Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 2

The Effectiveness of Schema Therapy on Internalized Shame and Quality of Life in Patients with Lupus

Mahrokh Ajarloo[1]
[1]. Department of Clinical Psychology, Tehran South Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Citation: Ajarloo, M. The effectiveness of schema therapy on internalized shame and quality of life in patients with lupus. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):45-60 [Persian].

Article Info:

Abstract

In addition to physical consequences, systemic lupus erythematosus (SLE) can be associated with psychological problems such as internalized shame and reduced quality of life. The aim of the present study was to determine the effectiveness of schema therapy on internalized shame and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. The method of the present study was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and two-month follow-up with a control group. The statistical population of the study included all patients with systemic lupus erythematosus referred to Imam Hossein (AS) Hospital in Tehran between Mehr and Azar 1404. Among the eligible individuals, 30 people were selected through purposive sampling and after initial matching, they were randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control groups (15 people). The experimental group underwent schema therapy intervention based on the young model for 8 sessions of 90 minutes, and the control group did not receive any intervention. Data collection tools included the Cook Internalized Shame Scale and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS version 26 software. The results showed that schema therapy significantly reduced internalized shame and significantly improved the quality of life of patients with lupus compared to the control group ($P<0.01$). Also, the effects of the intervention remained stable at the two-month follow-up stage. Based on the research findings, schema therapy can be used as an effective psychological intervention in reducing the psychological consequences of lupus and improving the quality of life of these patients by modifying early maladaptive schemas, reducing dysfunctional cognitive and emotional patterns, and strengthening self-acceptance.

Key words
Schema therapy, internalized shame, quality of life, systemic lupus erythematosus, autoimmune diseases

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شرم درونی‌شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس

ماهرخ آجرلو [۱]

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

بیماری لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE) علاوه بر پیامدهای جسمانی، می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی مانند شرم درونی‌شده و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شرم درونی‌شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در بازه زمانی مهر تا آذر سال ۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از همتاسازی اولیه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی مبتنی بر مدل یانگ قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل مقیاس شرم درونی‌شده کوک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار شرم درونی‌شده و بهبود معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس در مقایسه با گروه گواه شد.همچنین، اثرات مداخله در مرحله پیگیری دوماهه نیز پایدار باقی ماند. بر اساس یافته‌های پژوهش، طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کاهش الگوهای شناختی و هیجانی ناکارآمد و تقویت پذیرش خود می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در کاهش پیامدهای روانی بیماری لوپوس و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی

طرحواره‌درمانی، شرم درونی‌شده، کیفیت زندگی، لوپوس اریتماتوی سیستمیک، بیماری‌های خودایمنی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بیماری‌های مزمن جسمانی، علاوه بر ایجاد اختلال در عملکردهای فیزیولوژیک، پیامدهای گسترده‌ای در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و عملکردی زندگی افراد بر جای می‌گذارند و می‌توانند سلامت روان، تعاملات اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار دهند (آقیلی و همکاران، ۲۰۲۵). در این میان، لوپوس اریتماتوی سیستمیک به‌عنوان یک بیماری مزمن، خودایمنی و چندسیستمی شناخته می‌شود که در آن، اختلال در عملکرد سیستم ایمنی منجر به حمله به بافت‌های خودی شده و التهاب و آسیب اندام‌های مختلف از جمله پوست، مفاصل، کلیه‌ها، قلب و دستگاه عصبی را به دنبال دارد (رامبد و همکاران، ۱۴۰۴). این بیماری با دوره‌های متناوب عود و بهبودی مشخص می‌شود و ماهیت پیش‌بینی‌ناپذیر آن، علاوه بر دشوار ساختن مدیریت بیماری، فشار روان‌شناختی قابل‌توجهی را بر بیماران تحمیل می‌کند (آرنت و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، تظاهرات ظاهری بیماری، از جمله ضایعات پوستی، ریزش مو و تغییرات وزن ناشی از مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی، می‌تواند تصویر بدنی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و زمینه بروز مشکلات و تعارض‌های روان‌شناختی را فراهم سازد(آقیلی و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به لوپوس، تجربه شرم درونی‌شده است. شرم درونی‌شده به احساسی پایدار، فراگیر و عمیق از نقص، بی‌ارزشی و حقارت اشاره دارد که در آن، فرد خود را به‌صورت ذاتی ناکامل، معیوب و فاقد ارزش تلقی می‌کند (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲). در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، این احساس زمانی تشدید می‌شود که فرد بیماری خود را نشانه‌ای از ضعف شخصی، ناتوانی یا نوعی لکه ننگ تلقی کند(آرنت و همکاران، ۲۰۲۵). در بیماران مبتلا به لوپوس، شرم درونی‌شده نه‌تنها در نتیجه تغییرات ظاهری ناشی از بیماری، بلکه به دلیل محدودیت‌های عملکردی، کاهش استقلال فردی و احساس وابستگی به دیگران نیز شکل گرفته و تداوم می‌یابد (رحیمی صادق و همکاران، ۱۴۰۴). شواهد نشان می‌دهد که این سازه روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان یک عامل استرس‌زای درونی، از طریق سازوکارهای عصبی ـ غدد درون‌ریز با تشدید پیامدهای جسمانی بیماری و کاهش سازگاری روان‌شناختی بیماران ارتباط داشته باشد (باکر و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، برخلاف احساس گناه که بیشتر معطوف به ارزیابی یک رفتار یا عمل خاص است، شرم کلیت هویت فرد را هدف قرار داده و با کناره‌گیری اجتماعی، پنهان‌کاری و کاهش تمایل به دریافت حمایت از دیگران همراه است؛ عواملی که می‌توانند روند درمان و سازگاری مؤثر با بیماری را با دشواری بیشتری مواجه سازند (ایرانی و همکاران، ۱۴۰۴).

