



Comparing the effectiveness of ‘Acceptance and Commitment Therapy based on self-compassion’ VS ‘Schema Therapy’ on psychological well-being in women suffering chronic fatigue syndrome and intimate

Abstract

Article Info

Introduction: The main purpose of this research was to compare the effectiveness of ‘Acceptance and Commitment Therapy based on self-compassion’ VS ‘Schema Therapy’ on psychological well-being in women suffering chronic fatigue syndrome and intimate partner violence.

Method: The basis of this study was semi-experimental research, using a pretest / posttest design with a control group. The sample consisted of 60 women suffering from chronic fatigue syndrome who also experienced violence from their husbands. This group was selected using a purposive sampling technique. The research tools included the Psychological Welfare Questionnaire, the Iranian version of Conflict Resolution Tactics from with revised scales, and the Chronic Fatigue Questionnaire. The ‘Acceptance and Commitment Therapy based on self-compassion’ and ‘Schema Therapy’ were implemented for the two experimental groups and no intervention was performed for the control group.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that both ‘ACT therapy’ and ‘Schema Therapy’ led to a significant increase in well-being scores (0/35) and four components of independence (0/57), environmental mastery (0/24), positive relationship with others (0/28) and being purposeful in life (0/21). The results also showed that both ‘Schema Therapy’ and ACT therapy’ had similar effectiveness in well-being and environmental mastery; While ‘ACT therapy’ proved to be more effective in other variables, namely independence, positive relationship with others, and being purposeful in life ($p>0/05$).

Conclusion: We can use both ‘Acceptance and Commitment Therapy based on self-compassion’ and ‘Schema Therapy’ to improve psychological components in people who are suffering from chronic fatigue syndrome and people who has experienced partner violence.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy based on self-compassion, Schema Therapy, Psychological Well-Being, Chronic Fatigue Syndrome, Violence

Authors:

Farahdokht Sasaniyan ¹

Hasan Rezaei-Jamalouei ^{2*}

Mojtaba Ansarei_Shahidei ²

Fatemeh Nikparvar ³

Affiliations

1- PHD student of Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
E-mail: h.rezayi2@yahoo.com

3- University of central Missouri, 600 S College Street, Health Center, Room 106, Warrensburg, MO 64093, USA.



مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی

اطلاعات مقاله

چکیده

فرح‌دخت ساسانیان^۱
حسن رضایی جمالویی^{۲*}
مجتبی انصاری شهیدی^۲
فاطمه نیک پرور^۳

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی بود.

روش کار: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون/پس آزمون با گروه در انتظار درمان بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن بود که در عین حال خشونت از جانب همسرانشان را نیز تجربه کرده بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (PWQ)، فرم ایرانی مقیاس تجدید نظر شده‌ی تاکتیک‌های حل تعارض (CTS۲) و پرسش‌نامه خستگی مزمن (CFQ) بود. برای دو گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی اجرا شد و برای گروه در انتظار درمان هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که درمان اکت و طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار نمرات بهزیستی (۰/۵۳) و چهار مؤلفه استقلال (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۴۲)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۸۲) و هدفمندی در زندگی (۰/۱۲) شده است. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی طرحواره درمانی و اکت در بهزیستی و تسلط بر محیط تفاوتی با یکدیگر ندارند؛ در حالی که درمان اکت برای متغیرهای استقلال، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی اثربخش‌تر بوده است ($p < 0/50$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی برای کاهش مولفه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، طرحواره درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، سندرم خستگی مزمن، خشونت

وابستگی سازمانی نویسنده‌گان

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

پست الکترونیک: h.rezayi2@yahoo.com

۳- دانشگاه مرکزی میسوری، شهر وارنربرگ، ایالت میسوری، امریکا.

مقدمه

نشده است (۱۴) اما استیون هیزه^۵ (۱۵) معتقد است شفقت تنها ارزشی است که در الگوی پذیرش و تعهد به طور ذاتی وجود دارد. شفقت به خود یکی از متغیرهای مهم دوره‌ی بزرگسالی است که توسط کریستین نف^۶ در سال ۲۰۰۳ مطرح گردید و شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنجهای خویش است (۱۶). پژوهشها نشان می‌دهد شفقت به خود فقط یک ویژگی شخصیتی از قبل موجود نیست و آموزش آن میتواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی منجر شود (۱۷). نتایج حاکی پژوهش آلبرتسون، نف و دیشکلفورد^۷ (۱۸) از آن است که حتی مداخلات مختصر شفقت به خود میتواند در تقویت بهزیستی روان‌شناختی مؤثر باشد. یافته‌های پژوهش سیدلکی، سالتھوت، اوئیشی و جسوانین^۸ (۱۹) نیز نشان داد درمان متمرکز بر شفقت به خود بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان اثربخش است و یک ذهنیت مشفقانه میتواند چشم انداز ملایم و مهربانانه از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که تاثیر آن بر بهبود روان‌شناختی افراد مورد توجه قرار گرفته است، طرحواره درمانی^۹ می‌باشد. مفهوم کلیدی این رویکرد «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» است (۲۰). هدف اولیه‌ی این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها است و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبکهای مقابله‌ای است (۲۱). در پژوهشی ماهور و فرزین فر (۲۲) به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان ناشنوا و کاهش علائم افسردگی آن‌ها اثربخش بوده است.

