



## 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 <sup>1</sup>

Hasan Rezaei-Jamalouei <sup>2\*</sup>

Mojtaba Ansarei\_Shahidei <sup>2</sup>

Fatemeh Nikparvar <sup>3</sup>

### 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 سندروم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی

### اطلاعات مقاله

### چکیده

فرح دخت ساسانیان<sup>۱</sup>  
حسن رضایی جمالوی<sup>\*۲</sup>  
مجتبی انصاری شهیدی<sup>۳</sup>  
فاطمه نیک پور<sup>۳</sup>

**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 سندروم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی بود.

**روش کار:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون با پس آزمون با گروه در انتظار درمان بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سندروم خستگی مزمن بود که در عین حال خشونت از جانب همسرشان را نیز تجربه کرده بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (PWQ)، فرم ایرانی مقیاس تجدید نظر شده تاکتیک‌های حل تعارض (CTS2) 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 کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان اکت و طرحواره درمانی منجر به افزایش معنادار نمرات بهزیستی ( $0/053$ ) و چهار مؤلفه استقلال ( $0/042$ )، تسلط بر محیط ( $0/075$ )، ارتباط مثبت با دیگران ( $0/082$ ) و هدفمندی در زندگی ( $0/012$ ) 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 ( $p<0/050$ ).

**نتیجه‌گیری:** می‌توان از درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی برای کاهش مؤلفه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به سندروم 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، سندروم خستگی مزمن، خشونت

### وابستگی سازمانی نویسنده‌گان

- 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 وارنبرگ، ایالت میسوری، امریکا.

نشده است (۱۴) اما استیون هیز<sup>۵</sup> (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<sup>۶</sup> 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 قبیل موجود نیست و آموزش آن میتواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی منجر شود (۱۷). نتایج حاکی پژوهش آبرتسون، نف و دیلشکلفرد<sup>۷</sup> (۱۸) از آن است که حتی مداخلات مختصراً شفقت به خود میتواند در تقویت بهزیستی روان‌شناختی مؤثر باشد. یافته‌های پژوهش سیدلکی، سالتهوو، اوئیشی و جسوانین<sup>۸</sup> (۱۹) نیز نشان داد درمان متمرکز بر شفقت به خود بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی در سالمندان اثربخش است و یک ذهنیت مشفقاره 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<sup>۹</sup> 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 سندروم خستگی مزمن مشکلات شایعی هستند و مولفه‌های روان‌شناختی نقش به سزاگی در تشدید آن‌ها دارند اما بررسی پیشنهی پژوهشی نشان می‌دهد بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناسی بر مولفه‌های اثربخش روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سندروم 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 سندروم خستگی مزمن و خشونت خانگی و ارتباط متقابل آن‌ها با هم در کنار جنبه‌ی اجتماعی خشونت خانگی لزوم انجام چنین پژوهشی را آشکار می‌سازد.

5. Hayes

6. Neff

7. Albertson, Neff & Dill-Shackleford

8. Siedlecki, Salthouse, Oishi & Jeswani

9. schema therapy

## مقدمه

سندروم خستگی مزمن<sup>۱</sup> 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 زودنگی، اضطراب را نام برد (۱). زنان ۲ برابر بیشتر از مردان دچار سندروم 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). برخلاف 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 تشیدیدکننده یا تداوم‌بخش در سندروم خستگی مزمن استرس است (۴) و یکی از منابع استرس، خشونت بین همسران<sup>۲</sup> است. خشونت خانگی<sup>۳</sup> دارای ابعاد متعددی از قبیل بعد فیزیکی، روانی (مانند تهدید، تحقیر)، اجتماعی (مانند در انزواج 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<sup>۴</sup> علمی برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش‌آمدہای 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 انعطاف‌پذیری 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

1.chronic fatigue syndrome

2. Intimate partner violence

3. Domestic violence

4. psychological well-being

## ابزار

**۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup> (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 گزینه‌ای (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 رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برآنش 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 ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد.

