Journal of Nurse and Physician within War/Winter 2021/ Ninth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74

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

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

Article Info

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.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ زمستان ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74 ISSN: 2645-3940

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

چکیده

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.

روش‌کار: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون/پس‌آزمون با گروه در انتظار درمان بود. نمونه پژوهش شامل ۰۶ 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 ($p<۰/۵۰$).

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.

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

اطلاعات مقاله

فرح‌دخت ساسانیان[۱]
حسن رضایی جمالویی[۲*]
مجتبی انصاری شهیدی [۲]
فاطمه نیک پرور [۳]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- دانشجو 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 وارنزنبرگ، ایالت میسوری، امریکا.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

مقدمه

سندرم خستگی مزمن[1] 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 قابل‌توجه‌ی دارند (۳).

یکی از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده یا تداوم‌بخش در سندرم خستگی مزمن استرس است (۴) و یکی از منابع استرس، خشونت بین همسران[2] است. خشونت خانگی[3] 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[4] 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 نشده است (۱۴) اما استیون هیز[5] (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[6] 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 دیلشکلفورد[7] (۱۸) از آن است که حتی مداخلات مختصر شفقت به خود میتواند در تقویت بهزیستی روان‌شناختی مؤثر باشد. یافته‌های پژوهش سیدلکی، سالتهوث، اوئیشی و جسوانین[8] (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[9] می‌باشد. مفهوم کلیدی این رویکرد «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» است (۲۰). هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، 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 به سزایی در تشدید آن‌ها دارند اما بررسی پیشنیه 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 جنبهٔ اجتماعی خشونت خانگی لزوم انجام چنین پژوهشی را آشکار می‌سازد،

1.chronic fatigue syndrome
2. Intimate partner violence
3. Domestic violence
4. psychological well-being
5. Hayes
6. Neff
7. Albertson, Neff & Dill-Shackleford
8. Siedlecki, Salthouse, Oishi & Jeswani
9. schema therapy

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

لـذا ایـن پژوهـش درصـدد پاسـخگویی بـه ایـن سـؤال اسـت کـه آیـا درمـان پذیـرش و تعهـد مبتنـی بـر شـفقت بـه خـود و طرحـواره درمانـی بـر بهزیسـتی روان‌شـناختی و مولفه‌هـای آن در زنانـی کـه از سـندرم خسـتگی مزمـن و خشـونت شـریک زندگـی رنـج می‌برنـد، تاثیـر دارد؟

روش‌کار

طـرح پژوهـش نیمـه آزمایشـی از نـوع پیـش آزمون/پس‌آزمـون بـا گـروه در انتظـار درمـان بـود. پژوهـش حاضـر از منظـر هـدف تحقیـق جـز پژوهش‌هـای کاربـردی اسـت و از منظـر روش مـورد اسـتفاده جـز پژوهشـهای نیمـه آزمایشـی (طـرح پیـش آزمون/پس‌آزمـون بـا گـروه در انتظـار درمـان، انتخـاب بـه صـورت تصادفـی) بـود.

جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـه زنانـی بـود کـه خشـونت از جانـب همسرانشـان را در شـهر تهـران تجربـه کـرده بودنـد. نمونـه تحقیـق ۶۰ نفـر از زنانـی بودنـد کـه مبتـلا بـه سـندرم خسـتگی مزمن بـوده و در عیـن حـال خشـونت از جانـب همسرانشـان را نیـز تجربـه کـرده بودنـد کـه بـه روش هدفمنـد انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی در یکـی از گروه‌هـای آزمایشـی و گـواه (۴۰ نفـر درمـان و ۲۰ نفـر گـروه در انتظـار درمـان) انتسـاب شـدند. بدیـن صـورت کـه بیمـاران دارای سـندرم خسـتگی مزمـن و خشـونت دیـده بـا توجـه بـه ملاک‌هـای ورود و خـروج از مطالعـه نمونـه اولیـه بـه صـورت هدفمنـد انتخـاب و بـه پرسـش‌نامه‌های پژوهـش پاسـخ دادنـد. بـرای تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا در سـطح توصیفـی از فراوانـی و درصـد، میانگیـن و انحـراف معیـار، کمینـه و بیشـینه و در سـطح اسـتنباطی از تحلیـل کواریانـس چند متغیری اسـتفاده شد. لازم بـه ذکـر اسـت کـه به‌منظـور رعایـت اصـول اخلاقـی در برخورد با آزمودنیها و حفـظ اسـرار آن‌ها، کـد اخـلاق دریافـت گردیـد. ملاحظـات اخلاقـی شـامل حفـظ اطلاعـات فـردی و رازداری در پژوهـش بـود و در ایـن بـاره به آزمودنیها اطمینـان کامـل داده شـد. ایـن مطالعـه بـا کـد اخـلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.015 در دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد نجـف آبـاد بـه تصویـب رسـیده اسـت.

