اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک

سید مرتضی موسوی[1]، افسانه خواجوند خوشلی*[2]، جوانشیر اسدی[3]، حسن عبداله‌زاده[4]

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. نویسنده مسئول.۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. ۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۱
پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

کلید واژگان
لوپوس اریتماتوز سیستمیک، سلامت، آموزش

نویسنده مسئول
Email:
khajevand_a@yahoo.com

چکیده

مقدمه: لوپوس اریتماتوز سیستمیک یک اختلال خودایمنی چند سیستمی با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک طوبی شهر ساری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه، ۴۰ زن بیمار بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه بهزیستی ذهنی مولوی و همکاران (۱۳۸۹) بود که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط مشارکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل گردید. درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS24 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی ذهنی بیماران گروه تحت مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده بود و نتایج در دوره پیگیری از ثبات لازم برخوردار بود. همچنین مداخله درمانی در افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بیماران موثر بود ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج، به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت احتمالاً گزینه مداخله‌ای مناسبی جهت ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک باشد.

مقدمه

لوپوس اریتماتوز سیستمیک[1] یک بیماری خودایمنی مزمن است که از مشخصه‌های آن می‌توان به عود و اوج‌گیری با دوره‌های متناوب بهبودی اشاره کرد. تظاهرات بالینی[2] آن با درگیریِ چندسیستمی، از جمله علائمی نظیر تب و بی‌قراری و همچنین تظاهرات پوستی، عضلانی-اسکلتی، تنفسی، قلبی-عروقی، وابسته به خون و عصب‌شناختی، بسیار ناهمگون هستند(۱،۲). مفاصلی که در این بیماری بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند، شامل مفاصل انگشتان، دست‌ها، مچ و زانو می‌شوند و برخی بیماران نیز به استئوآرتریت ثانویه[3] مبتلا می‌شوند(۳). به علاوه التهاب مفصل، درگیری اعضای درونی نیز هنگام بررسی پیش‌آگهی بیماران اهمیت پیدا می‌کند؛ چرا که لوپوس اریتماتوز سیستمیک اغلب بر قلب، ریه‌ها، عروق خونی، کبد، کلیه‌ها،و سیستم عصبی تاثیر می‌گذارد(۴).

این بیماری در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های گروه ایمنی درکشورهای توسعه یافته بوده و شیوع آن در آمریکا ۲۲/۷ نفر در سال به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد(۵). بر اساس مطالعه بزرگ بررسی جامعه‌نگر کنترل بیماری‌های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شده، شیوع لوپوس اریتماتوز سیستمیک در ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰نفر برآورد شده است(۶). بروز لوپوس اریتماتوز سیستمیک در زنان نسبت به مردان بسته به سن متفاوت است. در دهه اول زندگی نسبت مساوی است، ولی به تدریج افزایش می‌یابد و در دهه چهارم به ۹ به ۱ می‌رسد و سپس کاهش می‌یابد تا اینکه در دهه هفتم و هشتم دوباره زیاد می‌شود(۸ و ۷). از جهت علائم بالینی و پیش‌آگهی هم بین دو جنس تفاوت وجود دارد.

1-Systemic Lupus Erythematosus
2-Clinical Manifestations
3-Secondary Osteoarthritis

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

آلوپسی، حساسیت به نور، ضایعات پوستی مالار و سروزیت در زنان شایع‌تر است، در حالی که درگیری کلیه در مردان شیوع بیشتری دارد(۹). زنان در سن باروری به طور شایع‌تر درگیر می‌شوند، ولی بیماری ۱۰ تا ۲۰ درصد افراد مسن را درگیر می‌کند(۱۰).

بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک اغلب میزان بالایی از علائم روان‌شناختی (۶۵-۴۵ درصد از بیماران) اختلالات روانی را تجربه می‌کنند که از بین آنها، افسردگی و اضطراب بیش از دیگر علائم ظاهر می‌شود(۱۳-۱۱). افسردگی و اضطراب اغلب تاثیرات عمیقی بر سلامت و بهزیستی بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک می‌گذارد، از جمله باعث افزایش بروز بیماری‌های قلبی-عروقی(۱۴)، انفارکتوس قلب[1](۱۵)، تفکر خودکشی(۱۶)، معلولیت جسمی(۱۷) و کاهش کیفیت زندگی (۱۸،۱۹) می‌شوند. تقریباً ۹۵ درصد از بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک اختلالات خواب را گزارش می‌کنند؛ به این صورت که مرتبا بیدار می‌شوند و خواب ناآرامی دارند. این علائم ممکن است در نتیجه علائم بیماری اصلی باشند: درد، استرس، افسردگی، و عوارض جانبی داروها (پردنیزون[2]) و همچنین تغییرات ایمنی که درنتیجه بیماری ایجاد می‌شوند(۲۰).

اگرچه لوپوس اریتماتوز سیستمیک درمان شناخته شده‌ای ندارد، اما درمان موفق آن وابسته به این است که هم علائم و هم التهاب زیربنایی مدنظر قرار گرفته شوند. درمان لوپوس اریتماتوز سیستمیک شامل تجویز انواع داروها، از جمله داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی[3]، کورتیکواستروئیدها[4]، داروهای ضدمالاریا[5]، عوامل سیتوتوکسیک[6]، داروهای بیولوژیک که سلول-های B را هدف قرار می‌دهند و داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی می‌شود(۲۱). با این حال، ایجاد اصلاحات در سبک زندگی، از جمله اجتناب از مواجهه بیش از حد با نور خورشید، مدیریت استرس، قطع مصرف سیگار و پیروی از رژیم غذایی با چربی‌های ترانس پایین و اشباع نشده نیز خیلی اهمیت دارد (۲۱).

