



## تأثیر درمان اکت و فراتشخیص بر اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک

نرگس آزاد منش: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران  
فاطمه شهبازی زاده: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (\* نویسنده مسئول) F\_shahabizadeh@yahoo.com  
الهام شهرکی: استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، زاهدان، ایران  
محمد رضا اسدی یونسی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

لوپوس اریتماتوز سیستمیک،  
کیفیت زندگی،  
اجتناب تجربه‌ای،  
درمان پذیرش و تعهد (اکت)،  
درمان فراتشخیصی

**زمینه و هدف:** بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک یکی از بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده است با ایجاد اضطراب در فرد باعث نگرانی و تنش در پاسخ به شرایط تهدید کننده می‌گردد. لذا استفاده از روان‌درمانی‌های مناسب در جهت کاهش پیامدهای روانشناختی این بیماری اهمیت فراوانی دارد. پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر درمان اکت و فراتشخیص بر اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی بر بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک اجرا شد.

**روش کار:** پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک سال ۱۳۹۹ در کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام علی زاهدان و مطب‌های خصوصی روماتولوژی بود که تعداد ۴۵ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند در دو گروه آزمایشی (اکت و فراتشخیص) و یک گروه (کنترل) جایگزین شدند. از مقیاس کیفیت زندگی لوپوس مکیل هوم و همکاران (۲۰۰۷) و اجتناب تجربه‌ای پذیرش و عمل بونز و همکاران (۲۰۱۱) جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. از مداخله درمانی اکت هیز و همکاران (۲۰۱۱) و درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷) شامل ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از تفاوت معنادار میان میانگین‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل بود؛ بدین معنی که آموزش درمان اکت و فراتشخیص می‌تواند میزان اجتناب تجربه‌ای و نیز را بهبود دهد ( $p < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** از این رو پیشنهاد می‌شود از این روش‌ها در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای استفاده نمود.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

#### شیوه استناد به این مقاله:

Azadmanesh N, Shahabizadeh F, Shahraki E, Asadi Yoonesi MR. The Effect of Act and Meta-Diagnosis Treatment on Experiential Avoidance and Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. Razi J Med Sci. 2023;30(3): 190-203.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Original Article

## The Effect of Act and Meta-Diagnosis Treatment on Experiential Avoidance and Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus

**Narges Azadmanesh:** PhD Student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

**Fateme Shahabizadeh:** Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran (\* Corresponding author) [F\\_shahabizadeh@yahoo.com](mailto:F_shahabizadeh@yahoo.com)

**Elham Shahraki:** Assistant Professor, Department of Internal Medicine, University of Medical Sciences Zahedan, Iran

**Mohammad Reza Asadi Yoonesi:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Systemic lupus erythematosus is a chronic, autoimmune, multisystem inflammatory disease that can cause skin lesions, inflammation of the joints and membranes covering the lungs and heart, nephritis, cardiovascular, hematological, gastrointestinal, and neurological diseases. In this way, the symptoms can appear slowly and gradually or quickly and change with the stages of activity and recovery (1). This disease significantly affects the quality of life in physical, emotional and social aspects (2).

On the other hand, the results show that about 80% of lupus patients complain of psychological problems that cause damage to their lives (7). In the meantime, the use of experiential avoidance is known as a maladaptive strategy that is the product and continuation of anxiety and depression (8). Research shows that the set of inflexible emotional avoidance measures is a factor of vulnerability and psychological risk factor for the development, persistence and exacerbation of psychological symptoms (10) and significantly reduces the quality of life (9). Therefore, for these patients, treatment methods or therapies are used to minimize the consequences of the disease and improve the quality of life and psychological symptoms. Performing effective interventions aimed at reducing the psychological and cognitive consequences of these patients can be effective in improving the quality of life as well as psychological symptoms such as experiential avoidance of these people. In this regard, one of the effective psychological therapies that has been able to be effective on a wide range of emotional disorders and anxiety, is Barlow integrated meta-diagnostic therapy. Transdiagnostic intervention focuses on emotion regulation, but sometimes due to lack of emotional control, there are approaches that do not target emotion regulation and behavioral change is targeted, including act intervention. Acceptance and commitment therapy or act is a behavioral therapy that focuses on valuable involvement in life.

The results showed that act-based therapy was effective in reducing depression, anxiety, and increasing quality of life (14,15,16). In general, due to the effectiveness of act in the treatment of anxiety and depression, this treatment is used for patients with systemic lupus erythematosus. Therefore, this study, in continuation of the evolution of non-drug therapies effective in reducing the symptoms and psychological symptoms of lupus erythematosus, systematically intends to study these two treatments (act and meta-diagnosis). Therefore, the present study seeks to ask whether the treatment of acceptance and commitment (act) and integrated meta-diagnosis affect the quality of life and cognitive symptoms of patients with systemic lupus erythematosus?

**Methods:** The research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all patients with systemic lupus erythematosus in 2019 in the rheumatology clinic of Imam Ali hospital in Zahedan and private rheumatology clinics, 45 people were replaced in two experimental groups (act and meta-diagnosis) and one group (control) based on purposive sampling method. The Lupus McIlham et al. (2007) Quality of Life Scale and the experience avoidance acceptance and practice of Bones et al. (2011) were used to collect data. Act Hayes et al. (2011) and integrated transdiagnostic therapy of Barlow et al. (2017) including were used 10 sessions of 60 minutes twice in a week.

**Results:** The results showed a significant difference between the post-test means of the experimental and control groups; This means that act therapy and meta-diagnosis training can improve the level of experiential avoidance as well ( $p < 0.001$ ).

### Keywords

Systemic Lupus Erythematosus, Quality of Life, Experiential Avoidance, Act Treatment, Meta-Diagnosis Treatment

