

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy based on Self-compassion and Schema Therapy on Perceived Stress in Women Suffering Chronic Fatigue Syndrome due to Intimate Partner Violence

Sasanian F¹, *Rezaei-Jamalouei H², Ansarei-Shahidei M²

Author Address

1. PhD Student in Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

*Corresponding Author Email: h.rezaei2@phu.iaun.ac.ir

Received: 2023 February 13; Accepted: 2023 August 30

Abstract

Background & Objectives: Chronic fatigue syndrome (CFS) poses a complex and debilitating challenge, with violence from a partner identified as one of the important causes of this syndrome. Women are nearly twice as likely as men to be affected by this syndrome. Women who have experienced intimate partner violence are at risk of this disease. Stress is one of the most critical aggravating factors of CFS. Today, one widely-used treatment to reduce stress is third-wave cognitive behavioral therapy. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) belongs to these approaches. Researchers and therapists of ACT investigate the role of self-compassion in psychotherapy. Self-compassion is one of the essential variables in adulthood. Schema Therapy is another treatment approach that has a notable impact on psychological improvement. This research aimed to compare ACT's effectiveness based on self-compassion versus Schema Therapy on perceived stress in women suffering chronic fatigue syndrome caused by intimate partner violence.

Methods: This quasi-experimental research employed a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The study population comprised all women living in Tehran, Iran, suffering from CFS due to intimate partner violence from 2021 to 2022. Three hundred women of this population were evaluated using the Revised version of the Conflict Tactics Scale (Straus & Douglas, 2004) and Chronic Fatigue Syndrome (CFS) questionnaire (Jason et al., 2011). Then, among them, 80 women suffering from CFS and experienced violence from their husbands were identified. In the next stage, according to the inclusion criteria, 60 qualified volunteers were included in the study. They were randomly assigned to two intervention groups and one control group (20 people in each group).

One of the experimental groups received 8 sessions of ACT based on self-compassion therapy, and the other experimental group received 12 sessions of Schema Therapy. However, the control group received no intervention. All sessions were held for 90 minutes once a week via Skype application. In both groups, in the pretest, posttest, and follow-up stages, the perceived stress variable was measured using the Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983). The content of the ACT intervention focused on self-compassion was prepared based on Yadavaia's (2013) dissertation and Gilbert's (2010) guidelines. This intervention was conducted in eight 90-minute group training sessions (once a week) for the first experimental group. The schema-based intervention was prepared based on instructions and techniques of Schema Therapy (adapted from Young et al., 2003). This intervention was conducted in twelve 90-minute group sessions (once a week) for the second experimental group. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. The mean and standard deviation were used at the descriptive statistics level. At the inferential statistics level, we used variance analysis with repeated measures and the Bonferroni post hoc test in SPSS version 23. The significance level of the tests was 0.05.

Results: Both time and the interactive effect of time and group on perceived stress variables were significant ($p < 0.001$), but the group effect was not significant ($p = 0.091$). In the intervention groups, the differences between the mean scores of the perceived stress variable in the pretest, posttest, and follow-up were significant ($p < 0.001$). However, the differences between the mean scores of the mentioned variable in the posttest with follow-up stages in the groups of Schema Therapy ($p = 0.181$) and ACT based on self-compassion ($p = 0.284$) were not significant, which showed the stability of the treatment effects over time.

Conclusion: Based on the research findings, both treatment methods reduced perceived stress in women with chronic fatigue syndrome caused by intimate partner violence. So, psychologists and mental health professionals can choose either approach based on their preferences to treat these women.

Keywords: Acceptance and commitment based on self-compassion, Schema therapy, Perceived stress, Chronic fatigue syndrome, Intimate partner violence.

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب‌دیده از خشونت شریک زندگی

فرح‌دخت ساسانیان^۱، *حسن رضایی جمالویی^۲، مجتبی انصاری شهیدی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

*رابطه‌نامه نویسنده مسئول: h.rezavi2@phu.iaun.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۴ بهمن ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۸ شهریور ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: سندرم خستگی مزمن، اختلالی پیچیده و ناتوان‌کننده است که ازجمله علت‌های مهم بروز این سندرم، تجربه خشونت ازجانب شریک زندگی است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب‌دیده از خشونت شریک زندگی بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به خستگی مزمن شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به معیارهای ورود، شصت نفر از داوطلبان واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. برای یک گروه آزمایش در هشت جلسه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و برای گروه آزمایش دیگر در دوازده جلسه طرح‌واره‌درمانی ارائه شد؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش، مقیاس استرس ادراک‌شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) و پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن (جیسون و همکاران، ۲۰۱۱) و مقیاس تجدیدنظرشده تاکتیک‌های حل تعارض (استراس و داگلاس، ۲۰۰۴) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر متغیر استرس ادراک‌شده معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما اثر گروه معنادار نبود ($p = ۰/۰۹۱$). در گروه‌های مداخله، تفاوت بین میانگین نمرات متغیر مذکور در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت بین میانگین نمرات متغیر مذکور در پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود که ماندگاری تأثیر درمان‌های مذکور را در مرحله پیگیری نشان داد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، از طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود می‌توان به‌عنوان روش‌هایی کارآمد برای کاهش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب‌دیده از خشونت شریک زندگی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، طرح‌واره‌درمانی، استرس ادراک‌شده، سندرم خستگی مزمن، خشونت تجربه‌شده ازجانب همسر.

رسیدند که استرس بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت تأثیر می‌گذارد (۶).

امروزه از درمان‌های بسیار پرکاربرد برای کاهش استرس، مداخلاتی با عنوان درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری^{۱۱} است. از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری، می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} را نام برد که باور دارد رنج انسان‌ها ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی یعنی افراد با چسبیدن به گذشته و آینده و محتواهای موجود در ذهنشان و در انواع موقعیت‌ها، گرفتار رفتارهای اجتنابی یا تکانشی و انفعالی می‌شوند که برایشان کارآمد و مفید نیست؛ در نتیجه این درمان برای کمک به افراد و رهایی آن‌ها از رفتارهای ناکارآمد، از طریق شش فرایند تماس با زمان حال، گسلش، خود به عنوان بافتار، پذیرش، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه باعث رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۷). در این راستا نصیری و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به منزله شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی به کار رود (۸).

