

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر خودکارآمدی و خودشفقتی زنان بعد از عمل هیسترکتومی

سیما فرزانه<sup>۱</sup>

توکل موسی زاده<sup>۲</sup>

وکیل نظری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۳

### چکیده

هیسترکتومی دومین جراحی شایع است که به‌طور عمده برای آسیب‌های رحمی خوش‌خیم در زنان انجام می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر خودکارآمدی و خودشفقتی زنان بعد از عمل هیسترکتومی است. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه زنان هیسترکتومی شده در شهر اردبیل در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. از این میان تعداد ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در سه گروه آزمایشی و گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند و در هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شدند. داده‌های آزمودنی‌ها به‌وسیله مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و خودشفقتی نف (۲۰۰۳) جمع‌آوری شد. مدت جلسات درمانی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و آموزش طرح‌واره درمانی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به‌صورت فردی و هفته‌ای یک بار انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، در نمره کل متغیر خودکارآمدی ( $F=34/508$ ) و متغیر خودشفقتی ( $F=94/378$ ) وجود دارد. همچنین، در مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره درمانی بر خودکارآمدی و خودشفقتی مشخص شد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی نسبت به طرح‌واره درمانی بیشتر است اما اثربخشی هر دو درمان در بهبود خودشفقتی یکسان است. با توجه به اثربخش بودن پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤل)

T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

و تعهد و طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش، این دو نوع درمان را می‌توان در کنار دیگر مداخلات روان‌شناختی به کار گرفت.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، خودکارآمدی، خودشفقتی، هیستریکتومی

#### مقدمه

هیستریکتومی<sup>۱</sup> دومین جراحی شایع است که به‌طور عمده برای آسیب‌های رحمی خوش‌خیم در زنان انجام می‌شود و یکی از رایج‌ترین جراحی‌ها در زنان مبتلا به بیماری رحم خوش‌خیم است (بو زغیب<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). هیستریکتومی ممکن است منجر به کاهش ناگهانی تولید هورمون جنسی (استروژن و پروژسترون) شود که مسؤول اختلال عملکرد اندوتلیال دیواره رگ است و منجر به سخت شدن عروق و فشارخون شود (دینگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). هیستریکتومی یک عمل جراحی است که شامل برداشتن جزئی یا کامل رحم یک زن است. هیستریکتومی در درجه اول برای نجات زنان از مشکلات تهدید کننده زندگی مرتبط با رحم و داشتن زندگی بهتر و سالم انجام می‌شود. این برای شرایط مختلف زنان که شامل فیبروم رحم است و باعث درد، خونریزی، پرولاپس رحم؛ سرطان رحم، دهانه رحم یا تخمدان؛ آندومتریوز خونریزی غیرطبیعی وازن درد مزمن لگن؛ یا آدنومیوز یا سایر مشکلات انجام می‌شود (شخار و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). در مجموع، وجود اختلالات روانی مانند استرس و افسردگی و ظهور علائم یائسگی غیرطبیعی پس از هیستریکتومی، زنان را در معرض خطر بیشتری از پیامدهای روانی جنسی قرار می‌دهد (گودن کاف و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). در همین راستا دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری پیشنهاد کرده‌اند که سیستم اعتقادی و باوری فرد بر رفتار بیماران و بنابراین پیامدهای سلامتی آنها تأثیر می‌گذارد به‌عنوان مثال، خودکارآمدی<sup>۶</sup> بر توانایی فرد در پایبندی به نسخه‌های پزشکی برای درد سرطان تأثیر می‌گذارد و در نتیجه بر نتایج کنترل درد نیز تأثیرگذار است (چین و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱). خودکارآمدی با توانایی کنترل اعمال خود برای دستیابی به نتایج مطلوب، حتی در شرایط نامساعد، ارتباط دارد. این نشان‌دهنده باورهای فرد در مورد توانایی او در تغییر رفتار هنگام تشخیص بیماری یا جلوگیری از مشکلات احتمالی سلامتی است (زیلیانسکا- وایچکوفسکا<sup>۸</sup>،

1. Hysterectomy
2. Bou Zgheib
3. Ding & et al
4. Shekhar & et al
5. Gudenkauf & et al
6. self-efficacy
7. Chin & et al
8. Zielińska-Więczkowska

۲۰۱۷). مو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با گروه کنترل، گروه آزمایش تغییرات مثبت معنی‌داری را از نظر دانش، نگرش، خودکارآمدی و اقدام برای انجام رفتارهای پیشگیری از سرطان دهانه رحم نشان دادند. یافته‌های کیم و همیلوسکی<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که گنجاندن اطلاعات خودکارآمدی در برنامه‌های سرگرمی ممکن است منجر به نتایج مفید سلامتی و باعث پیشگیری از سرطان دهانه رحم می‌شوند.