Received: 08/04/2023

Published: 10/06/2023

**Conclusion:** The results showed that in comparison with the control group, both treatments were effective in reducing the experimental avoidance and quality of life of lupus patients. However, a comparison of the two treatments showed that there was no significant difference between the effectiveness of these two treatments in reducing experimental avoidance and increasing the quality of life of lupus patients. The results are consistent with the results of studies that measure the effectiveness of act therapy on quality of life (24.18), depression (25) and anxiety and dysfunctional attitudes of patients with systemic lupus erythematosus (25) as well as the effectiveness of meta-diagnosis on health and emotion regulation (19). It seems that acceptance and commitment training, instead of ignoring emotions and inner experiences, leads the patient to become aware of feelings, inner and emotional experiences, accepting them and using them properly and instead, causing the patient to establish appropriate situations and interactions and experience them with a fresh perspective. In addition, from the perspective of acceptance and commitment therapy, it avoids experiences of the traumatic process. Although short-term experience avoidance has a mitigating effect on unpleasant experiences, it has many destructive effects in the long run and can lead to inflexibility and functional impairment. On the other hand, acceptance and commitment therapy based on patients' quality of life through factors such as acceptance without judgment, being in the moment, coping with inner experiences without avoiding, suppressing or trying to change them, improving emotion regulation or mechanisms such as vulnerability to emotions Negative improves. Because this treatment causes patients with systemic lupus erythematosus to accept their feelings, emotions and thoughts in spite of being unpleasant and reduce hypersensitivity to the disease and thus increase their satisfaction and quality of life. Perhaps another reason for improving the experiential avoidance and quality of life in these patients is to clarify values and address important life values and goals rather than addressing everyday symptoms and issues. In other words, the goal here is to help the person to do what is important to him in life and in line with his values, instead of responding to the physical and psychological symptoms of his illness (29.30.31). Trans-diagnostic therapy helps patients deal with their negative emotions and respond to their emotions in a more adaptive way. This approach emphasizes changing emotional regulation habits to reduce the frequency and severity of maladaptive emotional habits, reduce harm, and increase performance. Dynamic interaction between thoughts, feelings and behaviors and their role in emotional experience has been considered in all meta-diagnostic approaches (34). In fact, this approach strengthens cognitive and behavioral control in the individual by interacting with thoughts, feelings and behaviors. Improving cognitive and behavioral control, in turn, leads to the use of thought and practical processes to moderate the effects of stress on patients, and in turn improves the quality of life and reduces experiential avoidance. It can be inferred that the present study has a positive strength that can be said that the treatment of act and meta-diagnosis has an important role in increasing the quality of life and reducing the experience avoidance of patients with systemic lupus erythematosus. A drug used these methods. There are some limitations for it, such as the statistical population of this study, which were only related to lupus patients, and in generalizing the results to other patients, caution should be observed. It is suggested that in future researches, statistical population and more diverse patients be used to select the sample. The results of this study are considered as important consequences of education and mental health promotion in patients with systemic lupus erythematosus. As a result, it is suggested to use acceptance and commitment-based therapy along with post-diagnosis educational treatment along with other treatment methods to improve the quality of life and cognitive symptoms, including experiential avoidance.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Azadmanesh N, Shahabizadeh F, Shahraki E, Asadi Yoonesi MR. The Effect of Act and Meta-Diagnosis Treatment on Experiential Avoidance and Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Razi J Med Sci.* 2023;30(3): 190-203.

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

## مقدمه

لوپوس آریتماتورز سیستمیک یک بیماری التهابی مزمن، خودایمنی و چند سیستمی است که می‌تواند باعث ضایعات پوستی، التهاب مفاصل و غشاهای پوشاننده ریه و قلب، نفریت، بیماری‌های قلبی عروقی، هماتولوژیک، گوارشی و عصبی شود. به این ترتیب، علائم می‌توانند به آرامی و به تدریج یا به سرعت ظاهر شوند و با مراحل فعالیت و بهبودی تغییر کنند (۱). این بیماری به طور مشخص کیفیت زندگی را از جنبه‌های جسمی، هیجانی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲). در این بیماران کیفیت زندگی تحت تاثیر فعالیت‌های بیماری و علائمی از قبیل خستگی، درد اختلالات خواب و نقص عملکرد شناختی قرار می‌گیرد (۳، ۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آسیب ناشی از بیماری لوپوس صرف نظر از طول مدت بیماری و دوره‌های فعالیت بیماری، موجب کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود، اکثر بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی می‌شوند (۴، ۵). به هر حال این بیماری با درگیری از گانه‌های حیاتی بدن معمولاً تاثیر زیان‌آوری بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد می‌گذارد و حضور علائم بیماری خصوصاً علائم پوستی و ظاهری، می‌تواند به تهدید هویت، تغییر نقش‌ها، وظایف و تغییر در تصویر ذهنی و یا سبک زندگی منجر شود و در نتیجه باعث کاهش کیفیت زندگی شود (۶).

از سویی نتایج نشان داده است که حدود ۸۰ درصد از بیماران لوپوس از مشکلات روانشناختی شاکی هستند که باعث می‌شود زندگی شان آسیب ببیند (۷). در این بین استفاده از اجتناب تجربه ای به عنوان یک راهبردهای ناسازگارانه شناخته می‌شود که محصول و تداوم بخش اضطراب و افسردگی است (۸). به طور کلی هرگونه تمایل به اجتناب از تجربه هیجانی (مانند سرکوبی هیجان) منجر به بروز پریشانی هیجانی شدید در افراد می‌شود. نتایج تحقیقات، قویا از این دیدگاه که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند موجب افزایش تجارب ناخوشایند شود و در بیشتر مواقع این اجتناب در طولانی مدت باعث افزایش تجارب پریشان ساز می‌شود، حمایت می‌کند (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

مجموعه اقدامات انعطاف‌ناپذیر اجتناب هیجانی یک عامل آسیب‌پذیری و عامل خطر روان‌شناختی برای ایجاد، تداوم و تشدید نشانگان روانشناختی است (۱۰) و به طور محسوس کیفیت زندگی را پایین می‌آورد (۹). ازین رو برای این بیماران از روش‌های درمانی و یا درمان‌هایی استفاده می‌شود تا پیامدهای ناشی از بیماری به حداقل برسد و کیفیت زندگی و نشانگان روانشناختی بهبود یابد.

بنابراین، انجام مداخلات موثر با هدف کاهش پیامدهای روانشناختی و شناختی این بیماران می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی و نیز نشانگان روانشناختی من جمله اجتناب تجربه ای این افراد موثر باشد. در این راستا یکی از درمان‌های موثر روان‌شناختی که توانسته است روی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی و اضطرابی اثربخشی باشد، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بارلو است که جدیدترین نسخه آن در سال ۲۰۱۷ ارائه شده است. در این راستا درمان فراتشخیص مبتنی بر اصول سنتی شناختی-رفتاری است و فرض اصلی درمان این است که مبتلایان به اختلال‌های هیجانی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان (اجتناب و...) را به کار می‌برند که این مساله نتیجه عکس می‌دهد و در تداوم علائم آنها نقش دارد. بنابراین پروتکل یکپارچه رویکرد درمانی متمرکز بر هیجان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزند چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خویش پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی یکپارچه، شامل پنج بخش درمانی اصلی است که عبارتند از: (۱) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، (۲) انعطاف‌پذیری شناختی، (۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای برخوایسته از هیجان، (۴) آگاهی از احساس‌های بدنی و تحمل آن‌ها و (۵) مواجهه هیجانی درون زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت (۱۱). مداخله فراتشخیصی متمرکز بر تنظیم هیجان است، اما گاهی بدلیل عدم کنترل هیجانی، رویکردهایی هستند که تنظیم هیجان را اماد قرار نمی‌دهند و تغییر رفتاری هدف قرار می‌گیرد، از جمله مداخله اکت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا اکت یک درمان رفتاری که بردرگیری ارزشمند در زندگی تمرکز می‌کند. از طریق شش فرآیند مرکزی؛ پذیرش-تمایل-گسستگی شناختی خود به عنوان