لازم به ذکر است، محققان و درمانگران رویکرد پذیرش و تعهد مدتی است که نقش شفقت به خود را در روان‌درمانی بررسی کرده‌اند. هنوز شفقت به خود به منزله مؤلفه‌ای رسمی با فرایندهای رویکرد پذیرش و تعهد یکپارچه نشده است؛ اما استیون هیز و همکاران معتقد بودند، شفقت تنها ارزشی است که در الگوی پذیرش و تعهد به‌طور ذاتی وجود دارد (۷). مهارت شفقت به خود توسط کریستین نف مطرح شد که شامل سه مؤلفه است: آگاهی از درد خود به نیت کاهش و تسکین آن؛ پرورش و رشد حسی لطیف و پر از مهر و محبت به خود در زمان وجود درد؛ درکی عمیق از دردهای مشترک انسان‌ها (۹). از عواملی که به نظر می‌رسد بر بهبود سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به خستگی مزمن اثرگذار باشد، میزان خودشفقتی بیماران است. این سازه که به عنوان مهربانی با خود و پذیرش غیرقضوتی پاسخ به چالش‌ها و شکست‌های ادراک شده تعریف می‌شود، روابط پیوسته با طیف وسیعی از ویژگی‌های روان‌شناختی را مطلوب نشان می‌دهد (۱۰). قاسمی و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به منزله گزینه درمانی مناسبی برای بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم شناختی هیجان و آمادگی برای تجربه شرم و گناه به کار رود (۱۱). مارش و همکاران در فراتحلیلی مشخص کردند، فقدان شفقت ممکن است در ایجاد یا حفظ مشکلات عاطفی در نوجوانان نقش بسزایی داشته باشد (۱۲).

درمان روان‌شناختی دیگری که به نظر می‌رسد در بهبود سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم خستگی و خشونت دیده از جانب شریک زندگی سودمند باشد، طرح‌واره‌درمانی^{۱۳} است. هدف اولیه طرح‌واره‌درمانی، افزایش کنترل به‌شمارانه بر طرح‌واره‌ها و ایجاد

روان‌شناسی سلامت^۱ به عنوان تجمعی از یافته‌های خاص آموزشی و علمی و حرفه‌ای رشته روان‌شناسی، برای ارتقا و حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها، شناسایی عوامل سببی و تشخیصی سلامت و بیماری و بدکارکردی مرتبط با آن و نیز تجزیه و تحلیل و بهبود نظم مراقبت‌های بهداشتی و ایجاد خط‌مشی‌های بهداشتی است. از موضوعات درخور توجه در روان‌شناسی سلامت و بهداشت روانی می‌توان به سندرم خستگی مزمن^۲ اشاره کرد. مطالعات گسترده در زمینه تشخیص رسمی عارضه سندرم خستگی مزمن و عوارض مرتبط با آن نشان داد، سندرم خستگی مزمن به معنای سوء عملکرد سازوکار خستگی است (۱). این خستگی از نوع شدید و خطرناک است و با استراحت و داشتن فعالیت بدنی و ذهنی از بین نمی‌رود. تمام بدن را احاطه می‌کند و فعالیت بدنی و توان فرد را کاهش می‌دهد. مشخصه این سندرم، خستگی ناتوان‌کننده همراه با شکایات گوناگون جسمی و مزاجی و عصبی روانی است. احتمال ابتلای زنان به این سندرم دوبرابر مردان است. زنانی که خشونت^۳ را از جانب همسر تجربه کرده‌اند، از گروه‌های در خطر این بیماری هستند؛ زیرا تجربیات شخصی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی آن‌ها بسیار استرس‌زا است. از چالش‌های مهم روان‌درمانی در حوزه کمک به زنان خشونت‌دیده، چگونگی افزایش ابعاد گوناگون سلامت روان‌شناختی^۴ آنان است (۲). ریمس و وینگرو در تحقیقی دریافتند، مهارت شفقت به خود^۵ به کمک توجه عامدانه و آگاهی از درد با نیت تسکین و مراقبت، بر منابع خودتنظیمی^۶ تأثیر دارد و در نتیجه باعث رشد رفتارهای سالم و سازگاری بیشتر در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود؛ به عبارت دیگر افراد به کمک مهارت شفقت به خود، اقدامات مؤثرتری را در برخورد با بیماری و آسیب انجام می‌دهند (۳). وقتی خستگی بیش از شش ماه طول بکشد، خستگی مزمن نامیده می‌شود. برخلاف دیگر اشکال خستگی، این عارضه به دلیل کار زیاد روی نمی‌دهد، با استراحت رفع نمی‌شود، اغلب مبتلایان جوان و فعال هستند و منابع ذهنی درخور توجهی دارند (۴). از عوامل بسیار مهم تشدیدکننده یا تداوم‌بخش در سندرم خستگی مزمن زنان، فشار روانی حاصل از خشونت بین همسران^۷ است. خشونت خانگی^۸ ابعاد متعددی از قبیل فیزیکی، روانی (مانند تهدید، تحقیر)، اجتماعی (مانند در انزوای اجتماعی قراردادن)، اقتصادی و جنسی دارد (۲).

