

## مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی از شفقت در مادران مراقب خانواده

زرین تاج خسروی<sup>۱</sup>

شکوه نوایی نژاد<sup>۲</sup>

ذبیح پیرانی<sup>۳</sup>

### چکیده

مادران مراقبت کننده از کودکان اتیسم و کودکان دچار اختلال جسمی - حرکتی، نه تنها از فشار مسئولیت رنج می‌برند، بلکه در خطر ابتلاء به مشکلات و ناتوانی‌های روانی هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی از شفقت در مادران مراقب خانواده بود. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، همه مادران کودکان با اختلال اتیسم و کودکان با مشکلات جسمی - حرکتی بودند که فرزندشان در مدارس ویژه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند که از میان آن‌ها ۴۵ مادر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و با همگن سازی سن و مدت زمان مراقبت در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. شرکت کننده‌ها به پرسشنامه خستگی از شفقت مراقبین خانواده، نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸)؛ نسخه دوم پرسشنامه تعهد و عمل بودند و همکاران (۲۰۱۱) پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل طرح آمیخته و نرم افزار SPSS25 استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر طرحواره ( $F=11/41$  و  $P < 0/01$ ) و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ( $F=19/77$  و  $P < 0/01$ ) در مقایسه با گروه کنترل بر خستگی از شفقت مؤثر بودند. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو بر کاهش خستگی از شفقت مادران مراقب خانواده مؤثر بودند. همچنین بین اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر طرحواره، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، خستگی از شفقت، مادران مراقب خانواده

۱. گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲. گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. گروه روان شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

## مقدمه

امروزه با افزایش بیماران مزمن، افراد مسن، افراد دارای انواع معلولیت، مشکلات روحی و به طور کلی افراد دارای نیازهای ویژه مراقبتی، اعضای خانواده این افراد به خصوص فرد اصلی مراقبت کننده نیز در خطر آسیب‌های جدی جسمی و روانی قرار دارند. مراقبین خانوادگی به دلیل مواجهه طولانی مدت با عضو نیازمند مراقبت در خانواده، وجود مشکلات مختلف و مسئولیت‌های متعدد مراقبتی و سایر وظایف و برنامه‌های شخصی و گاه شغلی خود، پس از مدتی به بیمارانی پنهان مبدل می‌شوند که متأسفانه کمتر به سلامت جسمی و روانی آنها توجه می‌شود. به خصوص در رابطه با بعد روانی مراقبان، مطالعات نشان داده‌اند که ارائه مراقبت طولانی مدت و خستگی ناشی از آن با پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت پایین زندگی، تعارضات خانوادگی، انزوای اجتماعی و کاهش سلامت روانی ارتباط دارد (سینمر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹. آلنزی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). به طور خلاصه، هنگامی که یک کودک، یک شریک زندگی و یا والد به دنبال یک حادثه دچار آسیب‌های گوناگونی می‌شود و یا با یک بیماری تهدید کننده زندگی مانند سرطان تشخیص داده می‌شود، بحث مراقبت خانوادگی مطرح می‌شود. به خصوص وقتی که این نیازهای مراقبتی به طور طولانی مدتی ادامه پیدا می‌کنند برای مثال زمانی که والدین باید از فرزند معلول خود از بدو تولدش مراقبت کنند یا زمانی که مجبور به مراقبت از اعضای خانواده خود با شرایط بیماری مزمن و رو به وخامتی مانند آلزایمر، و یا نیاز به مراقبت مداوم ناشی از سکته هستند (استوارت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مراقبت از خانواده جنبه مهمی از کار بدون دستمزد است (ایلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). مراقب بیمار میتواند هر کدام از این افراد باشد: همسر، اقوام نزدیک و درجه یک و افراد مهم دیگری که در ارتباط با بیمار هستند (والبرگ و گرو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). وقتی فرد مراقبت شونده یک فرزند با نیازهای ویژه باشد نقش اصلی مراقبت را والدین به خصوص مادران برعهده دارند. مادران بخش زیادی از کار در خانه، مراقبت عاطفی و جسمی از فرزند معلول، نظارت بر علائم بیماری یا معلولیت و حتی کمک جهت هزینه‌های مالی فرزندشان را برعهده دارند و به همین دلیل سطح بالایی از استرس و سطح پایینی از سلامت روانی و جسمانی را دارا هستند.

یکی از آسیب‌های مراقبت طولانی مدت، خستگی شفقت<sup>۶</sup> است. شفقت، احساس همدردی و اندوه برای فرد دیگر همراه با تمایل شدید برای تسکین درد یا از بین بردن علت آن در فرد دچار رنج و مصیبت است. فیگلی<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) بیان می‌کند که ما نمی‌توانیم از همدلی و شفقت اجتناب کنیم زیرا اینها ابزار مورد نیاز در هنر خدمات انسانی هستند. به خصوص وقتی افرادی چه به صورت رسمی و حرفه‌ای مثل پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان و متولیان خدمات اجتماعی و چه غیر رسمی مثل اعضای خانواده، مسئولیت مراقبت از افراد دیگر را برعهده دارند، باید در کار