کیفیت زندگی و نشانگان شناختی بیماران لوپوس اریتماتوی سیستمیک تاثیر دارد؟

### روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام علی (ع) زاهدان و مطب‌های خصوصی روماتولوژی این شهر در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۲۱۲ نفر بودند که کارت مخصوص بیماری را نیز داشتند. از بین این افراد تعداد ۴۵ نفر که دارای تمامی ملاک‌های ورود به پژوهش (دارای دامنه سنی ۴۵-۱۸ سال، وجود نشانه‌های اضطرابی بر اساس پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی، نداشتن مشکل جسمانی حاد که روند درمانی را تحت تاثیر قرار دهد، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، نداشتن سوء مصرف مواد و الکل براساس پرونده پزشکی، داشتن انگیزه کافی برای شرکت در پژوهش) را داشتند و تمایل داوطلبانه و آگاهانه برای شرکت در پژوهش را داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه؛ یک گروه درمان اکت (۱۵ نفر)، یک گروه درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های خروج نیز عدم برآورد هر کدام از ملاک‌های ورود و همچنین شامل فاز حاد بیماری، سابقه قبلی شرکت در مداخلات این پژوهش، عدم حضور بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی بود. لازم به ذکر است که حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه مورد نیاز در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت کلینیک بیمارستان امام علی (ع) زاهدان و مطب‌های خصوصی روماتولوژی این شهر، اطلاعیه فراخوان ثبت نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر در اختیار مدیریت کلینیک‌ها، جهت نام‌نویسی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از

زمینه-ارتباط با لحظه حال-ارزش‌ها و عمل متعهدانه، مراجعان را به سمت گشودگیو تجارب واقعی در افکار و احساسات از همه نوع هدایت و دعوت می‌شوند و بر پایه کار تجربی نظریه‌ی چهارچوب ارتباطی استوار است (۱۲). فرض اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونیشان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی می‌کنند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. اما این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. در اکت سعی می‌شود بیمار، بیماری خود را همانگونه که هست بپذیرد (۱۳).

نتایج پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر اکت بر کاهش کاهش افسردگی، اضطراب، و افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است (۱۶-۱۴). هورا، لیما و ماکیل (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس که در گروه‌های مداخله شرکت کردند در مقایسه با گروه‌های کنترل مشاهده شده است (۱۷) و یا احمدی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تاثیر معنی‌داری دارد (۱۸). همچنین رافعی، حاتمی، باغ دس‌ساریانس و رفیع پور (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان فراتشخیصی به طور معنی‌داری منبع کنترل سلامت درونی و تنظیم هیجانی را در گروه آزمایش یعنی بیماران بیماری عروق کرونر قلب افزایش می‌دهد (۱۹). در مجموع به دلیل موثر بودن اکت در درمان اضطراب و افسردگی از این درمان، برای بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستماتیک استفاده می‌شود. لذا این پژوهش در ادامه سیر تکاملی شنا سایی درمان‌های غیر دارویی موثر در کاهش نشانه‌ها و نشانگان روان شناختی بیماری لوپوس اریتماتوز سیستماتیک در نظر دارد به بررسی این دو روش درمانی (اکت و فراتشخیص) بپردازد. ازین رو پژوهش حاضر به دنبال این سوال است که آیا درمان پذیرش و تعهد (اکت) و فراتشخیصی یکپارچه بر

اعتبار خوبی نیز در این ابزار گزارش شد (۲۰،۲۱).  
**پرسشنامه اجتناب تجربه ای پرسشنامه پذیرش و عمل:** این پرسشنامه به وسیله بوند، هیز، بیر، کارپنتر، گاینولی، اورکات و والتز در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که توسط هیز در سال ۲۰۰۰ ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف ناپذیری روانشناختی بر می‌گردد. این پرسشنامه دارای نمره‌گذاری لیکرت از ۱ تا ۷ (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، به ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) است. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بالاتر است. این ابزار در ایران توسط عباسی و همکاران در سال ۱۳۹۱ هنجاریابی شد. روایی آن از نوع سازه است و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا آن ۰/۸۴ به دست آمد (۲۲،۲۳).

**پروتکل مداخله درمانی پذیرش و تعهد:** جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، در هفته‌ای ۱ بار درمان اکت را دریافت کرد. این در مان توسط هیز و همکاران (۲۰۱۱) طراحی شده است و در ایران در قالب یک کتاب تالیفی توسط ایزدی و عابدی نگاشته شده است. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ اشاره شده است (۱۲).

همچنین جلسات گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه حاضر برگرفته از کتاب "پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی" نوشته بارلو و همکاران می‌باشد. این پروتکل درمانی در پژوهش حاضر شامل ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که در هفته‌ای ۱ بار برای آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیصی ارائه شد. در جدول ۲ خلاصه محتوای جلسات این پروتکل نشان داده شده است (۱۱).

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی) و استنباطی (تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر به صورت آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی و توکی) با نرم افزار آمار SPSS-26 استفاده گردید.

نام‌نویسی از متقاضیان در مدت تعیین شده، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از افراد بیمار متقاضی شرکت در جلسات توسط پژوهشگر به عمل آمد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، بیماران انتخاب شدند. 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 شرکت کنندگان در پژوهش معرفی کرد و در مورد اهداف پژوهش توضیح داد، ۲- به شرکت کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، ۳- عقاید، فرهنگ، مذهب و ... شرکت کنندگان محترم شمرده شد، ۴- بر آزاد بودن شرکت کنندگان جهت حضور در ادامه پژوهش تاکید شد، ۵- حریم شخصی بیماران حفظ شد و به آنها در مورد بی‌خطر بودن مداخلات 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.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد:

**پرسشنامه کیفیت زندگی لوپوس:** این پرسشنامه توسط مکیل‌هوم، ابوت، شلمردین، بروس، احمد، گوردون در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. این ابزار دارای ۳۴ آیتم و در ۸ حیطه مختلف قرار دارد، سوالات ۱-۸ سلامت جسمی (۸ آیتم)، ۹-۱۱ درد (۳ آیتم)، ۱۲-۱۴ برنامه‌ریزی (۳ آیتم)، ۱۵ و ۱۶ روابط صمیمی (۲ آیتم)، ۱۷-۱۹ بار بیماری به دیگران (۳ آیتم)، ۲۰-۲۵ سلامت هیجانی (۶ آیتم)، ۲۶-۳۰ تصویر ذهنی از بدن (۵ آیتم)، ۳۱-۳۴ خستگی (۴ آیتم) را طی ۴ هفته می‌سنجد. پاسخ‌ها به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای و از ۰ تا ۴ نمره‌دهی می‌شود. حداقل همبستگی مورد انتظار ۰/۷ و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای ابعاد آن هم از ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ متغیر بود. ضمننا پایایی و