از عوامل بسیار مهم تسهیل‌کننده در سندرم خستگی مزمن، استرس است. استرس واکنش‌های فیزیکی و ذهنی و عاطفی است که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد تجربه می‌شود. وقتی افراد مطالبات محیط پیرامونی را از مجموعه منابع مقابله‌ای خویش فراتر ارزیابی می‌کنند، در معرض استرس ادراک شده^۹ قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر رویدادها و وقایع بیرونی منجر به استرس نمی‌شوند؛ بلکه نگرش و تفکر افراد در خصوص آن رویدادها موجب «استرس‌پذیری» ایشان از رویدادها خواهد شد (۵). سیدان و ضیایی در پژوهشی به این نتیجه

7. Intimate partner violence

8. Domestic violence

9. Perceived stress

10. Third generation cognitive behavioral therapies

11. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

12. Schema Therapy

1. Health psychology

2. Chronic fatigue syndrome

3. Violence

4. Psychological health

5. Self-compassion

6. Self-regulatory

هشیاری روان‌شناختی بوده و هدف نهایی آن، اصلاح طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای آن است (۱۳).

میزان خشونت توسط شریک زندگی در ایران زیاد است و بیشتر قربانیان با آزارگر خود زندگی می‌کنند. در بیشتر فرهنگ‌ها زنان به ترک همسر آزارگر خود تشویق می‌شوند؛ اما در شرایطی که موانع فرهنگی و محدودیت‌های قانونی زیادی وجود دارد، این تصمیم آسان نیست و زنان ایرانی نیز از این قاعده مستثنا نیستند. به دلیل عوامل زمینه‌ای به خصوص استرس و خستگی مزمن که زنان ایرانی تجربه می‌کنند، پژوهشگران تحقیق حاضر دو مدل مختلف درمانی را برای کمک به قربانیانی که در ازدواج‌های آزاردهنده باقی مانده‌اند، انتخاب کردند؛ بنابراین هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش میزان استرس ادراک شده در بیماران دارای سندرم خستگی مزمن و خشونت دیده از جانب شریک زندگی بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را تمام زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و خشونت دیده از جانب همسر در شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. به منظور دستیابی به نمونه مدنظر از میان زنان ساکن تهران، سیصد نفر از زنان معرفی شده از دو مجموعه بنیاد نیکوکاری دست‌های مهربان و نرم‌افزار ترنج (حمایتگر دختران و زنان قرارگرفته در موقعیت خشونت)، با پاسخ‌گویی به مقیاس تجدیدنظرشده تاکتیک‌های حل تعارض^۱ (۱۴) و پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن^۲ (۱۵) ارزیابی شدند. سپس از میان آن‌ها هشتاد نفر از زنانی شناسایی شدند که هم‌زمان مبتلا به سندرم خستگی مزمن بودند و خشونت را از جانب همسر تجربه کردند. در مرحله بعد با توجه به معیارهای ورود و رد شخصیت نفر از داوطلبان واجد شرایط وارد مطالعه شدند. آن‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند. جلسات درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود شامل هشت جلسه نود دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و جلسات طرح‌واره‌درمانی شامل دوازده جلسه نود دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار بود. جلسات درمانی به‌صورت برخط و در محیط اسکایپ^۳ اجرا شد. قبل از انجام پیش‌آزمون، تشریح اهداف پژوهش صورت گرفت و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌شکل کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان کاملاً آزاد هستند که در این پژوهش شرکت کنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند. لازم به ذکر است در طول درمان پنج نفر از اعضای شرکت‌کننده در هر مداخله از ادامه همکاری انصراف دادند. در نهایت در هر گروه درمانی پانزده نفر باقی ماندند. دلیل عمده انصراف‌ها همکاری نکردن در اجرای تکالیف خواسته شده بود؛ البته یکی از موارد انصراف، آگاهی وی از ابتلا به سرطان ریه و پیگیری درمان و یکی دیگر به‌علت شدت اختلاف با همسر و رضایت‌نداشتن همسر از ادامه همراهی گروه بود. بقیه انصرافی‌ها به دلیل رعایت نکردن

ملاک‌ها و انجام‌دادن تکالیف با توجه به داشتن زمان و سهل‌انگاری در اجرای آن‌ها بود. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– مقیاس استرس ادراک شده^۴: این مقیاس توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳، به‌منظور سنجش استرس ادراک شده طراحی شد (۱۶). این پرسش‌نامه دارای چهارده عبارت است و براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرتی از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و مجموع نمرات حاصل از مقیاس، میزان استرس ادراک شده را در زنان پژوهش نشان می‌دهد (۱۶). السونی و لطیف همسانی درونی مقیاس را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه کردند (۱۷). این ابزار به‌منظور سنجش متغیر پژوهش یعنی استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب‌دیده از خشونت شریک زندگی استفاده شد.

– پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن: این پرسش‌نامه توسط جیسون و همکاران در سال ۲۰۱۱ ارائه شد (۱۵). این پرسش‌نامه دارای چهارده سؤال است که بر مبنای مقیاس لیکرتی چهارقسمتی (اصلاً=۱، در حد معمول=۲، تقریباً بیش‌ازحد معمول=۳، به مراتب بیش‌ازحد معمول=۴) درجه‌بندی می‌شود (۱۵). در پژوهش حدادی و همکاران، با توجه به نتایج به‌دست آمده درخصوص پایایی پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن، آلفای کرونباخ ارزیابی شد و نتایج حاصل به تفکیک سؤالات مرتبط با میزان تکرار علائم برابر با ۰/۸۳۷ و سؤالات مرتبط با شدت علائم برابر با ۰/۸۶۹، پایایی بسیار خوبی را برای پرسش‌نامه نشان داد (۱۸). در بحث اعتبار محتوایی پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن، ترجمه فارسی این ابزار را بیست نفر از متخصصان مرتبط داخلی بررسی کردند و اعتبار محتوایی آن با استفاده از نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) مشخص شد؛ به‌طوری‌که نتایج $CVR=7$ و $CVI=85$ بیانگر اعتبار محتوایی خوبی بود. ضریب همبستگی داخلی به‌دست آمده برای هشت معیار پرسش‌نامه سندرم خستگی مزمن، همبستگی داخلی زیادی را نشان داد (۱۹). این ابزار برای ارزیابی ملاک ورود گروه نمونه به پژوهش استفاده شد.

