2022; 10(3): 243-256.