



Research Article

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Follow-Up Treatment of Patients with Systemic Lupus

Ali Mohammad Rezaei <sup>1</sup> , Tayyebeh Sharifi <sup>2,\*</sup> , Ahmad Ghazanfari <sup>2</sup> , Elham Aflaki <sup>3</sup> , Mohammad Jafar Bahre Dar <sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Ph.D. Student Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

<sup>3</sup> Visiting Associate Professor Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

\* **Corresponding author:** Tayyebeh Sharifi, Associate Professor Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: [hasanimehr57@yahoo.com](mailto:hasanimehr57@yahoo.com)

DOI: [10.29252/nkjmd-12041](https://doi.org/10.29252/nkjmd-12041)

### How to Cite this Article:

Rezaei AM, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahre Dar MJ. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Follow-Up Treatment of Patients with Systemic Lupus. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**12**(4):1-9. DOI: [10.29252/nkjms-12041](https://doi.org/10.29252/nkjms-12041)

Received: 11 May 2020

Accepted: 18 July 2020

### Keywords:

Patients with Systemic Lupus, Acceptance and Commitment Therapy, Depression, Follow-Up Treatment

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on depression and follow-up treatment of patients with systemic lupus.

**Methods:** The present study was quasi-experimental (pre-test-post-test with control group and quarterly follow-up phase). The statistical population of this study included all patients with Lupus treated in Shiraz hospitals in 1397; Using the available sampling method from a population of 750 people, 60 women were selected and then randomly assigned to two groups of 30 people included control groups and experimental group. The experimental intervention group received treatment acceptance and commitment treatment within three months in 12 session's 90-minute, but the control group was not exposed to any activity. The questionnaires used in this study included Beck's depression questionnaire and the follow-up and treatment questionnaire. Data were analyzed by analysis of variance with repeated measurements analysis.

**Results:** The Findings of the study showed that commitment training portfolios had a significant effect on reducing depression and follow-up, treatment of women with systemic lupus ( $P \leq 0.0001$ ).

**Conclusions:** According to the findings of the present study, it is possible to use acceptance and commitment training packages to improve depression and follow-up treatment of women with lupus.



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به

### لوپوس سیستمیک

علی محمد رضایی<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲\*</sup>، احمد غضنفری<sup>۲</sup>، الهام افلاکی<sup>۳</sup>، محمدجعفر بهره دار<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانش آموخته دکتری روانشناسی عمومی گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار مدعو گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

\* نویسنده مسئول: طیبه شریفی، دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. ایمیل:

ramin3677s@yahoo.com

DOI: 10.29252/nkjms-12041

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۲	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۸	مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک بود.
واژگان کلیدی:	روش کار: پژوهش حاضر با شیوه شبه آزمایشی (پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان، در بیمارستان های شیراز در سال ۱۳۹۷ بود؛ که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۶۰ زن انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره کنترل و گروه آزمایش گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی درمان پذیرش و تعهد را طی سه ماه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، دریافت نمودند ولی گروه کنترل در معرض فعالیتی قرار نگرفتند؛ نهایتاً پس از سه ماه گروهها مورد سنجش قرار گرفتند. پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه متابعت درمانی بود. داده ها بوسیله تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.
	یافته ها: یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که پرتکل های آموزشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و متابعت درمانی زنان مبتلا به لوپوس سیستمیک تاثیر معناداری داشته است ( $P \leq /0.001$ ).
	نتیجه گیری: مطابق با یافته های پژوهش حاضر، می توان از بسته های آموزشی پذیرش و تعهد جهت بهبود افسردگی و متابعت درمانی زنان مبتلا به لوپوس بهره برد.

### مقدمه

دوم و یا سوم عمر بوده و متوسط سن شروع بیماری ۲۵ سالگی است. بیشتر از ۸۰٪ موارد لوپوس در سن حاملگی گزارش شده است [۱]. متابعت درمانی مفهومی چندگانه است که در برگیرنده تمام رفتارهایی است که مطابق با توصیه های متخصصان صورت می گیرد [۴] و میزان عمل کردن بیمار را به رفتارها و درمان هایی که پزشک توصیه کرده است نشان می دهد در واقع یکی از اصلی ترین نگرانی ها و مشکلات بالینی کارکنان نظام سلامت، مشکلات مربوط به عدم متابعت بیماران از پروتکل درمانی تجویز شده می باشد [۵]. یکی از مشکلاتی که در بیماران لوپوس گزارش شده است وضعیت تبعیت آنها از درمان می باشد. [۶، ۷]. تبعیت از توصیه های درمانی توسط بیمار با مشارکت خانواده می تواند از عوارض حاد و مزمن بیمار جلوگیری کرده یا بروز آن را به تعویق بیندازد [۸]؛ با این وجود اکثر بیماران در تبعیت از توصیه های درمانی کوتاهی می کنند [۹]. در حال حاضر نتایج متفاوتی در مورد تبعیت از توصیه های درمانی در مورد لوپوس و عوارض آن در