– مقیاس تجدیدنظرشده تاکتیک‌های حل تعارض: این مقیاس توسط استراس و داگلاس در سال ۲۰۰۴ تهیه شد که همسرآزاری را هم‌زمان به‌صورت دوجانبه یعنی آزارگر و آزاردیده می‌سنجد (۱۴). این مقیاس دارای ۷۸ گویه است که همسرآزاری را در حیطه‌های جسمی (دوازده گویه)، روان‌شناختی یا عاطفی (هشت گویه)، زورگویی جنسی (هفت گویه)، آسیب و صدمه جسمی (شش گویه) و یک مقیاس برای نشان‌دادن استفاده از روش مذاکره به‌عنوان روش غیرخشن (شش گویه) ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری در طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای است و تعداد دفعات ارتکاب رفتارهای آزارگری در سال گذشته را در قالب گزینه‌های هرگز، یک‌مرتبه، دومرتبه، سه تا پنج‌مرتبه، شش تا ده‌مرتبه و بیش از ده‌مرتبه ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات برای هر گویه بین صفر تا ۵ و برای کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۳۹۰ است (۱۴). روایی و پایایی و ساختار عاملی این پرسش‌نامه در جامعه ایرانی توسط پناغی و همکاران بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، در نمونه

۳. Skype

۴. Perceived Stress Scale

۱. Revised Conflict Tactics Scale

۲. Chronic Fatigue Syndrome (CFS) Questionnaire

به خود انجام پذیرفت. مداخلات گروهی طرح‌واره‌محور براساس تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی، اقتباس از یانگ و همکاران (۲۳)، طی دوازده جلسه به‌صورت جلسات هفتگی نوددقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد. شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود در جدول ۱ و شرح جلسات طرح‌واره‌درمانی در جدول ۲ آمده است. برای بررسی روایی محتوایی طرح‌های درمان، از ده متخصص خواسته شد تا طرح‌ها را طی چند مرحله از نظر مفهوم‌بودن مطالب، ترتیب تکنیک‌ها، روانی جملات و غیره بررسی کنند که از روایی مناسبی برخوردار بود.

ایرانی، تحلیل سه‌عاملی با استفاده از سه خرده‌مقیاس حمله و خشونت روانی و مذاکره درمقایسه با سایر تحلیل‌ها مناسب‌تر بود؛ همچنین این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار بود (آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶). روایی هم‌زمان مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و روایی سازه^۱ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شد (۲۰). این ابزار به‌منظور ارزیابی ملاک ورود گروه نمونه به پژوهش به‌کار رفت. - محتوای مداخله پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود براساس رساله یادوایا (۲۱) و دستورعمل گیلبرت (۲۲) تهیه شد. مداخله به‌صورت گروهی در هشت جلسه آموزشی نوددقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) برای آزمودنی‌های گروه آزمایش پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت

جدول ۱. جلسات درمانی پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود

جلسه	محتوای هر جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهش، آشنا کردن شرکت‌کنندگان با موضوع پژوهش، چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات، تعیین قوانین حاکم بر جلسات، ارائه تکلیف.
دوم	آشنایی با برخی مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بحث درباره تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کشف تجربیات اجتنابی و آمیختگی با آن‌ها، معرفی کاربرگ تحلیل کارکردی رفتار، معرفی ابعاد شفقت و مؤلفه‌های شفقت به خود.
سوم	خلاصه‌ای از جلسات گذشته، تمرین توجه‌آگاهی متمرکز، آگاهی از تجربه حسی، آموزش جداسازی شناخت، افکار، احساسات، تکنیک فعال کردن ذهن مشفق.
چهارم	معرفی تمایل/پذیرش، پذیرش مشفقانه، تمرین توجه‌آگاهی متمرکز، سنجش عملکرد در موقعیت‌های استرس‌زا، استدلال منطقی (حل مسئله) یا استدلال مشفقانه به‌منظور کاهش رنج‌ها، کاربرگ فعال‌سازی سیستم تسکین.
پنجم	آموزش خود به‌عنوان بافتار، خود مشاهده‌گر، مشاهده فکر بدون قضاوت، تمرین توجه‌آگاهی متمرکز و کنجکاوی گشوده، استعاره آسمان، آب و هوا، صفحه شطرنج.
ششم	تضاد بین تجربه و ذهن، معرفی مهارت توجه شفقت‌آمیز، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت‌آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن.
هفتم	معرفی مفهوم ارزش، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت‌آمیز، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت‌آمیز.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه.

جدول ۲. جلسات طرح‌واره‌درمانی

جلسه	محتوای هر جلسه
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، آغاز اتحاد درمانی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام آن، ارائه اطلاعات به اعضا درباره بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، استرس ادراک‌شده و افسردگی و بیان منطق طرح‌واره‌درمانی.
دوم	مرور تکالیف، صحبت کردن از امنیت، معرفی کوتاه حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار، شبیه‌سازی مکان امن شخصی و شبیه‌سازی والد خوب.
سوم	مرور تکالیف براساس شناسایی ذهنیت‌ها، مرحله مقدماتی فعالیت‌های شناختی، فعالیت‌های شناختی به‌منظور تغییر طرح‌واره‌ها، بیان مزایا و معایب ذهنیت‌ها.
چهارم	معرفی نیازها و ذهنیت‌ها و بزرگسال سالم، آموزش درزمینه ارتباط بین طرح‌واره‌ها، ارتباط طرح‌واره‌ها با خستگی مزمن و سایر متغیرها، شناسایی مشکل فعلی بیماران.
پنجم	بازسازی تصویرسازی ذهنی و نقش ذهنیت‌ها، شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره، ارتباط طرح‌واره با کودک درون، عوامل مؤثر در اکتساب طرح‌واره، بیان مثال از طرح‌واره‌های ناسازگار.
ششم	شناخت برانگیزاننده‌های طرح‌واره‌ها، ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره‌ها، کمک به بیمار برای تجربه کردن تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی، بررسی هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره و سایر افراد سهم در ایجاد طرح‌واره‌ها.
هفتم	پرداختن به ذهنیت‌ها و طرح‌واره‌ها، بررسی کاربرگ شواهد ردکننده و تأییدکننده ذهنیت‌ها و طرح‌واره‌ها، کاربرگ فعال کردن ذهنیت بزرگسال سالم، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در اعضای گروه درمانی.
هشتم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، آموزش روش‌های مؤثر در توانایی کنترل تهیه کارت‌های آموزشی، هیجان‌ها و تکانه‌های خود.
نهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید، بازوالدینی در حین کار با تصویرسازی ذهنی.

