



Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients

Azam Arabi¹, Jafar Hasani², Mehdi Akbari³, Mohammad Hatami⁴, Mohammad Reza Sherbafchi Zadeh⁵

1. (Corresponding author)* Ph.D. in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

5. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Skin diseases, such as psoriasis, are associated with significant psychological and social disabilities. Therefore, the current research was done with the aim of examining the effectiveness of self-compassion Therapy on psychological distress and quality of the life of Psoriasis Skin Patients.

Methods and Materials: This research is a semi-experimental with control group and follow-up which was observed for a month. The statistical population of the research includes all skin patients with psoriasis who went to skin treatment centers in Tehran between Dec and Feb in 2019. From this population, 40 people were selected by available sampling method and after matching were randomly assigned to experimental (20 people) and control (20 people) groups. The subjects of experimental group received seven sessions of self-compassion Therapy, however, the control group did not receive any training. The questionnaires of Kessler's Psychological Distress (2002) and Bref's Quality of Life (1996) were distributed before and after educational interventions as pretest, posttest and follow up study on all subjects. The findings of the research were analyzed with Variance with repeated measures and SPSS-20 software.

Findings: The results of the analysis showed that the self-compassion Therapy was significantly effective in reducing psychological distress and increasing quality of life in Psoriasis Skin Patients ($p < 0.05$).

Conclusions: It seems that self-compassion Therapy can help improve psychological distress and quality of life of Psoriasis Skin Patients by increasing kindness to oneself and others and managing emotions.

Keywords: Self-compassion, psychological distress, quality of life, psoriasis.

Citation: Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh MR. Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. Res Behav Sci 2021; 18(4): 605-615.

* Azam Arabi,
Email: Azamarabi1@gmail.com

اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونیازیس

اعظم اعرابی^۱، جعفر حسنی^۲، مهدی اکبری^۳، محمد حاتمی^۴، محمدرضا شهربافچی‌زاده^۵

۱- (نویسنده مسئول) * دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۵- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های پوستی همانند پسونیازیس، با ناتوانی‌های روان‌شناختی و اجتماعی قابل‌ملاحظه‌ای همراه هستند. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونیازیس انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران پوستی پسونیازیس بود که بین ماه‌های دی تا اسفند ۱۳۹۸ به مراکز درمانی پوستی در شهر تهران مراجعه نمودند. از این جامعه، ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش از هفت جلسه درمان خودشفقت‌ورزی برخوردار گردیدند، باین‌حال گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر (۲۰۰۲) و کیفیت زندگی بریف (۱۹۹۶)، قبل و بعد از مداخلات آموزشی، به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی کلیه افراد اجرا گردید. یافته‌های حاصل از پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که درمان خودشفقت‌ورزی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران پوستی پسونیازیس به‌طور معناداری مؤثر بوده است ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان خودشفقت‌ورزی، از طریق افزایش مهربانی نسبت به خود و دیگران و مدیریت احساسات، می‌تواند منجر به بهبود پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: خودشفقت‌ورزی، پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، پسونیازیس.

ارجاع: اعرابی اعظم، حسنی جعفر، اکبری مهدی، حاتمی محمد، شهربافچی‌زاده محمدرضا. اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونیازیس. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۴): ۶۱۵-۶۰۵.

*- اعظم اعرابی

رایان نامه: Azamarabi1@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های پوستی، جزء شایع‌ترین بیماری‌ها در جوامع بشری محسوب می‌شوند، به گونه‌ای که در گستره‌ی عمر، یک‌چهارم تا یک‌سوم افراد، مبتلا به حداقل یک بیماری پوستی هستند (۱).

پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن و شایع است که با پاپول و پلاک‌های پوسته ریز قرمز یا با پوسته‌های نقره‌ای‌رنگ تظاهر می‌یابد (۲). پسوریازیس که از آن به عنوان نوعی اختلال روان‌تنی نیز یاد می‌شود، مشکلات و مسائل مختلفی به همراه دارد (۳).