1. Senmar et al
2. Alnazly et al
3. Stewart et al
4. ILO
5. Valeberg & Grov
6. Compassion Fatigu (CF)
7. Figli

خود همدلی، دلسوزی و شفقت داشته باشند ولی در این شفقت هزینه‌ای آشکار برای فرد مراقب وجود دارد. لینچ و لوبو<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) اضافه کردند که خستگی شفقت زمانی اتفاق می‌افتد که یک رابطه مراقبتی که بر مبنای همدلی بنا شده، پتانسیل تبدیل یک پاسخ روانشناختی عمیق را به استرس داشته باشد و بطور کامل پیشرفت می‌کند تا جایی که به خستگی فیزیکی، روانی، روحی و اجتماعی تبدیل می‌شود. بنابراین پاسخ روان‌شناختی به ابراز همدلی و تجربه رنج، مبنای پیشرفت استرس و در نتیجه خستگی شفقت ناشی از آن است. خستگی از نظر لغوی هم شامل خستگی جسمی و هم روانی است. از نظر فیزیولوژی، خستگی به معنای کاهش موقت تحریک‌پذیری یا عملکرد اندام‌ها، بافت‌ها، یا سلول‌ها پس از انجام کار یا تحریک بیش از حد است (فیگلی و فیگلی، ۲۰۱۷). خستگی شفقت از تجمع حل نشده استرس شفقت (آسیب ثانویه) ناشی می‌شود. این افزایش استرس ثانویه ناشی از مواجهه هر روزه با عوامل استرس‌زای انباشته شده از ارائه خدمات انسانی به مراجعان در معرض رنج ناشی می‌شود (فیگلی و فیگلی، ۲۰۱۷). همچنین باید توجه داشت خستگی شفقت مفهومی مبهم است که با ترومای نیابتی، فرسودگی شغلی و استرس، همپوشانی دارد، به طوری که برخی معتقدند فاقد شرایط وضوح مفهومی است (سینکلر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). و شامل دو بخش است: فرسودگی<sup>۳</sup> و استرس آسیب ثانویه<sup>۴</sup>. از طرف دیگر رضایت از شفقت نشان‌دهنده جنبه‌های مثبت مراقبت کردن است. در نتیجه می‌توان گفت رضایت از شفقت و خستگی شفقت هر دو از پیامدهای مهم مراقبت کردن هستند (استام<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). همچنین خستگی شفقت به احساسات جمع شونده منفی اشاره دارد که ممکن است در طول قرار گرفتن مداوم در معرض موقعیت‌های تروماتیک و استرس‌زا نتیجه دهد و حالت خستگی عاطفی و فیزیکی به دلیل تداوم رابطه مراقبتی با فردی است که از آسیبی ناگهانی یا شدید رنج می‌برد (صفا و همکاران،).

این نکته ضروری است که این پدیده در طی زمان و در نتیجه تماس مکرر با شرایط ایجادکننده آن به وجود آمده و خطر بروز آن نیز در تمام افراد کمک‌کننده یکسان نبوده و هر فردی که علائم نامبرده را داشت، لزوماً دچار خستگی از شفقت نخواهد بود (شیپارد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). افراد مبتلا و یا در معرض ابتلا به سندرم خستگی شفقت، نیاز به پیشگیری و درمان دارند. این در حالی است که اغلب پژوهش‌های انجام شده به خستگی شفقت در افرادی که به طور حرفه‌ای با بیماران، معلولین، سالمندان و یا افراد در معرض فجایع طبیعی و غیرطبیعی قرار دارند، می‌پردازد و مطالعات بسیار کمی در رابطه با مراقبین غیررسمی مثل مادران مراقب خانواده وجود دارد. بنابراین به کارگیری مداخلاتی که بتواند از استرس این مادران بکاهد و تحمل آنان را افزایش دهد حائز اهمیت زیاد است. یکی از این مداخلات که به عنوان یک رویکرد از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری مطرح است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. هدف مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد ترویج الگوهای رفتار سلامت‌جدید افراد از طریق بهبود

1. Lynch & Lobo
2. Sinclair et al
3. burnout
4. Secondary traumatic stress (STS)
5. stamm
6. Sheppard

ساختار کلیدی انعطاف‌پذیری روانی است، که به عنوان توانایی تماس کامل‌تر با لحظه حال همراه با پذیرش و ذهن آگاهی به عنوان یک انسان آگاه تعریف می‌شود (ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). براساس مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی، که از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش و تعهد اجرا می‌شود، افراد حفظ و نگهداری تغییر رفتار سلامت بلند مدت را از طریق اعمال متعهدانه، در خدمت ارزش‌های انتخابی بهبود می‌بخشند و در حالی که وجود افکار، قوانین و احساسات مخالف را به عنوان بخشی از خود می‌پذیرند اما تعیین‌کننده رفتار آن‌ها نیستند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). مهارت‌هایی که در این مداخله آموزش داده می‌شوند عبارتند از: ذهن آگاهی، شفاف‌سازی ارزش‌ها، و تمایل به تجربه پریشانی از طریق مداخله رو در رو یا از طریق دی‌وی (موفیت و موهر، ۲۰۱۵).