یکی از مواردی که در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک نیازمند بررسی و توجه است، بهزیستی ذهنی[7] این بیماران است. بهزیستی ذهنی یکی از مولفه‌هایی است که بر سلامت و افزایش طول عمر تأثیری دارد و وابسته به لذت در برابر تجارب ناگوار است(۲۲). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و از تعادل بین عاطفه مثبت و منفی، رضایتمندی از زندگی و رضایتمندی شغلی و خانوادگی به وجود می‌آید(۲۳). داینر، لوکاس و اویشی[8](۲۴) بهزیستی ذهنی را به عنوان ارزیابی افراد از زندگی خود تعریف می‌کنند. این ارزیابی‌ها شامل واکنش‌های هیجانی افراد به رخدادها، خلق آنها و قضاوت‌های آنها درباره میزان رضایتشان از زندگی است. بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی یعنی ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی بهزیستی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی(۲۵). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است(۲۶). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند(۲۷).

تاکنون اثربخشی مداخلات درمانی مختلفی هم چون معنویت-درمانی(۲۸)، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۱-۲۹)، آموزش مهارت‌های فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۲) و درمان شناختی- رفتاری(۳۳) برای بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مورد بررسی قرار گرفته است. اخیراً یکی از رویکردهای درمانی که به نظر می‌رسد در بهبود بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به لوپوس موثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت[9]است. زنان مبتلا به بیماری لوپوس در اثر ابتلا به این بیماری، دچار آشفتگی‌های شناختی و هیجانی می‌گردند که در نهایت می‌تواند منجر به کاهش سطح بهزیستی ذهنی آنان گردد. علت انتخاب درمان متمرکز بر شفقت برای بیماران مبتلا به لوپوس در این پژوهش آن است که با توجه به اینکه این بیماری درمان قطعی ندارد و بیماران در تمام طول عمر خود از پیامدهای روان‌شناختی منفی و نامطلوب این بیماری رنج می‌برند، لذا نیازمند درمانی هستند که بتواند به آنها در پذیرش و رویایی بهتر با این بیماری کمک نماید. با توجه به اینکه درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یکی از رویکردهای موج سوم روان درمانی تاکید بسیاری بر پذیرش مشکلات و سختی‌ها و عدم اجتناب از آنها دارد و به افراد می‌آموزد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده؛ بلکه در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند، لذا به نظر می‌رسد مداخله مطلوب و موثری برای بیماران مبتلا به لوپوس باشد.

درمان متمرکز بر شفقت توسط پائول گیلبرت[10](۳۴) و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، بویژه آن‌هایی

1-Myocardial Infarction
2-Prednisone
3-Nonsteroidal Anti-inflammatory Medications
4-Corticosteroids
5-Antimalarials
6-Cytotoxic
7-Subjective Well-Being
8-Diner, Lucas & Oishi
9-Compassion-Focused Therapy (CFT)
10-Paul Gilbert

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خودحمایت‌گر و مهربانانه تجربه می‌کردند. مشاهده شد که اگرچه این افراد می‌توانستند تکالیف شناختی و رفتاری را انجام دهند، اما هنوز هم پاسخ ضعیفی نسبت به درمان نشان می‌دادند(۳۵و۳۶). این درمان یکپارچه‌نگر، برگرفته از علم عصب‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد و روان‌شناسی تحولی و همچنین بسیاری از سایر مدل‌های درمانی در مشکلات ذهنی است(۳۷). اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خِردورزانه کهن دارد، اما تعریف استانداردی وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود. این تعریف عبارت است از"حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن". این تعریف به دو بعد اصلی شفقت اشاره می‌کند: بعد اشتیاق[1] که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن با آن اشاره دارد و بعد التیام‌بخشی[2] که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد(۳۸). یک بخش کلیدی در فرایند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد شناختی، فرایندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق می‌کند که انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند(۳۵). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (۳۹). با تکیه بر مدل نظری مبتنی بر تکامل که زیربنای درمان متمرکز بر شفقت است، مکانیسم‌های تغییر متعددی را می‌توان شناسایی کرد: ۱- پرورش اطمینان به خود؛ ۲- جدا شدن از تفکرات خودانتقادی؛ ۳- تحریک توجه برای عاطفه مثبت و پردازش آن؛ و ۴- بهبود تحمل پریشانی و کاهش عاطفه منفی. پرورش اطمینان به خود را می‌توان به عنوان مکانیسم اصلی و محوری درمان متمرکز بر شفقت در نظر گرفت، در حالی که سه مکانیسم دیگر، مکانیسم‌های ثانویه‌ای هستند که از رشد اطمینان به خود حاصل می‌شوند. در مجموع، اعتقاد بر این است که این فرایندهای تغییر، افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روان‌شناختی را تسهیل می‌کنند(۴۰).