از آنجا که در انواع مختلف این بیماری، شکل و رنگ پوست تغییر می‌کند و زیبایی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴، ۵)، می‌تواند بر عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی و تصویر تن افراد، اثرات منفی بگذارد (۲).

پیشانی روان‌شناختی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای بسیاری از بیماری‌ها (۶)، به خصوص بیماری‌های پوستی است (۷). اغلب بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی سطح بالایی از پیشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند و از هر چهار بیمار مبتلا به بیماری‌های پوستی، یکی از آن‌ها سطح بالایی از پیشانی روان‌شناختی را تجربه کرده است (۷، ۸)؛ در چنین شرایطی این بیماری به یک منبع مهم نگرانی و پیشانی تبدیل می‌شود و سبب افزایش پیشانی هیجانی در بین این بیماران می‌گردد، به گونه‌ای که تقریباً یک‌سوم بیماران درمانگاه‌های پوست، درجاتی از عوامل هیجانی همانند نگرانی و پیشانی را نشان می‌دهند (۹).

از سوی دیگر، بیماری‌های پوستی هرچند کشنده نبوده و مانع فعالیت روزمره نمی‌شوند اما مانند سایر بیماری‌ها کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان رضایت فردی با ابعاد زندگی فعلی در مقایسه با کیفیت مطلوب یا مطلوب زندگی تعریف شود (۱۰). اثرات سوء این بیماری بر کاهش کیفیت زندگی مبتلایان، به‌ویژه زمانی که نشانه‌های بیماری در نواحی آشکار بدن مانند سروسورت باشد؛ به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (۱۱). بنابراین پسوریازیس با جنبه‌های مختلف زندگی افراد نظیر زندگی اجتماعی، ورزش، روابط بین فردی و زناشویی و شغل تداخل پیدا می‌کند (۱۲)؛ و با تخریب کیفیت زندگی این بیماران همراه می‌باشد (۱۳).

1 Body image

هم بودی روان‌پزشکی در اختلالات پوستی اغلب یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مهم ناتوانی گسترده در ارتباط با بیماری‌های پوستی می‌باشد (۱۴). شدت بیماری‌های پوستی یکی از عوامل پیش‌بینی کننده پیشانی‌های روانی است (۱۵). بروز علائم فرونشانی، وقفه هیجانی، انکار و دشواری در برقراری ارتباط هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال پسوریازیس بیانگر ناکارآمدی در پردازش اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌باشد (۱۶).

از طرفی، مطالعات نشان می‌دهند که روش‌های درمانی دارویی به تنهایی، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر علائم روان‌پزشکی بیماران نداشته است. لذا با توجه به تأثیر تأییدشده فاکتورهای روان‌شناختی در بروز یا تداوم این بیماری، انجام مداخلات روان‌شناختی در کاهش علائم این بیماری ضروری به نظر می‌رسد (۱۷).

با توجه به اینکه شفقت به خود به عنوان یک راهبرد مؤثر تنظیم هیجان برای مقابله با هیجان‌های منفی و تجارب دشوار زندگی مانند بیماری‌های مزمن است (۱۸)؛ به نظر می‌رسد درمان خودشفقت‌ورزی بتواند به عنوان یک شیوه‌ی درمانی مناسب، برای بهبود پیشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس، مورد استفاده قرار گیرد.

خود شفقت‌ورزی یک سازه مهم در تعدیل واکنش‌های افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده همانند شکست، طرد، خجالت و حوادث منفی است (۱۹). در حقیقت درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند (۲۰).

چنین افرادی احتمالاً رفتارهای مراقبتی از سوی دیگران را تجربه نکرده‌اند و در نتیجه سیستم تنظیم و تسکین هیجان آن‌ها کمتر در دسترسشان است. این‌ها افرادی هستند که احتمالاً از آن‌ها می‌شنویم: «من منطق درمان شناختی-رفتاری را درک می‌کنم ولی نمی‌توانم تغییری احساس کنم» (۲۱).