از سوی دیگر، کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی پیامدهای بیماری‌های مزمن، مفهومی چندبعدی است که ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روان، سطح استقلال، روابط اجتماعی و باورهای فردی را در بر می‌گیرد(فلاحتی و همکاران ،۲۰۲۳) مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس به‌طور معناداری پایین‌تر از جمعیت عمومی است (هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱). درد مزمن، خستگی مفرط، محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره و اختلال در ایفای نقش‌های خانوادگی، اجتماعی و شغلی، از مهم‌ترین عواملی هستند که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند(پور شیرازی و همکاران ،۲۰۲۳) با این حال، کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به لوپوس صرفاً به شدت علائم جسمانی یا فعالیت بیماری محدود نمی‌شود، بلکه نحوه ادراک بیمار از بیماری، ارزیابی وی از وضعیت سلامت خود و چگونگی مدیریت هیجان‌های منفی نیز در این زمینه نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند(شارعی و همکاران ،۲۰۲۳)از این‌رو، مداخلات روان‌شناختی که فراتر از کنترل نشانه‌های جسمانی، سازه‌های روان‌شناختی زیربنایی را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سازگاری بیماران با بیماری ایفا کنند (جاشوا و همکاران، ۲۰۲۵).

در دهه‌های اخیر، رویکردهای درمانی موج سوم، به‌ویژه طرحواره‌درمانی، به عنوان یکی از مداخلات مؤثر در درمان مشکلات روان‌شناختی مزمن و پیچیده مورد توجه قرار گرفته‌اند (ایرانی و همکاران، ۱۳۹۸). طرحواره‌درمانی که توسط جفری یانگ ارائه شد، رویکردی تلفیقی است که

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مفاهیم و فنون درمان شناختی ـ رفتاری، گشتالت‌درمانی، نظریه روابط موضوعی و نظریه دلبستگی را در یک چارچوب درمانی منسجم ادغام می‌کند (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد؛ الگوهای پایدار شناختی و هیجانی که در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند و در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا دوباره فعال می‌شوند. در بیماران مبتلا به لوپوس، فعال شدن طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر می‌تواند نحوه ادراک بیماری، ارزیابی فرد از خود و شیوه مواجهه با محدودیت‌های ناشی از بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. در چنین شرایطی، فرد ممکن است بیماری خود را نشانه‌ای از نقص یا ناتوانی شخصی تلقی کرده و در نتیجه، شرم درونی‌شده را با شدت بیشتری تجربه کند (استفان و همکاران، ۲۰۲۶).

طرحواره‌درمانی با بهره‌گیری از فنون شناختی، هیجانی، تجربی و بین‌فردی، به بیماران کمک می‌کند ریشه‌های طرحواره‌های ناسازگار خود را شناسایی کرده، میان هویت فردی و محدودیت‌های ناشی از بیماری تمایز قائل شوند و شیوه‌های سازگارانه‌تری برای مواجهه با تجارب هیجانی خود اتخاذ کنند(پورشیرازی و همکاران ،۲۰۲۳). در این رویکرد، فنونی مانند بازوالدینی بهنجار، گفت‌وگوی درمانی و رویارویی همدلانه با هدف تعدیل طرحواره نقص/شرم و تقویت پذیرش خود، شفقت به خویشتن و احساس ارزشمندی به کار گرفته می‌شوند. انتظار می‌رود کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار، به کاهش شرم درونی‌شده و بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران منجر شود (تریسی و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، این تغییرات می‌توانند علاوه بر ارتقای سلامت روان، راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تر را تقویت کرده و کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد مختلف بهبود بخشند.

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در درمان دارویی و کنترل تظاهرات جسمانی لوپوس، توجه به پیامدهای روان‌شناختی عمیق این بیماری همچنان با کاستی‌هایی همراه است. بسیاری از مداخلات روان‌شناختی متداول، بر مدیریت استرس، کاهش نشانه‌های اضطراب و اصلاح افکار ناکارآمد تمرکز دارند، در حالی که شرم درونی‌شده و الگوهای ناسازگار زیربنایی مرتبط با آن، اغلب در سطوح عمیق‌تر شخصیت ریشه دارند و ممکن است به مداخلات جامع‌تری مانند طرحواره‌درمانی نیاز داشته باشند. اگرچه اثربخشی طرحواره‌درمانی در اختلالات شخصیت، افسردگی مزمن و سایر مشکلات روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته است، شواهد مربوط به کاربرد این رویکرد در بیماران مبتلا به بیماری‌های خودایمنی و حوزه روان‌تنی (سایکوسوماتیک) همچنان محدود بوده و نیازمند بررسی بیشتر است (ون‌دایک و همکاران، ۲۰۲۶). از سوی دیگر، با توجه به ماهیت مزمن و فرساینده بیماری لوپوس و نقش بالقوه شرم درونی‌شده در تداوم چرخه استرس و دشواری سازگاری با بیماری، بررسی مداخلاتی که بتوانند این سازه‌های روان‌شناختی را هدف قرار دهند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شرم درونی‌شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس انجام شد و در پی پاسخ به این پرسش است که آیا این رویکرد درمانی می‌تواند موجب کاهش شرم درونی‌شده و بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود؟