جدول ۱- محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد (اکت)

| جلسات      | موضوع و هدف   | فعالیت و تکنیک   | تکلیف منزل   |
|------------|---|--|--|
| جلسه اول   | برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی  | توضیح کلی در مورد روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش  | فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که بیمار در زندگی با آن مواجه اند.   |
| جلسه دوم   | بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها،   | کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه   | تهیه‌ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات   |
| جلسه سوم   | تماس با لحظه حال  | نقش ذهن در روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  | ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد و کنترل شده است.   |
| جلسه چهارم | تاکید بر پذیرش و بودن در لحظه   | ایجاد ناامیدی خلاقانه  | بررسی فهرست، مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات. ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد و کنترل شده است.   |
| جلسه پنجم  | کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی،   | مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف انتلاف خود با افکار و عواطف   | ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده است.  |
| جلسه ششم   | مشاهده خود به عنوان زمینه،  | تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.  | ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره‌ی افکار خود با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند   |
| جلسه هفتم  | کاربرد تکنیک‌های ذهنی   | الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند و پذیرش   | تهیه‌ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها  |
| جلسه هشتم  | جمع‌بندی جلسات ۵-۶-۷ کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی، مشاهده خود به عنوان زمینه، کاربرد تکنیک‌های ذهنی | مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند و پذیرش | بررسی تکالیف سه جلسه قبل، ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده است، ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره‌ی افکار خود با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند |
| جلسه نهم   | معرفی ارزش برای حضورداشتن،  | نشان دادن خطرات متمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی   | تهیه‌ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها  |
| جلسه دهم   | درک ماهیت تمایل و تعهد  | تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها.   | گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات   |

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو

| جلسات    | موضوع و هدف                       | فعالیت و تکنیک  | تکلیف منزل  |
|----------|-----------------------------------|---|---|
| جلسه اول | انگیزه افزایشی برای شرکت در درمان | اصول انگیزه افزایشی درمانگر   | ۱- انگیزه آفرینی (کاربرگ تصمیم، تعادل) ۲- افزایش خودکارآمدی (کاربرگ تعیین هدف برای درمان)   |
| جلسه دوم | شناخت هیجانات                     | آموزش راماهیت هیجان‌ها، تعاریف هیجان‌ها و مثالهای درباره رفتار هیجان.   | از بیمار خواسته می‌شود که مدل سه مولفه‌ی هیجان‌ها را با انتخاب حداقل یک تجربه هیجانی که در طول هفته اتفاق افتاد و تقسیم آن به افکار، حسهای بدنی، احساسها و رفتارها را تکمیل کند |
| جلسه سوم | تشخیص و ردیابی تجربیات هیجانی     | معرفی مدل سه مولفه‌ی تجارب هیجانی مرور فرمهای سوابق پیشرفت. بررسی فرم الگوی سه مولفه‌ی هیجان‌های بیمار. مقدمه‌ای بر پایش تجارب هیجانی هیجان‌ها ARC. | دو تکلیف پیشین را انجام دهد بر هیجان‌ها نظارت کند تا پیامدهای پاسخ خود به رخدادها یا موقعیتهای ناراحت کننده را بررسی و همچنین الگوی رفتار آموخته شده را شناسایی کند.            |

## یافته‌ها

پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش فرض‌های آن بررسی شد؛ اولین پیش فرض نرمال بودن داده‌های متغیرهای وابسته بود. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن از شاخص آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد؛ نتایج نشان داد که برای متغیرهای پژوهش در هیچ

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقایسه میانگین‌ها در پیش آزمون-پس آزمون گروه آزمایشی نشان دهنده افزایش نمرات تعادل ایستا و توجه انتخابی در پس آزمون می‌باشد.

جدول ۲- ادامه

| جلسات      | موضوع و هدف   | فعالیت و تکنیک  | تکلیف منزل  |
|------------|---|---|---|
| جلسه چهارم | آموزش آگاهی از هیجان‌ها<br>روش مشاهده تجارب         | مرور تکالیف جلسه قبل.<br>آگاهی غیر قضاوتی معطوف به حال، تجربه لحظه، ثبت القای خلق، نظارت بر هیجان‌های تجربه شده.  | بیمار فرم‌های قبلی تکالیف را پایش کند، نظارت بر هیجان‌ها را ادامه دهد تا محرک‌های هیجانی و واکنش به محرک‌ها را شناسایی کند حداقل به مدت یک هفته روزی دوبار باید آگاهی غیر قضاوتی معطوف به حال را تمرین کند. حداقل دو آهنگ از مجموعه آهنگ‌های خودش که مفهوم شخصی قوی دارند یا خاطرات را تداعی می‌کنند را انتخاب کند. |
| جلسه پنجم  | ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی                      | مرور تکالیف جلسه قبل. توضیح رابطه متقابل بین افکار و هیجان‌ها.<br>معرفی ارزیابی خودکار هیجان‌ها.  | فرم‌های جلسه قبل را تکمیل کند. تکنیک پیکان رو به پایین را استفاده کند تا ارزیابی‌های خودکار اصلی را شناسایی کند. فرم شناسای و بازبینی ارزیابی خودآیند برای نظارت بر ارزیابی‌ها و هیجان‌ها را استفاده کند و پس از آن مرحله فرایند تغییر را آغاز کند.   |
| جلسه ششم   | اجتناب از هیجان                                     | مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی مفهوم اجتناب از هیجان، ارایه انواع راهکارهای اجتناب از هیجان و بررسی نقص این راهکارها. شناسایی چرخه معیوب واکنش منفی. کمک به بیمار در شناسایی راهکارهای اجتناب از هیجان‌های خویش. اثبات تاثیرات متناقض اجتناب از هیجان. | تکمیل فرم‌های جلسه پیشین و ثبت پیشرفت، نظارت بر پیشرفت، بیمار راهکارهای اجتناب از هیجان را تکمیل کند که سه نوع راهکار است: اجتناب رفتاری نامحسوس، اجتناب شناختی و علایم ایمنی.  |
| جلسه هفتم  | معرفی رفتارهای هیجان خواست                          | مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی مجدد رفتارهای هیجان خواست. ارایه دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجان خواست. شناسایی رفتارهای هیجان خواست. ایجاد عادت به انجام کنشهای جایگزین.  | بیمار فرم تغییر رفتارهای هیجان خواست را تکمیل کند.  |
| جلسه هشتم  | آگاهی از حس‌های بدنی و تحمل آنها                    | مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به بیمار در شناسایی حس‌های بدنی مربوط به هیجان، کمک به بیمار در رسیدن به درک بهتری از نقش حس‌های بدنی در تعیین واکنش هیجانی.  | بیمار از طریق تکمیل فرم القای علایم، مکرراً خود را در معرض حس‌های بدنی قرار دهد.  |
| جلسه نهم   | مواجهه‌های درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت‌ها و هیجان‌ها | مواجهه با هیجان‌های درون‌زاد، کار با بیمار برای ایجاد یک سلسله مراتب اجتناب از هیجان. طراحی تمرینهای مواجهه با هیجان‌ات موثر.   | بیمار تمرین‌های مواجهه با هیجان را حداقل سه بار در طول هفته آینده انجام دهد.  |
| جلسه دهم   | حفظ دستاوردها و پیشگیری از عود                      | مرور تکالیف قبل. مرور مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجان‌ها. بررسی پیشرفت درمان. شناسایی و رفع راه‌اندازهای رایج و بالقوه. تشویق به تعمیم مهارت‌ها و تعیین اهداف برای پیشرفت مداوم.  |   |