همچنین آموزش طرحواره محور یک فرآیند انطباق را شامل می‌شود که از طریق آن مراجعان طرحواره‌های ناسازگار قبلی خود را، با توجه به این حقیقت که اتفاقات بد نیز ممکن است گریبان افراد خوب را بگیرد و پیامدها الزاماً به طور عادلانه رخ نمیدهند، تغییر دهند (یانگ، ۱۹۹۹). طرحواره درمانی رویکردی است که بر جنبه‌های سالم شخصیت بیمار انگشت می‌گذارد و از آن‌ها حمایت می‌کند. این مدل بر توانمندسازی بیمار تکیه دارد. درمانگر با کمک بیمار، اتحادی سالم با جنبه سالم او به وجود می‌آورد تا علیه طرحواره بجنگند. هدف نهایی درمان، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در فرد است (یانگ، کلسکو و ویشار، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۴). به همین علت آموزش مبتنی بر طرحواره با ایجاد آگاهی از ریشه‌های مسائل و مشکلات افراد می‌تواند باعث تغییر و بهزیستی بیشتر افراد گردد. به هر حال هدف این پژوهش در وهله اول جلب توجه جامعه علمی و روانشناسی به خصوص سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان به گروه بزرگی از افراد جامعه تحت عنوان مادران مراقب خانواده و آسیب‌ها و مشکلاتی که آن‌ها را تهدید می‌کند بوده و همچنین در پی پاسخ به این سوال اصلی بود که: آیا آموزش‌های مبتنی بر طرحواره و پذیرش و تعهد می‌توانند بر میزان علائم ناشی از خستگی شفقت مادران مراقب خانواده مؤثر باشند؟ و آیا بین اثربخشی این دو روش تفاوتی وجود دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه مادران مراقب خانواده بودند که دارای فرزند با نیازهای ویژه بوده و فرزندشان در مدارس استثنایی شهرستان‌های تهران در سال ۱۳۹۸ تحصیل کرده‌اند. نمونه شامل ۴۵ نفر مادر دارای فرزند با نیازهای ویژه هستند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در هر سه گروه ابتدا پرسشنامه پیش‌آزمون اجرا شد، سپس برای یکی از دو گروه آزمایشی، برنامه ۸ هفته‌ای آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای گروه آزمایشی دوم برنامه ۸ هفته‌ای آموزش مبتنی بر طرحواره ارائه شد در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل: حداقل سه سال از شروع کار مراقبتی آن‌ها گذشته باشد، نمره بالاتر از خط برش در

1. Zhang et al

2. Moffitt and Mohr

پرسشنامه خستگی شفقت، در نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار داشتن حداقل دو حوزه طرحواره‌ای، عدم ابتلا به بیماری خاص، عدم سوءمصرف مواد و مصرف الکل، عدم درگیری با بحرانهای خاص خانوادگی به جز مسائل مربوط به مراقبت، عدم دریافت موازی درمان‌ها یا آموزش‌های روان‌شناختی دیگر. جهت تحلیل یافته‌های پژوهش از روش تحلیل طرح آمیخته<sup>۱</sup> و نرم افزار Spss25 استفاده شده است.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه خستگی از شفقت مراقبین خانواده: این پرسشنامه به وسیله محقق در سال ۱۳۹۸ به منظور ارزیابی میزان خستگی شفقت مراقبین خانواده اعتباریابی شده است. صابری، زاغری تفرشی، محتشمی، عبادی (۲۰۱۷) مقیاس خستگی مهرورزی پرستاران را طراحی و اعتباریابی کردند. از آنجا که هیچ پرسشنامه هنجاریابی شده‌ای برای ارزیابی میزان خستگی شفقت مراقبین خانواده وجود نداشت، پس از مشورت با چند نفر از اساتید روانشناسی، مشاوره و پرستاری، با تغییرات در برخی گویه‌ها و عبارات مثل عبارت مراقبت شونده در کنار کلمه بیمار، روایی عاملی پرسشنامه جدید بررسی شد. پرسشنامه مزبور شامل ۳۵ گویه و در یک طیف پنج درجه‌ای خیلی کم تا خیلی زیاد طراحی شده است. به منظور ارزیابی ساختار عاملی پرسشنامه خستگی از شفقت در جامعه مراقبین خانواده، پرسشنامه بر روی ۲۰۰ شرکت کننده با میانگین سنی  $40/89 \pm$  و انحراف استاندارد ۷/۷۱ اجرا شد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد همه نشانگرها از قابلیت لازم برای اندازه‌گیری پرسشنامه خستگی از شفقت برخوردار بودند. آلفای کرونباخ بدست آمده ۰/۹۵ بوده و پرسشنامه اطمینان و اعتبار قابل قبولی دارد.

نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۸). نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ ۱۹۹۸ شامل ۷۵ گویه است و ۵ حوزه طرحواره‌ای بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداري و همچنین محدودیت‌های مختل و ۱۵ طرحواره را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً درست درباره من تا کاملاً غلط درباره من مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این ابزار کسب نمره بالاتر به معنای وجود طرحواره‌های ناسازگار بالاتر است. یانگ همبستگی این ابزار را با نسخه بلند آن به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کرد. در ایران صدوقی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش و تحلیل عاملی تبیینی با چرخش واریماکس مقیاس‌های قابل تفسیری را برای همه پانزده خرده‌مقیاس طرحواره مطرح شده توسط یانگ به‌دست آوردند.