روش

جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE) تشکیل دادند که در فاصله زمانی فروردین تا خرداد سال ۱۴۰۴ به بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به ماهیت نیمه‌آزمایشی پژوهش، ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد؛ بدین‌ترتیب که ابتدا از میان بیماران داوطلبی که در پاسخ به فراخوان پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند، افراد بر اساس ملاک‌های ورود و خروج مورد غربالگری قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان واجد شرایط، به‌منظور افزایش همگنی دو گروه، از نظر متغیرهای سن، جنس و مدت ابتلا به بیماری تا حد امکان همتاسازی شده و در ادامه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی لوپوس اریتماتوی سیستمیک توسط متخصص روماتولوژی، داشتن حداقل تحصیلات دوره سیکل، قرار داشتن در دامنه سنی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۲۰ تا ۴۰ سال، سپری شدن حداقل شش ماه از زمان تشخیص بیماری و کسب نمره بالاتر از میانگین نمرات افراد غربال‌شده در پرسشنامه شرم درونی‌شده بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اختلالات سایکوتیک)، شرکت هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌شناختی، غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و بروز حملات حاد بیماری که در طول اجرای مداخله منجر به بستری شدن بیمار شود، بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شرم درونی‌شده (Internalized Shame Scale; ISS)

این پرسشنامه توسط کوک (۱۹۹۴) با هدف سنجش شرم درونی‌شده طراحی شد و شامل ۳۰ گویه است. از این تعداد، ۲۴ گویه به ارزیابی شرم درونی‌شده و ۶ گویه (با نمره‌گذاری معکوس) به سنجش عزت‌نفس اختصاص دارد. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «هرگز» (۰) تا «همیشه» (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات زیرمقیاس شرم درونی‌شده بین ۰ تا ۹۶ بوده و نمرات بالاتر بیانگر سطح بیشتر شرم درونی‌شده در فرد است (ون‌دونزل و همکاران، ۲۰۲۶). شواهد روان‌سنجی این ابزار در مطالعات داخلی، حاکی از برخورداری آن از روایی صوری، محتوایی و سازه مطلوب است. همچنین، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۸۷ گزارش شده است که بیانگر همسانی درونی مطلوب این ابزار در جامعه ایرانی است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰.۸۷ .به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، فرم کوتاه(WHOQOL-BREF)

کیفیت زندگی در این پژوهش با استفاده از نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)سنجیده شد. این ابزار شامل ۲۶ گویه است که چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روان‌شناختی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۳ گویه) و سلامت محیط (۸ گویه) را ارزیابی می‌کند. علاوه بر این، دو گویه به سنجش ادراک کلی فرد از کیفیت زندگی و وضعیت سلامت اختصاص دارد. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند و پس از اعمال دستورالعمل نمره‌گذاری، نمرات هر حیطه به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب‌تر است (فون‌اشپرکلسن و همکاران، ۲۰۲۶). روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) تأیید شده است. همچنین، ضرایب پایایی بازآزمایی در تمامی حیطه‌ها بیش از ۰.۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۸۴ گزارش شده است که بیانگر پایایی و اعتبار مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰.۸۴ .محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره‌درمانی مبتنی بر مدل یانگ و همکاران

جلسه	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف خانگی
اول	ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با مفاهیم پایه طرحواره‌درمانی	معرفی اعضا، ایجاد اتحاد درمانی، تشریح اهداف و قوانین جلسات، معرفی مدل طرحواره‌درمانی، آشنایی با مفهوم طرحواره‌ها، ذهنیت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، انجام ارزیابی اولیه.	ثبت موقعیت‌هایی که در آن‌ها احساس شرم، نقص یا ناتوانی تجربه می‌شود.
دوم	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه	آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تأکید بر طرحواره‌های نقص/شرم، انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بررسی ارتباط آن‌ها با تجارب اولیه زندگی و بیماری لوپوس.	تکمیل فرم شناسایی طرحواره‌ها و ثبت موقعیت‌های فعال‌کننده آن‌ها.
سوم	آشنایی با ذهنیت‌های طرحواره‌ای	معرفی ذهنیت‌های طرحواره‌ای، شناسایی ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، کودک شرمسار، والد منتقد و بزرگسال سالم و بررسی نحوه فعال شدن آن‌ها در موقعیت‌های مرتبط با بیماری.	ثبت ذهنیت‌های فعال در موقعیت‌های روزمره و پیامدهای آن‌ها.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

چهارم	اصلاح شناختی طرحواره‌ها	شناسایی افکار ناکارآمد، بررسی شواهد موافق و مخالف طرحواره‌ها و اجرای بازسازی شناختی برای اصلاح باورهای مرتبط با نقص، شرم و ناتوانی.	تمرین بازسازی شناختی در موقعیت‌های واقعی زندگی.
پنجم	پردازش هیجانی و کاهش شرم	استفاده از فنون تجربی شامل تصویرسازی ذهنی و تکنیک صندلی خالی برای مواجهه با هیجان‌های حل‌نشده، کاهش شرم و مقابله با صدای والد منتقد.	تمرین شفقت به خود و ثبت تجربه‌های هیجانی.
ششم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم	اجرای فن بازوالدینی بهنجار، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، آموزش خودشفقت‌ورزی و افزایش پذیرش خود در مواجهه با محدودیت‌های ناشی از بیماری.	تمرین گفت‌وگوی درونی حمایتگر و به‌کارگیری ذهنیت بزرگسال سالم در موقعیت‌های دشوار.
هفتم	تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار	شناسایی رفتارهای ناسازگار، تمرین رفتارهای سازگارانه از طریق ایفای نقش، آموزش مهارت‌های بین‌فردی و راهبردهای ارتقای کیفیت زندگی.	اجرای رفتارهای جدید در محیط واقعی و ثبت نتایج آن‌ها.
هشتم	جمع‌بندی، خاتمه درمان و پیشگیری از عود	جمع‌بندی مفاهیم و مهارت‌های آموخته‌شده، مرور تغییرات ایجادشده، پیش‌بینی موقعیت‌های پرخطر مانند عود بیماری، تدوین برنامه پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون.	اجرای برنامه حفظ دستاوردهای درمان و مرور مهارت‌ها در منزل.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای پژوهش استفاده شد. در سطح آمار استنباطی، با توجه به طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش و انجام اندازه‌گیری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده شد (ون‌دایک و همکاران، ۲۰۲۶). تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و در سطح معناداری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش، ۳۰ بیمار مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک شرکت داشتند که به‌صورت تصادفی در دو گروه طرحواره‌درمانی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. میانگین، انحراف معیار و نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۲: میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشنیه سن و سن تشخیص به تفکیک دو گروه