¹. Construct validity

دوم الگوبرداری از اعضای که بزرگسال سالم را در خود شناسایی و تقویت کرده‌اند، یادگیری قالب درست نوشتن نامه مشفقانه و شناسایی و تقویت بزرگسال سالم، توانمندسازی اعضا برای دیدن طرح‌واره‌ها، گفت‌وگوی خیالی با طرح‌واره‌ها.

یازدهم الگوشکنی رفتاری، بررسی شواهد عینی از طرح‌واره‌ها، چیدمان لایه‌ها و مرزها و حریم شخصی، نحوه نوشتن نامه به فرد ایجادکننده طرح‌واره.

دوازدهم بررسی نامه تک‌تک اعضا، مرتبط کردن کودک آسیب‌پذیر با بزرگسال سالم، بررسی فرایندهای شناختی و فعالیت‌های تجربی.

مبتنی بر شفقت به خود حداقل ۲۸ سال، حداکثر ۵۱ سال، میانگین سنی ۴۱/۲۰ سال و انحراف معیار ۷/۱۹ و سن افراد در گروه طرح‌واره‌درمانی حداقل ۲۲ سال، حداکثر ۵۲ سال، میانگین سنی ۳۷/۱۳ سال و انحراف معیار ۸/۰۲ بود. همچنین سن افراد گروه کنترل حداقل ۲۵ سال، حداکثر ۵۲ سال، میانگین سنی ۳۸/۸۵ سال و انحراف معیار ۸/۳۷ بود. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات سه مرحله اندازه‌گیری متغیر استرس ادراک شده ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در گروه‌های نمونه پژوهش حاضر، سن افراد گروه پذیرش و تعهد

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیر استرس ادراک شده در سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
نمره کل استرس ادراک شده	درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود	۲۷/۰۶	۹/۷۵	۱۸/۸۶	۵/۱۲	۱۹/۰۶
	طرح‌واره‌درمانی	۳۱/۴۰	۸/۲۴	۲۶/۹۳	۶/۷۹	۲۳/۹۳
	کنترل	۳۲/۲۵	۳/۷۶	۳۰/۶۵	۳/۰۱	۳۱/۸۰

اندازه‌گیری مکرر به کار رفت. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنف برای داده‌های مربوط به استرس ادراک شده معنادار نبود ($p=۰/۱۶$)؛ از این رو شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون لون درباره استرس ادراک شده نشان داد، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد ($p=۰/۱۳$)؛ بنابراین پیش‌فرض مربوط به همگنی واریانس متغیرهای پژوهش رعایت شد. همچنین براساس نتایج آزمون ام‌باکس، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به تأیید رسید ($p=۰/۶۴۵$).

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره کل استرس ادراک شده، در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما در گروه کنترل این میانگین‌ها تفاوت چندانی با یکدیگر نداشت. همچنین نمره کل استرس ادراک شده، در دو گروه آزمایش در پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما در گروه کنترل این میانگین‌ها تفاوت چندانی با یکدیگر نداشت.

به منظور مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر استرس ادراک شده زنان دارای سندرم خستگی مزمن و خشونت شریک زندگی، آزمون تحلیل واریانس با

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر پژوهش

متغیر	منبع اثر	F	p	اندازه اثر
استرس ادراک شده	زمان	۸۶/۵۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
	زمان * گروه	۹/۶۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۵
	گروه	۴/۴۸۰	۰/۰۹۱	۰/۱۵۶

($p=۰/۰۹۱$). طبق نتایج حاصل، میانگین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) در گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معناداری داشت. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۵).

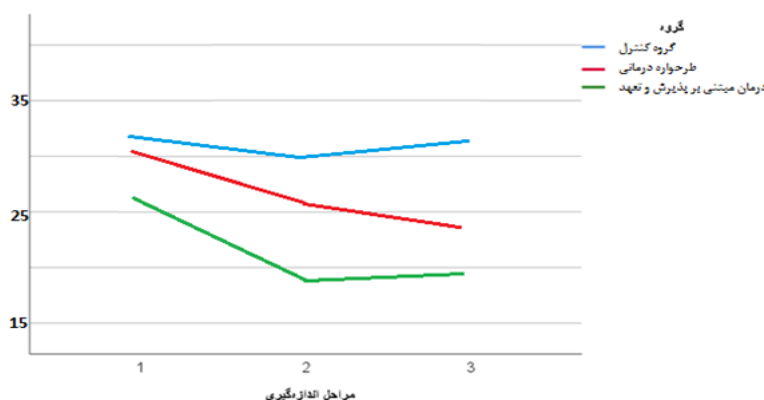
در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه استرس ادراک شده در گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و کنترل آورده شده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر زمان بر متغیر استرس ادراک شده معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثر تعاملی زمان و گروه، برای استرس ادراک شده معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما اثر گروه معنادار نبود