همانطور که گفته شد خشونت خانگی و سندرم خستگی مزمن مشکلات شایعی هستند و مولفه‌های روان‌شناختی نقش به‌سزایی در تشدید آن‌ها دارند اما بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناسی بر مولفه‌های اثرگذار روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن و زنانی که از جانب همسران خود خشونت را تجربه کرده‌اند چندان مورد توجه نبوده است؛ بنابراین بررسی اثربخشی درمان‌های حاضر بر این بیماران مورد نیاز است و به گسترش دانش کاربردی و محتوای علمی می‌افزاید. علاوه بر این با توجه به شیوع روزافزون سندرم خستگی مزمن و خشونت خانگی و ارتباط متقابل آن‌ها با هم در کنار جنبه اجتماعی خشونت خانگی لزوم انجام چنین پژوهشی را آشکار می‌سازد،

سندرم خستگی مزمن^۱ یک اختلال پیچیده و ناتوان کننده است و از نشانه‌های شایع این بیماری می‌توان علائمی از قبیل ضعف، درد عضلانی، ضعف حافظه و عدم تمرکز ذهنی، بیخوابی، درد قفسه سینه، گیجی، تعریق شبانه، کاهش وزن و مشکلات روانی اعم از افسردگی و زودرنجی، اضطراب را نام برد (۱). زنان ۲ برابر بیشتر از مردان دچار سندرم خستگی مزمن می‌شوند و متوسط سن شروع این اختلال ۳۳ سالگی است (۲). وقتی خستگی بیش از ۶ ماه طول بکشد، خستگی مزمن نامیده می‌شود (۱). بر خلاف دیگر اشکال خستگی این عارضه به دلیل کار زیاد روی نمی‌دهد و با استراحت رفع نمی‌شود و اغلب قربانیان جوان و فعال بوده و منابع ذهنی قابل توجهی دارند (۳).

یکی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده یا تداوم‌بخش در سندرم خستگی مزمن استرس است (۴) و یکی از منابع استرس، خشونت بین همسران^۲ است. خشونت خانگی^۳ دارای ابعاد متعددی از قبیل بعد فیزیکی، روانی (مانند تهدید، تحقیر)، اجتماعی (مانند در انزوای اجتماعی قرار دادن)، اقتصادی و جنسی است که با پیامدهایی از قبیل اضطراب و افسردگی شدید (۵) و کاهش میزان بهزیستی روان‌شناختی (۶) همراه است.

بهزیستی روان‌شناختی^۴ علمی برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش‌آمدهای زندگی است (۷) و در برگیرنده مؤلفه‌های چون پذیرش جنبه‌های مختلف خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و استقلال، مدیریت و بهره‌گیری مؤثر از محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی میباشد (۸). افرادی که دارای سطح بهزیستی بالاتری هستند از بیماری کمتری رنج می‌برند، امید به زندگی بیشتری و رفتارهای سالمتری دارند (۹)، از اضطراب، افسردگی یا شکل‌های دیگر مشکلات روانی کمتر رنج می‌برند (۱۰).

امروزه درمانگران مسائل روان‌شناختی برای کاهش افسردگی، استرس و بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی از مداخلاتی با عنوان درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری بهره می‌برند (۱۱). یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۲) که معتقد است رنج انسان ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود (۱۳).

لازم به ذکر است محققان و درمانگران رویکرد پذیرش و تعهد مدتی است که نقش شفقت به خود را در روان‌درمانی مورد بررسی قرار داده‌اند، هرچند هنوز شفقت به خود به عنوان یک مؤلفه رسمی با فرآیندهای رویکرد پذیرش و تعهد یکپارچه

5. Hayes

6. Neff

7. Albertson, Neff & Dill-Shackleford

8. Siedlecki, Salthouse, Oishi & Jeswani

9. schema therapy

1. chronic fatigue syndrome

2. Intimate partner violence

3. Domestic violence

4. psychological well-being

لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در زنانی که از سندرم خستگی مزمن و خشونت شریک زندگی رنج می‌برند، تاثیر دارد؟

روش کار

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون/پس آزمون با گروه در انتظار درمان بود. پژوهش حاضر از منظر هدف تحقیق جز پژوهش‌های کاربردی است و از منظر روش مورد استفاده جز پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون/پس آزمون با گروه در انتظار درمان، انتخاب به صورت تصادفی) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنانی بود که خشونت از جانب همسرانشان را در شهر تهران تجربه کرده بودند. نمونه تحقیق ۶۰ نفر از زنانی بودند که مبتلا به سندرم خستگی مزمن بوده و در عین حال خشونت از جانب همسرانشان را نیز تجربه کرده بودند که به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی و گواه (۴۰ نفر درمان و ۲۰ نفر گروه در انتظار درمان) انتساب شدند. بدین صورت که بیماران دارای سندرم خستگی مزمن و خشونت دیده با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه نمونه اولیه به صورت هدفمند انتخاب و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار، کمینه و بیشینه و در سطح استنباطی از تحلیل کوریانس چند متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در برخورد با آزمودنیها و حفظ اسرار آنها، کد اخلاق دریافت گردید. ملاحظات اخلاقی شامل حفظ اطلاعات فردی و رازداری در پژوهش بود و در این باره به آزمودنیها اطمینان کامل داده شد. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.015 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد به تصویب رسیده است.

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش

ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی سندرم خستگی مزمن، تشخیص تجربه خشونت از جانب همسر، خصوصی و بررسی خشونت‌های اعمال شده از جانب همسر، نداشتن اختلالات همبود، نداشتن اختلالات روان‌شناختی دیگر، عدم شرکت در مداخله درمانی همزمان، حداقل تحصیلات دیپلم، برخورداری از گوشی هوشمند و توانایی استفاده از آن و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمان بود.