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
سن	طرحواره‌درمانی	۱۵	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۴۸۰	۰/۶۲۰
	کنترل	۱۵	۴۵/۰۳	۴/۵۹		
سن تشخیص	طرحواره‌درمانی	۱۵	۴۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۱۲۹	۰/۸۷۹
	کنترل	۱۵	۴۲/۳۴	۳/۵۰		

نتایج جدول ۲ نشان داد بین دو گروه از نظر سن و سن تشخیص بیماری تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰.۰۵). همچنین نتایج آزمون خی‌دو نشان داد دو گروه از نظر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و سطح درآمد نیز تفاوت معناداری نداشتند (P>۰.۰۵). بنابراین، دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و شرم درونی‌شده را در دو گروه طرحواره‌درمانی و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اغلب مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه طرحواره‌درمانی پس از مداخله افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

حفظ شده است. همچنین، میانگین نمره شرم درونی‌شده در گروه طرحواره‌درمانی نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته، در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد داده های پژوهش

متغیر	مولفه	نوبت اجرا	طرحواره درمانی		گواه	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	پیش آزمون	۷۹/۲۰	۹/۶۵	۷۱/۶۷	۶/۷۳
		پس آزمون	۹۶/۶۷	۴/۵۸	۷۰/۳۵	۶/۶۷
		پیگری	۹۳/۹۰	۴/۵۸		
	محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	پیش آزمون	۳۴/۳۳	۲۴/۷۶	۳۴/۹۳	۳۱/۱۵
		پس آزمون	۶۴/۳۹	۲۲/۰۹	۴۳/۳۳	۳۰/۵۷
		پیگری	۶۱/۰۸	۲۰/۷۰		
	محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	پیش آزمون	۲۲/۲۹	۲۷/۲۲	۲۱/۰۹	۱۸/۶۲
		پس آزمون	۳۲/۱۶	۳۲/۰۴	۲۰/۰۰	۱۹/۲۱
		پیگری	۲۰/۹۱	۲۷/۷۹		
	خستگی یا نشاط	پیش آزمون	۲۷/۳۳	۱۲/۳۷	۳۱/۳۳	۱۴/۰۸
		پس آزمون	۲۲/۳۳	۸/۴۲	۳۳/۰۰	۱۲/۱۷
		پیگری	۲۱/۶۷	۱۰/۸۰		
	سلامت عاطفی	پیش آزمون	۳۸/۶۴	۸/۷۹	۳۲/۲۷	۱۰/۱۸
		پس آزمون	۵۸/۱۳	۱۰/۰۱	۳۸/۱۳	۱۱/۲۵
		پیگری	۵۳/۶۰	۶/۷۳		
	عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۴۹/۴۹	۱۶/۹۵	۴۸/۳۳	۱۷/۶۱
		پس آزمون	۷۸/۶۰	۱۲/۴۱	۴۵/۸۳	۱۶/۱۹
		پیگری	۷۰/۷۳	۱۶/۱۴		
	درد	پیش آزمون	۶۹/۸۳	۱۹/۵۴	۶۱/۸۳	۲۳/۶۸
		پس آزمون	۵۰/۱۷	۱۱/۳۶	۶۰/۳۳	۲۲/۹۵
		پیگری	۴۴/۸۷	۱۲/۹۵		
	سلامت عمومی	پیش آزمون	۳۹/۰۶	۱۰/۳۹	۳۷/۰۰	۱۱/۷۹
		پس آزمون	۷۲/۰۰	۱۰/۳۲	۴۲/۳۳	۱۰/۸۶
	نمره کل	پیش آزمون	۶۱/۹۶	۵/۲۷	۶۱/۸۶	۸/۳۵
		پس آزمون	۷۶۷/۲۸	۴/۷۹	۵۵/۴۱	۱۰/۶۵
شرم درونی‌شده		پیش آزمون	۱۲/۳۴۳	۳/۳۲	۱۱/۳۸۷	۳/۳۴
		پس آزمون	۷/۳۲۱	۳/۴۶	۱۱/۳۷۲	۳/۳۴
		پیگری	۷/۶۵۴	۳/۵۲	۱۲/۴۸۶	۳/۵۱

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات اغلب مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه طرحواره‌درمانی پس از مداخله افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است. همچنین، میانگین نمره شرم درونی‌شده در گروه طرحواره‌درمانی نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته، در حالی که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۴: نتایج آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری

پیش فرض	آزمون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
یکسانی کوواریانس ها	Box	۷۲	۴۹۱۵/۰۷۴	۱/۴۰۱	۰/۲۱۰
یکسانی واریانس ها					
عملکرد جسمانی	Levene	۲	۴۲	۳/۱۷۴	۰/۰۵۱
محدودیت ...وضعیت جسمانی	Levene	۲	۴۲	۲/۶۹۹	۰/۱۰۵
محدودیت های...مشکلات هیجانی	Levene	۲	۴۲	۲/۳۳۷	۰/۱۳۳
خستگی یا نشاط	Levene	۲	۴۲	۱/۱۲۸	۰/۳۳۶
سلامت عاطفی	Levene	۲	۴۲	۰/۴۹۶	۰/۶۱۳
عملکرد اجتماعی	Levene	۲	۴۲	۱/۹۸۹	۰/۱۵۰
درد	Levene	۲	۴۲	۲/۰۸۱	۰/۱۳۸
سلامت عمومی	Levene	۲	۴۲	۲/۷۹۳	۰/۰۷۳
شرم درونی‌شده	Levene	۲	۴۲	۲/۱۴۲	۰/۰۶۵

.