علاوه بر مبحث خودکارآمدی، زنانی که تحت هیستریکتومی قرار می‌گیرند اضطراب و استرس زیادی را تجربه می‌کنند، زیرا یائسگی اولیه و برداشتن یک عضو حیاتی، نگرش منفی ایجاد می‌کند و تحریک‌کننده قوی برای اضطراب و مشکلات روانی در زنان است (جین و پانساری<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). از این رو خود شفقتی<sup>۴</sup> می‌تواند عامل محافظتی برای تجربه اضطراب مربوط به علائم یائسگی باشد (جونز و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). اگرچه در دهه‌های اخیر میزان خود شفقتی به‌طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است، اما ظهور میزان خود شفقتی به‌عنوان یک متغیر ارزشمند و مثبت (وجود مؤلفه‌های مثبت: مهربانی از خود، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی) و سرد و منفی (وجود مؤلفه‌های منفی: خود داوری، انزوا و همدردی بیش‌ازحد) همچنان بحث‌برانگیز است (چیو و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). خود شفقتی ممکن است یک عامل محافظتی باشد که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، با اجازه دادن به احساس قدرت و کنترل بیماری و به‌نوبه خود، درگیر شدن در درمان و برداشت مثبت از سلامتی را تسهیل می‌کند (ترستیر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

از جمله درمان‌های روان‌شناختی که مهارت‌های ذهن آگاهی را برای کمک به افراد در پذیرش و تعهد به زندگی مطابق با ارزش‌های شخصی و خودکارآمدی آنها آموزش می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۸</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است که بر توانمندسازی افراد برای پذیرش آنچه خارج از کنترل آنهاست و متعهد شدن به اقدامات ارزشمندی که زندگی آنها را غنی می‌کند متمرکز است؛ هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به توانایی فرد در تماس با لحظه فعلی به‌عنوان یک انسان آگاه و انجام اقدام مبتنی بر ارزش اشاره دارد

- 
1. Mo & et al
  2. Kim & Hmielowski
  3. Jain & Pansare
  4. Self-Compassion
  5. Jones & et al
  6. Chio & et al
  7. Treaster
  8. Acceptance and commitment therapy

(ایتور و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). دورودیان و همکاران (۱۳۹۷) و خشوعی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعات خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مؤثر بوده است. علاوه بر این براتی و همکاران (۲۰۲۱) و موسوی و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیقات خود گزارش دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی اثربخش است. کوهل و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در مطالعات خود گزارش دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خود شفقتی بیماران سرطانی اثربخش است. برم و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم افسردگی، خود شفقتی، ذهن آگاهی و روابط بین فردی علیرغم تغییر علائم اضطراب فیزیولوژیکی، بهبود یافت. کوهل و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعات خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی را گزارش دادند.

یکی دیگر از درمان‌های بررسی شده در این پژوهش که به نظر می‌رسد در افزایش خودکارآمدی و بهبود خودشفقتی اثربخش است طرحواره درمانی<sup>۴</sup> است. هدف طرحواره درمانی شناسایی و تأمین نیازهای اصلی عاطفی است که در اوایل زندگی برآورده نشده‌اند. دو مفهوم اصلی مورد استفاده در طرحواره درمانی، طرحواره‌ها و حالت‌های طرحواره هستند. طرحواره‌ها اعتقادات، احساسات، احساسات و افکار پایدار تجربه فرد را شکل می‌دهند، درحالی که حالت‌های طرحواره به عنوان طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره سازگار یا ناسازگار که در حال حاضر برای یک فرد فعال هستند تعریف می‌شوند (ون دن اند و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). پیترز و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۲۱) در مطالعات خود گزارش دادند که طرحواره درمانی بر کاهش عملکرد روان‌شناختی ناسازگار و افزایش حالت‌های سازگار بیماران مؤثر است. سیدشرفی، نوابی نژاد و ولی‌الله (۱۳۹۸) در پژوهش خود گزارش دادند که طرحواره درمانی نسبت به درمان هیجان مدار تأثیر بیشتری بر خودکارآمدی والدگری زنان داشت. مرادحاصلی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که هر دو روش طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیرگذار بود اما اثر طرحواره درمانی نسبت به شناخت رفتاردرمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کاهش وزن بیشتر بود. ساری و گنچوز<sup>۷</sup> (۲۰۱۹) در مطالعه<sup>۸</sup> که بر روی زنان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر خود شفقتی آنها اثربخش است. ماتوف<sup>۸</sup> (۲۰۱۸) در

- 
1. Aytur & et al
  2. Köhle & et al
  3. Brem & et al
  4. Schema therapy
  5. Van Den & et al
  6. Peeters & et al
  7. Sari & Gençöz
  8. Matoff

پژوهشی با رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که این دو روش درمانی برای درمان مشکلات بین‌فردی و روان‌شناختی مفید است. نتایج پژوهش فرخی و همکاران (۱۳۹۸) حاکی از اثربخشی هر دو مدل درمانی بر پذیرش درد و افزایش خودکارآمدی بیماران جراحی ستون فقرات است. قاسم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند که تلفیق طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث کاهش تعارضات زناشویی شده است. اعلمی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تعارضات زناشویی شد.