لوپوس سیستمیک یک علامت شاخص تنها ندارد، بلکه سندرم بالینی با علت ناشناخته است که جز بیماری های خود ایمنی محسوب گردیده است [۱]. این بیماری، با درگیری ارگان های حیاتی بدن تأثیرزبان آوری بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد می گذارد. زندگی به مدت طولانی همراه با علائم بیماری خصوصاً علائم پوستی و ظاهری می تواند به تهدید هویت، تغییر نقش ها و وظایف و تغییر در تصویر ذهنی و یا سبک زندگی منجر شود. هر گونه تغییر عمده یا کاهش توانایی در عملکرد، مستلزم تطابق بیشتر جسمی، روانی و اجتماعی توسط بیمار و خانواده است [۲]. مددجو و خانواده برای پذیرش تغییر توانایی های فرد، در انجام وظایف گذشته، همچنین، برنامه ریزی مناسب در این زمینه به زمان نیاز دارند [۳]. این تغییرات روانی و خلقی مختلف از قبیل اندوه، افسردگی، بی حوصلگی، خستگی روحی، ترس، ناراحتی و تنهایی است [۲]. بروز لوپوس در زنان جوان شیوع بالاتری دارد. اگرچه لوپوس می تواند در هر سنی ایجاد شود، شروع بیماری معمولاً در دهه

دادند که بیماران تحت درمان ACT، در میزان تداخل درد، افسردگی و اضطراب مرتبط با درد، بهبود یافتند. علاوه بر این، این بیماران نسبت به بیماران تحت درمان CBT، رضایت بالاتری از درمان نشان دادند. همچنین، نتایج برخی از مطالعات گواه شده نشان دادند که درمان ACT، درمان موثری برای مشکلات اضطراب و افسردگی به شمار می آید، اگر که تبعیت از درمان اتفاق بیافتد [۲۳-۲۵]. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک شهر شیراز انجام گرفت.

## روش کار

پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون-پس آزمون با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به لوپوس تحت درمان، در بیمارستان های شیراز در سال ۱۳۹۷ بود؛ که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین جامعه ۷۵۰ نفری، ۶۰ نفر از زنان دارای بیماری لوپوس، انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه (یک گروه کنترل ۳۰ نفره، و یک گروه آزمایش ۳۰ نفره) گمارده شدند. باتوجه به این که انتخاب نمونه در پژوهش های آزمایشی که به مقایسه گروه ها می پردازد بر اساس سطح معنی داری و توان آزمون است که باتوجه به کتاب روش های تحقیق در علوم رفتاری سرمد و همکاران [۲۶]، جهت انجام پژوهش های آزمایشی با انتخاب شرکت کننده در هر گروه ۲۰ نفر می توان، به توان آزمون بالا دست پیدا کرد؛ لذا از آن جا که هدف، اثرگذاری این درمان ها در بیماران با  $\alpha=0.05$  و حجم اثر  $0.5$  کار را انجام دهند و توان آزمون منطقی داشته باشند، براساس این رویکرد، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر می باشد. آزمودنی های گروه آزمایش جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شرح جدول ۱ فرا گرفتند [۲۷] و گروه کنترل تا پایان فرآیند درمان هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکردند. رویایی محتوایی این جلسات با نظرخواهی از چهارنفر متخصص روانشناسی و روماتولوژیست و آشنا به درمان های موج سوم تایید شد. معیار ورود این پژوهش شامل: داشتن سن ۲۵ تا ۴۰ سال می باشد، علت انتخاب این گروه سنی به این دلیل است که درمان پذیری روان شناختی در این سنین بالاست، معمولاً افراد این گروه سنی کمتر درگیر مشکلات دیگر به جز لوپوس می باشند و همچنین بیماری تا حدود زیادی تبدیل به بیماری های دیگر به طور همزمان نشده است، امکان دسترسی به نمونه های این گروه سنی جهت تیم پژوهش بیشتر بوده است و همچنین باتوجه به این که شرکت در جلسات دارای اهمیت بوده است این گروه راحت تر در جلسات شرکت می نمودند، از این رو اساتید راهنما و مشاور این گروه سنی را انتخاب نمودند. سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۲ سال از زمان تشخیص، نداشتن بیماری جسمانی دیگر به جزء لوپوس، عدم استفاده از داروهای روانپزشکی، داشتن انگیزه جهت شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه، عدم شرکت همزمان در دوره های روانشناختی دیگر و همچنین معیار خروج افراد از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه، وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور بیمار در جلسات درمان گردند و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۴ بررسی شد. ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمونه گیری در متغیر های مورد مطالعه، آزمون کالوموگراف اسمیرنوف در سطح معنی داری  $P < 0.05$  انجام شد. سپس جهت بررسی پیش

ایران گزارش شده است که همگی حاکی از عدم تبعیت بیمار از درمان خود بوده که به واسطه این عدم تبعیت عوارض این بیماری دو چندان شده و هزینه های درمانی چندین برابر افزایش یافته است [۱۰].