**۲- فرم ایرانی مقیاس تجدیدنظر شده تاكتیک‌های حل تعارض<sup>۲</sup> (CTS2):** توسط استراوس و همکاران (۲۵) تهییه شده و همسر آزاری را همزنان به صورت دو جانبی یعنی آزارگر و آزاربدیده 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 مذکوره 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 مذکوره 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 همزنان مقیاس‌ها بین ۰/۹۴ تا ۰/۶۵ 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 ۰/۹۵ تا ۰/۹۷ در نوسان است.

**۳- پرسشنامه خستگی مزمن (CFQ):** توسط جیسون

لذا این پژوهش در صدد 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 سندروم 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 سندروم 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 سندروم 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 میار، کمینه و بیشینه و در سطح استنباطی از تحلیل کواریانس 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 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 سندروم 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 همسمان، 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.

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 جمعاًوری اطلاعاتی درباره سن، جنسیت، تعداد فرزندان، سابقه تأهل، شغل و سابقه دریافت درمان روانشناسی و دارورمانی.

#### یافته‌ها

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره بهزیستی روانشناسی و مؤلفه‌های آن، در دو گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون 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 (اصلاً 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 ۰/۷۸ 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

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 مهترین مسأله رازداری؛ بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی
۲	سنحش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی؛ شناخت و برآنگیختن 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 مزايا 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 ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ بازنگری مزايا و معایب ادامه رفتار؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ جمع‌بندی 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 : تمرين حرکات دستها، معرفی دلایل رنج و تسکین رنج
۲	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين توجه آگاهی مشفقانه، تمرين پر کردن کاربرگ تحلیل کارکردی، معرفی ابعاد شفقت (شفقت به خود، شفقت به دیگران ، دریافت شفقت از دیگران)، توضیح ویژگی های سیستم هیجانی (تهدید، سائق، تسکین)، استعاره گودال، استعاره طناب و هیولا
۳	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين توجه آگاهی مشفقانه، انجام تکنیک گسلش: تمرين به ذهن منتقد خود میکروفون بده، استعاره قصه گوی ماهر، تمرين به ذهن مشفق خود میکروفون بده
۴	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين توجه آگاهی مشفقانه، بیان کنترل به عنوان مشکل اصلی سنجش عملکرد رفتار در موقعیت‌های استرس‌زا، استعاره‌ی کیک شکلاتی و دروغ سنج، تمرين فرون Shanی فکر و تمرين سخت به عقب راندن برای درک مشکل کنترل کردن، تمرين استدلال منطقی (حل مساله) و استدلال مشفقانه برای رنجها
۵	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين توجه آگاهی مشفقانه، مشاهده‌ی خود مشاهده‌گر و خود مشفق، تمرين‌های 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، تمرين توجه آگاهی مشفقانه
۷	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين توجه آگاهی مشفقانه، معرفی مفهوم ارزش و تفاوت آن با هدف، استعاره‌ی قطب‌نما، تمرين مربوط به روشن‌سازی ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی (گزارشگر، خاکسپاری)
۸	مرور جلسه‌ی قبل، تمرين 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 درمان
درصد فراوانی	فرابانی	درصد فراوانی	فرابانی	درصد فراوانی
۷۵/۰	۱۵	۷۳/۳	۱۱	۸۰/۰
۲۵/۰	۵	۲۰/۰	۳	۲۰/۰
۰	۰	۶/۷	۱	۰
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
۵/۰	۱	۲۰/۰	۳	۶/۷
۳۵/۰	۷	۵۳/۳	۸	۲۰/۰
۴۵/۰	۹	۲۰/۰	۳	۷۳/۳
۱۵/۰	۳	۶/۷	۱	۰
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
تعداد فرزندان				
بدون فرزند				
۱				
۲				
۳				
کل				
کل				