لذا با توجه به موارد مطرح‌شده مشخص شد توانایی‌ها و استعدادهای فردی، از جمله خودشفقتی و خودکارآمدی، بر پذیرش وضعیت افراد بیمار تأثیر می‌گذارد از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، مهارت‌های پذیرش و بهبود ذهن‌آگاهی را برای فعالیت بهتر رفتار مورد هدف قرار می‌دهند لذا محقق قصد دارد با استفاده و به‌کارگیری این روش‌ها و سنجش میزان اثربخشی هر یک از آنها بر روی خودکارآمدی و خود شفقتی در زنان هیستریکتومی شده به این نتیجه دست یابد که اثربخشی کدامیک از روش‌های مطرح‌شده بر این سازه‌ها می‌تواند بیشتر باشد و با توجه به یافته‌های حاصل از نتایج راهکارهایی علمی و عملی را در کاهش این علائم ارائه کند.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان هیستریکتومی شده در شهر اردبیل در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۲۰۱۱). نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ زن هیستریکتومی شده بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش در مرحله اول و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر)، طرحواره درمانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل زنان هیستریکتومی شده، تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن تحصیلات حداقل سیکل جهت به پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه بود و ملاک‌های خروج شامل داشتن غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از هماهنگی و کسب مجوز از دانشگاه، ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در دوره درمان شرکت نمایند. شایان ذکر است از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش دریافت شد. قبل از شروع روش‌های درمانی، هر دو گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی

قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌های مورد نظر را پاسخ دهند. مدت جلسات درمانی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش طرحواره درمانی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت فردی و هفته‌ای یک بار انجام شد. پس از تمام شدن دوره درمان گروه‌های تحت درمان و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و سپس داده‌های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر: این مقیاس توسط شرر<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است و عقاید فرد مربوط به توانایی غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر یک از آنها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده است. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۵ تا ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۴، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در نهایت حداقل و حداکثر نمرات مقیاس بین ۸۵ تا ۱۷ است که هر چه نمره فرد بالاتر باشد خودکارآمدی فرد بالاتر و برعکس هر چه نمرات فرد پایین‌تر باشد نشان از خودکارآمدی پایین است. در تحقیق براتی (۱۳۷۶) ضریب پایایی این آزمون از طریق روش اسپیرمن - براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دونیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس خود شفقتی<sup>۲</sup>: این ابزار یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سؤالی است که توسط نف در سال (۲۰۰۳) ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ آیتم)، خود دآوری (۵ آیتم)، انسانیت مشترک (۴ آیتم)، انزوا (۴ آیتم)، ذهن آگاهی (۴ آیتم) و همدردی بیش از حد (۴ آیتم) را دربر می‌گیرد. آزمودنی‌ها به سؤالات این مقیاس در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این ۶ مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتبار یابی مقدماتی این مقیاس نشان داده‌اند همه این ۶ مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تأییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای خود شفقتی این همبستگی درونی را تبیین می‌کند. ثبات درونی این مقیاس در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳). ضرایب آلفای کرونباخ خرده

1. Sherer & et al  
2. Self-compassion Scale

مقیاس‌های این مقیاس بر روی یک نمونه ایرانی نیز در دامنه ۰/۶۱ برای همدردی بیش‌ازحد تا ۰/۸۹ برای ذهن آگاهی گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۸ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

برای اعمال متغیر مستقل از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و آموزش طرح‌واره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) استفاده شد. اعمال متغیر مستقل به صورت انفرادی و در مرکز مشاوره خصوصی و توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی که آموزش دوره‌ها دیده بود صورت گرفته است.