ابزار

۱- پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (PWQ): این پرسش‌نامه ۱۸ سوال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) می‌باشد. طیف نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه ای (کاملاً مخالفم: ۱ تا کاملاً موافقم: ۶) می‌باشد (۲۳). در پژوهش خانجانی و همکاران (۲۴) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برآزش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد.

۲- فرم ایرانی مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض^۲ (CTS2): توسط استراوس و همکاران (۲۵) تهیه شده و همسر آزاری را همزمان به صورت دو جانبه یعنی آزارگر و آزرده‌شده مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس ۷۸ گویه دارد که همسر آزاری را در حیطه جسمی (با ۱۲ گویه)، روان‌شناختی یا عاطفی (با ۸ گویه)، زورگویی جنسی (با ۷ گویه)، آسیب و صدمه جسمی (با ۶ گویه) و استفاده از روش مذاکره به عنوان روش غیر خشن (با ۶ گویه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری در طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای می‌باشد و دامنه نمرات برای هر گویه بین صفر تا ۵ و برای کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۵۰۰ می‌باشد. روایی، پایایی و ساختار عاملی این پرسش‌نامه در جامعه ایرانی توسط (۲۶)، مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد در نمونه ایرانی تحلیل سه عاملی با استفاده از سه خرده مقیاس حمله، خشونت روانی و مذاکره مناسبتر است. هم چنین این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند (آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶). روایی همزمان مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و همچنین روایی سازه بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. پایایی زیر مقیاس‌های CTS2 توسط استراوس و همکاران (۲۵) مورد بررسی قرار گرفت که دامنه همسانی درونی آن از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ در نوسان است.

۳- پرسش‌نامه خستگی مزمن (CFQ): توسط جیسون

1. Psychological Welfare Questionnaire
2. the Iranian version of Conflict Resolution Tactics from with revised scales,
3. Chronic Fatigue Questionnaire

مرحله آزمون نیز ارتباط معنیدار سوالات را به خوبی نشان داد. از طرفی ضریب همبستگی داخلی به دست آمده برای معیارهای خستگی همبستگی داخلی بالایی را نشان داد (۲۹).

۴- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق - ساخته: برای جمع‌آوری اطلاعاتی درباره سن، جنسیت، تعداد فرزندان، سابقه تاهل، شغل و سابقه دریافت درمان روانشناختی و دارورمانی.

یافته‌ها

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن، در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است، اما در گروه در انتظار

و همکاران (۲۷) طراحی شده است. دارای ۱۴ سوال می‌باشد که نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت ۴ قسمتی (اصلا، در حد معمول، تقریباً بیش از حد معمول، به مراتب بیش از حد معمول) درجه‌بندی می‌کنند. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در پژوهش حدادی و همکاران (۲۸)، به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمده است. این پرسش‌نامه روایی و پایایی خوبی را از خود نشان داد. در بحث اعتبار محتوایی ترجمه فارسی این ابزار توسط ۲۰ نفر از اساتید مرتبط داخلی بررسی گردید و اعتبار محتوایی آن با استفاده از نسبت و شاخص روایی محتوا (CVR, CVI) مشخص شد و نتایج بدست آمده $CVR=7$ و $CVI=85$ نشان دهنده اعتبار محتوایی خوبی است، در خصوص پایایی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ارزیابی شده که نتایج، پایایی بسیار خوبی را برای پرسش‌نامه نشان داد. ضرایب پایایی دو

جدول شماره ۱- پروتکل طرحواره درمانی گروهی بر پایه الگوی یانگ (۲۱)

جلسات	محتوای جلسه
۱	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر؛ مطرح کردن قوانین گروه و مهمترین مسأله رازداری؛ بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی
۲	سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی؛ شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضا
۳	آشنا کردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای؛ بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه
۴	آزمون اعتبار طرحواره‌ها؛ جمع‌آوری شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها
۵	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره
۶	بررسی فرم ثبت طرحواره و کارت‌های آموزشی؛ تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره؛ به کار بردن تکنیک گفتگو بین «جنبه سالم» و «جنبه طرحواره» با اقتباس از تکنیک صندلی خالی
۷	تصویرسازی ذهنی از دوران کودکی و ربط دادن آن به زمان حال؛ مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره
۸	برقراری گفت و گوی خیالی با والدین در جلسه از طریق روش صندلی خالی
۹	مرور و بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر
۱۰	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار از طریق؛ ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ جمع بندی و مرور کلی

جدول شماره ۲- خلاصه پروتکل درمان پذیرش و تعهد (اکت) مبتنی بر شفقت به خود هیز (۱۵)

جلسات	محتوای جلسه
۱	آشنایی اعضاء با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین، اهداف و ساختار گروه، معرفی روش درمان اکت مبتنی بر شفقت به خود : تمرین حرکات دستها، معرفی دلایل رنج و تسکین رنج
۲	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، تمرین پر کردن کاربرد تحلیل کارکردی، معرفی ابعاد شفقت (شفقت به خود، شفقت به دیگران ، دریافت شفقت از دیگران)، توضیح ویژگی های ۳ سیستم هیجانی (تهدید، سائق، تسکین)، استعاره گودال، استعاره طناب و هیولا
۳	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، انجام تکنیک گسلس: تمرین به ذهن منتقد خود میکروفن بده، استعاره قصه گوی ماهر، تمرین به ذهن مشفق خود میکروفن بده
۴	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، بیان کنترل به عنوان مشکل اصلی سنجش عملکرد رفتار در موقعیت‌های استرس‌زا، استعاره‌ی کیک شکلاتی و دروغ سنج، تمرین فرونشانی فکر و تمرین سخت به عقب راندن برای درک مشکل کنترل کردن، تمرین استدلال منطقی (حل مساله) و استدلال مشفقانه برای رنجها
۵	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، مشاهده‌ی خود مشاهده‌گر و خود مشفق، تمرین‌های توجه آگاهی برای ارتباط با خود مشاهده‌گر و انجام تصویرسازی، معرفی ویژگی‌های خود مشفق، استعاره‌ی آسمان و آب و هوا و استعاره‌ی شطرنج
۶	مرور جلسات قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه
۷	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، معرفی مفهوم ارزش و تفاوت آن با هدف، استعاره‌ی قطب‌نما، تمرین مربوط به روشن سازی ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی (گزارشگر، خاکسپاری)
۸	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، درک ماهیت تمایل و تعهد، عمل متعهدانه مرحله به مرحله، بیان ضروریات عمل متعهدانه، تعریف اهداف مبتنی بر ارزش‌ها