درون گروهی (پیش آزمون-پس آزمون- پی گیری) واریانس برابری وجود داشته باشد. از آزمون ماوچلی برای بررسی معنی‌داری این پیش فرض استفاده شد که نتایج این آزمون برای اضطراب و نشانه‌های لوپوس معنادار به دست آمد ( $p < 0.01$ ) و با توجه به اینکه مقدار اپسیلون برای هر دو متغیر کمتر از  $0.075$  به دست آمد، برای هر دو متغیر از اصلاحیه گرین هاوس- گیسر استفاده شد. جهت مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروهها در متغیر اجتناب تجربه ای و کیفیت زندگی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در

کدام از مراحل سنجش این آزمون معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ) که این به معنای رعایت این پیش فرض می‌باشد. همچنین از آزمون لون (Leven) برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها (Equality of Error Matris Variances) استفاده شد که نتایج نشان داد هیچکدام از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیستند و پیش فرض همگنی خطای ماتریس واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0.05$ ). آخرین پیش فرض مورد بررسی آزمون تحلیل واریانس آمیخته بررسی کروی بودن واریانس‌های درون گروهی می‌باشد. باید بین هر جفت شرایط



جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر                | مرحله     | گروه (اکت)             | گروه (فراتشخیصی)       | گروه کنترل             |
|----------------------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|
| اجتناب تجربه ای      | پیش آزمون | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|                      | پس آزمون  | ۲۸/۲۶ ± (۱۰/۰۱)        | ۲۸/۰۶ ± (۷/۸۹)         | ۲۶/۳۳ ± (۱۳/۶۷)        |
|                      | پیگیری    | ۱۲/۴۰ ± (۴/۰۴)         | ۱۱/۵۳ ± (۲/۲۹)         | ۲۷/۷۳ ± (۱۳/۳۹)        |
| سلامت جسمی           | پیش آزمون | ۹/۴۰ ± (۶/۳۷)          | ۱۰/۰۶ ± (۵/۵۹)         | ۸/۳۳ ± (۶/۱۸)          |
|                      | پس آزمون  | ۲۱/۵۳ ± (۷/۲۸)         | ۲۲/۴۰ ± (۷/۹۶)         | ۹/۴۰ ± (۶/۳۷)          |
|                      | پیگیری    | ۱۹/۸۶ ± (۶/۵۵)         | ۲۵/۰۶ ± (۶/۴۶)         | ۹/۸۰ ± (۷/۷۱)          |
| درد                  | پیش آزمون | ۴/۸۰ ± (۴/۰۲)          | ۳/۹۳ ± (۲/۸۶)          | ۳/۸۶ ± (۳/۷۹)          |
|                      | پس آزمون  | ۹/۳۳ ± (۲/۴۳)          | ۱۰/۰۶ ± (۱/۷۰)         | ۳/۷۳ ± (۳/۱۷)          |
|                      | پیگیری    | ۹/۳۳ ± (۲/۱۶)          | ۹/۸۶ ± (۱/۹۹)          | ۴/۰۶ ± (۳/۸۲)          |
| برنامه‌ریزی          | پیش آزمون | ۲/۶۶ ± (۲/۰۹)          | ۲/۸۰ ± (۲/۱۷)          | ۲/۷۳ ± (۲/۴۹)          |
|                      | پس آزمون  | ۷/۶۶ ± (۳/۲۸)          | ۸/۶۰ ± (۳/۱۱)          | ۲/۴۰ ± (۲/۱۹)          |
|                      | پیگیری    | ۸/۱۳ ± (۳/۱۳)          | ۸/۷۳ ± (۳/۱۹)          | ۱/۹۳ ± (۱/۹۴)          |
| روابط صمیمی          | پیش آزمون | ۴/۳۳ ± (۲/۸۴)          | ۴/۰۰ ± (۲/۴۷)          | ۳/۶۶ ± (۲/۸۹)          |
|                      | پس آزمون  | ۴/۳۳ ± (۲/۶۳)          | ۴/۷۳ ± (۲/۶۵)          | ۳/۱۳ ± (۲/۷۴)          |
|                      | پیگیری    | ۴/۷۳ ± (۲/۷۶)          | ۴/۲۶ ± (۳/۱۰)          | ۲/۶۰ ± (۲/۵۰)          |
| بار بیماری به دیگران | پیش آزمون | ۴/۰۶ ± (۳/۷۵)          | ۴/۸۶ ± (۳/۷۵)          | ۳/۱۳ ± (۲/۵۸)          |
|                      | پس آزمون  | ۹/۲۶ ± (۲/۵۴)          | ۸/۹۳ ± (۳/۰۵)          | ۲/۲۶ ± (۱/۹۴)          |
|                      | پیگیری    | ۸/۱۳ ± (۳/۶۴)          | ۹/۵۳ ± (۲/۲۹)          | ۲/۶۰ ± (۲/۲۹)          |
| سلامت هیجانی         | پیش آزمون | ۷/۶۰ ± (۶/۲۳)          | ۹/۰۰ ± (۵/۷۶)          | ۷/۳۳ ± (۵/۴۲)          |
|                      | پس آزمون  | ۱۶/۷۳ ± (۳/۶۷)         | ۱۸/۰۰ ± (۴/۳۵)         | ۶/۶ ± (۵/۹۰)           |
|                      | پیگیری    | ۱۷/۲۶ ± (۵/۲۴)         | ۱۷/۶۰ ± (۴/۶۸)         | ۶/۶۶ ± (۵/۶۹)          |
| تصویر ذهنی از بدن    | پیش آزمون | ۴/۴۶ ± (۳/۵۸)          | ۵/۴۶ ± (۴/۱۰)          | ۳/۳۳ ± (۳/۳۷)          |
|                      | پس آزمون  | ۹/۴۰ ± (۳/۵۰)          | ۹/۷۱ ± (۴/۱۲)          | ۳/۹۳ ± (۳/۹۷)          |
|                      | پیگیری    | ۱۲/۹۳ ± (۴/۴۹)         | ۱۱/۷۳ ± (۳/۵۱)         | ۴/۲۰ ± (۳/۷۰)          |
| خستگی                | پیش آزمون | ۴/۸۰ ± (۳/۲۵)          | ۵/۱۳ ± (۲/۸۶)          | ۳/۸۰ ± (۳/۳۶)          |
|                      | پس آزمون  | ۸/۸۰ ± (۳/۲۱)          | ۸/۹۳ ± (۲/۸۶)          | ۴/۰۰ ± (۳/۳۵)          |
|                      | پیگیری    | ۸/۱۳ ± (۳/۰۹)          | ۸/۶۶ ± (۳/۰۱)          | ۳/۳۳ ± (۳/۰۳)          |

جدول شماره ۴ گزارش شده است.