اما درمان متمرکز بر شفقت ایده‌ای مکمل دارد. این درمان پیشنهاد می‌کند که ممکن است مشکلی بنیادین در یک سیستم هیجانی نا آشکار وجود داشته باشد. از دیدگاه درمان متمرکز بر شفقت ناتوانی در دسترسی به این سیستم عاطفی، پایه و ریشه مشکل جدایی هیجان از منطق است. در نتیجه برای احساس کردن تغییر لازم است توانایی دسترسی به سیستم‌های تنظیم

هیجانی را داشته باشیم که موجب افزایش احساس اطمینان و امنیت ما می‌شوند (۲۲).

درواقع، فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود، یک امنیت هیجانی^۱ به وجود می‌آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (۲۳). خود شفقت ورزی سبب می‌شود تا فرد دردها و شکست‌های خود را از طریق الگوهای فکری منفی تکرارشونده استمرار ندهد و از هیجان‌های مثبت برای حل تجربه‌های ناخوشایند خود استفاده کند (۲۴).

اگرچه بررسی یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که در این زمینه مطالعات اندکی صورت گرفته، اما خراطزاده و همکاران (۱۸) در پژوهشی نشان دادند که خودشفقت ورزی و مؤلفه‌های آن سبب افزایش مهربانی به خود و کاهش قضاوت‌ها می‌گردد. همچنین لیناردون و همکاران (۲۵) مشاهده کردند که خودشفقت‌ورزی به عنوان یک متغیر میانجی تعدیل کننده، می‌تواند رابطه‌ی بین شکل و وزن بدن با اختلال خوردن^۲، آسیب‌های روانی-اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی در افراد را کاهش دهد.

بنابراین می‌توان انتظار داشت که درمان خودشفقت ورزی بتواند سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به پسوریازیس گردد. از این رو پژوهشگر درصدد پاسخ به این مسئله است که آیا درمان خودشفقت‌ورزی می‌تواند بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس اثربخش باشد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران پوستی پسوریازیس می‌باشد که در بین ماه‌های دی تا اسفند ۱۳۹۸، به مراکز درمانی پوستی در شهر تهران مراجعه نمودند.

از این جامعه ۴۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)

گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش از هفت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان خود شفقت ورزی به صورت متوالی و دو بار در هفته، برخوردار گردیدند (۲۶)، با این حال گروه کنترل هیچ مداخله‌ی روان‌شناختی دریافت نکرد.

پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی قبل و بعد از اتمام مداخلات روان‌شناختی، به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (پس از یک دوره‌ی یک‌ماهه) بر روی کلیه شرکت‌کنندگان اجرا گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از: حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص بیماری پوستی پسوریازیس توسط پزشک متخصص، دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، ابتلا به بیماری پوستی پسوریازیس حداقل به مدت ۶ تا ۱۲ ماه، عدم سابقه ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی یا سوءمصرف مواد؛ و همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم رضایت برای ادامه‌ی همکاری در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان و عدم همکاری در انجام تکالیف و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در پایان پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی، یک دوره فشرده‌ی درمان خود شفقت ورزی، برای افراد گروه کنترل اجرا گردید.

شرکت‌کنندگان: بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی

حاکی از آن بود که از بین ۲۰ شرکت‌کننده در گروه آزمایش، ۹ نفر (۴۵٪) مرد و ۱۱ نفر (۵۵٪) زن بودند. همچنین ۵ نفر (۲۵٪) مجرد و ۱۵ نفر (۷۵٪) دیگر را افراد متأهل تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات، ۷ نفر (۳۵٪) زیر دیپلم، ۷ نفر (۳۵٪) دیپلم و فوق دیپلم، ۳ نفر (۱۵٪) کارشناسی، ۳ نفر (۱۵٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از لحاظ توزیع سنی ۲ نفر (۱۰٪) در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۳ نفر (۶۵٪) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵ نفر (۲۵٪) نیز در دامنه‌ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. در گروه کنترل، ۱۱ نفر (۵۵٪) مرد و ۹ نفر (۴۵٪) زن؛ ۴ نفر (۲۰٪) مجرد و ۱۶ نفر (۸۰٪) متأهل؛ ۹ نفر (۴۵٪) زیر دیپلم، ۵ نفر (۲۵٪) دیپلم و فوق دیپلم، ۴ نفر (۲۰٪) کارشناسی، ۲ نفر (۱۰٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر و در نهایت ۵ نفر (۲۵٪) در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر (۵۰٪) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵ نفر (۲۵٪) نیز در دامنه‌ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: مقیاس‌های