نتایج آزمون Box's M نشان داد ماتریس‌های کوواریانس دو گروه همگن هستند . همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها برای تمامی متغیرهای وابسته برقرار است. بنابراین، پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار بود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نمرات افتراقی کیفیت زندگی و شرم درونی‌شده

متغیر / منبع تغییرات	*F*	*اندازه اثر (η^2 جزئی)*	*سطح معناداری*
اثر گروه (تحلیل واریانس چندمتغیری)	۹.۱۸	۰.۶۷۹	$P<$۰.۰۱
عملکرد جسمانی	۸.۹۴	۰.۲۹۵	$P<$۰.۰۱
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	۵.۲۵	۰.۲۰۲	$P<$۰.۰۱
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۰.۹۱۸	——	$P>$۰.۰۵
خستگی یا نشاط	۳۷.۲۴	۰.۶۳۷	$P<$۰.۰۱
سلامت عاطفی	۱۴.۶۶	۰.۴۱۴	$P<$۰.۰۱
عملکرد اجتماعی	۱۵.۷۳	۰.۴۲۴	$P<$۰.۰۱
درد	۱۸.۲۷	۰.۴۶۴	$P<$۰.۰۱
سلامت عمومی	۲۱.۵۵	۰.۵۰۵	$P<$۰.۰۱
شرم درونی‌شده	۱۷.۵۵	۰.۴۰۲	$P<$۰.۰۱

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه‌شده در جدول ۵ نشان داد که اثر گروه بر مجموعه متغیرهای وابسته معنادار است ($F=$۹.۱۸ ، $P<$۰.۰۱ ، $\eta^2=$۰.۶۷۹). بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری، بین دو گروه در متغیر شرم درونی‌شده و اغلب مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی تفاوت معناداری مشاهده شد ($P<$۰.۰۱). بیشترین اندازه اثر مربوط به متغیر خستگی یا نشاط ($\eta^2=$۰.۶۳۷) و کمترین اندازه اثر مربوط به محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی ($\eta^2=$۰.۲۰۲) بود. با این حال، در مؤلفه محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($F=$۰.۹۱۸ ، $P>$۰.۰۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله طرحواره‌درمانی توانسته است موجب کاهش شرم درونی‌شده و بهبود اغلب ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به لوپوس شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شرم درونی‌شده و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار شرم درونی‌شده و بهبود کیفیت زندگی بیماران شد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت که بیانگر پایداری نسبی آثار درمان بود (هاشمی فشارکی و صالحی، ۱۴۰۵). این یافته‌ها از این دیدگاه حمایت می‌کنند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر اصلاح ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق، در کنار درمان‌های دارویی، می‌توانند نقش مؤثری در کاهش پیامدهای روان‌شناختی بیماری‌های مزمن ایفا کنند.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، کاهش معنادار شرم درونی‌شده در بیماران مبتلا به لوپوس پس از دریافت طرحواره‌درمانی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های هاشمی فشارکی و صالحی (۱۴۰۵)، کیوانی و همکاران (۱۴۰۴)، کاوش ملی و محب (۱۴۰۱) و قلی‌زاده (۱۴۰۱) همسو است. نتایج این مطالعات نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند احساس شرم، خودانتقادگری، خودکم‌بینی و سایر هیجان‌های خودارزیاب منفی را کاهش داده و پذیرش خویشتن را در افراد افزایش دهند. همسویی نتایج پژوهش حاضر با مطالعات پیشین نشان می‌دهد که شرم درونی‌شده، صرف‌نظر از نوع بیماری یا مشکل روان‌شناختی، تا حد زیادی تحت تأثیر الگوهای شناختی و هیجانی عمیقی قرار دارد که هدف اصلی طرحواره‌درمانی محسوب می‌شوند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که بیماران مبتلا به لوپوس به دلیل ماهیت مزمن و غیرقابل پیش‌بینی بیماری، علاوه بر تحمل درد و محدودیت‌های جسمانی، با تغییرات ظاهری ناشی از بیماری و درمان، از جمله ضایعات پوستی، ریزش مو و تغییرات وزن نیز مواجه می‌شوند. این شرایط می‌تواند طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری را فعال کرده و به شکل‌گیری این باور منجر شود که فرد به دلیل بیماری از ارزشمندی یا مقبولیت اجتماعی کمتری برخوردار است (کیوانی و همکاران، ۱۴۰۴). در چنین شرایطی، شرم دیگر صرفاً یک هیجان گذرا نیست، بلکه به بخشی از خودپنداره فرد تبدیل می‌شود و بر روابط بین‌فردی، مشارکت اجتماعی و حتی پیگیری درمان تأثیر منفی می‌گذارد.