#### جدول ۱. جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (اقتباس از ترخان، ۱۳۹۶)

شماره جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	نوع تکلیف
اول	بیان کلیات	برقراری رابطه اعضا و آشنا کردن آنها با موضوع پژوهش، پاسخ به مقیاس و بستن قرارداد	افزایش خود مهربانی	تمرین بحث گروهی و تعاملات دو چند نفره
دوم	ارائه راهبرد درمانی	بررسی و بحث درباره فنون درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آنها	افزایش نوع دوستی	تمرین توجه
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد و پذیرش وقایع ناراحت‌کننده	کمک به تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پذیرش وقایع شخصی دردناک	افزایش ذهن آگاهی	تمرین گوش دادن فعال
چهارم	ایجاد آگاهی شناختی	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش پذیرش و تن آرامی، تغییر مفاهیم زیان	افزایش حفظ توجه	تمرین الگوها و نقش‌های مختلف در گروه
پنجم	تلاش برای تغییر رفتار	معرفی مدل سه‌بعدی رفتاری جهت بیان مشترک رفتار، احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و تلاش برای تغییر	افزایش نظم جویی هیجانی	تمرین پذیرش مشکلات و ناراحتی‌ها
ششم	ایجاد آگاهی شناختی و احساسی	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خوشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف	افزایش خودکنترلی	تمرین جداسازی شناختی

افزایش ارزیابی شناختی و کاهش خود قضاوتی و کاهش انزوا	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی	ایجاد انگیزه برای تغییر	هفتم
تمرین مفهوم بودن در زمان حال	تشخیص افراطی بر اساس مجموعه برنامه‌های تمرینی.	آموزش تعهد به عمل و جمع بندی	هشتم
تمرین تعهد، به اجرای تحقیق	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون		

### جدول ۲. آموزش مهارت‌های طرحواره درمانی

جلسات	مهارت‌های آموزش داده شده
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی پژوهشگر و اعضا و بررسی اهداف، تمرکز بر تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون و آغاز آموزش تکلیف خانگی
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح سبک‌های مقابله‌ای
سوم	راهبردهای شناختی، ارائه منطق تکنیک‌های شناختی، استعاره جنگ، تعریف جدید از شواهد تهدید کننده طرحواره
چهارم	تکنیک‌های شناختی، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
پنجم	راهبردهای تجربی، ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصاویر ذهنی گذشته به زمان حال، الگو شکنی رفتاری، بررسی تکالیف جلسه قبلی و گرفتن بازخورد از اعضا
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و ارائه تکلیف
هفتم	تکنیک‌های رفتاری، بررسی تکالیف جلسات گذشته و گرفتن بازخورد، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته، بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع‌آوری و نتیجه‌گیری نهایی پس‌آزمون و ختم جلسات

### یافته‌ها

تعداد ۴۵ زن هیستریکتومی شده در سه گروه آزمایش و کنترل هر یک به تعداد ۱۵ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد  $49/60 \pm 2/87$ ، گروه طرحواره درمانی  $50/00 \pm 3/38$  و گروه کنترل و  $50/13 \pm 2/44$  است. گروه‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل از لحاظ وضعیت تأهل ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) متأهل، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوت شده و ۱ نفر (۶/۷ درصد) مطلقه می‌باشند. از لحاظ تحصیلات ۹ نفر (۶۰/۰۰ درصد) زیردیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کارشناسی می‌باشند. از لحاظ توزیع نوع بیماری گروه‌های

درمان مبتنی بر پذیرش، طرحواره درمانی و تعهد و گروه کنترل به ترتیب ۹ نفر (۶۰/۰۰ درصد) شکمی و ۶ نفر (۴۰/۰۰ درصد) واژینال می‌باشند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل
	M±SD	M±SD
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۵۷/۵±۰۰/۷۹
	پس‌آزمون	۵۸/۶±۵۳/۴۰
خودشفقتی	پیش‌آزمون	۵۱/۸±۴۰/۸۷
	پس‌آزمون	۵۱/۸±۶۶/۶۹
		۵۱/۸±۷۳/۸۶

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های سه گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای خودکارآمدی و خودشفقتی را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون متغیرهای خودکارآمدی و خودشفقتی افزایش می‌یابد اما در گروه کنترل تغییر چندانی نکرده‌اند.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ( $P > 0.05$ )، بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس، همگنی شیب خط رگرسیون بین متغیر همپراش و وابسته و رابطه خطی بین متغیر وابسته و همپراش مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۴. نتایج آزمون معناداری کوواریانس چند متغیری بر روی افسردگی، اضطراب، استرس،

خودکارآمدی و خودشفقتی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه	خطای	P	مجذور اتا
			df	df		
اثر پیلاپی	۰/۸۹۶	۱۶/۲۳۴	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵
لامبدا ویلکز	۰/۱۴۳	۳۲/۰۶۲	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
اثر هتلینگ	۵/۷۱۸	۵۴/۳۲۵	۴	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۵/۶۷۰	۱۱۳/۴۰۴	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که سه گروه مورد مطالعه حداقل از نظر

یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارند. مجذور آتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس (مانکوا) برای بررسی تفاوت معنادار بین سه گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودکارآمدی و خودشفقتی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	Sig	آتا
پیش‌آزمون	خودکارآمدی	۳۴/۸۷۴	۱	۳۴/۸۷۴	۳/۰۳۸	۰/۰۸	۰/۰۷
	خودشفقتی	۰/۳۲۶	۱	۰/۳۲۶	۰/۳۶۳	۰/۵۵	۰/۰۰۹
گروه	خودکارآمدی	۷۹۲/۲۰	۳	۳۹۶/۱۰۰	۳۴/۵۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
	خودشفقتی	۱۶۹/۳۹۲	۲	۸۴/۶۹۶	۹۴/۳۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، در نمره کل متغیر خودکارآمدی ( $F=۳۴/۵۰۸$ ) و متغیر خودشفقتی ( $F=۹۴/۳۷۸$ ) وجود داشت.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین پس‌آزمون خودکارآمدی و خودشفقتی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	مقدار احتمال
خودکارآمدی	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	۳/۱۳۹*	۰/۷۱۷	۰/۰۰۱
		کنترل	۸/۵۴۰*	۰/۷۳۷	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	-۳/۱۳۹*	۰/۷۱۷	۰/۰۰۱
		کنترل	۵/۴۰۱*	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱
خودشفقتی	کنترل	پذیرش و تعهد	۵/۵۴۰*	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی	-۵/۴۰۱*	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	۰/۷۹۰	۰/۳۴۶	۰/۰۸۵
		کنترل	۴/۵۱۷*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	پذیرش و تعهد	-۰/۷۹۰	۰/۳۴۶	۰/۰۸۵
		کنترل	۳/۷۲۷*	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱
	کنترل	پذیرش و تعهد	-۴/۵۱۷*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی	-۳/۳۲۷*	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در متغیر خودشفقتی بین درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) اما بین پذیرش و تعهد و گروه کنترل و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به عبارتی هر دو درمان در بهبود خودشفقتی تأثیر معنادار داشته‌اند اما این دو درمان از نظر اثربخشی تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند. در متغیر خودکارآمدی بین درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین بین درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل و طرحواره درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ); به عبارت دیگر هر دو درمان بر افزایش خودکارآمدی تأثیر معنادار داشته‌اند. علاوه بر این اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی نسبت به طرحواره درمانی بیشتر است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و خودشفقتی زنان بعد از عمل هیسترکتومی بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو درمان بر خودکارآمدی و خودشفقتی زنان هیسترکتومی شده بعد از انجام پس‌آزمون تأثیر معناداری داشته‌اند. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد هر دو درمان در بهبود خودشفقتی تأثیر معنادار داشته‌اند اما این دو درمان از نظر اثربخشی تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند. در متغیر خودکارآمدی بین درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر دو درمان بر افزایش خودکارآمدی تأثیر معنادار داشته‌اند. علاوه بر این اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی نسبت به طرحواره درمانی بیشتر است.

نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی با مطالعات دورودیان و همکاران (۱۳۹۷)، خشوعی و همکاران (۲۰۱۶)، موسوی و همکاران (۲۰۲۱) و براتی و همکاران (۲۰۲۱) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد درمانی به افراد کمک می‌کند با وجود موانع ناشی از بیماری، ارزش‌های شخصی خود را دوباره کشف و مطابق با آنها زندگی کنند. تحقیقات قبلی مشخص کرده است که فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ایجاد تغییرات مثبت در سایر جمعیت‌های مورد مطالعه، مانند افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی (بیکن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴) و بیماران مبتلا به درد مزمن (ماتیاس و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) مؤثر بوده است. درنهایت، آگاهی از

نکات مثبت و منفی، به فرد کمک می‌کند تا با استفاده از راهکارهای مؤثرتر و مناسب، با مشکلات خود کنار بیاید و با بهبود توانایی‌ها و تجربه موفقیت، به یک سطح خودکارآمدی قابل قبول برسد.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود شفقتی زنان هیستریکتومی شده با مطالعات کوهل و همکاران (۲۰۱۷) و کوهل و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. برم و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم افسردگی، خود شفقتی، ذهن‌آگاهی و روابط بین‌فردی علیرغم تغییر علائم اضطراب فیزیولوژیکی، بهبود یافت. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مردم برای جلوگیری از افکار منفی آنها و تحریک آنها برای زندگی مطابق با ارزش‌های شخصی آنهاست (تیرچ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به‌عنوان مثال زنان هیستریکتومی شده بیان کردند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد آنها را متوجه اهمیت نه‌تنها تمرکز بر (نیازهای) خود و مهربان بودن و مراقبت نسبت به خود می‌کند، بلکه با همان میزان باعث می‌شود با خود شفقتی رفتار کنند.

علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر خودکارآمدی با مطالعات پیترز و همکاران (۲۰۲۱)، سید شریفی و همکاران (۱۳۹۸) و مراد حاصلی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است.