در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش احساس تنهایی و افزایش توانایی درخود اطمینان‌بخشی در بیماران مبتلا به درد مداوم(۴۱)، کاهش شرم و خودانتقادی (۴۲)، بهبود عزت‌نفس، شفقت به خود و رضایت از زندگی در افراد با خودانتقادی بالا(۴۳) و کاهش شرم مرتبط با وزن بدن (۴۴) بررسی و تایید شده است. سامرس-اسپیجکرمان، ترامپتر، شروس و بوهلمیجر[3](۴۰) در پژوهشی که با عنوان‌درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یک ابزار خودیاری برای ارتقاء سلامت روانی عموم انجام دادند، بیماران ابزارهای پژوهش را در خط پایه، پس از مداخله و پیگیری ۳ و ۹ ماهه تکمیل کردند. نتایج نشان داد در مقایسه با گروه کنترل در لیست انتظار، گروه درمان متمرکز بر شفقت بهبود بیشتری را در بهزیستی پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه نشان داد. در تمام اندازه‌گیری‌های ثانویه، گروه تحت مداخله بهبودی معنادار و بیشتری را در پیگیری ۳ ماهه نشان داد. در پیگیری ۹ ماهه، بهبودی در تمام مقیاس‌ها در بین شرکت‌کنندگان گروه درمان متمرکز بر شفقت پایدار بود. اندرسون و راسمن[4](۴۵) در پژوهش خود گروه‌درمانی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت را برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت‌نفس پایین اجرا کردند. ده گروه متشکل از ۱۰۲ بیمار مبتلا به انواع اختلالات روان‌پزشکی در یک برنامه درمانی ده هفته‌ای و با یک جلسه پیگیری شرکت کردند. طبق نتایج به دست آمده، درمان متمرکز برشفقت، باعث کاهش معنادار در علائم افسردگی، اضطراب و خودانتقادی و افزایش معنادار در عزت‌نفس گردید. رضایی، شریفی، غضنفری، افلاکی و بهره‌دار(۴۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از تاثیر روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی مشارکت‌کنندگان مورد مطالعه بود. در پژوهش هادیان و جبل عاملی (۴۷) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب مورد تایید قرار گرفت.

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 به طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روانی بیماران به کار گرفته شود. از طرفی در پژوهش‌های گوناگون، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برای افراد دارای بیماری‌های مزمن بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. از آنجا که لزوم ارایه مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و ارتقاء سلامت روانی بیماران مبتلا به

1-Enthusiasm
2-Alleviation
3-Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs, & Bohlmeijer
4-Andersen & Rusmassen

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

لوپوس اریتماتوز سیستمیک بیش از پیش احساس می‌گردد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه این پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیکتخصصی و فوق‌تخصصی طوبی شهر ساری در نیمه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش، ۴۰ زن بیمار بودند که پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر زیر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل جنسیت زن، تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تایید بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک توسط پزشک متخصص روماتولوژی و بر اساس معیارهای کالج آمریکایی روماتولوژی[1]، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان 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 در عملکرد بیمار و سابقه شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با روش‌درمان متمرکز بر شفقت در طی شش ماه گذشته در نظر گرفته شدند. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک تخصصی و فوق‌تخصصی طوبی شهر ساری، اطلاعیه فراخوان ثبت نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر در اختیار مدیریت کلینیک‌ها، جهت نام‌نویسی از شرکت کنندگان قرار گرفت. پس از نام‌نویسی از متقاضیان در مدت تعیین شده، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از زنان بیمار متقاضی شرکت در جلسات توسط پژوهشگر به عمل آمد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۴۰ نفر از بیماران به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایش، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی توسط پژوهشگر در کلینیک تخصصی و فوق‌تخصصی طوبی برگزار شد. در فرایند ارایه مداخله برای گروه آزمایش، مشارکت‌کنندگان گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند (مرحله پس‌آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی و اخذ پس‌آزمون از هر دو گروه، جهت سنجش اثرات درمانی مداخله، مشارکت‌کنندگان در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و مجدداً توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین برای شرکت-کنندگان گروه کنترل جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها جهت همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار گردید.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱- پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش معرفی کرد و در مورد اهداف پژوهش توضیح داد، ۲- به شرکت‌کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، ۳-عقاید، فرهنگ، مذهب و ... شرکت-کنندگان محترم شمرده شد، ۴-بر آزاد بودن شرکت‌کنندگان جهت حضور در ادامه پژوهش تاکید شد، ۵-حریم شخصی بیماران حفظ شد و به آنها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد و 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 متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت(۳۷،۳۸) تدوین شد. شرح مختصر محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارایه گردیده است.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار ذیل استفاده گردید:

پرسشنامه بهزیستی ذهنی[2]: این پرسشنامه که توسط مولوی، ترکان، سلطانی و پالاهنگ (۴۸) تهیه شده و دارای ۳۹ گویه است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست پاسخ داده می‌شود. گویه‌های مثبت از چپ به راست از ۱ تا ۵ و گویه‌های منفی از راست به چپ از۱ تا ۵ می‌شوند. مولوی و همکاران (۴۸) در تدوین پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی چهار عامل سرزندگی[3] (۱۳گویه)، اراده[4] (۱۰ گویه)، روان رنجوری[5] (۱۰گویه) و استرس-افسردگی[6] (۶ گویه)

1-American College of Rheumatology
2-Subjective Well-being Questionnaire
3-Vitality
4-Determination
5-Neurosis
6-Stress-Depression