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش

ملاکهـای ورود شـامل تشـخیص قطعـی سـندرم خسـتگی مزمـن، تشـخیص تجربـه خشـونت از جانـب همسـر، خصوصـی و بررسـی خشـونت‌های اعمـال شـده از جانـب همسـر، نداشـتن اختـلالات همبـود، نداشـتن اختـلالات روان‌شـناختی دیگـر، عـدم شـرکت در مداخلـه درمانـی همزمـان، حداقـل تحصیـلات دیپلـم، برخـورداری از گوشـی هوشـمند و توانایـی اسـتفاده از آن و ملاکهـای خـروج شـامل غیبـت بیـش از دو جلسـه و عـدم همـکاری در جلسـات درمـان بـود.

ابزار

۱- پرسـش‌نامه بهزیسـتی روان‌شـناختی ریـف[1] **(PWQ):** ایـن پرسـش‌نامه ۱۸ سـوال داشـته و هـدف آن ارزیابـی و بررسـی بهزیسـتی روان شـناختی از ابعـاد مختلـف (اسـتقلال، تسـلط بـر محیـط، رشـد شـخصی، ارتبـاط مثبـت بـا دیگـران، هدفمنـدی در زندگـی، پذیـرش خـود) میباشـد. طیـف نمـره گـذاری آن بـر اسـاس طیـف لیکـرت شـش گزینـه ای (کامـلا مخالفـم: ۱ تـا کامـلا موافقـم: ۶) می‌باشـد (۲۳). در پژوهـش خانجانـی و همـکاران (۲۴) نتایـج تحلیـل عاملـی تاییـدی تـک گروهـی نشـان داد کـه در کل نمونـه و در دو جنـس، الگـوی شـش عاملـی ایـن مقیـاس (پذیـرش خـود، تسـلط محیطـی، رابطـه‌ی مثبـت بـا دیگـران، داشـتن هـدف در زندگـی، رشـد شـخصی و اسـتقلال) از بـرازش خوبـی برخـوردار اسـت. همسـانی درونـی ایـن مقیـاس بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ در ۶ عامـل پذیـرش خـود، تسـلط محیطـی، رابطـه‌ی مثبـت بـا دیگـران، داشـتن هـدف در زندگـی، رشـد شـخصی و اسـتقلال بـه ترتیـب برابـر بـا ۵۱/.، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و بـرای کل مقیـاس ۰/۷۱ بدسـت آمـد.