نسخه دوم پرسشنامه تعهد و پذیرش<sup>۳</sup> بوند و همکاران (۲۰۱۱). نسخه دوم پرسشنامه تعهد و پذیرش بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده شامل ۱۰ گویه است که در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۷ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. بوند و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ

1. Mixed Design
2. Young Schema Questionnaire-short form
3. Acceptance and Action Questionnaire-II

۰/۸۴ و همبستگی این ابزار را با نسخه اول پرسشنامه تعهد و پذیرش رضایت بخش و به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند. در ایران عباسی و همکاران ضریب همبستگی این ابزار را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۵۹- و با پرسشنامه اضطراب بک برابر با ۰/۴۴- و ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۸۳ گزارش کردند. شرح جلسات آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در جداول ۱ و ۲ آمده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر طرحواره

شماره جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسنه، اجرای پرسشنامه‌های پیش آزمون و پرسشنامه‌ها، توضیح و تبیین مفهوم خستگی شفقت و آثار و علائم آن. بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی. ارائه تکلیف
دوم	مرور تکالیف. معرفی انواع طرحواره‌های ناسازگار بر اساس نتایج پرسشنامه، صورت‌بندی مشکلات مادران در قالب طرحواره درمانی. گفتگو درباره طرحواره سالم. آموزش مبتنی بر شایع‌ترین طرحواره ناسازگار موجود در گروه آزمایشی (معیارهای سختگیرانه). ارائه تکلیف
سوم	مرور تکالیف. معرفی و شناخت نیازهای هیجانی انسان (۵ نیاز یانگ). تبیین اینکه ریشه‌های بی‌توجهی به نیازها امکان خستگی شفقت را بالا میبرد. آموزش مبتنی بر شایع‌ترین طرحواره‌های ناسازگار موجود در گروه آزمایشی (ایثار و اطاعت). ارائه تکلیف
چهارم	مرور تکالیف. آموزش راهبردهای مقابله‌ای. تقویت مفهوم بزرگسال سالم. ایجاد چالش شناختی و عقلانی درباره تله‌های زندگی و بی‌اعتبار سازی آن‌ها. آموزش مبتنی بر شایع‌ترین طرحواره‌های ناسازگار موجود در گروه آزمایشی (محرومت هیجانی). ارائه تکلیف
پنجم	مرور تکالیف. معرفی راهبرد الگوشکنی رفتار. تهیه فهرست رفتارهایی که باید تغییر کنند. آموزش مبتنی بر شایع‌ترین طرحواره‌های ناسازگار موجود در گروه آزمایشی (رهاشدگی و وابستگی/بی‌کفایتی). ارائه تکلیف
ششم	مرور تکالیف. آموزش حل مسئله، نامه خیالی به باعث و بانی تله‌ها. آموزش برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی. (تکنیک‌ها بر اساس فراوانی طرحواره‌های گروه انتخاب شدند). آموزش طرحواره (آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری). ارائه تکلیف
هفتم	مرور تکالیف. آموزش تکنیک‌های الگو شکنی رفتار. آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی. آموزش مبتنی بر شایع‌ترین طرحواره‌های ناسازگار موجود در گروه آزمایشی (بی‌اعتمادی و بازداری هیجانی). ارائه تکلیف
هشتم	مرور تکالیف. آموزش راه‌کارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار مرور مطالب جلسات قبل، رفع ابهامات و آماده شدن برای پایان جلسات. اجرای پس آزمون.

### جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
اول	ایجاد رابطه	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اجرای پرسشنامه‌ها. بحث و تبادل نظر درباره اهمیت اقدامات مادران مراقب فرزند. تبیین مفهوم خستگی شفقت و آثار و علائم آن. ارائه تکلیف
دوم	کاهش تسلط کنترل هیجانی	مرور تکالیف، آموزش مفهوم اجتناب. اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند شخص در گودال، استعاره غذا دادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دور ریختن چیزهای قدیمی خانه برای ورود وسایل جدید، توهم کنترل، پیامدهای کنترل. ارائه تکلیف
سوم	افزایش پذیرش	مرور تکالیف، بحث و تبادل درباره مفهوم پذیرش آنچه در کنترل نیست و لمس کا آنها. تمرین استعاره‌هایی مانند طناب‌کشی با هیولا، همدلی، دعای آرامش، رویدادنگاری، تمرین تماس چشمی، استعاره بچه کج خلق. ارائه تکلیف