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

را مشخص ساختند. سرزندگی و اراده، عامل‌های زیرمقیاس عواطف مثبت و روان‌رنجورخویی و استرس- افسردگی عامل‌های زیرمقیاس عواطف منفی بودند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای بهزیستی بالاتر است و بر همین اساس نمرات خرده-مقیاس عواطف منفی به صورت معکوس تفسیر می‌گردد. نمره کل بهزیستی ذهنی از جمع تمامی ۳۹ ماده به دست می‌آید. حداقل نمرات اکتسابی در این پرسشنامه ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد(۴۷). مولوی و همکاران(۴۸) همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه را برای چهار عامل فوق بالاتر از ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ گزارش کردند و در بررسی روایی پرسشنامه مذکور از روایی محتوا و تشخیصی استفاده کرده‌اند. برای ارزیابی روایی محتوا، پرسشنامه مذکور را با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های معتبر برای گردآوری گویه‌ها، بر پایه تأیید برخی از اساتید روان‌شناسی تأیید کردند و برای تعیین روایی تشخیصی تفاوت میان دو گروه سالم و بیمار مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره را به دست آوردند که تفاوت دو گروه معنا-دار بود(۴۹). در پژوهش اعیادی، درگاهی، قمری گیوی و عباسی(۵۰) نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ برآورد گردید. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸و برای زیرمقیاس‌های عواطف مثبت و عواطف منفی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۵ محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
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 برشفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضاء، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضاء	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، شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب مشارکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد "دارای شفقت"یا گبدون شفقت"، شناسایی و کاربرد تمرین‌های "پرورش ذهن شفقت آمیز" (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.
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن مشفق" (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسهٔ قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت"
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به مشارکت‌کنندگان تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی گروه آزمایش ۵/۴۸ ±۲۹ سال و گروه کنترل ۴/۸۷ ± ۲۸ بود. در گروه آزمایش ۳ نفر (۱۵ درصد) با تحصیلات سیکل، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۲۵ درصد) با تحصیلات کاردانی، ۶ نفر (۳۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی‌ارشد حضور داشتند و در گروه کنترل ۲ نفر(۱۰ درصد) با تحصیلات سیکل، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) با تحصیلات کاردانی، ۸ نفر (۴۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۰ درصد) با تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. میانگین مدت بیماری افراد گروه آزمایش ۲/۳۳ ± ۳/۶۵ سال و گروه کنترل ۴/۲۳ ± ۳/۹۸ سال بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	۶۱/۵۹	۵/۳۳	۶۲/۱۹	۸/۱۵
	پس‌آزمون	۶۸/۵۸	۵/۳۵	۶۲/۲۸	۶/۱۹
	پیگیری	۶۸/۹۱	۴/۹۵	۶۲/۹۷	۶/۶۳
عواطف منفی	پیش‌آزمون	۴۱/۰۶	۳/۵۸	۴۱/۴۶	۵/۵۵
	پس‌آزمون	۴۵/۷۲	۳/۶۶	۴۱/۵۲	۴/۱۴
	پیگیری	۴۵/۹۴	۳/۳۵	۴۱/۹۸	۴/۵۱
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۰۲/۶۵	۸/۸۹	۱۰۳/۶۵	۱۳/۸۲
	پس‌آزمون	۱۱۴/۳۰	۸/۹۲	۱۰۳/۸۰	۱۰/۳۵
	پیگیری	۱۱۴/۸۵	۸/۳۰	۱۰۴/۹۵	۱۱/۰۶

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات بهزیستی ذهنی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۰۲/۶۵ ۱۱۴/۳۰ و ۱۱۴/۸۵ بوده است و این میانگین برای گروه کنترل به ترتیب ۱۰۳/۶۵، ۱۰۳/۸۰ و ۱۰۴/۹۵ بوده است. میانگین مولفه‌های بهزیستی ذهنی نیز در جدول ارایه شده است. همانطور که درجدول ملاحظه می‌شود، نمرات مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش در متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد. هدف از بررسی پیش-فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید و عدم معناداری این آزمون برای بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن ($P>۰/۰۵$) نشان از نرمال بودن نمرات گروه‌ها داشت. بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین انجام شد و این پیش فرض نیز مورد تایید قرار گرفت. پیشفرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون کرویت ماچلی انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از ۰/۰۵ باشد.

جدول۳- نتایج آزمون کرویت ماچلی

اثرات درون آزمودنی	ضریب W ماچلی	ضریب خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون		
					گرین هاوس -گیسر	هوین- فلت	حد پایین
عواطف مثبت	۰/۱۳۸	۷۳/۲۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۰/۵۵۵	۰/۵۰
عواطف منفی	۰/۱۴۹	۷۰/۳۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	۰/۵۵۸	۰/۵۰
بهزیستی ذهنی	۰/۱۳۲	۷۵/۰۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۵۵۳	۰/۵۰

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

بر اساس نتایج جدول ۳، با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای متغیر بهزیستی ذهنی مشاهده می‌گردد که پیش فرض کرویت رعایت نشده است؛ بنابراین برای تفسیر نتایج برای این متغیر از ضریب هوین-فلت استفاده شده است.