۲- فـرم ایرانـی مقیـاس تجدیدنظـر شـدۀ تاکتیـک های حـل تعـارض [2](CTS2): توسـط اسـتراوس و همـکاران (۲۵) تهیـه شـده و همسـر آزاری را همزمـان بـه صـورت دو جانبـه یعنـی آزارگـر و آزاردیـده مـورد سـنجش قـرار می‌دهـد. ایـن مقیـاس ۷۸ گویـه دارد کـه همسـر آزاری را در حیطـه جسـمی (بـا ۱۲ گویـه)، روان‌شـناختی یـا عاطفـی (بـا ۸ گویـه)، زورگویـی جنسـی (بـا ۷ گویـه)، آسـیب و صدمـه جسـمی (بـا ۶ گویـه) و اسـتفاده از روش مذاکـره بـه عنـوان روش غیـر خشـن (بـا ۶ گویـه) مـورد ارزیابـی قـرار می‌دهـد. نمـره گـذاری در طیـف لیکـرت ۶ گزینـه‌ای می‌باشـد و دامنـه نمـرات بـرای هـر گویـه بیـن صفـر تـا ۵ و بـرای کل پرسـش‌نامه بیـن صفـر تـا ۵۰۰ میباشـد. روایـی، پایایـی و سـاختار عاملـی ایـن پرسـش‌نامه در جامعـه ایرانـی توسـط (۲۶)، مـورد بررسـی قـرار گرفتـه اسـت کـه نتایـج تحلیـل عاملـی اکتشـافی نشـان داد در نمونـه ایرانـی تحلیـل سـه عاملـی بـا اسـتفاده از سـه خـرده مقیـاس حملـه، خشـونت روانـی و مذاکـره مناسـبتر اسـت. هـم چنیـن ایـن مقیـاس و خـرده مقیاس‌هـای آن از همسـانی درونـی مناسـبی برخـوردار هسـتند (آلفـای کرونبـاخ بیـن ۰/۶۶ تـا ۰/۸۶). روایـی همزمـان مقیاس‌هـا بیـن ۰/۶۵ تـا ۰/۹۴ و همچنیـن روایـی سـازه بیـن ۰/۶۶ تـا ۰/۸۳ گـزارش شـده اسـت. پایایـی زیـر مقیاس‌هـای CTS2 توسـط اسـتراوس و همـکاران (۲۵) مـورد بررسـی قـرار گرفـت کـه دامنـه همسـانی درونـی آن از ۰/۷۹ تـا ۰/۹۵ در نوسـان اسـت.

۳- پرسشـنامه خسـتگی مزمـن (CFQ)[3]: توسـط جیسـون

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

و همکاران (۲۷) طراحی شده است. دارای ۱۴ سوال می‌باشد که نمرهگذاری آن به صورت طیف لیکرت ۴ قسمتی (اصلا، درحد معمول، تقریبا 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=۷ و CVI=۸۵ 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 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 دربارۀ سن، جنسیت، تعداد فرزندان، سابقۀ تاهل، شغل و سابقۀ 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

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 اعضاء؛ تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره
۶	بررسی فرم ثبت طرحواره و کارت‌های آموزشی؛ تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره؛ به کاربردن 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 ریشه های 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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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 کاربرگ تحلیل کارکردی، معرفی ابعاد شفقت (شفقت به خود، شفقت به دیگران ، دریافت شفقت از دیگران)، توضیح ویژگی های ۳ سیستم هیجانی (تهدید، سائق، تسکین)، استعارۀ گودال، استعارۀ طناب و هیولا
۳	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین توجه آگاهی مشفقانه، انجام تکنیک گسلش: تمرین به ذهن منتقد خود میکروفن بده، استعارۀ 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	فراوانی	درصد فراوانی
	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
تعداد فرزندان	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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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
بهزیستی 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 کواریانس 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.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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	/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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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

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

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 ام باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون معنادار نیست (F=/۹۷۷۱، sig=/۱۲۶۰) و در نتیجه ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته در 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 پیش آزمون (کووریته) در تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

حاصل از این بررسی در جدول شماره ۵ ارائه شده است.
نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد 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 مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، فرضیه حاضر با این روش تحلیل شد. جدول شماره ۶ نتایج حاصل از تحلیل آزمون‌های چندمتغیره را نشان می‌دهد.
نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنادار است. معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که درمان‌ها منجر به تغییرات معنادار در حداقل یکی از مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی شده است. به عبارت دیگر، این نتایج نشان می‌دهد که به طور کلی درمان‌ها بر بهزیستی روانشناختی تأثیر داشته‌اند.
اندازه اثرات مدل نیز برای آزمون اثر پیلایی نشان می‌دهد که نزدیک به ۴۱ درصد از تغییرات ایجاد شده در نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی ناشی از مداخلات است. در نهایت، میزان توان آزمون در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این تحلیل مناسب بوده است.
در ادامه برای بررسی تأثیر گروه بر تک تک مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی از نتایج اثرات بین‌آزمودنی استفاده شد. جدول شماره ۷ اثرات بین آزمودنی را در این تحلیل نشان می‌دهد.
همانطور که نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، 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 درمان‌ها باعث تغییر معنادار نمرات این مؤلفه‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه در انتظار درمان شده است. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد 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 آن‌ها، از مقایسه‌های جفتی LSD استفاده شد. قبل از بررسی مقایسه‌های جفتی، مقادیر برآورد شده میانگین‌های تعدیل یافته مؤلفه‌های بهزیستی با توجه به نمرات پیش آزمون را مورد بررسی قرار گرفت. جدول شماره ۷ این نتایج را نشان می‌دهد.
جدول شماره ۹ مقایسه های جفتی میانگین‌های تعدیل یافته نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه پژوهش را با استفاده از روش LSD نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