جدول شماره ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در سه گروه پژوهش

متغیر	سطح	گروه درمان اکت		گروه طرحواره درمانی		گروه در انتظار درمان	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی		
تعداد فرزندان	خانه دار	۱۲	۸۰/۰	۱۱	۷۳/۳	۱۵	۷۵/۰
	کارمند	۳	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۵	۲۵/۰
	دانشجو	۰	۰	۱	۶/۷	۰	۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۲۰	۱۰۰
	بدون فرزند	۱	۶/۷	۳	۲۰/۰	۱	۵/۰
	۱	۳	۲۰/۰	۸	۵۳/۳	۷	۳۵/۰
	۲	۱۱	۷۳/۳	۳	۲۰/۰	۹	۴۵/۰
	۳	۰	۰	۱	۶/۷	۳	۱۵/۰
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول شماره ۴- یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیرهای وابسته	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استقلال	درمان اکت	۱۵	۱۶/۷۳	۳/۵۹	۱۸/۵۳	۲/۰۳
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۵/۴۰	۲/۲۶	۱۶/۳۳	۲/۲۵
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۷۴	۱/۲۳	۹/۶۰	۱/۴۹
تسلط بر محیط	درمان اکت	۱۵	۱۳/۰۶	۳/۳۶	۱۵/۵۳	۲/۴۱
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۱/۰۰	۲/۴۷	۱۲/۹۳	۲/۹۱
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۷/۳۰	۱/۱۷	۷/۶۵	۱/۶۳
رشد شخصی	درمان اکت	۱۵	۱۲/۷۳	۲/۷۱	۱۴/۴۰	۳/۵۲
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۰/۸۶	۲/۵۳	۱۲/۶۰	۲/۱۶
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۸/۳۵	۲/۸۸	۸/۱۰	۲/۴۹
ارتباط مثبت با دیگران	درمان اکت	۱۵	۱۷/۰۰	۳/۰۹	۱۸/۶۶	۱/۴۴
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۴/۹۳	۳/۱۹	۱۶/۰۰	۲/۹۵
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۷۵	۲/۳۳	۱۰/۰۵	۲/۵۰
هدفمندی در زندگی	درمان اکت	۱۵	۱۳/۶۶	۳/۵۹	۱۶/۰۶	۲/۳۷
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۲/۱۳	۳/۶۲	۱۲/۸۶	۴/۴۸
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۵/۶۰	۱/۱۸	۵/۷۶	۱/۱۵
پذیرش خود	درمان اکت	۱۵	۱۰/۴۰	۴/۲۰	۱۵/۴۶	۳/۷۱
	طرحواره درمانی	۱۵	۱۱/۸۰	۲/۹۸	۱۲/۶۰	۳/۴۱
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۸۵	۳/۰۶	۱۱/۱۵	۳/۳۶
بهبودی روانشناختی	درمان اکت	۱۵	۸۳/۶۰	۱۱/۶۰	۹۸/۶۶	۹/۹۴
	طرحواره درمانی	۱۵	۷۶/۱۳	۶/۷۰	۸۳/۳۳	۱۳/۵۳
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۵۰/۲۰	۸/۲۹	۵۵/۱۵	۵/۴۹

درمان این میانگین‌ها تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری لازم است ۳ پیش فرض مهم در این تحلیل مورد بررسی قرار بگیرد. نتایج بررسی این پیش فرض‌ها در ادامه می‌آید.

۱- مفروضه اول نرمال بودن توزیع متغیرها: برای بررسی این مفروضه از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که هیچکدام از این دو آزمون برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار نیست؛ این نتایج نشان می‌دهد که توزیع این متغیرها با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد.

جدول شماره ۷- آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی برای بررسی اثر گروه بر تک تک مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع تأثیر	متغیر وابسته (پس آزمون)	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	استقلال	۱۲۸/۸۵۴	۲	۶۴/۴۲۷	۲۷/۳۴۱	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱	۱
	تسلط محیط	۵۶/۵۸۶	۲	۲۸/۲۹۳	۶/۶۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵	۰/۸۹۳
	رشد شخصی	۶/۵۵۱	۲	۳/۲۷۵	۱/۸۷۶	۰/۴۲۴	۰/۰۴۱	۰/۱۹۰
	ارتباط مثبت	۳۳/۸۴۲	۲	۱۶/۹۲۱	۸/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴	۰/۹۴۶
	هدفمندی	۶۷/۹۹۲	۲	۳۳/۹۹۶	۵/۶۴۸	۰/۰۰۷	۰/۲۱۶	۰/۸۳۴
	پذیرش خود	۲۷/۷۲۴	۲	۱۳/۸۶۲	۲/۰۱۳	۰/۱۴۷	۰/۰۸۹	۰/۳۹۲
	بهزیستی	۶۱۸/۱۴۵	۲	۳۰۹/۰۷۳	۱۱/۶۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۵۱	۰/۹۹۱