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	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	عواطف مثبت	۳۸۹/۲۵	۱/۱۰	۳۵۰/۸۴	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱	
		عواطف منفی	۱۷۳/۰۰۳	۱/۱۱	۱۵۴/۹۱	۱۰/۶۷	۰/۰۰۲	
		بهزیستی ذهنی	۱۰۸۱/۲۶	۱/۱۰	۹۷۸/۲۵	۱۰/۹۵	۰/۰۰۱	
	تعامل	عواطف مثبت	۳۰۱/۷۴	۱/۱۰	۲۷۱/۹۳	۸/۷۰	۰/۰۰۴	
		عواطف منفی	۱۳۴/۰۹	۱/۱۱	۱۲۰/۰۷	۸/۲۷	۰/۰۰۵	
		بهزیستی ذهنی	۸۳۸/۰۶	۱/۱۰	۷۵۸/۲۲	۸/۴۹	۰/۰۰۵	
	خطا	عواطف مثبت	۱۳۱۷/۱۷	۴۲/۱۶	۳۱/۲۴			
		عواطف منفی	۶۱۶/۱۳	۴۲/۴۳	۱۴/۵۱			
		بهزیستی ذهنی	۳۷۴۹/۳۳	۴۲/۰۰۲	۸۹/۲۶			
بین آزمودنی	گروه	عواطف مثبت	۴۵۱/۶۳	۱	۴۵۱/۶۳	۵/۶۰	۰/۰۲۳	۰/۱۳
		عواطف منفی	۲۰۰/۷۲	۱	۲۰۰/۷۲	۵/۴۵	۰/۰۲۵	۰/۱۲
		بهزیستی ذهنی	۱۲۵۴/۵۳	۱	۱۲۵۴/۵۳	۵/۵۶	۰/۰۲۴	۰/۱۲
	خطا	عواطف مثبت	۳۰۶۳/۷۸	۳۸	۸۰/۶۲			
		عواطف منفی	۱۳۹۷/۱۴	۳۸	۳۶/۷۶			
		بهزیستی ذهنی	۸۵۷۰/۶۶	۳۸	۲۲۵/۵۴			

در جدول۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد، در اثر زمان با توجه به اینکه متغیر بهزیستی ذهنی، عواطف مثبت و عواطف منفی معنادار شده‌اند ($P<۰/۰۱$)، بنابراین بین سه مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر و مولفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفته شده است و نتایج آن در ادامه ارایه گردیده است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)، مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه درمانی و گواه در متغیر وابسته و مولفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی آن ارایه شده است. در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیر بهزیستی ذهنی، عواطف مثبت و عواطف منفی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). مقایسه دو به دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در ادامه ارایه شده است. با توجه به مقادیر ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه می‌گردد تاثیر درمان بر بهزیستی ذهنی ۱۲ درصد، بر مولفه عواطف مثبت ۱۳درصد و بر مولفه عواطف منفی ۱۲ درصد بوده است.

جدول ۵- مقایسه زوجی مراحل سنجش درمان متمرکز بر شفقت در متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	آزمایش	کنترل	۰/۶۰۰	۲/۱۷	۰/۷۸۵
	پس‌آزمون	آزمایش	کنترل	۶/۳۰	۱/۸۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	کنترل	۵/۹۴	۱/۸۵	۰/۰۰۳
عواطف منفی	پیش‌آزمون	آزمایش	کنترل	۰/۴۰۰	۱/۴۷	۰/۷۸۸
	پس‌آزمون	آزمایش	کنترل	۴/۲۰	۱/۲۳	۰/۰۰۲
	پیگیری	آزمایش	کنترل	۳/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۳
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	آزمایش	کنترل	-۱	۳/۶۷	۰/۷۸۷
	پس‌آزمون	آزمایش	کنترل	۱۰/۵۰	۳/۰۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	کنترل	۹/۹۰	۳/۰۹	۰/۰۰۳

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

اطلاعات جدول ۵، نشان می‌دهد در متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد (P>۰/۰۵)، اما در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار (P<۰/۰۱) حاصل شده است که نشان‌دهنده تاثیر درمان بر افزایش نمرات بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش دارد. شایان ذکر است که با توجه به تفسیر معکوس نمرات زیر مقیاس عواطف منفی در پرسشنامه، افزایش نمره در این مولفه به معنای کاهش عواطف منفی در فرد می‌باشد.

جدول ۶- مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل سنجش در متغیر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن

متغیر	گروه	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
عواطف مثبت	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۹۹	۱/۵۹	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۳۲	۱/۵۹	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۳۰	۰/۳۵۲	۰/۳۵۵
	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۰۹۰	۱/۵۹	۰/۹۵۵
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۸۰	۱/۵۹	۰/۶۲۷
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۹۰	۰/۳۵۲	۰/۰۵۸
عواطف منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	پس آزمون	-۴/۶۶	۱/۰۸	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۸۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۲۰	۰/۲۵۲	۰/۳۸۷
	کنترل	پیش‌آزمون	پس آزمون	-۰/۰۶۰	۱/۰۸	۰/۹۵۶
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۲۰	۰/۰۹۶	۰/۳۸
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۰	۰/۲۵۲	۰/۰۷۵
بهزیستی ذهنی	آزمایش	پیش‌آزمون	پس آزمون	-۱۱/۶۵	۲/۶۹	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۲/۲۰	۲/۶۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۵۰	۰/۵۸۰	۰/۳۴۹
	کنترل	پیش‌آزمون	پس آزمون	-۰/۱۵۰	۲/۶۹	۰/۹۵۶
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۰	۲/۶۸	۰/۶۳۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۱۵	۰/۵۸۰	۰/۰۵۵