از منظر نظریه طرحواره، این احساس عمدتاً در نتیجه فعال شدن ذهنیت‌هایی مانند کودک آسیب‌پذیر، کودک شرمسار و والد تنبیه‌گر ایجاد و تداوم می‌یابد. طرحواره‌درمانی با بهره‌گیری از فنونی مانند بازوالدینی بهنجار، بازسازی شناختی، تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی صندلی‌ها، به بیماران کمک می‌کند منشأ این باورهای ناکارآمد را شناسایی کرده و آن‌ها را با ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر جایگزین کنند. در این فرایند، بیماران به‌تدریج می‌آموزند که بیماری را به عنوان یکی از جنبه‌های زندگی خود بپذیرند، نه به عنوان عاملی که ارزشمندی یا هویت آنان را تعیین می‌کند. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم نیز موجب می‌شود فرد به جای خودسرزنشگری و احساس نقص، با نگرشی مبتنی بر پذیرش، شفقت نسبت به خود و واقع‌بینی با محدودیت‌های ناشی از بیماری مواجه شود. از این رو، کاهش شرم درونی‌شده را می‌توان پیامد اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تغییر شیوه تفسیر بیماران از خود و بیماری دانست؛ تغییری که زمینه را برای سازگاری روان‌شناختی بیشتر با بیماری مزمن فراهم می‌سازد (کاوش ملی و محب، ۱۴۰۱؛ قلی‌زاده، ۱۴۰۱).

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب بهبود معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هاشمی فشارکی و صالحی (۱۴۰۵)، علی‌عسگری و همکاران (۱۴۰۴) و رضایی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. پژوهش‌های یادشده نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی، علاوه بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، می‌توانند در ارتقای کیفیت زندگی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز نقش مؤثری ایفا کنند. همگرایی نتایج این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به لوپوس صرفاً متأثر از شدت علائم جسمانی نیست، بلکه نحوه ادراک فرد از بیماری، شیوه مقابله با مشکلات و الگوهای شناختی و هیجانی حاکم بر تفسیر رویدادهای زندگی نیز در شکل‌گیری آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارند.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که بیماران مبتلا به لوپوس به دلیل ماهیت مزمن، نوسانی و غیرقابل پیش‌بینی بیماری، با مشکلات متعددی از جمله درد، خستگی، محدودیت در فعالیت‌های روزمره، کاهش مشارکت اجتماعی و نگرانی نسبت به آینده مواجه هستند. تداوم این شرایط، به‌ویژه در افرادی که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند، می‌تواند به احساس درماندگی، کاهش خودکارآمدی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و افت کیفیت زندگی منجر شود (علی‌عسگری و همکاران، ۱۴۰۴). در مقابل، طرحواره‌درمانی با اصلاح باورهای ناکارآمد درباره خود، دیگران و آینده، به بیماران کمک می‌کند تا محدودیت‌های ناشی از بیماری را به شیوه‌ای واقع‌بینانه‌تر ارزیابی کرده و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری را به کار گیرند. این تغییرات سبب می‌شود افراد، علی‌رغم تداوم برخی محدودیت‌های جسمانی، احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و مشارکت فعال‌تری در فعالیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی تجربه کنند.

از سوی دیگر، کاهش شدت طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، زمینه را برای بهبود روابط بین‌فردی، افزایش دریافت حمایت اجتماعی و کاهش اجتناب هیجانی فراهم می‌کند. در نتیجه، بیماران نگرش مثبت‌تری نسبت به توانایی‌های خود پیدا کرده و با انعطاف‌پذیری بیشتری با فشارهای ناشی از بیماری مواجه می‌شوند. همچنین، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم موجب می‌شود فرد به جای تمرکز مداوم بر ناتوانی‌ها و پیامدهای منفی بیماری، بر توانمندی‌های باقی‌مانده و راهکارهای سازگارانه تمرکز کند. این فرایند نه تنها احساس امید و کارآمدی را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند رضایت از زندگی، کیفیت روابط اجتماعی و عملکرد روزمره را نیز ارتقا دهد (رضایی و همکاران، ۱۴۰۱).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی صرفاً به کاهش نشانه‌های هیجانی محدود نمی‌شود، بلکه با هدف قرار دادن ساختارهای شناختی و هیجانی زیربنایی، زمینه تغییرات پایدارتر در سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به لوپوس را فراهم می‌آورد. از این منظر، بهبود کیفیت زندگی را می‌توان پیامد تغییر در شیوه ادراک بیماری، اصلاح باورهای ناکارآمد، افزایش پذیرش خود و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای دانست؛ عواملی که در کنار درمان‌های پزشکی می‌توانند نقش مهمی در بهبود عملکرد روان‌شناختی و اجتماعی این بیماران ایفا کنند.

برآیند یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در کاهش شرم درونی‌شده و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد با تمرکز بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تغییر ذهنیت‌های ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، به بیماران کمک می‌کند تا برداشت واقع‌بینانه‌تر و پذیرنده‌تری از خود و بیماری داشته باشند. از این رو، به نظر می‌رسد تلفیق مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر طرحواره با درمان‌های پزشکی رایج، بتواند در بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به لوپوس و ارتقای کیفیت مراقبت از آنان نقش مؤثری ایفا کند. البته با توجه به ماهیت پژوهش حاضر، این نتایج باید در چارچوب ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه تفسیر شوند.