هیجانی، تصویر ذهنی از بدن و خستگی به جز مولفه روابط صمیمی و دوستانه (سطح معنی داری ۰/۲۷) کمتر از ۰/۰۵ کمتر است و نشان می‌دهد میانگین نمره این ابعاد در بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری با هم دارد. با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر اجتناب تجربه‌ای (p=۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی (p=۰/۰۰۱) بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

در ادامه به منظور بررسی پایدار بودن اثر بخشی و تغییرات در هر یک از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

بررسی تاثیر متغیر مستقل (مداخله‌های درمانی و کنترل) نمره اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری گروه اجتناب تجربه‌ای کمتر از ۰/۰۵ و معنادار است و میزان حجم اثر آن ۰/۴۷۰ (۴۷٪) است. با توجه به مجذور اتا ۰/۴۷ در صد از تغییرات اجتناب تجربه‌ای ناشی از مداخله‌های درمانی بوده است. همچنین سطح معنی داری متغیر گروه برای تمامی ابعاد کیفیت زندگی اعم از سلامت جسمی، درد، برنامه‌ریزی، بار بیماری به دیگران، سلامت

**جدول ۴- خلاصه تحلیل واریانس متغیر اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی در گروه‌ها**

| منبع                  | متغیر                 | مجموع مربعات نوع ۳ | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F  | سطح معنی داری | شاخص مجذور اتا |      |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|------------|----------------|----------|---------------|----------------|------|
| کیفیت زندگی           | سلامت جسی             | ۱۴۲۲۲/۲۲           | ۱          | ۱۴۲۲۲/۲۲       | ۲۷۱/۴۰   | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۶           |      |
|                       | درد                   | ۱۰۰۴/۵۶            | ۱          | ۱۰۰۴/۵۶        | ۱۵۶/۹۲   | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۹           |      |
|                       | برنامه‌ریزی           | ۴۰۱/۸۱             | ۱          | ۴۰۱/۸۱         | ۵۵/۷۸    | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۷           |      |
|                       | روابط صمیمی و دوستانه | ۱۶۷/۰۰             | ۱          | ۱۶۷/۰۰         | ۲۳/۱۸    | ۰/۰۰۱         | ۰/۳۶           |      |
|                       | بار بیماری به دیگران  | ۶۶۰/۷۸             | ۱          | ۶۶۰/۷۸         | ۱۰۵/۵۴   | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۲           |      |
|                       | سلامت هیجانی          | ۲۰۸۳/۴۶            | ۱          | ۲۰۸۳/۴۶        | ۹۹/۷۲    | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۰           |      |
|                       | تصویر ذهن از بدن      | ۱۰۶۷/۳۰            | ۱          | ۱۰۶۷/۳۰        | ۷۱/۰۰    | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۳           |      |
|                       | خستگی                 | ۴۸۰/۳۱             | ۱          | ۴۸۰/۳۱         | ۵۴/۰۴    | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۶           |      |
|                       | گروه                  | سلامت جسی          | ۱۵۸۴/۸۴    | ۲              | ۷۹۲/۴۲   | ۱۵/۱۲         | ۰/۰۰۱          | ۰/۴۱ |
|                       |                       | درد                | ۳۵۵/۴۴     | ۲              | ۱۷۷/۷۲   | ۲۷/۷۶         | ۰/۰۰۱          | ۰/۵۷ |
| برنامه‌ریزی           |                       | ۳۳۴/۲۹             | ۲          | ۱۶۷/۱۴         | ۲۳/۲۰    | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۳           |      |
| روابط صمیمی و دوستانه |                       | ۱۹/۰۳              | ۲          | ۹/۵۱           | ۱/۳۲     | ۰/۲۷          | ۰/۰۶           |      |
| بار بیماری به دیگران  |                       | ۴۲۰/۲۲             | ۲          | ۲۱۰/۱۱         | ۳۳/۵۶    | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۲           |      |
| سلامت هیجانی          |                       | ۱۱۰۶/۳۷            | ۲          | ۵۵۳/۱۸         | ۲۶/۴۷    | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۶           |      |
| تصویر ذهن از بدن      |                       | ۴۴۲/۹۵             | ۲          | ۲۲۱/۴۷         | ۱۴/۷۳    | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۱           |      |
| خستگی                 |                       | ۱۹۴/۲۵             | ۲          | ۹۷/۱۲          | ۱۰/۹۳    | ۰/۰۰۱         | ۰/۳۴           |      |
| خطا                   |                       | سلامت جسی          | ۲۲۰۰/۹۳    | ۴۲             | ۵۲/۴۰    |               |                |      |
|                       |                       | درد                | ۲۶۲/۴۶     | ۴۱             | ۶/۴۰     |               |                |      |
|                       | برنامه‌ریزی           | ۲۹۵/۳۳             | ۴۱         | ۷/۲۰           |          |               |                |      |
|                       | روابط صمیمی و دوستانه | ۲۹۵/۳۱             | ۴۱         | ۷/۲۰           |          |               |                |      |
|                       | بار بیماری به دیگران  | ۲۵۶/۶۸             | ۴۱         | ۶/۲۶           |          |               |                |      |
|                       | سلامت هیجانی          | ۸۵۶/۶۱             | ۴۱         | ۲۰/۸۹          |          |               |                |      |
|                       | تصویر ذهن از بدن      | ۶۱۶/۲۷             | ۴۱         | ۱۵/۰۳          |          |               |                |      |
|                       | خستگی                 | ۳۶۴/۳۵             | ۴۱         | ۸/۸۸           |          |               |                |      |
|                       | عرض از مبدا           |                    | ۱۳۳۴۷/۲۲   | ۱              | ۱۳۳۴۷/۲۲ | ۱۹۹/۱۹        | ۰/۰۰۱          | ۰/۸۲ |
|                       |                       | گروه               | ۳۴۹۱/۵۱    | ۲              | ۱۲۴۵/۷۵  | ۱۸/۵۹         | ۰/۰۰۱          | ۰/۴۷ |
| خطا                   |                       | ۲۸۱۴/۲۶            | ۴۲         | ۶۷/۰۰          |          |               |                |      |

براساس مندرجات جدول ۵ می‌توان دریافت که در بین گروه مداخله اکت، فراتشخیص و گروه کنترل در متغیر اجتناب تجربه‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. گروه اکت و فراتشخیص هر دو در درمان موثر بودند و با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. همچنین براساس مندرجات این جدول در متغیر کیفیت زندگی می‌توان دریافت که در بعد روابط صمیمی و دوستانه، بین گروه‌های کنترل، اکت و فراتشخیص تفاوت وجود ندارد. لیکن بین گروه مداخله اکت، فراتشخیص و گروه کنترل

در طول سه دوره زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) به کمک آزمون بونفرونی به مقایسه دو به دوی میانگین ابعاد متغیر کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای به تفکیک گروه‌های مورد نظر در این سه مرحله پرداخته شده است. مواردی که در جدول ۵ با علامت \* نشان داده شده اند در واقع مواردی هستند که سطح معنی داری آنها کمتر از ۰/۰۵ بوده که بیانگر وجود اختلاف معنی داری بین میانگین‌ها در مراحل زمانی مربوطه است.