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای معیار	p
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۵۴۵	۰/۳۲۷	۰/۳۰۱
	پیگیری	پیگیری	-۰/۲۵۵	۰/۴۷۵	۱/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۹۱	۰/۴۸۲	۱/۰۰۰
طرحواره درمانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۱۸۲	۰/۳۲۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	-۲/۲۸۹	۰/۴۷۵	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۲۳	۰/۴۸۲	۰/۱۸۱
درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۶۵۵	۰/۳۲۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	-۲/۸۳۶	۰/۴۷۵	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۸۱۸	۰/۴۸۲	۰/۲۸۴

کاهش بیانگر اثربخشی هر دو درمان طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش استرس ادراک شده زنان دارای سندرم خستگی مزمن و خشونت شریک زندگی بود؛ اما تفاوت بین میانگین نمرات مراحل پس آزمون با پیگیری در گروه های طرحواره درمانی ($p=0/181$) و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود ($p=0/284$) معنادار نبود که ثبات اثرات درمان را با گذشت زمان نشان داد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون ($p=0/301$) و پیگیری ($p=1/000$) و نیز تفاوت بین میانگین نمرات پس آزمون با پیگیری ($p=1/000$) معنادار نبود.

در جدول ۵ مقایسه های زوجی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه های طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و کنترل آورده شده است. براساس نتایج، در گروه های طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<0/001$). با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده شد که برای هر دو گروه طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون به طور معناداری کاهش یافت؛ این



نمودار ۱. میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

به سندرم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی بود تا از این طریق به ارتقای سلامت این دسته از زنان که خشونت را از جانب همسر تجربه کرده اند و درعین حال دچار خستگی مزمن هستند و چه بسا دیگر افراد دچار خستگی مزمن، کمک کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هر دو درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی بر کاهش استرس ادراک شده زنان با نشانگان خستگی مزمن تأثیر معنادار داشتند و تأثیر هر دو درمان در طول زمان پایدار بود. یافته ها از این جنبه که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند بر کاهش استرس ادراک شده اثربخش باشد، با یافته های مطالعات ذیل همسوست: نتایج پژوهش رضایی مشخص کرد، با توجه

در نمودار ۱ میانگین نمرات متغیر استرس ادراک شده در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک برای گروه های طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و کنترل آورده شده است. همان طور که ملاحظه می شود، میانگین نمرات استرس ادراک شده در هر دو گروه طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، با طی مراحل درمان در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری یافت.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده در زنان مبتلا

به مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب و استرس مادران دارای فرزند اتیسم از این روش می‌توان به‌عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی در کنار سایر مداخله‌ها استفاده کرد (۲۴)؛ پژوهش برزگر و همکاران بر اهمیت کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این زنان تأکید داشت و می‌توان از آن به‌عنوان روشی مداخله‌ای مؤثر بهره گرفت (۲۵)؛ محمدی و صوفی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران سرطانی می‌شود (۲۶)؛ یافته‌های پژوهش هادی‌طرقی و مسعودی ضرورت استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای کاهش استرس ادراک‌شده سالمندان خاطرنشان کرد (۲۷). در پژوهش گراهام و همکاران مشخص شد، روان‌درمانی به‌روش پذیرش و تعهد طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای بر درمان افسردگی اساسی و استرس در افراد مبتلا به سکتۀ مغزی با بیماری قلبی و سرگیجه بسیار تأثیر دارد (۲۸).

در تبیین یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش استرس ادراک‌شده می‌توان گفت، براساس نتایج، افراد با سطوح مختلف استرس به مداخله پاسخ متفاوت می‌دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پاسخ‌ها را به استرس به‌گونه‌ای تغییر می‌دهد که بدون هدف قراردادن کاهش نشانه‌ها، می‌تواند منجر به کاهش استرس در افراد شود. در مجموع افراد دارای علائم استرس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره می‌برند؛ زیرا این مداخله تمرکز را از کاهش علائم به همکاری در پذیرش و ذهن‌آگاهی و رفتارهای ارزشمند هدایت می‌کند؛ بنابراین برای کاهش مشکلات مرتبط با استرس در جمعیت این زنان، آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و به‌حداقل رساندن سازوکارهای مقابله‌ای اجتنابی مهم است. یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور کاهش استرس، استفاده از ذهن‌آگاهی برای کنترل استرس و آرام کردن عصبانیت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آگاه‌بودن و پذیرش افکار و احساسات مثبت و منفی، به‌دنبال آن است که افراد را قادر سازد تا زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش داشته باشند (۷). بیگلان و همکاران احتمال دادند که افراد با اجتناب تجربی زیاد، به رویدادهای استرس‌زا واکنش‌های طولانی‌مدت نشان دهند و اثرات این واکنش‌ها در طول زمان افزایش پیدا کند (۲۹). از آنجاکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صراحت اجتناب تجربی را هدف قرار می‌دهد، این درمان ممکن است به جلوگیری از برخی پیامدهای مضر استرس‌زا کمک کند. درواقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه عمل می‌کند و تمرکز این نوع مداخله بر پذیرش رویدادهای ناخوشایند داخلی است تا تغییر یا ازبین بردن عوامل استرس‌زا که منجر به بروز چنین حوادثی می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار و احساساتی تمرکز دارد که به‌عنوان موانع (همانند استرس) برای زندگی ارزشمند عمل می‌کنند و هدفش تغییر ارتباط افراد با آن تجربیات درونی به‌جای تغییر خود تجربیات است. دلیل کارایی این درمان آن است که مراجعان