بیماری های مزمن از جمله لوپوس تا حد زیادی به میزان متابعت درمانی بستگی دارد [۱۱]؛ تا حدی که اگر بیماران توصیه های درمانی را به کار نیندند حتی بهترین رژیم درمانی نیز بی ارزش می گردد. در زمینه اهمیت متابعت درمانی می توان به مطالعه حیدری اشاره نمود. چرا که، بر اساس این مطالعه عدم متابعت درمانی در بیماران قلبی بعد از عامل استرس از عواملی است که می تواند منجر به بستری مجدد این بیماران گردد [۱۲]. ارتقای سلامت به عنوان اصلی ترین پیامد متابعت درمانی است که خود می تواند پیامدهای دیگری را به طور سلسله وار ایجاد نماید که در نهایت کیفیت زندگی بیمار را ارتقا می دهد [۱۳]. شناخت بهتر مکانیسم بیماریهای خود ایمنی بدن کمک زیادی در انتخاب نوع درمان می کند با این وجود اکثر پژوهش ها بیشتر درمان های دارویی را مورد توجه قرار داده اند. این تک محوری در درمان با روش های نوین مثل پیوند سلول های بنیادی جهانی نو در درمان لوپوس ایجاد می کند که فقط در چارچوب فیزیک بدن کاربرد دارد [۱۴]. با توجه به اینکه علاوه بر درگیری ارگان های متعدد به خصوص پوست، مفاصل، خون، کلیه ها و سیستم عصبی مرکزی این بیماران با شکایات غیر اختصاصی مثل خستگی مفرط و کسل بودن و درگیری با بیماری های روان تنی چون اضطراب و افسردگی به خدمات درمانی روانشناختی نیاز دارند [۱۵]؛ که از میان درمان های جدید برای نشانگان بالینی اضطراب و افسردگی می توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از جمله درمان های موسوم به موج سوم رفتاری اند و تحول شگرفی در روان درمانگری ایجاد کرده اند، یاد نمود [۱۶]. درمان مبتنی بر پذیرش نسبت به سایر رویکرد درمانی این حوزه، در زمینه درمان افسردگی و اضطراب جزء درمان های مطرح محسوب می گردد [۱۷]. اهمیت این نوع درمان در این است که دارو درمانی به تنهایی مشکلات افراد مبتلا به لوپوس را از بین نمیرد؛ بلکه به درمانی هدفمند در کنار ساختار دارو درمانی نیازمند است [۱۴]؛ این رویکرد در مقایسه با رفتار درمانگری شناختی تاکید بیشتری بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی دارد [۱۸]؛ انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت عقربه های زندگی خود حرکت می کنیم. انعطاف پذیری روانشناختی، از طریق شش فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حاصل می شود هر یک از این حوزه ها به جای آن که فقط روشی برای دوری از آسیب دیدگی باشند، به عنوان یک مهارت روانشناختی مثبت مفهوم پردازی شده اند [۱۸].

از طرفی پیشینه های تحقیقاتی تاثیر روش درمانی پذیرش و تعهد را در حل مشکلات روانشناختی تأیید کرده اند. از جمله اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانشناختی بیماران مولتیپل اسکلروزیس [۱۹]؛ براضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به درد مزمن [۲۰]، بر میزان علائم افسردگی و استرس زنان مبتلا به درد مزمن [۲۱]، موثر واقع شده است. با توجه به مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به لوپوس، به منظور کمک به بهبود شرایط درمان بیماری آنان و افزایش متابعت درمانی این بیماران و با توجه به کمبود پژوهشی در این زمینه ضرورت دارد که مشکلات روان شناختی آن ها مورد توجه قرار گرفته و در راستای کاهش این مشکلات اقدامات لازم صورت پذیرد. ترل، افری، راتلج، سورل، استودارد، پتکاس [۲۲]، در پژوهش خود نشان

روانسجی شد و شامل خرده مقیاس: اهتمام در درمان؛ تمایل به مشارکت در درمان؛ توانایی تطابق؛ تلفیق درمان با زندگی؛ چسبیدن به درمان؛ تعهد به درمان؛ ندبیر در اجرای درمان است؛ که میزان تبعیت افراد از درمان را در اندازه ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم)، می‌سنجد. دامنه نمرات ۰-۱۰۰ است. مدانلو پایایی ابزار تبعیت از درمان را با استفاده از روش آزمون مجدد سنجید که در مطالعه ایشان ضریب همبستگی  $r = ۰.۸۷۵$  بود [۳۰]. و در پژوهش حاضر نیز ضریب همبستگی با استفاده از آزمون مجدد  $r = ۰.۷۳$  محاسبه شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت نمونه‌های حاضر در پژوهش برای شرکت در برنامه مداخله کسب و آموذنی‌ها از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین گروه کنترل بدون درمان رها نشده بودند و درمان‌های معمول مرکز مشاوره راز را دریافت کردند. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.SHK.REC. ۱۳۹۹,۰۰۲ و دارای شماره N۱ ۱۳۹۹,۰۰۲ IRCT ۲۰۲۰,۰۲۱۵۰۴۶۵۰۰ مطالعات کارآزمایی بالینی، می‌باشد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، در گروه آزمایش ۳۵ درصد افراد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۳۰ درصد کارشناسی، ۲۵ درصد کاردانی و ۱۰ درصد زیر دیپلم بودند. در گروه کنترل ۲۵ درصد، افراد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد، ۳۰ درصد افراد کارشناسی، و ۱۵ درصد افراد کاردانی و ۳۰ درصد زیر دیپلم بودند. ۷۰ درصد سن افراد در گروه آزمایش بین ۲۵ تا ۴۰ سال و ۳۰ درصد سن افراد بین ۳۵ تا ۴۰ سال بود. در گروه کنترل نیز ۷۰ درصد سن افراد بین ۲۵ تا ۳۵ و ۳۰ درصد سن آنها بین ۳۵ تا ۴۵ سال بود. ارزش  $T$  گروه‌های مستقل نشان می‌دهد بین دوگروه از نظر سن ( $P = ۰.۷۸$ ) و تحصیلات ( $P = ۰.۶۵$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همتا هستند.

فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای پژوهش از آزمون لون با سطح معنی داری  $P < ۰.۰۵$  انجام شد. و بر اساس نرمال بودن توزیع داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل، آزمون‌های پارامتریک انتخاب شدند. سپس جهت بررسی پیش فرض تساوی بین متغیرها از آزمون کرویت ماجلی با سطح معنی داری  $P = ۰.۰۰۰۵$  در متغیر افسردگی و  $P = ۰.۳۴۱$  در متغیر تبعیت درمانی انجام شد، همچنین ارزش  $T$  گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی و تبعیت درمانی در پیش‌آزمون در هر دو گروه تفاوت معناداری ندارد. در آخر جهت بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و تبعیت درمانی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه تبعیت درمانی مدانلو استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک نوع بازنگری شده BDI 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 نمره گذاری می‌شود. نقاط برش، عبارتست 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 قرار گرفتن در سه گروه هفت ماده‌های شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی، انگیزشی و شناختی و نشانه‌های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می‌شود. در پژوهش‌های گوناگون، پایایی و اعتبار نسبتاً بالایی از آن گزارش شده است. بک، استیر و گاربین [۲۸] ثبات درونی این ابزار را ۰.۷۳ تا ۰.۹۳ با میانگین ۰.۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰.۸۶ و غیربیمار ۰.۸۱ گزارش کرده‌اند. فتی [۲۹] پایایی این پرسشنامه را در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰.۷۸ و اعتبار آن را ۰.۸۴ و همچنین ثبات درونی آن را ۰.۸۳ گزارش کرده است؛ همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی ۰.۷۴ تا ۰.۹۱ گزارش شده است. پرسشنامه تبعیت از درمان: یک ابزار ۴۰ گویه ای است که توسط مدانلو [۳۰] تهیه شده است. که به عنوان ابزاری برای سنجش میزان تبعیت بیماران دردمزن طراحی و

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

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون، تصریح رابطه درمانی، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، و ارائه تکلیف.
۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ادامه درماندگی خلاق، استعاره چاله و شناسایی راه حل‌های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف.
۳	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 پلی‌گراف و ارائه تکلیف
۴	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
۵	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگی‌های پنهان زبان که باعث آمیختگی می‌شود، بیان گسلس، استعاره اتوبوس، ارائه تکلیف.
۶	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
۷	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، ارائه تکلیف
۸	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
۹	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
۱۰	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تمرین تکنیک‌های درمان، آموزش چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند ارائه تکلیف
۱۱	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، استعاره نهال و ارائه تکلیف
۱۲	بررسی تکلیف و بازخورد از جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل، ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. نتیجه آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
<b>افسردگی</b>				
پیش آزمون	۱/۱۷۵	۴	۷۶	۰/۱۹۱
پس آزمون	۰/۹۲۵	۴	۷۶	۰/۶۰۱
پیگیری	۱/۵۳۷	۴	۷۶	۰/۱۳۱
<b>نشانه های احساسی و عاطفی</b>				
پیش آزمون	۱/۶۲۷	۴	۷۶	۱/۱۸۷
پس آزمون	۹/۲۲۳	۴	۷۶	۱/۸۴۱
پیگیری	۱/۷۹۴	۴	۷۶	۱/۱۶۳
<b>نشانه های انگیزشی و شناختی</b>				
پیش آزمون	۲/۱۹۵	۴	۷۶	۱/۲۲۴
پس آزمون	۹/۲۲۴	۴	۷۶	۱/۷۴۲
پیگیری	۱/۶۴۲	۴	۷۶	۱/۱۴۸
<b>نشانه های جسمانی و نباتی</b>				
پیش آزمون	۲/۳۴۵	۴	۷۶	۱/۲۲۱
پس آزمون	۹/۲۲۲	۴	۷۶	۱/۸۲۱
پیگیری	۱/۶۹۳	۴	۷۶	۱/۱۳۴
<b>تبعیت از درمان</b>				
پیش آزمون	۲/۰۴۷	۳	۷۶	۰/۵۴۳
پس آزمون	۹/۰۷۰	۳	۷۶	۰/۶۳۳
پیگیری	۱۹/۴۸۴	۳	۷۶	۰/۳۲۹
<b>اهتمام در درمان</b>				
پیش آزمون	۳/۷۳۳	۳	۷۶	۱/۶۹۱
پس آزمون	۷/۵۶۷	۳	۷۶	۱/۷۸۶
پیگیری	۲۱/۳۴۵	۳	۷۶	۱/۱۹۳
<b>تمایل به مشارکت در درمان</b>				
پیش آزمون	۱/۶۰۸	۳	۷۶	۱/۴۸۶
پس آزمون	۱۱/۱۳۳	۳	۷۶	۱/۳۲۹
پیگیری	۱۸/۲۰۰	۳	۷۶	۱/۱۶۴
<b>توانایی تطابق</b>				
پیش آزمون	۲/۰۶۷	۳	۷۶	۱/۴۸۸
پس آزمون	۵/۱۳۳	۳	۷۶	۱/۵۹۰
پیگیری	۱۷/۷۳۳	۳	۷۶	۱/۲۲۱
<b>تلفیق درمان با زندگی</b>				
پیش آزمون	۲/۴۵۱	۳	۷۶	۱/۴۲۳
پس آزمون	۹/۸۵۴	۳	۷۶	۱/۶۷۰
پیگیری	۱۹/۲۹۳	۳	۷۶	۱/۳۱۴
<b>چسبیدن به درمان</b>				
پیش آزمون	۱/۰۸۱	۳	۷۶	۱/۲۰۳
پس آزمون	۹/۷۳۳	۳	۷۶	۱/۶۲۱
پیگیری	۱۷/۳۰۰	۳	۷۶	۱/۲۰۳
<b>تعهد به درمان</b>				
پیش آزمون	۱/۰۰۶	۳	۷۶	۱/۱۶۷
پس آزمون	۴/۰۷۱	۳	۷۶	۱/۵۴۲
پیگیری	۱۷/۴۵۱	۳	۷۶	۱/۱۹۸
<b>تدبیر در اجرای درمان</b>				
پیش آزمون	۱/۱۵۶	۳	۷۶	۱/۱۴۷
پس آزمون	۷/۳۰۰	۳	۷۶	۱/۴۲۸
پیگیری	۱۸/۲۰۰	۳	۷۶	۱/۳۲۳