پریشانی روان‌شناختی ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت

1 Emotional security

2 Eating Disorders

عمومی توسط کسلر و همکارانش به دو صورت ۱۰ سؤالی و ۶ سؤالی تدوین شده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سؤال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه‌بندی کردند و پس از طبقه‌بندی آن‌ها، بر اساس اختلالات روانی موجود، تعداد سؤال‌ها را به ۴۵ و سپس ۳۲ سؤال کاهش دادند. با اجرای اولیه‌ی پرسشنامه آن هم به شکل تلفنی و انجام تحلیل‌های آماری توانستند نسخه‌های ۱۰ و ۶ سؤالی را استخراج نمایند. فرم ۱۰ سؤالی شامل ۱۰ سؤال است که اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی را که فرد طی چند هفته‌ی اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. سؤالات این فرم به صورت لیکرتی از هیچ‌وقت تا همیشه است و از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. لذا حداکثر نمره برابر با ۴۰ می‌باشد (۲۷). در این مطالعه از فرم ۱۰ سؤالی استفاده شد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). یعقوبی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرداخت و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است (۲۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و دارای ۲۶ سؤال می‌باشد که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این حیطه‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط اجتماعی هستند (۳۰). سنجش هر سؤال از طریق مقیاس لیکرت ۵ امتیازی می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ‌کدام از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به صورت کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین چهار بعد این پرسشنامه توسط ۲۴ سؤال سنجیده می‌شود. بعد سلامت جسمانی دارای ۷ سؤال، سلامت روانی ۶ سؤال، روابط اجتماعی ۳ سؤال، و سلامت محیط ۸ سؤال می‌باشد. هر اندازه نمره‌ی کسب‌شده در هر بعد بیشتر باشد، دلیل بر بالاتر بودن میزان نگرش مثبت افراد در آن بعد نسبت به زندگی است. دامنه نمرات برای نمره کل کیفیت زندگی از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد، که نمرات بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است (۳۱). این پرسشنامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده است. لذا در فرهنگ‌های مختلف یکسان می‌باشد. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی در ایران نیز، بین ۱۲۱۰ نفر اعتبار

یابی شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به دست آمده است (۳۰). نصیری ضریب پایایی توصیفی و همسانی درونی (α) آن را در یک نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده و نتایج مربوط به روایی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت عمومی (GHQ) رضایت‌بخش اعلام شده است. همچنین بررسی روایی ظاهری و ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد، نشان داد که پرسشنامه‌ی ترجمه‌شده‌ی فارسی (IRQOL)، دارای روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد (۳۲). در این پژوهش، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ بود.

درمان خودشفقت‌ورزی: مداخلات آموزشی در این پژوهش، مبتنی بر طرح گیلبرت (۲۶) و مشتمل بر هفت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای متوالی به صورت دو بار در هفته، بدین شرح می‌باشد:

جلسه اول: آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه جلسه اول درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.

جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.

جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌کننده. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.

جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت ورز یا غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.

جلسه پنجم: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.

پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.

جلسه ششم: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.

جلسه هفتم: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش، به تفکیک گروه و مرحله ارزیابی، در جدول ۱ ارائه شده است.

جلسه ششم: آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی.

جلسه هفتم: پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت ورز می‌توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.

جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان شفقت ورز یا غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.