جدول شماره ۸- برآورد میانگین‌های تعدیل یافته بهزیستی و مؤلفه‌های آن

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد	۹۵ درصد فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
استقلال	درمان اکت	۱۷/۹۰۶	۰/۵۶۲	۱۶/۷۷۰	۱۹/۰۴۲
	طرحواره درمانی	۱۶/۰۳۴	۰/۴۹۱	۱۵/۰۴۲	۱۷/۰۲۶
	گروه در انتظار درمان	۱۰/۲۹۵	۰/۶۰۲	۹/۰۸۰	۱۱/۵۱۰
تسلط بر محیط	درمان اکت	۱۴/۰۶۹	۰/۷۵۵	۱۲/۵۴۵	۱۵/۵۹۳
	طرحواره درمانی	۱۲/۵۴۷	۰/۶۵۹	۱۱/۲۱۶	۱۳/۸۷۸
	گروه در انتظار درمان	۹/۰۳۸	۰/۸۰۷	۷/۴۰۸	۱۰/۶۶۸
رشد شخصی	درمان اکت	۱۱/۹۷۸	۰/۷۰۹	۱۰/۵۴۷	۱۳/۴۰۹
	طرحواره درمانی	۱۱/۹۳۹	۰/۶۱۹	۱۰/۶۸۹	۱۳/۱۸۹
	گروه در انتظار درمان	۱۰/۴۱۲	۰/۷۵۸	۸/۸۸۱	۱۱/۹۴۳
ارتباط مثبت با دیگران	درمان اکت	۱۶/۳۸۱	۰/۵۲۸	۱۵/۳۱۴	۱۷/۴۴۸
	طرحواره درمانی	۱۴/۸۹۰	۰/۴۶۱	۱۳/۹۵۸	۱۵/۸۲۲
	گروه در انتظار درمان	۱۲/۵۹۷	۰/۵۶۵	۱۱/۴۵۶	۱۳/۷۳۸
هدفمندی در زندگی	درمان اکت	۱۳/۷۰۷	۰/۸۹۹	۱۱/۸۹۱	۱۵/۵۲۲
	طرحواره درمانی	۱۱/۴۶۹	۰/۷۸۵	۹/۸۸۴	۱۳/۰۵۵
	گروه در انتظار درمان	۸/۴۱۸	۰/۹۶۲	۶/۴۷۶	۱۰/۳۶۰
پذیرش خود	درمان اکت	۱۵/۶۵۹	۰/۹۶۱	۱۳/۷۱۷	۱۷/۶۰۰
	طرحواره درمانی	۱۳/۶۸۰	۰/۸۴۰	۱۱/۹۸۵	۱۵/۳۷۶
	گروه در انتظار درمان	۱۳/۱۹۶	۱/۰۲۸	۱۱/۱۱۹	۱۵/۲۷۲
بهزیستی روان‌شناختی	درمان اکت	۱۴/۱۳۱	۲/۰۲۵	۱۰/۰۴۷	۱۸/۲۱۶
	طرحواره درمانی	۱۸/۳۶۶	۱/۵۶۸	۱۵/۲۰۳	۲۱/۵۲۸
	گروه در انتظار درمان	۳۰/۲۲۷	۱/۸۹۸	۲۶/۴۴۹	۳۴/۱۰۵

جدول شماره ۹- مقایسه جفتی میانگین‌های تعدیل یافته نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه پژوهش

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه مقایسه	گروه مبنا	متغیر وابسته
۰/۰۰۴	۰/۶۰۶	۱/۸۷۲*	طرحواره درمانی	درمان اکت	استقلال
۰/۰۰۰	۱/۰۳۰	۷/۶۱۰*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۰۰	۰/۹۳۴	۵/۷۳۹*	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۰۶۸	۰/۸۱۳	۱/۵۲۱	طرحواره درمانی	درمان اکت	تسلط بر محیط
۰/۰۰۱	۱/۳۸۱	۵/۰۳۱*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۰۸	۱/۲۵۳	۳/۵۰۹*	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۹۵۹	۰/۷۶۳	۰/۰۳۹	طرحواره درمانی	درمان اکت	رشد شخصی
۰/۲۳۴	۱/۲۹۷	۱/۵۶۶	گروه در انتظار درمان		
۰/۲۰۲	۱/۱۷۷	۱/۵۲۷	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۰۱۲	۰/۵۶۹	۱/۴۹۱*	طرحواره درمانی	درمان اکت	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۰۰۰	۰/۹۶۷	۳/۷۸۴*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۱۲	۰/۸۷۷	۲/۲۹۳*	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۰۲۶	۰/۹۶۸	۲/۲۳۷*	طرحواره درمانی	درمان اکت	هدفمندی در زندگی
۰/۰۰۳	۱/۶۴۶	۵/۲۸۹*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۴۷	۱/۴۹۳	۳/۰۵۱*	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۰۶۳	۱/۰۳۶	۱/۹۷۹	طرحواره درمانی	درمان اکت	پذیرش خود
۰/۱۶۹	۱/۷۶۰	۲/۴۶۳	گروه در انتظار درمان		
۰/۷۶۳	۱/۵۹۷	۰/۴۸۵	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	
۰/۱۴۳	۳/۴۹۵	۵/۲۲۱	طرحواره درمانی	درمان اکت	روان‌شناختی بهزیستی
۰/۰۰۱	۵/۱۳۹	۱۸/۸۴۲*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۰۲	۴/۱۶۵	۱۳/۶۲۱*	گروه در انتظار درمان	طرحواره درمانی	

سه گروه همگن هستند.