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که در گروه آزمایش بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱) ، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی وجود ندارد که نشان‌دهنده ثبات تاثیر درمان بر بهزیستی ذهنی و مولفه‌های آن می‌باشد. همچنین در گروه کنترل هیچ گونه تفاوت معناداری بین مراحل مختلف سنجش وجود ندارد (P>۰/۰۵).این نتایج و مقایسه میانگین‌های بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و عواطف منفی گروه آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی ذهنی و مولفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی شده است که با توجه به تفسیر معکوس نمرات عواطف منفی در پرسشنامه، افزایش نمره به معنای کاهش عواطف منفی در فرد می‌باشد. بنابراین درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری میزان بهزیستی ذهنی بیماران گروه آزمایش را افزایش داده بود و نتایج در دوره پیگیری از ثبات لازم برخوردار بود. همچنین مداخله در افزایش میزان عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بیماران موثر بود. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این پژوهش باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیقات سامرس-اسپیجکرمان و همکاران(۴۰)، گودینگ و همکاران(۴۱) ، کاپاگ و همکاران(۴۲)، کریگر و همکاران(۴۳)، کارتر و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

همکاران(۴۴)، اندرسون و راسمن(۴۵)، رضایی و همکاران(۴۶) و هادیان و جبل عاملی(۴۷) که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را تایید نموده بودند، همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه-های نامطلوب خود و زندگی فرد است(۵۱). شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد بیمار، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد(۵۲). درمان متمرکز بر شفقت در بازگرداندن تعادل بین سیستم‌های تنظیم عواطف به افراد کمک می‌کند و همچنین درصدد است که افراد بیاموزند در پاسخ به تهدید، به سیستم خود آرام‌بخشی دسترسی پیدا کنند. در چارچوب درمان، افراد از طریق انواع مداخلات، افراد می‌آموزند که ذهن شفقت ورز را پرورش داده و می‌آموزند که درکشان از رنجی که احساس می‌کنند، را گسترش دهند(۳۷). درمان متمرکز بر شفقت با تکنیک تصویرپرداری مشفقانه، سیستم‌های خاص مغزی بویژه سیستم پذیرش و آرام بخشی (اوکسی توسین/ اندورفین) را تحریک می‌کند. آموزش ذهن مشفق در فرایند درمان موجب تنظیم فیزیولوژیکی شده و تمرین‌هایی که این درمان به کار می‌برد، منجر به بروز انواع الگوهای خاص عاطفه مثبت شده و به افزایش احساس امنیت، اطمینان، بهزیستی و تعادل سیستم تهدید منتهی می‌شود. در درمان متمرکز بر شفقت اکتساب انگیزه و احساس برای کمک مشفقانه به بخش خود انتقادگر، مضطراب یا عصبانی اهمیت ویژه دارد؛ بنابراین ضمن گفتگو درباره ماهیت بخش‌های خود، تقویت آن بخش-هایی که می‌توانند رشد و تغییر کرده به درمانجویان آموخته می‌شود(۵۳).

درمان متمرکز بر شفقت، رویکردی برای کمک به مشکلات هیجانی و تمایلات مربوط به خود تخریبی است. درمان متمرکز بر شفقت با تمرین‌های ویژه، تفکر، تجسم و تمرکز بر آنچه که به شیوه ای غیرقضاوتی به فرد امکان مهربانی به خود می‌دهد، دلسوزی و شفقت به خود را افزایش می‌دهد. این رویکرد به افراد آموزش می‌دهد تا با آرامش‌دهی و مهربانی به خود، احساس شرمساری و پریشانی و خودسرزنشگری را از خود دور سازند(۵۴). در این رویکرد، درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند، بدون آنکه آن‌ها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند. همچنین هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند(۵۵).

از منظر درمان متمرکز بر شفقت، بیماری، سیستم تهدید-حفاظت از خود را بیش از حد فعال می‌کند و به این بیش‌فعال-شدگی ادامه می‌دهد. در مقابل خود اطمینان‌بخشی و احساس آرامش و امنیت، سیستم تسکین را فعال کرده و تعاملات اجتماعی و تلاش برای حمایت متقابل را تقویت می‌کند. لذا فعال‌سازی این سیستم موجب کاهش عملکرد سیستم متمرکز بر تهدید و اثر مهاری آن بر رفتار شده و بهزیستی ذهنی فرد را افزایش می‌دهد. از آنجایی که افراد درگیر با بیماری‌های مزمن، سیستم تسکین کمتر توسعه یافته‌ای دارند؛ چرا که هرگز فرصت رشد آن را را نداشته و از سیستم تهدید شدیداً فعالی برخوردار هستند، ذهن مشفق اتوماتیک وار با گسترش سیستم تسکین و تنظیم سیستم تهدید، یک تعادل هیجانی ایجاد کرده و بهزیستی ذهنی فرد را افزایش می‌دهد. درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم. همچنین درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید(۵۶)؛ لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، بهزیستی ذهنی فرد افزایش یابد.