جلسه پنجم: آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله ارزیابی

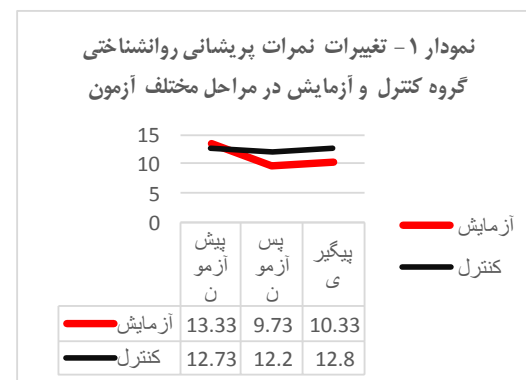
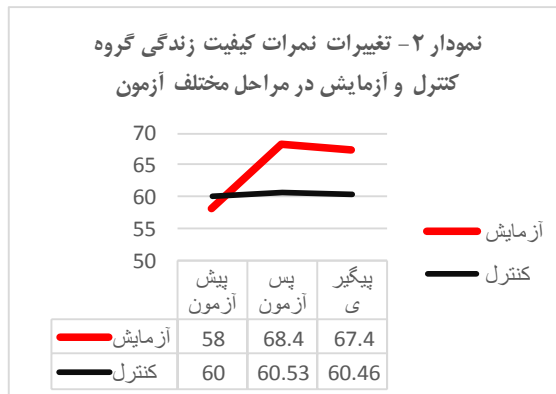
متغیر وابسته	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیشانی روان‌شناختی	کنترل	پیش‌آزمون	۲۰	۱۲/۷۳	۱/۲۷
		پس‌آزمون	۲۰	۱۲/۲۰	۱/۲۶
		پیگیری	۲۰	۱۲/۸۰	۱/۲۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۱۳/۳۳	۱/۲۳
		پس‌آزمون	۲۰	۹/۷۳	۱/۲۷
		پیگیری	۲۰	۱۰/۳۳	۱/۵۴
کیفیت زندگی	کنترل	پیش‌آزمون	۲۰	۶۰	۱۲/۵۹
		پس‌آزمون	۲۰	۶۰/۵۳	۱۱/۷۰
		پیگیری	۲۰	۶۰/۴۶	۱۱/۷۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰	۵۸	۱۲/۳۶
		پس‌آزمون	۲۰	۶۸/۴۰	۱۲
		پیگیری	۲۰	۶۷/۴۰	۱۴/۹۴

پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پیشانی روان‌شناختی کاهش و در متغیر کیفیت زندگی افزایش یافته است. نمودار ۱ و ۲، تغییرات

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۱، میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله

نمرات پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

را، در دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد.



معنی‌دار نیست ($p > 0.05$)، بنابراین از فرض نرمال بودن توزیع نمرات تخطی نشده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای متغیرهای پریشانی روان‌شناختی ($p = 0.18$) و کیفیت زندگی ($p = 0.10$) نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است. در نهایت نتایج آزمون ام‌باکس ($p = 0.10$) حاکی از برقراری فرض یکسانی ماتریس‌های کوواریانس می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس، به منظور بررسی اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید.

همان‌طور که در نمودارهای ۱ و ۲ مشهود است، نمرات پریشانی روان‌شناختی در گروه آزمایش، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون، کاهش محسوسی داشته است. همچنین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش، در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است.

به منظور بررسی معنی‌داری این تغییرات، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های آماری لازم برای استفاده از این آزمون پارامتریک موردبررسی قرار گرفت. نتایج بررسی مفروضه‌ی نرمالیتی داده‌ها نشان داد که آماره کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر وابسته	منبع اثر	SS	df	MS	F	p	η^2
پریشانی روان‌شناختی	زمان	۴۴۶/۰۶	۱/۳۵	۳۳۹/۷۵	۱۵۵/۰۸	۰/۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۳۵۶/۰۶	۱/۳۵	۲۶۳/۲۲	۱۲۳/۷۹	۰/۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۹۱/۶۰	۱	۲۹۱/۶۰	۳/۳۸	۰/۰۷	۰/۱۰
کیفیت زندگی	زمان	۶۸/۲۸	۱/۴۶	۴۶/۴۶	۱۶۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۴۷/۰۲	۱/۴۶	۳۲/۲۱	۱۱۱/۳۶	۰/۰۱	۰/۷۹
	گروه	۴۶/۹۴	۱	۴۶/۹۴	۹/۹۹	۰/۰۱	۰/۲۶