۳- مفروضه سوم همگنی (توازی) شیب رگرسیون متغیر وابسته و کووریته در سطوح مختلف متغیر مستقل: برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، معناداری تعامل بین گروه و پیش‌آزمون (کووریته) در تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

۲- مفروضه دوم همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه در انتظار درمان): برای بررسی این مفروضه از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون معنادار نیست ($F=۰/۹۷۷$ ، $0\text{Sig}=۰/۱۲۶$) و در نتیجه ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته در

جدول شماره ۹ مقایسه های جفتی میانگین های تعدیل یافته نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه پژوهش را با استفاده از روش LSD نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان اکت و طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار نمرات بهزیستی و چهار مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی شده است. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی طرحواره درمانی و اکت در بهزیستی و تسلط بر محیط تفاوتی با یکدیگر ندارند؛ در حالیکه درمان اکت برای متغیرهای استقلال، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی اثربخش تر بوده است.

یافته های پژوهش کنونی تا اندازه ای هم راستا با نتایج پژوهش های (۳۲؛ ۳۱؛ ۳۰؛ ۲۲؛ ۱۹) است. بحرینی و ثناگوی محرر (۳۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی نوجوانان بدون سرپرست خانوار پرداختند. نتایج نشان داد میانگین (انحراف معیار) بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش افزایش یافت. نتایج پژوهش اسماعیلی و همکاران (۳۰) نشان داد که مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان جانبازان موثر بوده است. حسینی و همکاران (۳۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر چه افراد توانایی پذیرش خود را داشته و ارتباط موثر و مثبتی با اطرافیان خود داشته باشند و زندگی هدفمندی را دنبال کنند از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند.

استقلال یعنی اینکه فرد بتواند بر اساس باورها و ارزشهایش تصمیم گرفته و اجرا کرده و به راحتی درمورد آن ها صحبت کند و نگران تایید شدن یا نشدن نباشد، حتی اگر این تصمیمات مغایر با نظر اکثریت آدمها باشد. زنان تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، خودمختاری و استقلال پایینی دارند. هدف مهارتهای اکت افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به منظور پذیرش آنچه در درون و بیرون تحت کنترل نیست و اقدام متعهدانه و مداوم در جهت ارزشهای شخصی است. هدف مهارتهای شفقت به خود، فعال کردن سیستم تسکین و مراقبت به منظور مشاهده و پذیرش تمام احساسات و افکار و حسهای بدنی دردناک خود و تمایل و اقدام متعهدانه در جهت کاهش درد و رنج خود و کاهش سرزنش درونی و بیرونی جهت رسیدن به امنیت، سلامتی، رضایت و شادکامی است. مهارت های عضلانی انعطاف پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به آن ها کمک می کند تا با تمرین های ذهن آگاهی، با درون و

حاصل از این بررسی در جدول شماره ۵ ارائه شده است. نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد اثر تعامل گروه و نمرات پیش آزمون متغیرهای وابسته در پس آزمون معنادار نیست و بنابراین، شیب رگرسیون متغیر وابسته و کوواریته در سطوح متغیر مستقل همگن است.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس

پس از اطمینان حاصل کردن از برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، فرضیه حاضر با این روش تحلیل شد. جدول شماره ۶ نتایج حاصل از تحلیل آزمون های چندمتغیره را نشان می دهد.

نتایج جدول شماره ۶ نشان می دهد که تمامی آزمون های چندمتغیری معنادار است. معناداری این آزمون ها نشان می دهد که در مان ها منجر به تغییرات معنادار در حداقل یکی از مؤلفه های بهزیستی روانشناختی شده است. به عبارت دیگر، این نتایج نشان می دهد که به طور کلی در مان ها بر بهزیستی روانشناختی تأثیر داشته اند.

اندازه اثرات مدل نیز برای آزمون اثر پیلایی نشان می دهد که نزدیک به ۴۱ درصد از تغییرات ایجاد شده در نمرات مؤلفه های بهزیستی روانشناختی ناشی از مداخلات است. در نهایت، میزان توان آزمون در جدول شماره ۳ نشان می دهد که حجم نمونه برای این تحلیل مناسب بوده است.

در ادامه برای بررسی تأثیر گروه بر تک تک مؤلفه های بهزیستی روانشناختی از نتایج اثرات بین آزمودنی استفاده شد. جدول شماره ۷ اثرات بین آزمودنی را در این تحلیل نشان می دهد.

همانطور که نتایج جدول شماره ۷ نشان می دهد، اثر بین آزمودنی برای گروه در بهزیستی روانشناختی و چهار مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی معنادار است؛ این نتایج بدین معناست که حداقل یکی از در مان ها باعث تغییر معنادار نمرات این مؤلفه ها در مرحله پس آزمون نسبت به گروه در انتظار درمان شده است. همچنین، این نتایج نشان می دهد که بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه استقلال است؛ به عبارت دیگر، بیش از ۵۷ درصد از تغییرات مؤلفه استقلال در گروهها از پیش آزمون به پس آزمون ناشی از مداخلات پژوهش است.

با این حال، به منظور بررسی اثرات دقیق مداخلات، و مقایسه اثربخشی آن ها، از مقایسه های جفتی LSD استفاده شد. قبل از بررسی مقایسه های جفتی، مقادیر برآورد شده میانگین های تعدیل یافته مؤلفه های بهزیستی با توجه به نمرات پیش آزمون را مورد بررسی قرار گرفت. جدول شماره ۷ این نتایج را نشان می دهد.