با وجود نتایج امیدوارکننده، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که لازم است در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن جامعه آماری به بیماران مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر تهران،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تعمیم‌پذیری نتایج به سایر بیماران و مناطق جغرافیایی را با احتیاط همراه می‌سازد. دوم، حجم نمونه نسبتاً کوچک پژوهش، اگرچه با ماهیت مطالعات نیمه‌آزمایشی همخوانی دارد، اما می‌تواند بر توان آماری و تعمیم نتایج اثرگذار باشد. همچنین، دوره پیگیری دوماهه امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمان را فراهم نمی‌کند و مشخص نیست که تغییرات ایجادشده در بازه‌های زمانی طولانی‌تر نیز حفظ شوند.از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی اشاره کرد که همواره احتمال تأثیرپذیری از سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی و تفاوت‌های فردی در ادراک و گزارش تجربه‌های روان‌شناختی را به همراه دارند. افزون بر این، اگرچه تلاش شد شرایط اجرای پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان یکسان باشد، اما کنترل کامل عواملی مانند شدت بیماری، نوسانات بالینی لوپوس، نوع و دوز داروهای مصرفی، حمایت خانوادگی و سایر عوامل روانی ـ اجتماعی امکان‌پذیر نبود و این متغیرها ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشند. از این رو، تعمیم نتایج به تمامی بیماران مبتلا به لوپوس باید با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها انجام شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بیماران مبتلا به لوپوس با استفاده از حجم نمونه‌های بزرگ‌تر و در مراکز درمانی مختلف بررسی شود تا امکان افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها فراهم گردد. همچنین، انجام پژوهش‌های طولی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، مانند شش ماهه و یک‌ساله، می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره میزان پایداری تغییرات ایجادشده در شرم درونی‌شده و کیفیت زندگی بیماران ارائه دهد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی طرحواره‌درمانی با سایر رویکردهای نوین روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT)مقایسه شود تا مشخص گردد کدام رویکرد برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های خودایمنی اثربخشی بیشتری دارد.

همچنین، با توجه به ارتباط دوسویه میان عوامل روان‌شناختی و فرایندهای جسمانی در بیماری‌های خودایمنی، بررسی ارتباط تغییرات حاصل از مداخلات روان‌شناختی با شاخص‌های بالینی و زیستی مانند شدت علائم بیماری، میزان التهاب و نشانگرهای مرتبط با فعالیت بیماری می‌تواند درک جامع‌تری از نقش روان‌درمانی در مدیریت لوپوس فراهم آورد. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند خودشفقتی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی نیز می‌تواند به روشن‌تر شدن سازوکارهای اثرگذاری طرحواره‌درمانی کمک کند.

از نظر کاربردی، با توجه به تأثیر قابل توجه شرم درونی‌شده و کاهش کیفیت زندگی بر سازگاری بیماران مبتلا به لوپوس، پیشنهاد می‌شود خدمات روان‌شناختی به عنوان بخشی از برنامه جامع مراقبت از این بیماران در مراکز تخصصی روماتولوژی مورد توجه قرار گیرد. روان‌شناسان بالینی و مشاوران می‌توانند با استفاده از مداخلاتی مانند طرحواره‌درمانی، به بیماران در شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد درباره خود و بیماری کمک کرده و زمینه سازگاری بهتر با شرایط مزمن را فراهم کنند. همچنین، آموزش اعضای تیم درمان، شامل پزشکان و پرستاران، درباره پیامدهای روان‌شناختی بیماری و اهمیت توجه به تجربه‌های هیجانی بیماران، می‌تواند موجب ارتباط درمانی مؤثرتر و ارتقای کیفیت مراقبت شود.

در نهایت، طراحی برنامه‌های آموزشی برای خانواده بیماران نیز می‌تواند نقش مهمی در ایجاد محیط حمایت‌گر داشته باشد. آگاهی خانواده‌ها از تأثیرات روان‌شناختی لوپوس، به‌ویژه تجربه شرم، نگرانی درباره تصویر بدنی و محدودیت‌های عملکردی، می‌تواند از شکل‌گیری فشارهای هیجانی بیشتر جلوگیری کرده و حمایت اجتماعی مؤثرتری برای بیمار فراهم سازد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر ضمن تأکید بر اهمیت توجه همزمان به ابعاد جسمانی و روان‌شناختی بیماری لوپوس، ضرورت استفاده از رویکردهای درمانی عمیق و مبتنی بر ساختارهای شناختی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ـ هیجانی را در برنامه‌های مراقبتی این بیماران برجسته می‌سازد.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

Ahmadian, B., Alizadeh Mousavi, A., & Jahangiri, A. (2023). The effectiveness of schema therapy on communication beliefs and quality of life among couples with low marital adjustment. Journal of Psychological Sciences, 22(128), 191–208. [In Persian]

Aghili, M., Poorbahman, Z., & Babaee, E. (2025). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and compassion-focused therapy on basic psychological needs, maladaptive magnification, and stress coping strategies in patients with lupus. Psychological Achievements, 32(1), 215–240.

Ali-Asgari, S., Salahian, A., Fathi Aghdam, Q., & Amoukhaili, M. (2025). Comparing internalized shame and attachment styles among individuals with gender dysphoria who have and have not undergone gender affirmation, and non-affected individuals. Journal of Social Psychology Research, 15(59), 95–110. [In Persian]

Arendt, I. M. T., Gondan, M., Juul, S., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., & Moeller, S. B. (2025). Statistical analysis plan for a parallel-group randomized clinical trial comparing schema therapy versus treatment as usual for outpatients with difficult-to-treat depression (DEPRE-ST). Trials, 26(1), 334.

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., … Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 79(4), 287–299.

Bakker, K., Voshaar, R. C. O., & Van Dijk, S. D. (2025). Schema therapy day treatment for older adults with personality and comorbid mood disorders: An observational study. Aging & Mental Health, 1–12.

Cook, D. R. (1994). Internalized Shame Scale: Technical manual. Multi-Health Systems.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and emotional inhibition in girls with nonsuicidal self-injury. International

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Journal of Body, Mind & Culture, 10(4).