چهارم	افزایش گسلش	مرور تکالیف، اجرای تمرینات و استعاره‌ها برای افزایش گسلش. مانند: ترشی، ترشی، تمرین تماشای قطار ذهنی، سربازان در حال رژه، چه کسی مسئول است؟ (شما یا ذهن شما؟). ارائه تکلیف
پنجم	تماس با زمان حال	مرور تکالیف، صحبت درباره مواردی که با آینده یا گذشته درگیر هستند. حضور در محیط فعلی، الان چه احساسی داری؟، توجه صرف، تمرین ذهن آگاهی، نگارش واکنش‌های مستمر، تمرین برگ‌ها روی جویبار، آینده- گذشته- حال. ارائه تکلیف
ششم	خود به عنوان زمینه شفاف‌سازی ارزش‌ها	مرور تکالیف، تمرینات و استعاره‌هایی مانند: مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج و اثاثیه در منزل، آیا فاصله‌ای بین رفتارهای فعلی خود و ارزش‌های می‌بیند. اجرای چک لیست‌هایی برای بیان و شفاف‌سازی ارزش‌ها، ارائه تکلیف
هفتم	عمل متعهدانه	مرور تکالیف، استعاره‌های آموزش عمل متعهدانه. اسکی به پایین کوه، مسیر پرپیچ و خم و حرکت در جاده، آموزش بخشش. تمرین شخص در گودال، رانندگی با آینه عقب، دور ریختن چیزهای قدیمی‌خانه. ارائه تکلیف
هشتم	خاتمه	مرور مطالب جلسات قبل و تکالیف، رفع ابهامات و آماده شدن برای پایان جلسات، اجرای پس‌آزمون

## یافته‌های پژوهش

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

## جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

گروه‌ها	
کنترل	پذیرش و تعهد
۴۳/۴۷	۴۰/۳۱
۸/۵۴	۸/۳۶
$F_{(2, 42)} = 0.164, p = 0.532$	
۹/۹۳	۱۰/۸۰
۳/۷۷	۳/۵۷
$F_{(2, 42)} = 0.145, p = 0.640$	
۶	۴
۵	۵
۴	۶
$\chi^2_{(17)} = (4)^2, p = 0.583$	

همچنین جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک خستگی از شفقت در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴: یافته‌های توصیفی مربوط به خستگی از شفقت در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	شاخص آماری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
گروه اول	M ± SD	۱۷/۱۶ ± ۱۱۳/۲۷	۱۴/۷۸ ± ۱۰۴/۸۰	۱۶/۰۰ ± ۱۰۵/۹۳
	S-W	۰/۹۲۰ (p=۰/۱۹۳)	۰/۹۵۴ (p=۰/۵۸۹)	۰/۹۲۸ (p=۰/۲۵۷)
گروه دوم	M ± SD	۱۳/۱۱ ± ۱۱۲/۵۳	۱۵/۸۰ ± ۱۰۰/۱۳	۱۶/۲۲ ± ۱۰۳/۱۵
	S-W	۰/۹۶۰ (p=۰/۶۹۶)	۰/۹۸۴ (p=۰/۹۸۸)	۰/۹۶۵ (p=۰/۷۷۷)
گروه کنترل	M ± SD	۱۷/۰۷ ± ۱۱۱/۸۷	۱۵/۱۲ ± ۱۱۲/۶۷	۱۷/۸۶ ± ۱۱۵/۵۳
	S-W	۰/۹۳۰ (p=۰/۲۷۳)	۰/۹۴۴ (p=۰/۴۴۱)	۰/۹۳۶ (p=۰/۳۳۸)
آزمون لون		F=۰/۷۶, p=۰/۴۷۲	F=۰/۰۹, p=۰/۹۱۲	F=۰/۱۵, p=۰/۸۶۲

نکته ۱: M؛ میانگین، SD؛ انحراف استاندارد، S-W؛ شاخص شاپیرو-ویلک

نکته ۲: گروه اول: آموزش طرحواره، گروه دوم: آموزش پذیرش و تعهد

یافته‌های پژوهشی جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به خستگی از شفقت در هیچ یک از سه گروه و در هیچ یک از سه مرحله اجرا در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این مطلب بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات خستگی از شفقت در گروه‌ها و در سه مرحله اجراست. نتایج آزمون لون نیز در جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت واریانس نمرات مربوط به خستگی از شفقت در گروه‌ها و در سه مرحله در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های مربوط به آن برقرار است. استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه نیز نشان داد که پیش از اجرای متغیر مستقل بین گروه‌ها به لحاظ خستگی از شفقت تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F(2, 42) = 0.03, P > 0.05$ ). این یافته نشان می‌دهد که مفروضه استقلال متغیر وابسته در مرحله پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده‌های خستگی از شفقت برقرار است. در جدول ۵ علاوه بر مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس، نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل بر خستگی از شفقت نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و تحلیل چند متغیری

آزمون چند متغیری				برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			
η <sup>۲</sup>	p	درجات آزادی	F	لامبدای ویلکز	p	F	M.Box
۰/۲۹۰	۰/۰۰۱	۴ و ۸۲	۸/۳۹	۰/۵۰۳	۰/۰۹۱	۱/۵۷	۲۱/۱۰

جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس در بین داده‌های مربوط به خستگی از شفقت برقرار است. همچنین نتیجه تحلیل چند متغیری نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر خستگی از شفقت ( $F(4, 82) = 8.39, P = 0.001, \eta^2 = 0.290$ )، ارزیابی مفروضه برابری ماتریس