جدول ۵- آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثرات بین گروهی برای متغیر اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی

| فراشخیصی | اکت   |          | کنترل |          | تفاوت میانگینها | اجتناب تجربه ای |
|----------|-------|----------|-------|----------|-----------------|-----------------|
|          | کنترل | فراشخیصی | کنترل | فراشخیصی |                 |                 |
| اکت      | ۱۶/۲۰ | ۱۵/۳۳    | ۱۶/۲۰ | ۱۵/۳۳    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | تفاوت میانگینها |
| ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۰۰۱           | سطح معناداری    |

است. نتایج همسو با نتایج پژوهش‌هایی می باشد که اثربخشی درمان اکت را بر کیفیت زندگی (۲۴، ۱۸)، افسردگی (۲۵) و اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک (۲۵) و نیز اثربخشی فراتشخیص بر سلامت و تنظیم هیجان (۱۹) نشان داده‌اند. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای نتایج همسو با یافته‌های موسوی، خواه و ندخوشلی، اسدی و عبدالله زاده (۱۴۰۰) (۲۴) و احمدی و همکاران (۲۰۲۰) (۱۸) است که در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کیفیت زندگی بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک و نیز بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تاثیر معنی داری دارد. رومرو، اور سیلو (Roemer, L & Orsillo) (۲۰۰۷) نیز پذیرش و تعهد را برای درمان اختلال اضطراب فراگیر که گزارشاتی از علائم اضطرابی، افسردگی، ترس و اجتناب داشتند استفاده کردند و مراجعان کاهش واضحی را در شدت علائم بالینی نشان

در ابعاد سلامت جسمی، درد، برنامه‌ریزی، بار بیماری به دیگران، سلامت هیجانی، تصویر ذهن از بدن، خستگی تفاوت معناداری وجود دارد. گروه اکت و فراتشخیص هر دو در درمان موثر بودند و با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند. به طور کلی این امر به معنای تاثیر معنادار اکت و فراتشخیص بر افزایش کیفیت زندگی و اجتناب تجربه‌ای در بیماران می باشد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) و فراتشخیصی بر اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام گردید. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، هر دو در مان بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و کیفیت زندگی بیماران لوپوس موثر بوده‌اند. با این حال مقایسه دو درمان نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این دو درمان بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش کیفیت زندگی بیماران لوپوس وجود نداشته

رضایت و کیفیت زندگی را در خود افزایش دهند. شاید یکی دیگر از دلایل بهبود اجتناب تجربه ای و کیفیت زندگی در این بیماران، تصریح ارزشها و پرداختن به ارزشها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به نشانه‌ها و مسائل روزمره است. به عبارت دیگر، در اینجا هدف کمک به فرد است تا به جای پاسخ به نشانه‌های جسمانی و روانشناختی بیماری خود، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش می‌باشد، بپردازد (۲۹-۳۱).

همچنین در تبیین نتایج مربوط به تاثیر درمان فراتشخیص بر روی کیفیت زندگی و اجتناب تجربه ای بیماران؛ نتایج همسو با یافته‌های روبرژ (Roberge) و همکاران (۲۰۱۸) است که نشان داد که درمان فرا تشخیصی در تنظیم شناختی هیجان موثر است و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا می‌دهد (۳۲) و یا شیرانی، رئیس‌ی، مهرابی و دهقانی (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی اجتناب تجربه ای تاثیر معنی داری دارد (۳۳). درمان فرا تشخیصی به بیماران کمک می‌کند که چگونه با احساسات نامطلوب خود روبرو شوند و به احساسات خود به شیوه ای سازگارتر پاسخ دهند. این رویکرد بر تغییر عادات تنظیم هیجانی برای کاهش فراوانی و شدت عادات هیجانی ناسازگار، کاهش آسیب و افزایش عملکرد تأکید دارد. تعامل پویا بین افکار، احساسات و رفتارها و نقش آنها در تجربه عاطفی در همه رویکردهای فرا تشخیصی مورد توجه قرار گرفته است (۳۴) در واقع این رویکرد با تعامل با افکار، احساسات و رفتارها، کنترل شناختی رفتاری را در فرد تقویت می‌کند. بهبود کنترل شناختی و رفتاری، به نوبه خود، منجر به استفاده از فرآیندهای فکری و عملی برای تعدیل اثرات استرس در بیماران می‌شود و به نوبه خود کیفیت زندگی را بهبود و اجتناب تجربه ای را کاهش می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان فراتشخیصی با بهره‌گیری از فنونی همانند شناسایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان می‌تواند به عنوان یک درمان

دادند (۲۶). پیترسون (Petersen) (۲۰۰۷) در تحقیقی درمان پذیرش و تعهد را با درمانهای رایج با هدف تمرکز بر رفتارهای اجتنابی ضعیف که به عنوان یک عامل بالقوه در فرآیند آسیب زایی این اختلالات نقش دارد، مورد مقایسه قرار داد که نشان داد افرادی که ACT دریافت کرده بودند افسردگی و اجتناب کمتری داشتند (۲۷). بنابراین به نظر می‌رسد، آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجان‌ها و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آنها و استفاده مناسب و به جا از آنها، موجب می‌شود که بیمار با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آنها را تجربه کند. هاریس (Harris) (۲۰۰۹) در مورد پایداری اثر درمان معتقد است که شفاف سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. علاوه بر این، دو فرآیند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد (۲۸). علاوه بر این از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی اجتناب از تجارب فرآیند آسیب زایی را به وجود می‌آورد. اگر چه اجتناب تجربه ای در کوتاه مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در بلند مدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف پذیری و نقص کارکردی منجر شود. از سویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی بیماران را از طریق عواملی چون پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آنها، بهبود تنظیم هیجان یا مکانیسم‌هایی مانند آسیب پذیری برای هیجان‌ها منفی بهبود می‌بخشد. چرا که این درمان سبب می‌گردد بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک احساسات، هیجان‌ها و افکار خود را علی‌رغم ناخوشایند بودن بپذیرند و حساسیت بیش از اندازه به بیماری را کاهش دهند و در نتیجه میزان