آن را دوست دارند (۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، طرح‌واره‌درمانی سبب کاهش معنادار استرس ادراک‌شده می‌شود. بررسی‌های پژوهش کنونی از جهاتی با نتایج پژوهش همتی ثابت و همکاران هم‌راستا است. آن‌ها دریافتند، طرح‌واره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده مراجعان زن مؤثر است (۳۰). خستگی مزمن در زنان تحت خشونت باعث کاهش توانایی اتخاذ راهبرد و حل مسئله در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و این افراد در مدیریت فعالیت‌های روزانه، مسائل و مشکلات فردی و درونی، تسلط بر امور زندگی، کنارآمدن با مشکلات و شرایط استرس‌زا و مدیریت وقت و زمان، مشکل خواهند داشت. رویکرد طرح‌واره‌درمانی با شناسایی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها به زنان تحت خشونت مبتلا به خستگی مزمن کمک کرد با حرکت درجهت بزرگسال سالم و کودک‌شاد، استرس ادراک‌شده و خستگی مزمن در آن‌ها کاهش یابد و توانایی اتخاذ راهبرد و حل مسئله در موقعیت‌های استرس‌زا و مدیریت فعالیت‌های روزانه در آن‌ها افزایش پیدا کند. هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی، بهبود طرح‌واره است. همان‌طور که بک^۱ (۲۰۰۵) ذکر کرد، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است (به‌نقل از ۳۰). تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی در پیشبرد این هدف درمانی نقش دارد. طرح‌واره‌درمانگران معتقدند که رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها است؛ ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود؛ بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (۳۰).

دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هر دو درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش استرس ادراک‌شده اثرات ماندگاری داشتند؛ بنابراین در تبیین ماندگاری اثربخشی این دو درمان بر کاهش استرس ادراک‌شده باید به محتوا و به‌ویژه تکنیک‌های استفاده‌شده در این درمان‌ها اشاره کرد. تکنیک‌های استفاده‌شده در هر دو درمان علاوه بر کمک به بهبود استرس، بر ماندگاری اثرات کاهش استرس نیز مؤثر است.

از آنجاکه پروتکل درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره‌درمانی برای نخستین بار در جامعه ایرانی و برای زنانی با خستگی مزمن و آسیب‌دیده از جانب همسر به‌کار رفت، نیاز است در پژوهش‌های آینده جمعیت بیشتری حتی از میان بیماران دچار سایر اختلالات روان‌تنی بررسی شود تا در نهایت بتوان این الگو و مؤلفه‌های آن را به‌عنوان الگویی کارآمد برای کاهش علائم استرس ادراک‌شده این افراد در ایران استفاده کرد. همچنین باتوجه به اهمیت خانواده در استرس ادراک‌شده زنانی با سندرم خستگی مزمن و تجربه خشونت از جانب همسر در فرایند آموزش، توصیه می‌شود پژوهشگران و درمانگران آتی در کنار مداخله یا آموزش به این افراد، مداخلات و آموزش‌هایی را برای خانواده‌های آن‌ها فراهم کنند.

شیوۀ مشارکت برخط به‌تازگی رایج شده است و پژوهش حاضر در زمان همه‌گیری کووید انجام شد؛ از این رو می‌توان به فراتحلیل اسپایکرم و همکاران اشاره کرد. آن‌ها نشان دادند، منابع خودیاری برخط برای این اهداف مناسب است و حتی مداخلات مختصر نیز می‌تواند به

^۱. Beck

روش درمانی، برای کاهش استرس ادراک شده در زنان با نشانگان سندرم خستگی مزمن و خشونت دیده از جانب شریک زندگی مؤثر و کاربردی است؛ بنابراین براساس یافته‌های پژوهش حاضر، روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان می‌توانند متناسب با رویکرد ترجیحی خود در کار با زنان خشونت دیده از جانب شریک زندگی با نشانگان سندرم خستگی مزمن، از هریک از این رویکردها استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از یکایک شرکت‌کنندگان در پژوهش که پژوهشگران را یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی سلامت دارای کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.015 از دانشگاه آزاد نجف‌آباد است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده مقاله در اختیار نویسندگان اول و مسئول است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش حمایت مالی از نهاد یا سازمان یا دانشگاهی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله بودند که پیش‌نویسی و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر را برعهده داشتند و نسخه نهایی را قبل از انتشار مطالعه و تأیید کردند.

پیشرفت‌های درخور توجهی منجر شود (۳۱). نتایج این پژوهش از اهمیت بالینی برخوردار است؛ زیرا مداخلات برخط به آسانی دردسترس و ارزان است (۳۱). نتایج پژوهش لاپالاین و همکاران مشخص کرد، مداخلات پذیرش و تعهد ارائه شده از طریق وب به اندازه درمانی چهره‌به‌چهره با درمانگر مؤثر است (۳۲). نتایج پژوهش برخط حاضر نشان داد، درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره درمانی هر دو بر متغیر پژوهش تأثیر نسبتاً یکسانی داشتند و تفاوت تأثیر آن‌ها چه در اثربخشی و چه در ماندگاری معنادار نبود. کنترل‌نشدن سایر متغیرهایی که ممکن است بر حیطه پژوهش تأثیر بگذارند مانند نوع خشونت، نوع طرح‌واره‌ها، میزان تحصیلات و... از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در ابعاد وسیع‌تر و با انتخاب جامعه پژوهشی متفاوتی مثل مردان با نشانگان خستگی مزمن، پرستاران با نشانگان خستگی مزمن و... انجام گیرد و نتایج این پژوهش‌ها با همدیگر مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود شیوه مشارکت برخط و مشارکت از طریق فراخوان اینترنتی، به منزله موضوع تحقیقاتی بررسی شود و مقایسه نتایج آن با سایر شیوه‌های پژوهش از جمله حضوری صورت گیرد تا مزایا و معایب این شیوه جمع‌آوری نمونه و مشارکت روشن شود. پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان و روان‌شناسان از درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود و طرح‌واره درمانی برای کاهش استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن و آسیب دیده از خشونت شریک زندگی استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد، هر دو مداخله طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش استرس ادراک شده قربانیان خشونت از جانب شریک زندگی با نشانگان سندرم خستگی مزمن، مؤثر هستند. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت، یکی از دلایل اثربخشی یکسان و هم‌زمان هر دو درمان، استفاده از تکنیک‌های رفتاری است. تحقیق کنونی روی زنانی انجام شد که خشونت را از جانب شریک زندگی تجربه کردند. به عنوان اولین نسخه برخط گروه درمانی با این جمعیت خاص، نتایج نشان داد که این دو