Hashemi Farashaki, S., & Salehi, M. (2026). Comparing schema therapy with cognitive-behavioral therapy on psychological distress and forgiveness among divorced women affected by marital infidelity. Quarterly Journal of New Psychological Research, 21(81), 148–165. [In Persian]

Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. Journal of Cognitive Psychotherapy, 25(4), 257.

Irani, A., Tavakoli, M., Esmaeili, M., & Fatemi, A. (2019). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on illness acceptance and stress-coping strategies in patients with systemic lupus erythematosus. Positive Psychology Research, 5(1), 1–16. [In Persian]

Irani, M., Zare, H., Oraki, M., Kordmirzanikozadeh, A., & Rafieipour, A. (2025). Comparing the effectiveness of compassion-based and acceptance and commitment interventions on the psychological, social, and biological indicators of individuals with lupus. Health Psychology, 14(56), 77–94. [In Persian]

Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2025). Applications of schema therapy in young people: A systematic review. Cognitive Behaviour Therapy, 1–23.

Kavosh Meli, A., & Moheb, N. (2022). The effectiveness of schema therapy on quality of life and marital satisfaction among men experiencing emotional divorce in Tabriz. Quarterly Journal of New Psychological Research, 17(65), 239–249. [In Persian]

Kiyvani, M., Panah Ali, A., Livarjani, S., & Khademi, A. (2025). Comparing the effectiveness of schema therapy and emotion-focused therapy on early maladaptive schemas, marital quality of life, and cognitive emotion regulation in couples affected by infidelity. Quarterly Journal of New Psychological Research, 20(79), 131–145. [In Persian]

Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. Cognitive Behaviour Therapy, 41(3), 185–202.

Nadort, M., van Dyck, R., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., Arntz, A. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. Behaviour Research and Therapy, 47(11), 938–945.

Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 4(4), 1–12.

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, or post-traumatic stress disorder: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology, 61(3), 579–597.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy in reducing anxiety and despair among women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617–635.

Qolizadeh, D. (2022). The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation among depressed women. Quarterly Journal of New Psychological Research, 17(67), 219–227. [In Persian]

Rahimi Sadeq, M., Ghanbari Hashemabadi, B., & Aghamohammadian Sherbaf, H. (2025). The effectiveness of mindfulness-based schema therapy on quality of life, anger, and rumination among students. Rooyesh-e Ravanshenasi, 14(5), 11–22. [In Persian]

Rambod, M., Nazari-Nia, M., & Salmanpour, M. (2025). Investigating the effects of environmental, psychological, socioeconomic, nutritional, and electromagnetic factors on systemic lupus erythematosus: A case-control comparative study. Sadra Medical Sciences Journal, 13(3), 421–437. [In Persian]

Rezaei, A. M., Sharifi, T., Keshavarzi, M., Mazareei, M., & Aflaki, A. (2022). Comparing the effectiveness of three different psychological treatments on depression and dysfunctional beliefs among patients with systemic lupus erythematosus. Sadra Medical Sciences Journal, 10(3), 243–256. [In Persian]

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The effectiveness of strength-based therapy in improving self-esteem and reducing suicidal thoughts among women affected by domestic violence in Ardabil. Preventive Counseling, 4(1), 31–44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166

Sharei, A., Kasaei, E. A., & Salmani, A. (2024). The effect of mindfulness therapy on emotion regulation, cognitive self-awareness, and the tendency toward high-risk behaviors among orphaned and poorly monitored adolescents: A quasi-experimental study.

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The effectiveness of family therapy training on depression and mental health among adolescents with high-risk behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41–48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116

Sharifi, M., & Etemadi, A. (2012). The effect of group schema therapy on eating disorder beliefs and shame among adolescent girls with anorexia nervosa in Isfahan. Quarterly Journal of New Psychological Research, 7(27), 81–98. [In Persian]

Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L. A., Silviu, M., Nechita, D., Mătiță, D., … Roediger, E. (2026). Contextual schema therapy for social anxiety and depression symptoms: A two-session online group randomized trial. Psychotherapy Research, 36(4), 744–759.

Taj-Elyaeifar, S. G., Alipanah, S., Majidpour, Z., Ghanbarnejad, M., Aghaei, N., & Pourmohammad-Ghoochani, K. (2024). The effectiveness of schema therapy on frustration tolerance and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

internalized shame among individuals with borderline personality disorder. Quarterly Journal of Experimental and Cognitive Psychology, 1(4), 103–116. [In Persian]

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(3), 456–479.

Tracy, M., Penney, E., & Norton, A. R. (2025). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda, and treatment implications. Psychotherapy Research, 35(6), 884–903.

van Dijk, S. D., Oude Voshaar, R. C., Riese, H., & Servaas, M. N. (2026). Integrating personalized experience-sampling methodology in schema therapy for late-life depression and comorbid avoidant personality disorder. Experimental Gerontology, 113148.

van Donzel, L., Claassen, A. M., Ouwens, M. A., Broersen, J., Van Alphen, S. P., Louis, J. P., & Videler, A. C. (2026). Positive constructs in schema therapy: A scoping review. Journal of Clinical Psychology, 82(5), 651–663.

von Spreckelsen, R., Emmert, H., Hartmann, J., Hübenthal, M., Weidinger, S., Mrowietz, U., … Gerdes, S. (2026). Psychoeducational schema therapy for psoriasis and atopic dermatitis: A randomized controlled pilot crossover trial. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The effectiveness of strengths-based psychotherapy in reducing anxiety sensitivity and panic attacks among adolescents with major depressive disorder. Journal of Counseling Research.

Zaraati, A., Shariati, Z., Davoudabadi Farahani, A., & Mirfeizi, Z. (2014). The relationship between the Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) and serum uric acid levels in patients with systemic lupus erythematosus. Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 57(7), 835–840. [In Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]