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.
یافته‌های پژوهش کنونی تا اندازه‌ای هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های (۱۹؛۲۲؛۳۰؛۳۱؛ ۳۲) 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 آن‌ها صحبت کند و نگران تایید شدن یا نشدن نباشد، حتی اگر این تصمیمات مغایر با نظر اکثریت ادمها باشد. زنان تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، خودمختاری و استقلال پایینی دارند. هدف مهارتهای اکت افزایش انعطاف‌پذیری 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 دردناکِ 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 ۶ضلعی انعطاف پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به آن‌ها کمک می‌کند تا با تمرین‌های ذهن آگاهی، با درون و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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 تمرین های گسلش 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. مهارت‌های۶ 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 گسلش و شناسایی ارزش‌ها به مراجع کمک میکند روزانه در جهت ارزش‌هایش قدمهای 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، معمولا روابط با کیفیتی تجربه نکرده‌اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسآن‌ها قابل مشاهده است. مهارتهای ۶ ضلعی انعطاف پذیری 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 گسلش 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، معمولا 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 ۶ضلعی 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 گسلش 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 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 طرحواره ها 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 فعالیت‌های 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، معمولا روابط با کیفیتی تجربه نکرده اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسآن‌ها قابل مشاهده است. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک میکند این افراد سبک‌های مقابله ای ناکارامد 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 ناکارامدترین ذهنیتهاست و طبیعتا در روابط بین فردی نیز آسیبهای جبران ناپذیری وارد می کند.

در تبیین مولفه هدفمندی میتوان گفت افراد تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، معمولا 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. 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 درمآن‌های رواشناختی بر روی این نمونه اجرا و نتایج مقایسه کردد. از آنجایی که بهزیستی روان‌شناختی سازه‌ای پیچیده و چندبعدی است، نیاز است مراقبان سلامت، دانش و آگاهی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

خـود را از راه‌کارهـای تقویـت بهزیسـتی روانشـناختی در افـرادِ دچـار خسـتگی مزمـن و خشـونت خانگـی بـه‌روزآوری کننـد. بدیـن منظـور، متخصصـان ایـن حـوزه می‌تواننـد دوره‌هـای آموزشـی کوتاه‌مـدت و یـا کارگاه‌هـای آموزشـی را در مـورد عوامـل تأثیرگـذار بـر ایـن مولفه‌هـا را برگـزار کننـد.

تشکر و قدردانی

دسـت انـدرکاران ایـن پژوهـش بـر خـود لازم میداننـد تـا از شـرکت کننـدگان در پژوهـش تشـکر و قدردانـی بـه عمـل آورنـد. در پژوهـش حاضـر کلیـه موازیـن اخلاقـی رعایـت شـده و گـزارش ایـن پژوهـش مورد تاییـد کمیتـه علمـی منتخـب دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد نجف آباد واقـع شـده است.

تضاد منافع

بدینوسـیله نویسـندگان اظهـار می‌نماینـد کـه هیچ‌گونـه تضـاد منافعـی در مطالعـه حاضـر وجـود نـدارد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

منابع

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. 2017l; 64: 159-178.
10. Bhogle S, & Prakash IJ. Development of the psychological wellbeing (PWB) questionnaire. Journal of Personality and Clinical Studies. 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 Bahavior 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-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]

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 MThe 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 R esiliency 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. Schoma therapy:Apractitioners guide. New York: The Guidford Press, 2003.
22. Mahoor H, Farzinfa K. the Effectivness 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, Mazaher MA, ShokriT O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. hought & Behavior in 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.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]
[DOI: DOI: 10.29252/npwjm.9.33.74]