در تبیین این فرض می‌توان گفت طرحواره درمانی سنجش کلیه مؤلفه‌های طرحواره‌ها و رفتارهای ناسازگار است تا بیماران بتوانند نیازهای عاطفی خود را از راه‌های انطباقی برآورده کنند. برای این منظور، تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، همراه با یک رابطه درمانی که با تقابل همدلی و بازپروری محدود مشخص می‌شود استفاده می‌شود؛ زیرا تقویت بخشی از خود که درک می‌کند و نسبت به خود و نیازهای عاطفی فرد آگاه می‌شود، یک هدف مهم طرحواره درمانی است؛ به‌عبارت‌دیگر طرحواره درمانی با ایجاد تغییرات اساسی در زمینه‌های رفتاری، شناختی و عاطفی و هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار و ناکارآمد رو به چالش می‌کشد و افکار و توانمندی‌های مثبت را جایگزین آن می‌کند و با استفاده از این تکنیک خودکارآمدی فرد را افزایش می‌دهد (باخ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). همچنین این اثربخشی طرحواره درمانی بر خودشفقتی زنان هیستریکتومی شده با مطالعه ساری و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این فرض می‌توان اظهار داشت که این درمان به بیماران کمک می‌کند تا با شناسایی و درک موفقیت‌های خود، دست از انتقاد کردن خود بردارند و با انجام رفتارهای سازگارانه در حالت فعلی از خود مراقبت کنند؛ به‌عبارت‌دیگر زمانی

1. Tirsch & et a  
2. Bach & et a

که دیگران دچار خطا می‌شوند به جای آنکه به ارزیابی و قضاوت درباره آنها بپردازند و با نگرش سخت آنها را مورد بازخواست قرار بدهند نسبت به اوضاع بیرونی اتفاق بینش پیدا کرده، با دیگران با ملایمت و مهربانی برخورد خواهند کرد. علاوه بر این تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور فزاینده‌ای در طرحواره درمانی افزایش می‌یابد تا آگاهی از فرایندهای طرحواره را افزایش داده و تطبیق دهد در نتیجه فرد خودشفتی بالایی در وضعیت ناسازگار دارد (تیمم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷).

همان‌طور که نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد در متغیر خودکارآمدی بین درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر هر دو درمان بر خودکارآمدی تأثیر معنادار داشته‌اند. علاوه بر این اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در خودکارآمدی نسبت به طرحواره درمانی بیشتر است. این نتایج با یافته‌های فرخی و همکاران (۱۳۹۸) همخوان است.

این تفاوت را می‌توان بدین صورت تبیین کرد همان‌طور که در تبیین فرضیه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی بیان شد امکان دارد علت این تأثیر، تأکید این درمان بر توانمندی‌ها و کارآمدی فرد هنگام مواجهه شدن با مشکلات و چالش‌های زندگی باشد به عبارت دیگر همان‌طور که قبلاً هم بیان شد این روش درمان، تأکید بسیار زیادی بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آنها کمک شود افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند (ژانگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸).

در نهایت همان‌طور که نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد در متغیر خودشفتی بین درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد به عبارتی هر دو درمان در بهبود خودشفتی تأثیر معنادار داشته‌اند اما این دو درمان از نظر اثربخشی تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند. در این راستا قاسم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۸)، ماتوف (۲۰۱۸) و اعلمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمت زوجین متقاضی طلاق مؤثر است. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فرمول‌بندی طرحواره را در مشکلات بین فردی ارزیابی کرده و مداخله درمانی را برای زوجین هنجار کردند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره تأثیر قابل توجهی در کاهش مشکلات بین فردی زوجین دارد.

این عدم تفاوت را می‌توان به این صورت تبیین کرد که تمرکز هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر بهبود ذهن آگاهی، جلوگیری از انتقاد کردن خود و ترغیب آنها به اینکه با دیگران با ملایمت و مهربانی برخورد داشته باشند، بود (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

محدود بودن پژوهش حاضر به زنان هیستریکتومی شده شهر اردبیل که تعمیم نتایج به سایر زنان هیستریکتومی شده در دیگر مناطق جغرافیایی را با محدودیت مواجه می‌کند و نداشتن مرحله پیگیری به‌منظور تداوم و آگاهی یافتن از اثربخشی درمان‌ها دو محدودیت عمده پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه این پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر بر روی همین گروه نمونه اجرا و یافته‌های آن با نتایج مطالعه حاضر مقایسه شود. به‌طور کلی نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های انجام‌شده و پژوهش حاضر، این شد که هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم طرحواره درمانی به‌عنوان مکانیسم‌های تأثیرگذار روشی مناسب برای ارتقا خودکارآمدی و خودشفقتی این گروه از افراد است و می‌توانند به‌عنوان راهی برای جلوگیری از اختلالات روانی و اجتماعی باشند. علاوه بر این انجام تمرین‌های تعهد رفتاری، شناسایی تکنیک‌های مبتنی بر ارزش‌ها و پذیرش و مواجهه همدلانه، درک نیازهای هیجانی و یادگیری برآورده کردن نیازهای عاطفی خود از راه‌های انطباقی باعث افزایش خودکارآمدی و خودشفقتی زنان هیستریکتومی شده می‌شود. در نتیجه این دو نوع درمان را می‌توان در کنار دیگر مداخلات روان‌شناختی بکار گرفت.