جدول ۳. نمرات افسردگی و متابعت درمانی دو گروه برای بررسی پیش فرض تساوی بین متغیرها

متغیر	W ماچلی	مجدور خی	درجه آزادی	سطح معنی داری
افسردگی	۱/۷۸۴	۱۸/۲۰۶	۲	۱/۰۰۰۵
متابعت درمانی	۱/۹۷۲	۲/۱۵۲	۲	۱/۳۴۱

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر متغیرهای افسردگی و متابعت درمانی در هر دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری سه ماهه		F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش				
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)				
افسردگی	(۱۳۵)۲۷/۰۵	(۱۴۴)۲۸/۲۵	(۱۷۷)۲۷/۲۵	(۱۱۳)۱۷/۶۵	(۱۳۸)۲۶/۳۰	(۴۰۹)۲۲/۱۳	۴۳۲/۸۶	۰/۰۰۵	۰/۸۵۱	۱
نشانه‌های احساسی و عاطفی	(۲/۶۷)۲۴/۱۳	(۲/۲۳)۲۲/۲۷	(۲/۵۴)۲۴/۲۱	(۱/۱۶)۱۵/۳۴	(۲/۵۶)۲۳/۳۵	(۲/۳۱)۱۱/۶۷	۴۱۷/۵۸	۰/۰۰۵	۰/۷۰۹	۱
نشانه‌های انگیزشی و شناختی	(۱/۶۴)۲۶/۳۰	(۱/۷۳)۲۷/۳۳	(۱/۶۹)۲۶/۶۴	(۱/۶۴)۱۷/۶۳	(۱/۵۸)۲۶/۵۴	(۱/۶۳)۲۷/۳۵	۳۰۴/۱۲	۰/۰۰۵	۰/۶۷۲	۱
نشانه‌های جسمانی و نباتی	(۱/۱۳)۲۷/۲۲	(۱۱/۳۸)۲۸/۲۴	(۱/۳۵)۲۷/۶۸	(۱/۰۳)۱۶/۶۸	(۲/۵۳)۲۴/۲۳	(۱/۶۷)۱۸/۵۴	۳۹۵/۵۱	۰/۰۰۵	۰/۸۱۱	۱
تبعیت از درمان	(۲/۰۵)۱۰/۸/۷۰	(۱/۳۵)۱۰/۷/۶۰	(۲/۵۴)۱۰/۹/۳۰	(۲/۴۷)۱۱/۲/۳۰	(۲/۴۲)۱۱/۱/۴۲	(۹/۷۵)۶۹/۶۶	۹۴/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۵۵۳	۱
اهتمام در درمان	(۱/۱۲)۱۰/۲/۶۴	(۱/۲۳)۱۰/۲/۳۱	(۱/۲۴)۱۰/۳/۵۴	(۱/۶۷)۱۰/۶/۴۶	(۱/۲۱)۱۰/۴/۳۳	(۲/۷۱)۱۰/۵/۳۳	۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۱	۱
تمایل به مشارکت در درمان	(۱/۴۴)۱۰/۷/۲۵	(۱/۲۱)۱۰/۵/۳۰	(۱/۳۳)۱۰/۶/۳۲	(۱/۷۱)۱۰/۹/۳۱	(۱/۳۲)۱۰/۵/۵۱	(۱۳/۴۱)۶۸/۵۹	۱۰/۰۴	۰/۰۰۵	۰/۲۸۴	۱
توانایی تطابق	(۱/۳۵)۱۰/۷/۰۵	(۱/۳۵)۱۰/۳/۰۵	(۱/۲۸)۱۰/۷/۲۳	(۱/۵۴)۱۰/۹/۲۲	(۱/۲۶)۱۰/۵/۰۲	(۲۰/۳۴)۷۸/۰۶	۲۱/۱۲	۰/۰۰۵	۰/۲۱۷	۱
تلفیق درمان با زندگی	(۲/۷۳)۱۰/۹/۶۸	(۲/۵۴)۱۰/۶/۳۳	(۲/۶۱)۱۰/۸/۷۴	(۲/۴۳)۱۱/۱/۷۳	(۲/۲۳)۱۰/۷/۰۵	(۲۸/۳۲)۶۸/۱۴	۳۹/۵۱	۰/۰۰۵	۰/۳۴۲	۱
چسبیدن به درمان	(۱/۳۵)۱۰/۷/۰۵	(۱/۰۳)۱۰/۶/۶۴	(۱/۴۲)۱۰/۸/۳۰	(۲/۰۵)۱۱/۰/۲۳	(۱/۵۱)۱۰/۶/۰۳	(۱۷/۴۹)۶۴/۷۵	۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	۱
تعهد به درمان	(۱/۰۴)۱۰/۱/۳۰	(۱/۱۳)۱۰/۲/۲۴	(۱/۳۵)۱۰/۲/۰۵	(۱/۶۴)۱۰/۷/۳۱	(۱/۲۳)۱۰/۳/۲۲	(۲۵/۶۲)۵۴/۵۲	۲۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۱
تدبیر در اجرای درمان	(۱/۴۹)۱۰/۵/۲۵	(۱/۴۲)۱۰/۴/۴۲	(۱/۳۵)۱۰/۷/۷۳	(۲/۲۱)۱۱/۱/۵۴	(۱/۳۵)۱۰/۸/۰۵	(۱۹/۳۴)۶۸/۷۵	۲۳/۶۶	۰/۰۰۵	۰/۵۰۴	۱

## بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک مؤثر است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنی‌دار نمرات افسردگی و متابعت درمانی گروه آزمایش گردیده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از سایر پژوهش‌هایی [۲۱، ۳] که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان بالینی (از جمله افسردگی) را سنجیده‌اند و پژوهش‌های دیگری که [۱۳، ۲۰، ۲۲] اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متابعت بیماران از درمان را سنجیده‌اند، هم‌سو است؛ به‌طور کلی درمان‌های رفتاری موج سوم در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود. تحقیقات هیز و همکاران، نیز نشان داده است که راهبردهای زمینه‌ای از راهبردهایی که مستقیماً محتوای افکار را هدف قرار می‌دهند سریعتر موجب تغییر رفتار می‌گردند [۳۱]؛ از این رو به کارگیری استعارات، تمرینات، تناقض‌ها و قراردادهای زبانی پذیرش و تعهد درمانی در این زمینه به منظور توصیف اینکه ذهن نمی‌تواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و متابعت درمانی در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری افزایش یافته است و در مرحله پیگیری به‌طور چشمگیری کاهش یافته است، که این مساله به این معنی است که آموزش تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به تغییر در افسردگی و تبعیت کردن بیماران مبتلا به لوپوس از درمان شده است. اندازه اثر در این متغیرها به ترتیب از بیشترین اندازه اثر به کمترین، عبارتند از: افسردگی (۸۵۱) و تبعیت از درمان (۵۵۳) است. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران لوپوس مؤثر بوده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که میانگین نمرات در خرده مقیاس‌های نشانه‌های احساسی و عاطفی، نشانه‌های جسمانی و نباتی، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است. اندازه اثر در این خرده مقیاس‌ها به ترتیب از بیشترین تا کمترین عبارتند از: نشانه‌های احساسی و عاطفی (۷۰۹) و توانایی تطابق (۲۱۷). بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و متابعت درمانی بیماران مبتلا به لوپوس مؤثر بوده است.



ارتباط با زمان حال است. در واقع این خود مشاهده گر جایگزینی برای خود مفهوم سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. مزیت بزرگ این خود این است که بعنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هوشیاری تهیه کننده نمی‌باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند [۱۴].

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت بین نمرات متابعت درمانی در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است؛ همچنین این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری دارد؛ لذا فرضیه پژوهش مورد تایید است؛ نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را تایید می‌کند که به منظور بهبود متابعت درمانی در بیماران لوپوس لازم است ابتدا ارتباط مؤثر درمانی با بیمار برقرار شود و دلایل و موانع عدم متابعت در بیمار شناسایی گردد، وانگیزه بیمار جهت تغییر رفتار افزایش یابد. از جمله راهبردهای غلبه بر موانع خود مراقبتی انجام مصاحبه‌های انگیزشی، شناسایی باورهای فرد، افزایش خودکارآمدی فرد و افزایش حمایت اجتماعی می‌باشد [۳۶]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق انجام مداخلات مربوط به این حوزه به مراجعان کمک می‌کند تا به طور انعطاف ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی شان نباشند و در عوض شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند [۳۷]. تمرینات مربوط به این نوع درمان رفتاری به مراجع کمک می‌کند که در مواجهه با بیماری خود کارآمد تر عمل کند [۳۸]. بنابراین، این طریق در عملکرد و انجام عمل متعهد می‌تواند منجر به خودکارآمدی بالاتر و در نتیجه افزایش متابعت درمانی گردد تا مسئولیت درمان را برعهده گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ ذهن بیمار را نسبت به درد و رنج و بیماری خود تغییر داده است احساسات و ارزش‌های وی تغییر کرده است خودکارآمدی وی افزایش و در نتیجه نسبت به درمان خود تعهد بیشتر و متابعت درمانی بهتر خواهد داشت؛ و از طرفی تبعیت آنان از درمان باعث بهبود در عملکرد و کیفیت زندگی می‌گردد و در راستای کاهش نشانگان بالینی است [۳۹]. همچنین باتوجه به انجام پژوهش حاضر بر گروه سنی ۲۵-۴۰ سال، نتایج نشان می‌دهد این شیوه درمانی بر شاخص‌های روانشناختی گروه حاضر مؤثر و با در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف تحقیق شبه‌آزمایشی نتایج قابل تعمیم به جامعه بیماران لوپوس در این بازه سنی می‌باشد، طبیعی است با پژوهش‌های تکمیلی می‌توان نتایج حاضر را در سنین مختلف دیگر نیز تعمیم داد.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود در این پژوهش باتوجه به این که متغیر جنسیت می‌تواند یک متغیر مزاحم باشد آن را تعدیل نموده و از جامعه زنان به عنوان متغیر تعدیل کننده استفاده شد از این رو برای تعمیم نتایج به تمامی بیماران باید جوانب احتیاط را رعایت گردد، همچنین باتوجه به دلایل معیارهای انتخاب گروه سنی نمونه‌ها، این پژوهش بر روی فقط جامعه جوانان انجام گردیده است، علاوه بر آن اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان دیگری مورد مقایسه واقع نشد. همچنین پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در سایر بیماری‌های روان‌تنی با استفاده از نمونه گیری تصادفی صورت بگیرد به علاوه پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان‌های روانشناختی دیگر مورد مقایسه قرار بگیرد و در صورت امکان دوره‌های

شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببیند [۳۲]؛ همچنین می‌توان گفت چون از یک سو افراد مضطرب دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می‌کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاق‌های ناگواری مثل مرگ که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به، عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های روانشناختی مناسب برای کاهش افسردگی و دردهای بوجود آمده ناشی از آن در بیماران لوپوس مورد استفاده قرار گیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکز را از تغییر و کاهش نشانه به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد [۳۱]؛ بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش‌های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناختواره‌های مسئله‌ساز مطرح می‌کند [۳۳].