از IR.BUMS.R.EC.1398.363 انجام شد. بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام تحقیق حاضر همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1. Piga M, Congia M, Gabba A, Figus F, Floris A, Mathieu A, et al. Musculoskeletal manifestations as determinants of quality-of-life impairment in patients with systemic lupus erythematosus. *Sage J*. 2017.
2. Olesińska M, Saletra A. Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. *Reumatologia*. 2018;56(1):45-54.
3. Kiani AN, Petri M. Quality-of-life measurements versus disease activity in systemic lupus erythematosus. *Curr Rheumatol Rep*. 2010;12(4):250-8.
4. Jolly M, Sequeira W, Block JA, Toloza S, Bertoli A, Blazevic I, et al. Sex Differences in Quality of Life in Patients With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(12):1647-1652.
5. Shen B, He Y, Chen H, Zhao C, Zhu L, Gao Y, et al. Body image disturbances have impact on the sexual problems in Chinese systemic lupus erythematosus patients. *J Immunol Res*. 2105;1,1-5.
6. Mazhari Azad F, Abedi HA, Naji SA. Psychoemotional consequences in patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2010; 10(19):24-14.
7. Harrison M. Lupus- related fatigue and cognitive Dysfunction: The chicken and the Egg. 2008; 6-12.
8. Haupt M, Millen S, Jänner M, Falagan D, Fischer-Betz R, Schneider M. Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus Erythematosus: A prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(11): 1618-1623.
9. Dosti P, Ghodrati G, Ebrahimi Mohammad I. Guide to group therapy based on acceptance and commitment to therapy. Amin Negaro Publications Tehran. 2018.
10. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *J Clin Psychol*. 2007;63(9):871-90.
11. Barlow DH, Franchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray -Latin H, Sauer -Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis -specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):875-840.
12. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press; 2011.

کارآمد جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد. نهایتاً این که فرا تشخیصی با تعدیل عادات تنظیم هیجان، درمان فرا تشخیصی شدت و بروز عادات عاطفی را کاهش می‌دهد، آسیب‌ها را کاهش می‌دهد، عملکرد را ارتقا می‌دهد و به بیماران کمک می‌کند تا یاد بگیرند که چگونه با احساسات نامطلوب خود روبرو شوند و به شیوه‌ای سازگارتر به آنها پاسخ دهند. در این رویکرد، یک تعامل پویا بین افکار، عواطف و رفتارها وجود دارد. هر یک از آنها نقش مؤثری در تجارب عاطفی ایفا می‌کنند (۱۱). با این حال علی‌رغم نتایج کاربردی که از این پژوهش قابل استنباط است می‌توان بیان کرد پژوهش حاضر دارای نقطه قوت مثبتی است که می‌توان بیان کرد درمان اکت و فراتشخیص نقش مهمی بر روی افزایش کیفیت زندگی و کاهش اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک دارد و از این به بعد می‌توان در کنار مداخلات دارویی از این روش‌ها استفاده نمود. محدودیت‌هایی را نیز برای آن برشمرد، از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به جامعه آماری این پژوهش نام برد که فقط مربوط به بیماران لوپوس بودند که در تعمیم پذیری نتایج برای سایر بیماران باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از جامعه آماری و بیماران متنوع‌تری برای انتخاب افراد نمونه بهره گرفت.

## نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق به عنوان پیامدهای مهم آموزش و ارتقای سلامت روان در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک محسوب می‌شود. در نتیجه پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان آموزشی فراتشخیصی در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود کیفیت زندگی و نشانه‌های شناختی من جمله اجتناب تجربه‌ای استفاده نمود.

## تقدیر و تشکر

این تحقیق با تایید کمیته اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند با شماره

13. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LE, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: A waiting list randomized controlled trial with six months' follow-up. *Front Psychol.* 2007;8(1):31-35.
14. Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;46:35-43.
15. Pots WT, Fledderus M, Meulenbeek PA, ten Klooster PM, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2016;1(1):69-77.
16. Lee EB, A W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2015;155(1):1-7.
17. Hora T, Lima K, Maciel R. The effect of therapies on the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus: a meta-analysis of randomized trials. *Advances in Rheumatology.* 2019;59(1):34.
18. Ahmadi Ghahnaviyeh L, Bagherian B, Feizi A, Afshari A, Mostafavi Darani F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life in a Patient with Myocardial Infarction: A Randomized Control Trial. *Iran J Psychiatry.* 2020;15(1):1-9.
19. Rafei F, Hatami M, Baghdassarians A, Rafiepour A. Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Health Locus of Control and Emotional Regulation in Patients with Coronary Heart Disease. *IJABS.* 2019;61-71.
20. McElhone K, Abbott J, Shelmerdine J, Bruce IN, Ahmad Y, Gordon C, et al. Development and validation of a disease-specific health-related quality of life measure, the LupusQoL, for adults with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2007;57(6):972-980.
21. Hosseini N, Bonakdar ZS, Gholamrezaei A, Mirbagher L. Linguistic Validation of the LupusQoL for the Assessment of Quality of Life in Iranian Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Int J Rheumatol.* 2014;2014:151530.
22. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther.* 2011;42(4):676-88.
23. Abbasi I, Fati L, Moloudi R, Zarabi H. Psychometric adequacy of the Persian version of the Admission and Practice Questionnaire. *Journal of Psychological Methods and Models.* 2012; 2 (10) 65-80.
24. Mousavi SM, Khajvand KA, Asadi J, Abdollahzadeh H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment-based therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *JPS.* 2020;20(99):460-453.
25. Rezaei A M, Sharifi T, Ghazanfari A, Aflaki E, Bahre Dar M J. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Follow-Up Treatment of Patients with Systemic Lupus. *JNKUMS.* 2021; 12 (4) :1-9.
26. Roemer L, Orsillo SM. An Open trial of an acceptance – based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy.* 2007; 38:75-82.
27. Petersen CL. Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. Submitted to the College of Liberal Arts and Sciences and the faculty of the Graduate School of Wichita State University of Doctor of Philosophy. 2007.
28. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, New Harbinger Publications. 2009; 33-39.
29. Forsyth JP, Eifert GH. The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using acceptance and commitment therapy. 2016.
30. Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, Bielska D, Nitsch-Osuch A, Kassolik, K, et al. Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *RESPNB.* 2013;187(1):114-117.
31. Bach P, Gaudiano BA, Hayes SC, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis.* 2013; 5(2),166-74.
32. Roberge P, Provencher MD, Gosselin P, Vasiliadis HM, Gaboury I, Benoit A et al. A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: study protocol. *BMC psychiatry.* 2018;18(1):320-333
33. Shirani S, Raisi V, Mehrabi HA, and Dehghani A. The effectiveness of integrated meta-diagnostic treatment the avoidance of experience and work-family conflict of employees with burnout. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology.* 2020;12:57-70.
34. Norton PJ. A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behav Ther.* 2012;43(3):506-17.