در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به نمرات گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است. همچنین نتایج برای اثر اصلی زمان نیز نشان می‌دهد که نمرات پریشانی روان‌شناختی افراد گروه آزمایش، از زمان پیش‌آزمون تا مرحله‌ی پیگیری، کاهش معنی‌داری داشته است ($p < 0.01$). مجذور اتا ۰/۸۴ نیز، حاکی از

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پریشانی روان‌شناختی، در بین افراد گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری ندارد ($p = 0.07$). با این حال، نتایج برای اثر تعامل زمان با گروه در متغیر پریشانی روان‌شناختی معنی‌دار است ($p < 0.01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات پریشانی روان‌شناختی

آن است که ۸۴ درصد از تغییرات واریانس در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری، ناشی از درمان خودشفقت‌ورزی بوده است. نتایج مندرج در جدول ۲ برای متغیر کیفیت زندگی حاکی از آن است که نمرات کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل است ($p < 0/01$). همچنین، نتایج برای اثر تعامل زمان با گروه معنی‌دار است ($p < 0/01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به نمرات گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری بالاتر است. درنهایت، نتایج برای اثر اصلی زمان حاکی از آن است که نمرات کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش، از زمان پیش‌آزمون تا مرحله‌ی پیگیری، افزایش معنی‌داری داشته است ($p < 0/01$). مجذور اتا ۰/۸۵ نیز، حاکی از آن است که ۸۵ درصد از تغییرات واریانس در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری، ناشی از درمان خودشفقت‌ورزی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسرپایزیس انجام گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان خودشفقت‌ورزی، اثر معناداری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌های خراطزاده و همکاران (۱۸) و لیناردون و همکاران (۲۵) می‌باشد. لیناردون و همکاران در پژوهشی بر روی ۹۹۲ شرکت‌کننده، مشاهده کردند که خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یک متغیر میانجی تعدیل‌کننده، می‌تواند رابطه‌ی بین شکل و وزن بدن با اختلال روان‌شناختی خوردن، آسیب‌های روانی-اجتماعی و پریشانی روان‌شناختی در افراد را کاهش دهد (۲۵).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که هدف از درمان خودشفقت‌ورزی تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشتی عاطفی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند (۳۳). درحالی‌که ترس از شفقت‌ورزی، به‌ویژه نسبت به خود و دریافت آن از سوی دیگران، قویاً با خود انتقادی، افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط مثبت دارد. چراکه شفقت‌ورزی نقش اساسی در تنظیم هیجانات داشته و افرادی که از دسترسی به هیجانات خود ترس دارند، پریشانی روان‌شناختی بالایی را تجربه می‌کنند (۳۴).

همچنین، تکنیک اصلی درمان خودشفقت‌ورزی، آموزش ذهن مشفق است. در این تکنیک به درمان‌جو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمان‌جویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادی، شخصیت‌زدایی و شیدایی خفیف (هایپومانیا) خود را تغییر دهند. از نظر گیلبرت، در وجود انسان‌ها حداقل سه نوع سیستم تنظیم عاطفه تکامل‌یافته است: سیستم محافظت از خطر، سیستم سائق و سیستم تسکین. تأکید درمان خودشفقت‌ورزی بر ارتباط بین الگوهای شناختی و این سه سیستم تنظیم هیجان است. از طریق استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش ذهن مشفق و تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی، به درمان‌جویان آموخته می‌شود که هرکدام از این سیستم‌ها را به‌طور مؤثری مدیریت کرده و به‌طور مناسب‌تری به موقعیت‌ها و شرایط پاسخ بدهند (۲۱).

تمرین‌های شفقت به خود باعث می‌شود بیماران، به‌جای داشتن دشمن درونی، حامی درونی داشته باشند و فعالانه به خود دلداری و آرامش دهند (۳۵). زمانی که فرد یاد گرفته باشد با خود مهربان بوده و برای اشتباهات، کاستی‌ها و نقایص خویش به مدت طولانی خود را انتقاد گزنده و سرزنش نکند، بدون قضاوت و گشوده به رنج باشد، درواقع ذهن شفقت‌ورز دارد و می‌تواند با چالش‌های زندگی و موقعیت‌های تنش‌زا با تسلط و آرامش بیشتری مواجه شود، اعتمادبه‌نفس خود را افزایش داده و پریشانی روان‌شناختی را در خود کاهش دهد (۳۶).