درمان‌های شناختی-رفتاری چون «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» با تأکید بر اصلاح محتوای فکر و با برچسب زدن برخی از افکار به عنوان افکار نادرست و ناکارآمد میل به بازداری آن‌ها را زیاد می‌کند [۳۱]؛ از سوی دیگر چالش با فکر، در درمان‌های موج سوم به حس کاهش یافته‌ای از کنترل منجر می‌شود، زیرا افکار بازداری شده مرتباً قابل دسترس‌تر می‌شوند [۳۴]. جایگزین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار است. تحقیقات و پژوهش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هنوز در آغاز راه قرار دارند و بنابر این شواهد بیشتری در جهت بکارگیری این رویکرد در درمان لازم و ضروری است. در این پژوهش هدف این بود که، به بیماران کمک کنیم تا افکار و نگرش‌شان را بپذیرند و نسبت به تغییرات بوجود آمده متعهد باشند، همچنین افکار آزار دهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است گام بردارند.

فرایند مؤثر دیگر درمان پذیرش و تعهد، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی همان پذیرش می‌باشد. مولفه پذیرش این امکان را فراهم می‌کند تا فرد تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تاثیر کمتری را بر زندگی فرد داشته باشند. فرآیندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان باعث تغییرات چشمگیری در روش استفاده مراجع از ذهن آگاهی می‌شود. به عبارتی دیگر باعث سوءگیری توجه فرد شده تا وی دیدگاهی را نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد نماید که این مساله به فرد اجازه می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را بهتر مشاهده کند، به جای اینکه این رویدادها را قسمتی از وجود خود بداند. بنابراین، این درمان با توجه به تأییدی که بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد می‌تواند در تنظیم هیجانات فرد مؤثر باشد [۳۵]. یکی دیگر از فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده گر یا خود به عنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت‌های گسلش، ذهن آگاهی و

مشخص گردید که می‌توان جهت افزایش انعطاف‌پذیری بیماران در گروه‌های مختلف به عنوان درمانی هدفمند در کنار ساختار دارودرمانی استفاده نمود و به عنوان پروتکلی درمانی در اختیار بیمارستان‌ها و مراکز روماتولوژی که با بیماران دارای بیماری‌های خودایمنی روبه‌رو هستند، قرار داد.

### سپاسگزاری

این مطالعه حاصل نتایج رساله مقطع دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد شهرکرد می‌باشد که بدینوسیله از زحمات و حمایت‌های اساتید محترم دانشگاه آزاد شهرکرد، کارکنان بیمارستان حافظ شیراز و همه بیماران لوپوس تحت درمان، تقدیر و تشکر می‌نمایم. (طرح حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.SHK.REC.1399.002 و دارای شماره IRCT20200215046500N1 مطالعات کارآزمایی بالینی، می‌باشد).

پیگیری شش ماه تا یک سال برای بررسی پایداری اثر درمان انجام شود، همچنین پژوهش‌های دیگر در گروه‌های سنی مختلف و مردان صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

سلامتی و کیفیت زندگی افراد جامعه، از جمله افراد دارای بیماری‌های خود ایمنی از اهمیت بالایی برخوردار است [۴۰]؛ بدین منظور این مطالعه در جمعیت زنان دارای بیماری لوپوس سیستمیک انجام گرفت. طی مقایسه‌هایی که با سایر مطالعات انجام شده در داخل و خارج از ایران انجام پذیرفت، مشاهده شد که اثربخشی درمان‌های انجام گرفته در این مطالعه با مطالعات قبلی همخوانی دارد؛ این همخوانی با پژوهش‌های صورت گرفته [۱۳، ۱۹-۲۵] که همگی با هدف اثربخشی درمان‌های رفتاری موج سوم بر گروه‌های مختلف انجام گرفته است بر نشانگان بالینی افراد می‌باشد؛ لذا باتوجه به اثربخشی این نوع درمان‌ها