پژوهش حاضر نیز به مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است. از آنجا که این پژوهش روی بیماران زن مبتلا به لوپوس شهر ساری انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزار 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 نظایر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. در گروه‌های بزرگتر امکان گزینش و جایگزینی مشارکت-کنندگان در گروه‌های مختلف می‌تواند اثربخشی این رویکرد را با سایر رویکردها، مقایسه کرده و تاثیر عواملی چون مهارت و شخصیت درمانگر و عوامل مشترک در تمامی درمان‌ها را کنترل

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

کند. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، مداخله متمرکز بر شفقت روی بیماران مرد مبتلا به لوپوس نیز انجام گردد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد، روان‌شناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان بیماران مزمن استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی و مصوب شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان می‌باشد. از مدیران محترم کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی طوبی و تمامی بیماران عزیزی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، تشکرو قدردانی می‌شود.

References

1-Kamal A, Khamashta M. The efficacy of novel B cell biologics as the future of SLE treatment: a review. Autoimmun Rev2014; 13(11):1094-101.
2-Sciascia S, Radin M, Roccatello D, Sanna G, Bertolaccini ML. Recent advances in the management of systemic lupus erythematosus. F1000Res. 2018 Jun 29;7:F1000 Faculty Rev-970. doi: 10.12688/f1000research.13941.1. PMID: 30026918; PMCID: PMC6039948.
3-Holloway L, Humphrey L, Heron L, Pilling C, Kitchen H, Højbjerre L et al. Patient-reported outcome measures for systemic lupus erythematosus clinical trials: a review of content validity, face validity and psychometric performance. Health Qual Life Outcomes 2014; 12(116): 2-14.
4-Jolly, M., Pickard AS, Wilke C, Mikolaitis RA, Teh L-S, McElhone K, et al. Lupus-specific health outcome measure for US patients: the LupusQoL-US version. Ann Rheum Dis 2010; 69(1):29-33.
5-Furst DE, Clarke AE, Fernandes AW, Bancroft T, Greth W, Iorga SR. Incidence and prevalence of adult systemic lupus erythematosus in a large US managed-care population. Lupus 2013; 22(1):99-105.
6-Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, Gholami J, Forouzanfar MH, Akhlaghi M et al. WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study) in Iran. J Rheumatol 2008; 35(7):1384.
7-Lim SS ,Bayakly AR ,Helmick CG ,Gordon C ,Easley KA ,Drenkard C .The incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus, 2002-2004: The Georgia Lupus Registry. Arthritis Rheumatol 2014; 66(2):357-68.
8-Margery-Muir AA ,Bundell C ,Nelson D ,Groth DM ,Wetherall JD .Gender balance in patients with systemic lupus erythematosus. Autoimmun Rev 2017; 16(3):258-68.
9-Boodhoo KD ,Liu S ,Zuo X .Impact of sex disparities on the clinical manifestations in patients with systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2016; 95(29):e4272.
10-Lazaro D .Elderly-onset systemic lupus erythematosus: prevalence, clinical course and treatment. Drugs Aging 2007; 24(9):701-15.
11-Sehlo MG, Bahlas SM. Perceived illness stigma is associated with depression in female patients with systemic lupus erythematosus. J Psychosom Res 2013; 74(3):248-51.
12-Philip EJ, Lindner H, Lederman L. Relationship of illness perceptions with depression among individuals diagnosed with lupus. Depress Anxiety 2009; 26(6):575-82.
13-Jarpa E, Babul M, Calderón J, González M, Martínez ME, Bravo-Zehnder M, et al. Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. Lupus 2011; 20(1):58-66.
14-Greco CM, Li T, Sattar A, Kao AH, Danchenko N, Edmundowicz D, et al. Association between depression and vascular disease in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2012; 39(2):262-8.
15-Lisitsyna TA, Iu Vel'tishchev D, Seravina OF, Kovalevskaia OB, Marchenko AS, Novikova DS, et al. Prevalence of mental disorders in SLE patients: correlations with the disease activity and comorbid chronic conditions. Ter Arkh 2009; 81(6):10-6.
16-Mok CC, Chan KL, Cheung EFC, Yip PSF. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. Rheumatology (Oxford)2014; 53(4):714-21.
17-Ward MM, Lotstein DS, Bush TM, Lambert RE, van Vollenhoven R, Neuwelt CM. Psychosocial correlates of morbidity in women with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol1999; 26(10):2153-8.
18-Mak A, Tang CS, Ho RC. Serum tumour necrosis factor-alpha is associated with poor health-related quality of life and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. Lupus 2013; 22 (3):254-61.
19-Mok CC, Chan KL, Ho LY. Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus. Clin Exp Rheumatol 2016; 34(3):389-95.
20-Olesińska M, Saletra A. Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. Reumatologia 2018; 56(1):45-54.
21-Williams EM, Egede L, Faith T, Oates J. Effective self-management interventions for patients with lupus: Potential impact of peer mentoring. Am J Med Sci 2017; 353(6):580-592.
22-Von Humboldt S, Leal I, Pimenta F. Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. International Journal of Gerontology 2015; 9(1):15-9.
23-Jovanović, V. Trust and subjective well-being: The case of Serbia. Pers Individ Dif 2016; 98: 284-88.
24-Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder CR, Lopez S (Eds.). Handbook of positive psychology. London: Oxford University Press; 2002.pp: 463-73.
25-Cotter EW, Fouad NA. The relationship between