استقلال پایینی دارند. طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری کمک می‌کند زنان با خستگی مزمن و تجربه خشونت از جانب همسرانشان بتوانند در انتخاب مسیر درست زندگی کوشا باشند و از تداوم طرحواره‌ها خودداری کرده و در نهایت به بهبود طرحواره‌ها کمک کنند. در اینصورت می‌توانند به خودمختاری و استقلال فردی دست یابند.

در تبیین مولفه تسلط بر محیط میتوان گفت خستگی مزمن در زنان تحت خشونت، باعث کاهش عملکرد فردی و بینفردی، کندی حرکت و تمرکز پایین جهت مدیریت زمان و فعالیت-های روزمره می‌شود. مهارت‌های طرحواره درمانی با آموزش طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی، تصویرسازی هیجانی، خلق و خوی هیجانی و دادن بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره به مراجع کمک میکند روزانه در جهت شناسایی طرحواره‌ها گام بردارد.

در تبیین مولفه ارتباط موثر با دیگران می‌توان گفت افراد تحت خشونت مبتلا به خستگی مزمن، معمولاً روابط با کیفیتی تجربه نکرده‌اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسان‌ها قابل مشاهده است. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک میکند این افراد سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و در زمان فعال شدن این سبک‌های مقابله‌ای آن‌ها را مشاهده کرده و از بروز آن‌ها جلوگیری کنند. سبک‌های مقابله‌ای جز ناکارآمدترین ذهنیهاست و طبیعتاً در روابط بین فردی نیز آسیب‌های جبران ناپذیری وارد می‌کند.

در تبیین مولفه هدفمندی میتوان گفت افراد تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، معمولاً زندگی هدفمند و حرکت در جهت ارزشها در آن‌ها کمتر قابل مشاهده است، زیرا خودمختاری و تسلط بر محیطی پایینی دارند و به دلیل درد ناشی از خستگی، اضطراب و استرس تمایل به یادگیری تجربه-های جدید ندارند در نتیجه احساس نارضایتی می‌کنند. در طرحواره درمانی با شناساندن بزرگسال سالم و کودک شاد به فرد کمک میکنیم خودش و نیازهایش را بهتر بشناسد از چشم بزرگسال سالم به زندگی و محدودیت‌ها نگاه کند و با نگاهی واقع بینانه در جهت زندگی هدفمند حرکت کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان جنسیت، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و نمونه‌گیری غیرتصادفی اشاره نمود، لذا باید نتایج پژوهش حاضر با احتیاط تفسیر شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های سنی مختلف و بر روی مردان اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سایر درمان‌های روانشناختی بر روی این نمونه اجرا و نتایج مقایسه گردد. از آنجایی که بهزیستی روان‌شناختی سازهای پیچیده و چندبعدی است، نیاز است مراقبان سلامت، دانش و آگاهی

بیرون خو، با درد و رنج خود ارتباطی بدون قضاوت و مشفقانه برقرار کنند و با پذیرش آنچه تحت کنترلشان نیست و با کمک خود مشفق و تمرین‌های گسلس به شناسایی ارزش‌های شخصی و اهداف خود و درد و رنج مرتبط با غیاب ارزش‌های دست یابند در اینصورت میتوانند به خودمختاری و استقلال فردی دست یابند.

مولفه تسلط بر محیط به معنای توانایی مدیریت مسایل روزمره زندگی، اثرگذاری و دستکاری و پاسخگویی به محیط است. خستگی مزمن در زنان تحت خشونت، باعث کاهش عملکرد فردی و بینفردی، کندی حرکت و تمرکز پایین جهت مدیریت زمان و فعالیت‌های روزمره می‌شود. مهارت‌های ۶ ضلعی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت، با رشد تماس با زمان حال، خود بافتار و خود مشفق در ابتدا باعث شناسایی و مشاهده بدون قضاوت و پذیرش شرایط موجود می‌شود و با مهارت‌های گسلس و شناسایی ارزش‌ها به مراجع کمک میکند روزانه در جهت ارزش‌های کوچک و مداوم بردارد.

مولفه ارتباط موثر با دیگران بر توانایی حفظ روابط با کیفیت و همدلی با آن‌ها اشاره دارد. افراد تحت خشونت مبتلا به خستگی مزمن، معمولاً روابط با کیفیتی تجربه نکرده‌اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسان‌ها قابل مشاهده است. مهارت‌های ۶ ضلعی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به آن‌ها کمک میکند با پرورش مهارت‌های ذهن آگاهی و خود مشفق، به پذیرش خود در درجه اول و بعد به پذیرش دیگران برسند و با کمک مهارت‌های گسلس و شناسایی ارزشها بتوانند روابط خود را بهبود بخشند.

مولفه هدفمندی یعنی داشتن معنا، جهت و هدف در زندگی که منجر به انگیزه و اقدام و حرکت شده و باعث افزایش بهره‌وری و خلاقیت می‌شود. افراد تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، معمولاً زندگی هدفمند و حرکت در جهت ارزشها در آن‌ها کمتر قابل مشاهده است زیرا خودمختاری و تسلط بر محیطی پایینی دارند و به دلیل درد ناشی از خستگی، اضطراب و استرس تمایل به یادگیری تجربه‌های جدید ندارند در نتیجه احساس نارضایتی میکنند. مهارت‌های ۶ ضلعی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به این افراد کمک میکند ارزش‌های خود را شناسایی و به کمک خود مشفق، آنچه را که تحت کنترل نیست بپذیرند و با کمک مهارت‌های گسلس در جهت ارزش‌های خود اقدامات کوچک، متعهدانه و مداوم انجام دهند. همان‌گونه که ملاحظه شد طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار نمرات بهزیستی و چهار مؤلفه استقلال، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی شده است.