### References

- Sadat shakeri H, Jokar M, Jafarzade F, Noorshafiee S, Akhlaghi S. Evaluation of the incidence of infections in patients with systemic lupus erythematosus. *jnkums*. 2013;5(3):579-83. doi: 10.29252/jnkums.5.3.579
- Lobindo G, Haber J. *Nursing Research (1st ed.)*. Philadelphia: Mosby; 1994.
- Mazharei Azad F, Aabedi HA, Najei SA. Emotional psychosocial outcomes in patients with systemic lupus erythematosus. [Persian]. *J Razi Sch of Nurs and Mid*. 2010.
- Zarani F, Besharat MA, Sadeghian S, Sarami G. The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *J Health Psychol*. 2010;15(6):828-37. doi: 10.1177/1359105309357092 pmid: 20453057
- Hashem Dabaghian F, Karbaksh M, Soheili Khah S, Sedaghat M. Drug compliance in patients with type 2 diabetes mellitus in Shariati and Imam Khomeini hospitals. *J Payesh*. 2005;4(2):103-13.
- Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behav Med*. 2006;32(1):5-11. doi: 10.3200/BMED.32.1.5-11 pmid: 16637257
- Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *Am J Kidney Dis*. 2001;37(2):244-66. doi: 10.1053/ajkd.2001.21286 pmid: 11157365
- Padala PR, Desouza CV, Almeida S, Shivaswamy V, Ariyaratna K, Rouse L, et al. The impact of apathy on glycemic control in diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;79(1):37-41. doi: 10.1016/j.diabres.2007.06.012 pmid: 17681395
- Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med*. 2009;26(1):5-13. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x pmid: 19125754
- Hamadzadeh S, Ezatti Z, Abedsaeidi Z, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. [Persian]. *Iran J Nurs*. 2013;25(80):24-33.
- Poshtchaman Z, Jadid Milani M, Atashzadeh Shoorideh F, Akbarzadeh Bagheban A. Assessing patient adherence to treatment after coronary artery bypass graft. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2014;22(4):668-74.
- Rafiee-Vardanjani L, Parvin N, Mahmoodi Shan GH, Molaie E, Shariati A, Hashemina MA. Adherence to hemodialysis treatment and some related factors in hemodialysis patients admitted in Shahrekord Hajar Hospital. *Int J Nurs Midwife*. 2013;2(4):17-25.
- Heydari A, Ziaee ES, Ebrahimzade S. The Frequency of Rehospitalization and Its Contributing Factors in Patient with Cardiovascular Diseases Hospitalized in Selected Hospitals in Mashhad In 2010. *Quarter Horizon Med Sci*. 2011;17(20):65-71.
- Rezaei AM. Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, treatment based on compassion and combination therapy on depression and anxiety (clinical symptoms), chronic pain, quality of life, dysfunctional attitudes and follow-up treatment of patients with systemic lupus erythematosus in Shiraz. Ph.D. Thesis. Islamic Azad University, Shahrekord Branch. 2020.
- Namazi S, Ziaee V, Rezaei N. The role of cytokines in systemic lupus erythematosus: review article. *Tehran Univ Med J*. 2015;73(6):397-404.
- Ejei J, Sayad Shirazi M, Gholam Ali Lavasani M, Kasaei Esfahani A. Comparison of the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on reducing the symptoms of anxiety in mothers with children with autism. *J Psychol*. 2016;22(1):21-3.
- Akbarie M, Hossienie ZS. A Meta-Analysis of Comparing the Efficacy of the Third Wave of Behavior Therapies on Depression in Iran: Comparing Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Therapy and Metacognitive Therapy (2001-2017). *CPAP*. 2019;17(1):175-89.
- Hayes S. Six main processes in ACT: Psychological flexibility model. Ali Faizi (translator). Retrieved on October 1, 2021 from the website of the Center for Psychological Services and Life Counseling. Available from: <http://www.mrmz.ir>.
- Sheydayi Aghdam Sh, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *J Consult Clin Psychol*. 2014;9(34):57-66.
- Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *J Isfahan Med Sch*. 2014;32(259):1-10.
- Kakabraee K, Sabour S. The Effectiveness of Acceptance Cmitment Therapy on Depression, Stress and Indicators on pain in Women with Chronic pain. *J Rehabil Res in Nur*. 2016;2(4):1-9. doi: 10.21859/ijrn-02041
- Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for



- chronic pain. *Pain*. 2011;152(9):2098-107. doi: [10.1016/j.pain.2011.05.016](https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016) pmid: 21683527
23. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes (Persian). *J of Res in Behavioural Sci*. 2013;11(2):121-8.
  24. Gharaei-Ardakani S, Azad-Fallah P, Tavallaei A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain experience in women with chronic pain (Persian)]. *J of Cli Psy*. 2012;4(2):39-50.
  25. Anvari MH. Acceptance and commitment therapy group on indicators of pain, stress, anxiety, depression, disaster-concept and satisfaction with life in patients with chronic pain (Persian) [MSc. Thesis]. Isfahan: University of Isfahan; 2012.
  26. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazie A. *Research Met in Behav Sci*. Tehran: Agah; 2019.
  27. Harris R. *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*:. New Harbinger Publications; 2019.
  28. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Cli Psy Rev*. 1988. doi: [10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
  29. Fatie L. Emotional structures of emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks, (Dissertation for the degree of doctor Psychology). Tehran Psychiatric Institute. 2003.
  30. Medanloo M. Design and psychometric follow-up of treatment in chronic patients. (Dissertation for the Bachelor's degree in nursing). Sch of Nurs and Midwifery. Tehran. 2013.
  31. Hayes SC, Pistorello J, Bigland A. Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *J Behav Cognitive therapy*. 2008(1):81-102.
  32. Alonso M, Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Med*. 2017;78:38-48.
  33. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):1-16. doi: [10.1016/j.cpr.2007.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003) pmid: 17904260
  34. Rector NA. Acceptance and commitment therapy: empirical considerations. *Behav Ther*. 2013;44(2):213-7. doi: [10.1016/j.beth.2010.07.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.007) pmid: 23611070
  35. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007;31(6):772-99. doi: [10.1177/0145445507302202](https://doi.org/10.1177/0145445507302202) pmid: 17932235
  36. Baumann LC, Dang TT. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *Nurse Pract*. 2012;37(3):32-8; quiz 8-9. doi: [10.1097/01.NPR.0000411104.12617.64](https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000411104.12617.64) pmid: 22289883
  37. Izadi R. [The study and investigation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) and cognitive behavior therapy (cbt) on obsessive symptoms and beliefs, quality of life, psychological flexibility, depression and anxiety in treatment resistant obsessive compulsive patients]. Isfahan Isfahan University 2013.
  38. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. [The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015;25(123):159-69.
  39. Rahnama M, Sajjadian I, Raoufi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Medication Adherence of Coronary Heart Patients. *ijpn*. 2017;5(4):34-43. doi: [10.21859/ijpn-05045](https://doi.org/10.21859/ijpn-05045)
  40. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *JNKUMS*. 2020;12(1):63-72.