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

subjective well-being and vocational personality type. J Career Assess 2011; 19(1): 51–60.
26-Kuykendall L, Tay L. Employee subjective well-being and physiological functioning: An integrative model. Health Psychol Open 2015; 2 (1):2055102915592090.
27-Jin C-H. The role of users' motivations in generating social capital building and subjective well-being: The case of social network games. Comput Human Behav 2014; 39: 29-38.
28-Davarniya R. Investigating the effectiveness of spiritual therapy on resiliency among women with systemic lupus erythematosus. J Zabol Med Sch 2020; 2(4): 162-72.
29-Fazlian M, Solati S K, Mousvi M, Ghasemi Pirbaloti M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral based and mindfulness-based stress management program on activity, quality of life and self-efficiency of patients with systemic lupus erythematosus. J Adv Med Biomed Res 2018; 26(115):78-91.
30-Irani S, Tavakoli M, Esmaeili M, Fatemi AM. The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on illness acceptance and coping strategies in patients with systematic lupus erythematous. Positive Psychology Research 2019; 5(1): 1-16.
31-Bahreini Z, Sanagouye-Moharer GH. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on resilience and self-discrepancy among female patients with systemic lupus erythematosus. Salamat Ijtimai (Community Health) 2019; 6(4):406-14.
32-Rafie S, Akbari R, Yazdani Charati J, Elyasi F, Azimi-Lolaty H. Effect of mindfulness-based metacognitive skills training on depression, anxiety, stress, and well-being in patients with systemic lupus erythematosus. J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (183):11-21.
33-Dehnabi A, Radsepehr H. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on body image concern and improvement of cognitive flexibility in women with systemic lupus erythematosus. JDC 2017; 8 (3):146-55.
34-Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. Clin Psychol Psychother2000; 7(3): 174–89.
35-Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med 2015; 45(5):927-45.
36-Bulmash E, Harkness KL, Stewart JG, Bagby RM. Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. J Consult Clin Psychol 2009; 77(6):1067-77.
37-Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment 2009; 15:199-208.
38-Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol 2014; 53(1):6-41.
39-Salimi A, Arsalandeh F, Zahrakar K, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. Horizon Med Sci 2018; 24 (2):125-31.
40-Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2018; 86(2):101-15.
41-Gooding H, Stedmon J, Crix D. 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. Br J Pain 2020; 14(1): 31-41.
42-Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. Br J Clin Psychol 2018; 57 (2):240-54.
43-Krieger T, Reber F., von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: A randomized controlled trial. Behavior Therapy2019; 50(2): 430-45.
44-Carter A, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. Clin Psychol Psychother 2020; Early View https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2488
45-Andersen B, Rusmassen PH. Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. J Compassionate Health Care 2017; 4 (14):185-96.
46-Rezaei AL, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahre Dar MJ. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, compassion-based therapy and combination therapy on depression, anxiety quality of life in patients with lupus. Quarterly Journal of Health Psychology 2020; 9(1):127-44.
47-Hadian S, Jabalameli S. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorder. DMed 2019; 27(140):19-28.
48-Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. Structure standardization, validity and reliability of subjective well-being questionnaire. IJPCP 2010; 16 (3):231-38.
49-Sharifi G , Azarniad A, Khalili Sh, Seifi SJ, Hamidi O. Relationship between Schwartz's personal values and subjective well-being among patients with breast cancer. Journal of Clinical Psychology 2017; 8(4): 63-74.
50-Ayadi N, Dargahi S, Ghamari Givi H, Abbasi M. The impact of job stress on subjective well-being, marital stress and empathy of nurses. IJME 2016; 9 (2):67-79.
51-Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness 2016; 7(1): 264-74.
52-Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswanin S. The relationship between social support and subjective well-being across age. Soc Indic Res 2014; 117 (2), 561-76.
53-Gilbert P. The CBT distinctive features series. Compassion focused therapy: Distinctive features. Routledge/Taylor & Francis Group; 2010.pp:112-3.
54-Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. Clin Psychol Psychother2006; 13(6): 353-79.
55-Yarnell LM, Stafford RE, Neff KD, Reilly ED, Knox MC, Mullarkey M. Meta-analysis of gender differences in self-compassion. Self and Identity 2015; 14(5): 499–520.
56-Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. Behav Res Ther 2014; 58:43-51.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Subjective Well-Being in Women with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Mousavi SM (Ph.D Candidate), Khajevand Khoshli A (Ph.D)*, Asadi J (Ph.D), Abdollahzadeh H (Ph.D)

Abstract

Introduction: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a multisystem autoimmune disorder with a wide range of clinical manifestations. The present research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective wellbeing of women with Systemic Lupus Erythematosus.

Methods: The current study was a semi-experimental research type in which pre-test post-test 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 2019. The sample included 40 female patients who were selected via available sampling method and were assigned into experiment and control groups by random assignment method. The data gathering tool was the Subjective Wellbeing Questionnaire of Mowlavi and colleagues (2010) which was completed by the subjects of both groups in pre-test, post-test and follow-up phases. Compassion-focused therapy was provided for the subjects of the experiment group in eight 120-minute sessions. To analyse the data, variance analysis with repeated measures and the Bonferroni post hoc test in SPSS24 were used.

Results: Results indicated that compassion-focused therapy significantly increased subjective wellbeing in the patients of the intervention group compared to the control group, and the results were sufficiently stable in the follow-up phase. Also, therapeutic intervention was effective in increasing positive emotions and reducing negative emotions in patients ($p < 0.01$).

Conclusions: According to these results, it appears that compassion-focused therapy is probably a suitable interventional option for enhancing mental health among patients with Systemic Lupus Erythematosus.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Health, Training

---

*Correspondent Address: Assitant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. khajevand_a@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-01]