خطاهای کوواریانس با استفاده از تست موخلی نیز نشان داد که ارزش مجذور کای ( $p < 0/01$ )،  $w = 0/705$ ،  $\chi^2(2) = 14/31$  در سطح  $0/01$  معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای خستگی از شفقت برقرار نیست و بنابراین درجات آزادی مربوط به آن با روش گرینهوس-گیسر اصلاح شد. جدول ۵ نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر خستگی از شفقت را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر خستگی از شفقت

$\eta^2$	سطح معناداری	F	درجه آزادی	مجموع مجذورات خطا	مجموع مجذورات
۰/۳۷۹	۰/۰۰۱	۱۲/۸۲	۳/۰۹ و ۶۴/۸۸	۱۵۷۸/۴۹	۹۶۳/۵۰

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان بر خستگی از شفقت ( $\eta^2 = 0/379$ ،  $P = 0/001$ )،  $F(3/09 \text{ و } 64/88) = 12/82$  در سطح  $0/01$  معنادار است. بنابراین اگرچه می‌توان گفت اجرای متغیرهای مستقل منجر به تغییر در نمرات خستگی از شفقت در گروه‌های آزمایش شده است، با وجود این پیش از مقایسه‌های زوجی نمی‌توان گفت کدام متغیر مستقل در مقایسه با گروه کنترل یا دیگر متغیر مستقل خستگی از شفقت را کاهش داده است. به همین دلیل تحلیل سه بار تکرار و در هر بار تنها اثر دو گروه بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۷ ارائه شده است.

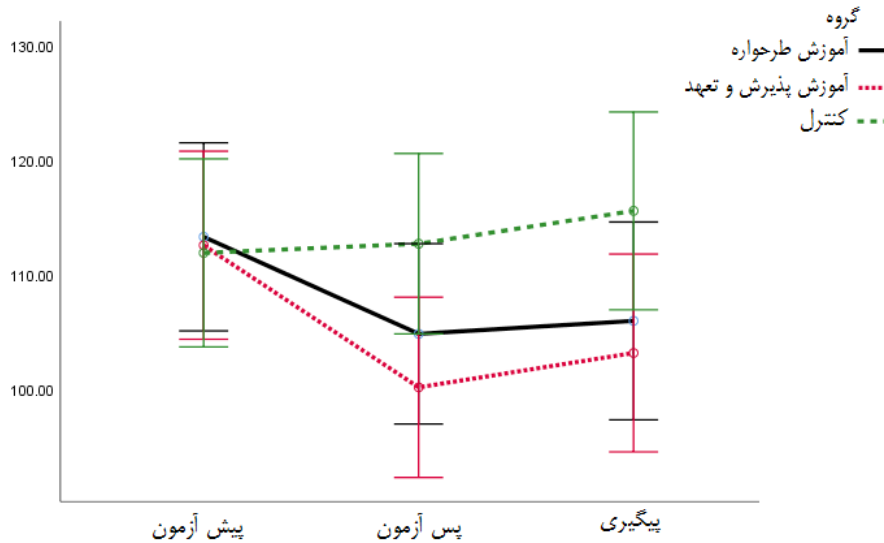
جدول ۷: مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان به صورت دو گروهی بر خستگی از شفقت

$\eta^2$	سطح معناداری	F	درجه آزادی	مجموع مجذورات خطا	مجموع مجذورات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۰۸۲	۰/۱۰۳	۲/۵۱	۱/۶۰ و ۴۴/۷۹	۶۴۷/۳۳	۵۸/۰۷	گروه اول - گروه دوم
۰/۲۸۹	۰/۰۰۱	۱۱/۴۱	۱/۵۴ و ۴۳/۱۲	۱۲۸۸/۰۹	۵۲۴/۶۹	گروه اول - گروه سوم
۰/۴۱۴	۰/۰۰۱	۱۹/۷۷	۱/۵۰ و ۴۲/۰۸	۱۲۲۱/۵۶	۸۶۲/۴۹	گروه دوم - گروه سوم

گروه اول: آموزش مبتنی بر طرحواره  
گروه دوم: آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد  
گروه سوم: کنترل

منطبق بر نتایج جدول فوق آموزش مبتنی بر طرحواره ( $P < 0/01$ )،  $F(1/54 \text{ و } 43/12) = 11/41$  و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ( $P < 0/01$ )،  $F(1/50 \text{ و } 42/08) = 19/77$  به مراقبین خانواده در مقایسه با گروه کنترل خستگی از شفقت را در سطح معناداری  $0/01$  تحت تاثیر قرار داده است. در همین راستا نمودار شکل ۱ نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه کنترل میانگین نمرات خستگی از شفقت در مراقبینی که تحت آموزش مبتنی بر طرحواره و مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته بودند در مراحل پس از آزمون و پیگیری کاهش یافته است. گفتنی است که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین اثر آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی

بر پذیرش و تعهد بر خستگی از شفقت در مراقبین خانواده تفاوت معنادار وجود ندارد. نمودار شکل ۱ تغییرات خستگی از شفقت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودار مربوط به تغییرات خستگی از شفقت در سه گروه پژوهش