## 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
استقلال	درمان اکت	۱۵	۱۶/۷۳	۳/۵۹
	طحواره درمانی	۱۵	۱۵/۴۰	۲/۲۶
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۷۴	۱/۲۳
سلط بر محیط	درمان اکت	۱۵	۱۳/۰۶	۳/۳۶
	طحواره درمانی	۱۵	۱۱/۰۰	۲/۴۷
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۷/۳۰	۱/۱۷
رشد شخصی	درمان اکت	۱۵	۱۲/۷۳	۲/۷۱
	طحواره درمانی	۱۵	۱۰/۸۶	۲/۵۳
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۸/۳۵	۲/۸۸
ارتباط ثبت با دیگران	درمان اکت	۱۵	۱۷/۰۰	۳/۰۹
	طحواره درمانی	۱۵	۱۴/۹۳	۳/۱۹
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۷۵	۲/۳۳
هدفمندی در زندگی	درمان اکت	۱۵	۱۳/۶۶	۳/۵۹
	طحواره درمانی	۱۵	۱۲/۱۳	۳/۶۲
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۵/۶۰	۱/۱۸
پذیرش خود	درمان اکت	۱۵	۱۰/۴۰	۴/۲۰
	طحواره درمانی	۱۵	۱۱/۸۰	۲/۹۸
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۹/۸۵	۳/۰۶
بهزیستی روانشناسی	درمان اکت	۱۵	۸۳/۶۰	۱۱/۶۰
	طحواره درمانی	۱۵	۷۶/۱۳	۶/۷۰
	گروه در انتظار درمان	۲۰	۵۰/۲۰	۸/۲۹

۱- مفروضه اول نرمال بودن توزیع متغیرها: برای بررسی این مفروضه از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ولیک 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.

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.

جدول شماره ۷- آزمون‌های اثرات بین آزمودنی 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	۰/۰۴۱	۰/۱۹۰	۰/۹۴۰
	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 تعديل یافته بهزیستی و مؤلفه‌های آن

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد	درصد فاصله اطمینان	حد بالا	حد پایین
استقلال	درمان اکت	۱۷/۹۰۶	۰/۵۶۲	۱۶/۷۷۰	۱۶/۰۴۲	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	۱۳/۷۲۸	
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 تعديل 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*	طروهاره درمانی	درمان اکت	استقلال
۰/۰۰۰	۱/۰۳۰	۷/۶۱۰*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۰۰	۰/۹۳۴	۵/۷۳۹*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۶۸	۰/۸۱۳	۱/۵۲۱	طروهاره درمانی	درمان اکت	سلط بر محیط
۰/۰۰۱	۱/۳۸۱	۵/۰۳۱*	گروه در انتظار درمان		
۰/۰۰۸	۱/۲۵۳	۳/۵۰۹*	گروه در انتظار درمان		
۰/۹۵۹	۰/۷۶۳	۰/۰۳۹	طروهاره 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		
۰/۰۱۲	۰/۵۶۹	۱/۴۹۱*	طروهاره 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		
۰/۰۲۶	۰/۹۶۸	۲/۲۳۷*	طروهاره 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		
۰/۰۶۳	۱/۰۳۶	۱/۹۷۹	طروهاره 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		
۰/۱۴۳	۳/۴۹۵	۵/۲۲۱	طروهاره 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		

سه گروه همگن هستند.

۳- مفروضه سوم همگنی (توازی) شبیه رگرسیون متغیر وابسته و کوواریته در سطوح مختلف متغیر مستقل: برای بررسی همگنی شبیه رگرسیون، معناداری تعامل بین گروه و پیش آزمون (کوواریته) 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 ام باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون معنادار نیست ( $F=۹۷۷$ ,  $p=0.126$ ) و در نتیجه ماتریس‌های کوواریانس متغیر وابسته در

جدول شماره ۹ مقایسه های جفتی میانگین های تعديل 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 (۱۹؛ ۲۲؛ 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 روان شناختی بالاتری برخوردارند.