## References

- Aalami, M., Taimory, S., & Ahi, G. (2020). The Effectiveness of an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy on Marital Conflicts and Divorce Tendency in Divorce Applicant Couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(1), 132-141. (Text in Persian).
- Delavar A. (1390). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. (Edition 2), Tehran: Roshd. (Text in Persian).
- Aytur, S.A., Ray, K.L., Meier, S.K., Campbell, J., Gendron, B., Waller, N., & Robin, D. A. (2021). Neural mechanisms of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A network-based fMRI approach. *journal of Frontiers in humanneuroscience*, 15(1), 1-13
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Journal of Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349.

Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 402-420.

Barati Bakhtiari, Siamak (2007). Investigating the simple and multiple relationship of self-efficacy, self-esteem and self-discovery variables with academic performance in third year students of the new secondary system of Ahvaz city. Master Thesis in Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. (Text in Persian).

Barati, A., Ebrahimi, M. I., & Firoozeh, Z. (2021). Comparison of the effectiveness of gestalt coaching training and acceptance and commitment-based therapy on emotional intelligence and self-efficacy. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(4), 930-940. (Text in Persian).

Basharpoor, S. (2014). Psychometric properties of the Persian version of the self compassion scale in university students. *Journal of Research in Psychological Health*, 7 (2), 66-75. (Text in Persian).

BouZgheib, N. (2021). Major Intraoperative Injuries during Hysterectomy: Prevention, Recognition and Management. *Journal of Gynecologic Surgery*, 37(3), 188-189.

Chin, C. H., Tseng, L. M., Chao, T. C., Wang, T. J., Wu, S. F., & Liang, S. Y. (2021). Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast cancer. *Journal of PLoS one*, 16(2), 1-10.

Chio, F. H., Mak, W. W., & Ben, C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Journal of Clinical Psychology Review*, 85(3), 101-986.

Ding, D. C., Tsai, I. J., Hsu, C. Y., Wang, J. H., Lin, S. Z., & Sung, F. C. (2018). Risk of hypertension after hysterectomy: a population-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(13), 1717-1724.

Doroudian, N., Madahi, M.I., & Khalatbari, J. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on emotional regulation and self-efficacy of women with social anxiety. *Journal of Cultural and Educational Quarterly of Women and Family*, 13 (44), 89-108. (Text in Persian).

Farokhi, H., Ansarishahidi, M., Rezayi, H., abrahemi, A., & arbkhheradmand, J. (2019). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy,

Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy in Spinal Column Surgery Patients. *Journal of Applied Psychological Research*, 10 (4), 89-96. (Text in Persian).

Ghasem-Abadi E, Khalatbari J, Ghorban-Shiroudi Sh, Rahmani MA. Effectiveness of Schema and Commitment Therapy, Compassion-based Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Marital Conflict among Married Women in Social. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(2):157-64. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23231>. (Text in Persian).

Gudenkauf, LM., Antoni, MH., Stagl, J.M., Lechner, S.C., Jutagir, D.R., Bouchard, L.C. & et al. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4): 677-688.

Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2004). A practical guide to acceptance and commitment therapy: Springer Science & Business Media.

Jain, S., Pansare, S. (2021) Psychological impact of pre-operative education on post-operative health in patients undergoing elective hysterectomy. *The New Indian Journal of OBGYN*, 8(1): 33-8.

Jones, K. M., Brown, L., Houston, E. E., & Bryant, C. (2021). The role of self-compassion in the relationship between hot flushes and night sweats and anxiety. *Journal of Maturitas*, 144(2), 81-86.

Khashouei, M.M., Ghorbani, M., & Tabatabaei, F. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Global Journal of Health Science*, 9(5), 18-26. (Text in Persian).

Kim, M. O., Yu, M., Ju, S. J., Kim, K. S., Choi, J. H., & Kim, H. J. (2013). Depression cognition and health promoting behaviors of smoking and non-smoking college students. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 30(3), 35-46.

Kim, S., & Hmielowski, J. D. (2017). The Influence of Self-efficacy in Medical Drama Television Programming on Behaviors and Emotions that Promote Cervical Cancer Prevention. *American journal of health behavior*, 41(6), 719-727.