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی از شفقت در مادران مراقب خانواده بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر طرحواره بر خستگی شفقت اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های ابوالمعالی، آقایی پور و کمال (۱۳۹۴)، کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، بوترهوون و همکاران (۲۰۱۹)، کوکرام (۲۰۰۹) همسو بود. در تبیین این نتیجه باید به ارتباط خستگی شفقت به عنوان یک ترومای ثانویه با طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین افراد اشاره کرد و گفت همانطور که فیگلی معتقد است خستگی ناشی از شفقت از طرحواره‌های شناختی یا ادراک‌های اجتماعی، اخلاقی یا بین فردی مراقبین نشئت می‌گیرد که از نظر عاطفی از استرس و ترومای فرد دیگر تأثیر گرفته‌اند، در مطالعه حاضر مادرانی که درگیر طرحواره‌های ناسازگار از دوران کودکی خود بودند بیشتر از سایرین مستعد ابتلا به خستگی شفقت بوده و آثار و علائم آن را نشان می‌دادند. عواملی که خستگی از شفقت را بدتر می‌کنند شامل: عدم توانایی در کاهش رنج، وجود هم‌زمان استرس‌های فیزیکی و عاطفی، و دل‌بستگی یا درگیری هیجانی بیش از حد هستند (پری و همکاران، ۲۰۱۱). فیگلی (۲۰۰۲) نیز اذعان می‌کند که همه افرادی که در معرض مواجهه غیرمستقیم با ترومای فرد آسیب‌دیده قرار دارند، علائم ترومای ثانویه را نشان نمی‌دهند، بلکه طرحواره‌های شناختی فرد، او را مستعد ترومای ثانویه ساخته و ابتلا به آن را در او پیش‌بینی می‌کند (به نقل از

ابوالمعالی و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین از آنجا که ترومای ثانویه (نیابتی) به طرحواره‌های شناختی و سیستم‌های اعتقادی ناشی از تعامل همدلانه اشاره دارد که ممکن است منجر به اختلالات قابل توجه در حس معنی، ارتباط، هویت، و دیدگاه جهانی افراد شود، تعدیل و بازسازی میزان همدلی مادران مراقب خانواده با فرزندان خود و الگوهای جدید رفتاری و احساسی آنان احتمالاً در بهبود آسیب مؤثر واقع شده است. همچنین می‌توان گفت مادرانی که درگیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند، با مواجه شدن با فرزند دچار مشکل و آسیب، به بازآفرینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود می‌پردازند و با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مشکلات آنها تشدید شده و با طرحواره‌هایی مثل معیارهای سختگیرانه، آسیب و زیان و طرحواره ایشار احتمالاً همه بار مراقبتی فرزند را یک تنه برعهده گرفته و در نتیجه با استرس و نگرانی‌های مضاعف‌تری مواجه شده و سلامتی آنها به خطر می‌افتد. طرحواره درمانی با بکارگیری تکنیک‌های متعدد، طرحواره‌های این افراد را به چالش کشیده و آنها را به تغییر الگوهای رفتاری قدیمی خود تشویق نموده و ضمن مواجهه آنها با شواهد تأییدکننده و ردکننده، متوجه می‌شوند معایب طرحواره‌های آنها بیشتر از مزایای آن است و نباید آنها را به عنوان حقایق زندگی خود بپذیرند. همچنین در طرحواره درمانی یاد می‌گیرند با تفسیر مجدد مفهوم و معنای آسیب ناشی از مراقبت، توانمند شده و با نگاه جدید و کمتر آسیب‌رسانی به کار مراقبتی خود ادامه می‌دهند.

همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش حاکی از این بود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر خستگی شفقت مادران مراقب خانواده اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با نتایج حاصل از پژوهش‌های عیسی‌نژاد و آزادبخش (۱۳۹۸)، طاهری و سجادیان (۱۳۹۵)، بحرینیان، مسجدی آرانی و خانجانی (۱۳۹۵)، ارشاد (۱۳۹۶)، دیلانی (۲۰۱۸)، سینگ و همکاران (۲۰۱۸)، بروکر و همکاران (۲۰۱۳)، پاتر و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این نتیجه باید گفت مراقبت از فرزندان دارای نیازهای ویژه از جمله کودکان اتیستیک و دارای نقص جسمی - حرکتی به واسطه طیف گسترده‌ای از مشکلات مثل ناامیدی از بهبود و درمان قطعی، ترس از قضاوت‌های اطرافیان و عدم پذیرش مسئله فرزند، می‌تواند فشارهای زیادی را بر خانواده به خصوص مادران وارد کند، بطوریکه خودشان را از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی و شغلی محروم می‌کنند.