استقلال یعنی اینکه فرد بتواند بر اساس باورها و ارزشهای 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 اکثريت ادمها باشد. زنان تحت خشونت و مبتلا به خستگی مزمن، خود مختاری و استقلال پایینی دارند. هدف مهارت های اکت افزایش انعطاف پذیری روان شناختی به منظور پذیرش آنچه در درون و بیرون تحت کنترل نیست و اقدام متعهدانه و مداموم در جهت ارزش های شخصی است. هدف مهارت های شفقت به خود، فعل اکت درن سیستم تسکین و مراقبت به منظور مشاهده و پذیرش تمام احساسات و افکار و حس های بدنی در دنای 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 عضلی انعطاف پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به آنها 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، شبیه رگرسیون متغیر وابسته و کووریتہ 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 درمان ها منجر به تغییرات معنادار در حداقل یکی از مؤلفه های بهزیستی روان شناختی شده است. به عبارت دیگر، این نتایج نشان می دهد که به طور کلی درمان ها بر بهزیستی روان شناختی 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 روان شناختی 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 روان شناختی از نتایج اثرات بین آزمون دنی استفاده شد. جدول شماره ۷ اثرات بین آزمون دنی را در این تحلیل نشان می دهد.

همانطور که نتایج جدول شماره ۷ نشان می دهد، اثر بین آزمون دنی برای گروه در بهزیستی روان شناختی 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 درمان 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 گروه ها 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 تعديل 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 کوشان باشند و از تداوم طرحواره‌ها خودداری کرده و درنهایت به بهبود طرحواره‌ها کمک کنند. در اینصورت می‌توانند به خوداختاری 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، معمولاً روابط با کیفیتی تجربه نکرده اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسان‌ها قابل مشاهده است. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک میکند این افراد سبک‌های مقابله‌ای ناکارامد خود را شناسایی کرده و در زمان فعل شدن این سبک‌های مقابله‌ای آن‌ها را مشاهده کرده و از بروز آن‌ها جلوگیری کنند. سبک‌های مقابله‌ای جز ناکارامدترین ذهنیتهاست و طبیعتاً در روابط بین فردی نیز آسیبهای جرمان 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 خوداختاری و تسلط بر محیطی پایینی دارند و به دلیل درد ناشی از خستگی، اضطراب و استرس تمايل 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 درمان‌های روان‌شناختی 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

بیرون خود، با درد و رنج خود ارتباطی بدون قضاؤت و مشفقاره برقرار کنند و با پذیرش آنچه تحت کنترلشان نیست و با کمک خود مشفق و تمرين های گسلش به شناسایی ارزش‌های شخصی و اهداف خود و درد و رنج مرتبط با غیاب ارزش‌های دست یابند در اینصورت میتوانند به خوداختاری و استقلال فردی دست یابند.

مولفه تسلط بر محیط به معنای توانایی مدیریت مسایل روزمره زندگی، اثرباری 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 عرضی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت، با رشد تماس با زمان حال، خود بافتار و خود مشق در ابتدا باعث شناسایی و مشاهده بدون قضاؤت 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، معمولاً روابط با کیفیتی تجربه نکرده‌اند به همین دلیل احساس عدم امنیت در ارتباط با انسان‌ها قابل مشاهده است. مهارت‌های عرضی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به آن‌ها کمک میکند با پرورش مهارت‌های ذهن آگاهی و خود مشق، 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 بخشنند.

مولفه هدفمندی یعنی داشتن معنا، جهت و هدف در زندگی که منجر به انگیزه و اقدام و حرکت شده و باعث افزایش بهره‌هوری 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 خوداختاری و تسلط بر محیطی پایینی دارند و به دلیل درد ناشی از خستگی، اضطراب و استرس تجربه‌های جدید ندارند در نتیجه و استرس تمايل به یادگیری تجربه‌های جدید ندارند در نتیجه احساس نارضایتی میکنند. مهارت‌های عرضی انعطاف‌پذیری متمرکز بر شفقت به خود، به این افراد کمک میکند ارزش‌های خود را شناسایی و به کمک خود مشق، آنچه را که تحت کنترل نیست پیدا نمایند 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، خوداختاری و

خود را از راه کارهای تقویت بهزیستی روانشناسی در افراد دچار خستگی مزمن و خشونت خانگی به روزآوری 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 اندر کاران 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 نویسنندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

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-*

### 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.* 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 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 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. Schoma therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press, 2003.
22. Mahoor H, Farzinha 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, Mazarer 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.