زنان تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، خودمختاری و

خود را از راه کارهای تقویت بهزیستی روانشناختی در افراد دچار خستگی مزمن و خشونت خانگی به‌روآوری کنند. بدین منظور، متخصصان این حوزه می‌توانند دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت و یا کارگاه‌های آموزشی را در مورد عوامل تأثیرگذار بر این مولفه‌ها را برگزار کنند.

تشکر و قدردانی

دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم میدانند تا از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش مورد تایید کمیته علمی منتخب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد واقع شده است.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

- 1995: 11: 5-9
11. Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C & House A. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14(5).
 12. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger M & Hayes S. Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior change, 2018; 25(3):175-182.
 13. Quinlan E, Deane PF & Crowe T. Pilot of an Acceptance and Commitment Therapy and Schema group intervention for Mental Health Carer's Interpersonal Problems. *Contextual Behavioral Science*. 2018; 9(1):53-62.
 14. Forsyth JP & Eifert GH. The mindfulness & acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias and worry using Acceptance and Commitment Therapy. Oakland. CA: New Harbinger. 2008.
 15. Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of ACT and traditional CBT. *Clin Psychol Sci Pract*. 2008; 15(4): 286-295.
 16. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. Human randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*. 2009; 6(3): 444-454.
 17. Neff KD & Germer C. Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press. 2017.
 18. Albertson ER, Neff KD & Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A Development. 2015; 52: 211-214.
 19. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indica-*
 1. Kaplan HI, & Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry* 11th edition. Published by LWW. 2015.
 2. Institute of Medicine. *Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Redefining an illness*, Washington, DC: The National Academies. 2015:2.
 3. Jason LA, Hawk C, & Torres-Harding S. Reliability of a chronic fatigue syndrome questionnaire. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*. 2006; 13(4):41-66.
 4. Cary L. Cooper and James Campbell Quick. *The handbook of stress and health*, 2017:418.
 5. Clements MC, Bennett VE, Hungerford A, Clauss K, Wait SK. Psychopathology and Coping in Survivors of Intimate Partner Violence: Associations with Race and Abuse Severity. *Journal of Aggression, Maltreatment & Traum*. 2019; 27(8): 20-221.
 6. Rashti S, Pasha R, Naderi, F. A Descriptive Study on Domestic Violence And Its Relationship With The Married Women's Mental Profile. *Woman & Culture*. 2015; 7(24):7-121. (Persian)
 7. Carmody J, & Bear RA. Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program, *Behav Med*. 2007; 31:23- 33.
 8. Imani M, Karimi J, Behbahani M, Omidi A. Role of mindfulness, psychological flexibility and integrative selfknowledge on psychological well-being among the university students. *Feyz* 2017; 21(2): 170-7. (Persian)
 9. Ryff CD. Eudemonic well-being, inequality, and health: recent findings and future directions. *Int. Rev. Econ*. 2017; 64: 159-178.
 10. Bhogle S, & Prakash IJ. Development of the psychological wellbeing (PWB) questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Studies*.

28. Haddadi M, Zakerian A, Mahmoodi M, Nasl seraji J, Parsa yekta, Z, Aliyari A. Investigation of Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire Validity and Reliability. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014; 12(1). (Persian)
29. Zeygamo SH. The relationship between severity and level of fatigue with quality of life in patients with cancer chemotherapy. Master Thesis, Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences. 2003; 1-24. (Persian)
30. Ismaili L, Hor M & Nadi M The effectiveness of group acceptance and commitment (ACT) intervention on the psychological well-being of adolescent girls veterans, Fourth International Conference on Management, Psychology and Humanities with Sustainable Development Approach, Shiraz, Center for Strategies for Achieving Sustainable Development 2018. (Persian)
31. Bahreini Z, Gholamreza M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Resiliency of Abandoned Adolescents. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(1). (Persian)
32. Hoseyni A, Forozan, S, Masome, AF. Study of mental health of women heads of households under the auspices of Tehran Welfare Organization. *Social Research*. 2009; 2(3): 119-139. (Persian)
- tors research. 2014; 117(2): 561-76.
20. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33: 426-447.
21. Young JE, Klosko JS, Weishar ME. *Schema therapy: A practitioners guide*. New York: The Guilford Press, 2003.
22. Mahoor H, Farzinfar K. The Effectiveness of Schema Therapy on psychological well-being of Mothers of the children suffering deafness. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2018; 24(5):299-380. (Persian)
23. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57: 1069-1081.
24. Khanjani M, Shahidi SH, Fathabadi J, Mazaheer MA, Shokri T O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Journal of Clinical Psychology*, 2014; 8(32). (Persian)
25. Straus MA, & Hamby SL. The revised Conflict Tactics Scale (CTS2). *Journal Of Family Issues*. 1996; 17(3): 283-316.
26. Nikparvar F, Stith S & Spencer CH, Ripoll-Nunez K & Jaramillo-Sierra A, Khodadadi-Andariyeh F, Oksman R & Metelinen J. International adaptation of a treatment program for situational couple violence. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019; 46(2): 272-288. (Persian)
27. Jason LA, Unger ER, Dimitrakoff JD, Fagin AP, Houghton M, Cook DB, Marshall GD, Klimas N & Snell C. Minimum data elements for research reports on CFS. *Brain Behav Immun*. 2012; 26: 401-6.