همچنین، یافته‌های حاصل از این پژوهش در رابطه با کیفیت زندگی نشان داد که درمان خودشفقت‌ورزی اثر معناداری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسرپایزیس دارد. این نتایج همسو با پژوهش زمانی‌مزد و همکاران (۳۷) و ودهار و همکاران (۳۸) می‌باشد. زمانی‌مزد و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان اوتیستیک شود. همچنین ودهار و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماران پسرپایزیس نشان دادند که مداخله ۱۲ هفته‌ای در تغییر خلق‌وخوی این بیماران توانسته است کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد (۳۸).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت یکی از خصوصیات شفقت‌ورزی، ملایمت است. بر اساس نظر گیلبرت ملایمت می‌تواند حداقل سه کاربرد اساسی داشته باشد. نخست اینکه ملایمت موجب بروز نشانه‌های کلامی و غیرکلامی از علاقه، مراقبت و مهربانی می‌شود که همگی تسکین‌بخش هستند. دوم اینکه

با این حال پژوهش حاضر، مانند سایر پژوهش‌ها با کاستی‌ها و محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. از جمله اینکه در این پژوهش، برخی از عوامل محیطی و خانوادگی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان، بررسی و کنترل نشد. از طرفی این پژوهش تنها بر روی جمعیت بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر تهران صورت گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع آماری، باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

در پایان با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمان خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یک مداخله‌ی روان‌شناختی مؤثر در کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، توسط متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت، در قالب طرح‌های آموزشی و درمانی به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مدیران محترم و کلیه‌ی مسئولان مراکز درمانی پوستی شهر تهران که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم. همچنین از همه‌ی بیمارانی که با شرکت در این پژوهش، اطلاعات خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده و صادقانه با ما همکاری نمودند، قدردانی به عمل می‌آید.

ملایمت یک عاطفه مثبت در سایرین ایجاد می‌کند که برانگیزاننده دوستی، محبت و برقراری ارتباط است (برعکس بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی، عقب کشیدن یا حمله کردن). سوم اینکه احتمال بروز ملایمت وقتی افراد در کنار یکدیگر احساس امنیت و اعتماد می‌کنند، بیشتر است. لذا درمان خودشفقت‌ورزی با ایجاد ملایمت نه‌تنها منجر به بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌شود، بلکه می‌تواند با گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی، موجبات بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها را فراهم سازد (۳۹).

درنهایت درمان خودشفقت‌ورزی با تأکید بر خودمهربانی، به بیماران کمک می‌کند تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهند، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده، در خود ایجاد کنند و به‌صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرند (۴۰). بدون شک، این تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش شادکامی و سرزندگی و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود.

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل، در جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس مورد استفاده قرار گیرد.

References

1. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, et al. Psoriasis and co morbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017;76(3):377-90.
2. Gordon KB, Blauvelt A, Papp KA, Langley RG, Luger T, Ohtsuki M, et al. Phase 3 trials of ixekizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(4):345-56.
3. Smith CH, Jabbar-Lopez ZK, Yiu ZZ, Bale T, Burden AD, Coates LC, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2017;177(3):628-36.
4. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology*, 10th ed, Philadelphia: Saunders Elsevier. 2011;360-413.
5. Habif TP. *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy*, chapter 24. 6th ed, New York: Mosby, 2010;926-31.
6. Kwan Z, Bong YB, Tan LL, Lim SX, Yong AS, Ch'ng CC, et al. Socioeconomic and sociocultural determinants of psychological distress and quality of life among patients with psoriasis in a selected multi-ethnic Malaysian population. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(2):184-95.
7. Zakeri MM, Hassani J, Ismaili n. The Effectiveness of training Emotional Process Regulation Strategies in Emotional Dysfunction in People with Psoriasis. *Clinical Psychology*. 2017;9(2):97-112. [In persian]
8. Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clinics in dermatology*. 2013;31(6):707-11.

9. Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *British Journal of Dermatology*. 2016;175(5):930-6.
10. Karia SB, De Sousa A, Shah N, Sonavane S, Bharati A. Psychiatric morbidity and quality of life in skin diseases: A comparison of alopecia areata and psoriasis. *Industrial psychiatry journal*. 2015;24(2):125.
11. Nyunt WT, Low WY, Ismail R, Sockalingam S, Min AK. Determinants of health-related quality of life in psoriasis patients in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2015;27(2):662-73.
12. Møller AH, Erntoft S, Vinding GR, Jemec GB. A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. *Patient related outcome measures*. 2015; 6: 167-177.
13. Zandi S, Shamsi Meymandi S, Hashemi Nasab Gorji p, Saburi F. Evaluation of quality of life in patients with psoriasis. *Set and beauty*. 2011;2(3):175-68. [In persian]
14. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini C, et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(4):620-4.
15. Neshat doust HT, Nilforoush zadeh MA, Dehghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients's quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. *J Arak Uni Med Sci*. 2009;12(2):125-33. [In persian]
16. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian Family Physician*. 2017;63(4):278-85.
17. Faridhosseini F, torkamani M, layegh P, nehidi Y, nahidi M. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. *Mashhad University of Medical Sciences*. 2014;59(5):337-44. [In persian]
18. Kharatzadeh H, A. M, Jafari F, Hosseini SM. The relationship between self-compassion and empirical avoidance with quality of life in patients with vitiligo. *Skin and beauty*. 2018;9(2):92-83. [In persian]
19. Sharma VK, Bhatia R. Vitiligo and the psyche. *British Journal of Dermatology*. 2017;177(3):612-3.
20. Steindl SR, Buchanan K, Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*. 2017;21(2):62-73.
21. Gilbert P. *Compassion-focused treatment*. Tehran: Ibn Sina; 2018.
22. Tirsch D, Gilbert P. *Compassion-focused therapy: An introduction to experiential interventions for cultivating compassion*. McKay NCTD, editor: The Guilford Press; 2015.
23. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*. 2016;17:117-31.
24. Baker LR, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of personality and social psychology*. 2011;100(5):853.
25. Linardon J, Susanto L, Tepper H, Fuller-Tyszkiewicz M. Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. *Body Image*. 2020;33:183-9.
26. Gilbert P. ntroducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208.
27. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-L, et al. Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):959-76.
28. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*. 2003;23:357-62.

29. Yaqubi H. Psychometric Properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016;6(4):45-57. [In persian]
30. Nejat S, Montazeri A, Holakouee Naeini K. Standardization of the WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQOL BREF). *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*. 2006;4(4):1-12. [In persian]
31. BREF (WHOW). Iranian species translation and psychometrics. *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*. 1996;4(4):1-12.
32. Nasiri H. Evaluation of the validity and reliability of the World Health Organization short scale of quality of life and preparation of its Iranian version. The third national seminar for students' mental health; Tehran: University of Science and Industry 2007. [In persian]
33. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Britain: Routledge; 2005.
34. Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R, Palmeira L. Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(2):228-44.
35. Ko CM, Grace F, Chavez GN, Grimley SJ, Dalrymple ER, Olson LE. Effect of seminar on compassion on student self-compassion, mindfulness and well-being: A randomized controlled trial. *Journal of American college health*. 2018;66(7):537-45.
36. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015;45(5):927-45.
37. Zamani Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Babaei Gharmkhani M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) in Improving Quality of Life and Parental Self-Efficacy in Mothers of Autistic Children. *Depiction of Health*. 2019;9(4):233-43. [In persian]
38. Vedhara K, Morris RM, Booth R, Horgan M, Lawrence M, Birchall N. Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *Journal of psychosomatic research*. 2007;62(6):611-9.
39. Gilbert P. Compassion focused therapy. Britain: Routledge; 2010.
40. Bluth K, Neff KD. New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*. 2018;17(6):605-8.