Köhle, N., Drossaert, C. H., Jaran, J., Schreurs, K. M., Verdonck-de Leeuw, I. M., & Bohlmeijer, E. T. (2017). User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-16.

Mathias, B., Parry-Jones, B., & Huws, J. C. (2014). Individual experiences of an acceptance-based pain management programme: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Psychology & health*, 29(3), 279-296.

Matoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Journal of Cogent psychology*, 5(1), 1453595.

Moradhaseli, M., Shams Esfandabad, H., Kakavand, A. (2016). The Effect of Cognitive Behavior Therapy on Weight Efficacy of Life Style in Female Students. *Clinical Psychology Studies*, 6(22), 1-19. (Text in Persian).

Mousavi Tile Bani, M., Ahadi, H., & Sabet, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on psychological well-being and self-efficacy of schoolchildren with low vision. *Journal of Preventive Medicine*, 8(1), 32-23. (Text in Persian).

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Journal of Self and identity*, 2(2), 85-101.

Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76.

Qasem-Abadi, E., Khalatbari, J., Ghorban-Shiroudi, S. H., & Rahmani, M. A. (2019). Effectiveness of schema and commitment therapy, compassion-based therapy and dialectical behavior therapy on marital conflict among married women in Social Emergency Services of Tonekabon and Ramsar. *Journal of Social Health*, 6(2), 157-164. (Text in Persian).

Sarı, S., & Gençöz, F. (2019). Women's experiences of group intervention with schema therapy techniques: A qualitative process analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 301-310.

Seyyedsharifi, M., Navabi Nezhad, S., farzad, V. (2019), Comparison of the effectiveness of emotional - focused and schema therapy approach on the self-Efficacy of parenting in mothers of the household head. *Psychological sciences*, 18(76), 407-415. (Text in Persian).

Shekhar, C., Paswan, B., & Singh, A. (2019). Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. *Journal of Reproductive health*, 16(1), 1-16.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Journal of Psychological reports*, 51(2), 663-671.

Thimm, J.C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 3-17.

Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger Publications.

Treaster, M. (2018). Self-Compassion and Physical Health-Related Quality of Life in Cancer: Mediating Effects of Control Beliefs and Treatment Adherence.

Van Den End, A., Dekker, J., Beekman, A. T., Aarts, I., Snoek, A., Blankers, M., & Thomaes, K. (2021). Clinical Efficacy and Cost-Effectiveness of Imagery Rescripting Only Compared to Imagery Rescripting and Schema Therapy in Adult Patients With PTSD and Comorbid Cluster C Personality Disorder: Study Design of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Frontiers in Psychiatry*, 12(1), 314-328.

Wang, F., Li, C., Li, S.L. (2014). Integrated interventions for improving negative emotions and stress reactions of young women receiving total hysterectomy. *International journal of clinical and experimental medicine*, 7(1), 331-336.

Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *journal of Frontiers in psychology*, 8(1), 1-6

Zielińska-Więczkowska, H. (2017). Correlations between satisfaction with life and selected personal resources among students of Universities of the Third Age. *Journal of Clinical interventions in aging*, 12(1), 1391-1399.

---

**Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and schema therapy on the self-efficacy and Self compassion of women after hysterectomy**

*Sima farzaneh*<sup>1</sup>  
*Tavakol mousazadeh*<sup>2</sup>  
*Vakil Nazarzadeh*<sup>3</sup>

**Abstract**

Hysterectomy is the second most common surgery performed mainly for benign uterine injuries in women. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on the self-efficacy and self-compassion of women after hysterectomy. The method of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study consists of all hysterectomized women in Ardabil in 2020. From among them, 45 people were selected by available sampling and Randomly assigned into three groups including two experimental groups and one control group in three experimental groups and control group (15 people in each group). Subjects' data were collected using the self-compassion of Scherer et al (1982) and Self-compassion of Neff (2003) scales. The duration of the treatment sessions For acceptance and commitment group was acceptance and commitment (8 sessions of 90 minutes) and schema therapy training (8 sessions of 90 minutes) which was done individually and once a week. Multivariate covariance test using SPSS25 software was used to analyze the data. The results showed that there was a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in the total score of the self-efficacy variable ( $F = 34.508$ ) and the self-compassion variable ( $F = 94.378$ ). Also, comparing acceptance and commitment therapy with schema therapy on self-efficacy and self-compassion it was found that the effectiveness of acceptance and commitment therapy in increasing self-efficacy is higher than schema therapy, but the effectiveness of both treatments in improving self-compassion is the same. Due to the effectiveness of treatment protocols based on

---

<sup>1</sup>. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

<sup>2</sup>. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. Corresponding author's T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

<sup>3</sup>. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

---

acceptance and commitment and schema therapy on research variables, these two types of treatment can be used along with other psychological interventions.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy, Self-Efficacy, Self-Compatibility, Hysterectomy