References

1. Hockey R. The psychology of fatigue: work, effort and control. First edition. Cambridge University Press; 2013. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139015394>
2. Stith SM, Spencer CM, Ripoll-Núñez KJ, Jaramillo-Sierra AL, Khodadadi-Andariyeh F, Nikparvar F, et al. International adaptation of a treatment program for situational couple violence. J Marital Fam Ther. 2020;46(2):272–88. <https://doi.org/10.1111/jmft.12397>
3. Rimes KA, Wingrove J. Mindfulness-based cognitive therapy for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: a pilot randomized study: mindfulness based cognitive therapy for chronic fatigue syndrome. Clin Psychol Psychother. 2013;20(2):107–17. <https://doi.org/10.1002/cpp.793>
4. Cooper CL, Quick JC. The handbook of stress and health: a guide to research and practice. New York: John Wiley & Sons; 2017. <https://doi.org/10.1002/9781118993811>
5. Akbarian M, Mohammadi Shirmahaleh F, Borjali A, Hassanabadi H, Abolghasemi Sh. The effect of Acceptance and Commitment Therapy on depression, chronic fatigue and pain intensity in patients with fibromyalgia: a study with expected effect. Internal Medicine Today. 2022;28(1):70–85. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/hms.28.1.3599.1>
6. Sidan SA, Ziaei S. Effectiveness of stress management training on quality of life and resilience of women victims of domestic violence. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019;61(1):12–19. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_13787.html?lang=en
7. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. Psychol Rec. 2004;54(4):553–78. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>

8. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(4):93–105. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2221.html?lang=en
9. Neff KD. The role of self-compassion in development: a healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 2009;52(4):211–4. <https://doi.org/10.1159/000215071>
10. Homan KJ, Sirois FM. Self-compassion and physical health: exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open*. 2017;4(2):205510291772954. <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
11. Ghasemi N, Goudarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, shame and guilt-proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety- depression disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(34):145–66. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_9883.html?lang=en
12. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*. 2018;9(4):1011–27. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andoz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand publications; 2021.
14. Straus MA, Douglas EM. A Short Form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence Vict*. 2004;19(5):507–20. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.5.507.63686>
15. Jason LA, Evans M, Brown M, Porter N, Brown A, Hunnell J, et al. Fatigue scales and chronic fatigue syndrome: issues of sensitivity and specificity. *Disabil Stud Q*. 2011;31(1):1375.
16. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
17. Al Sunni A, Latif R. Perceived stress among medical students in preclinical years: a Saudi Arabian perspective. *Saudi Journal for Health Sciences*. 2014;3(3):155–9.
18. Haddadi M, Zakerian SA, Mahmoudi M, Nasl Saraji J, Parsa Yekta Z, Aliyari A. Investigation of chronic fatigue syndrome questionnaire validity and reliability CFS (DSQ Revised). *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;12(1):75–84. [Persian] <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5113-en.html>
19. Astane Z, Mahmude Alilo M. Interactive role of health promotion lifestyle on the relationship between chronic fatigue syndrome and personality factors (Case study; Employees of Amiralmomenin Hospital in Tabriz). *Health Psychology*, 2019;8(30):81-96. doi: [10.30473/hpj.2019.42764.4183](https://doi.org/10.30473/hpj.2019.42764.4183)
20. Panaghi L, Dehghani M, Abbasi M, Mohammadi S, Maleki Gh. Investigating reliability, validity and factor structure of the revised conflict tactics scale. *Journal of Family Research*. 2011;7(1):103–17. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_95844.html
21. Yadavaia JE. Using acceptance and commitment therapy to decrease high-prevalence psychopathology by targeting self-compassion: a randomized controlled trial [PhD dissertation]. [Nevada]: University of Nevada, Reno; 2013. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>
22. Gilbert P. Compassion focused therapy: a special section. *Int J Cogn Ther*. 2010;3(2):95–6. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.95>
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
24. Rezayi S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing depression, anxiety and stress in parents with autistic children. *Clinical Psychology Studies*. 2020;10(38):56–78. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_11983.html?lang=en
25. Barzegar E, Zohrei E, Bostanipour A, Fotohbabadi Kh, Ebrahimi Sh, Hoseinnia M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on perceived stress and aggression in women with premenstrual syndrome. *Psychological Studies*. 2018;14(3):163–78. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3660.html?lang=en
26. Mohammadi SY, Soufi A. The effectiveness of acceptance and commitment treatment on quality of life and perceived stress in cancer patients. *Health Psychology*. 2019;8(32):57–72. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6497.html?lang=en
27. Hadi Toroghi H, Masoudi Sh. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the reduction of perceived stress in the elderly afflicted by chronic pain. *Aging Psychology*. 2019;5(1):1–11. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_1123.html?lang=en
28. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)–based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*. 2015;14(2):83–97. <https://doi.org/10.1177/1534650114539386>
29. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prev Sci*. 2008;9(3):139–52. <https://doi.org/10.1007/s11211-008-0099-4>
30. Hemmati Sabet A, Navabi Nejad S, Khalatbari J. Comparison of scheme therapy and cognitive group therapy on women's perceived stress with high risky sexual behavior. *Journal of Educational Psychology*. 2016;7(2):1–12. [Persian] https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article_588025.html?lang=en
31. Spijkerman MPJ, Pots WTM, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: a review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016;45:102–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
32. Lappalainen P, Granlund A, Siltanen S, Ahonen S, Vitikainen M, Tolvanen A, et al. ACT internet-based vs face-to-face? a randomized controlled trial of two ways to deliver acceptance and commitment therapy for depressive symptoms: an 18-month follow-up. *Behav Res Ther*. 2014;61:43–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>