در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد آن‌ها یاد می‌گیرند که بدون تلاش برای تغییر محتوای افکار خود، از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی استفاده کنند و انعطاف‌پذیری روانشناختی خود را ارتقا دهند. با ایجاد ارتباط با تجربه‌های خود در لحظه حال بجای اینکه دائم در افسردگی مربوط به گذشته و استرس اتفاقات آینده به سر ببرند، به طور کامل اتفاقات را آنگونه که هست درک کنند نه آنگونه که ذهنشان آن‌ها را می‌سازد. بنابراین بدون قضاوت و ارزش‌گذاری بر وجود نقص در فرزند و خودشان، رفتارها و برنامه‌هایی در راستای اهداف ارزشمند خود داشته باشند و متعهدانه آن‌ها را اجرا کنند و متناسب با هدف درمان پذیرش و تعهد یاد می‌گیرند توانایی خود را در پاسخ‌سازگاران و انعطاف‌پذیر به وقایع زندگی علیرغم وجود افکار تهدیدکننده، افزایش دهند. این روش میتواند، افراد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود؛ رهایی بخشد. مطالعات نیز نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله برای کمک به والدین جهت

مدیریت استرس و مشکلات به ویژه در رابطه با کودکان مبتلا به اوتیسم، درد مزمن و نیازهای سلامت جسمانی، قابل اعتماد است (بایرن و همکاران ۲۰۲۰). همچنین در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده نشد. هر دو روش دلایل و پشتوانه قوی برای بهبود آسیب‌هایی مثل خستگی شفقت را دارا هستند. اساساً طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم طراحی شده و درمان پذیرش و تعهد درصدد توجه به رنج انسان ناشی از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی است. به عنوان نتیجه گیری نهایی می‌توان گفت که هر دو روش می‌توانند در کاهش میزان خستگی از شفقت مراقبین خانواده اثربخش هستند و پیشنهاد می‌شود توسط درمانگران و مشاوران مورد استفاده قرار بگیرد همچنین پیشنهاد می‌شود برای کمک به بهبود سلامت مادران مراقب خانواده اثربخشی سایر رویکردهای درمانی مورد پژوهش قرار بگیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان روش نمونه‌گیری و استفاده از ابزار خودگزارشی را نام برد که بهتر است از روش کیفی و نمونه‌گیری تصادفی نیز در پژوهش‌های بعدی استفاده شود.

### منابع

- ابوالمعالی، خدیجه. آقایی پور، مائده. کمال، اشرف. ۱۳۹۴. مقایسه اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور بر تعدیل علائم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۲(۱۵)، ۱۸۷-۲۰۰.
- ارشاد، نسترن. ۱۳۹۶. اثر بخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش اکتبر تاب‌آوری مادران دارای فرزند اتیستیک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- بحرینیان، عبدالمجید. مسجیدی آرانی، عباس. خانجانی، سجاد. ۱۳۹۵. اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران. فصلنامه طب انتظامی، ۲(۵)، ۱۴۳-۱۵۲.
- طاهری، سارا. سجادیان، ایلناز. ۱۳۹۵. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی. بهار ۱۳۹۶، ۹(۳۰)، ۱۴۵-۱۷۱.
- عیسی نژاد، امید، آزادبخت، فرناز. ۱۳۹۸. مقایسه اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری همسران جانبازان دارای استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از جنگ. مجله روانشناسی نظامی. پیاپی ۳۸.
- کرمی، جهانگیر. اعظمی، یوسف. جلالوند، محمد. دارابی، افسانه. راستگو، ناهید. ۱۳۹۵. بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی طرحواره محور بر کاهش استرس شغلی پرستاران. مجله علوم پزشکی صدرا. ۴(۴)، ۲۲۱-۲۳۰.
- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. ۱۳۹۴. طرحواره درمانی. ترجمه: حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. انتشارات ارجمند. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳.

Alnazly, E. K. & Abojedi, A. (2019). Psychological Distress and Perceived Burden in Caregivers of Persons with Autism Spectrum Disorder. Perspectives in Psychiatric Care, 55(3), (501-508).

- Byrne G, Ghráda A N, O'Mahony T, Brennan E )2020(. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. The british psychological society.
- Botelho de Haan, Katrina L.; Fassbinder, Eva; Hayes, Chris; Lee, Christopher. )2019(. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* 29 )1( ,54-64.
- Brooker JE, Webber L, Julian J, Shawyer F, Graham AL, Chan J, Meadows G.)2014(. Mindfulness-based training shows promise in assisting staff to reduce their use of restrictive interventions in residential services. *Mindfulness*.5,598–603.
- Cockram D. )2009 (. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. Thesis is presented for the degree of Doctor of psychology clinical. Murdouch University.
- Delaney MC.)2018(. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eightweek pilot mindful self-compassion MSC training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE* 13) 11( e0207261.
- Figley, CR. )2002(. *Treating compassion fatigue*. New York: BrunnerRoutledge, 88
- Figley, Charles R. Figley, Kathleen R.)2017(. *Compassion Fatigue Resilience*. The Oxford Handbook of Compassion Science
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L )2012 (Compassion fatigue in family caregivers:A Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*,68, 2125-2134.
- Moffitt, R., and Mohr, P. (2015). The efficacy of a self-managed Acceptance and Commitment Therapy intervention DVD for physical activity initiation. *Journal Health Psychol.* 20, 115–129.
- Sabery, Mahdieh. Zagheri Tafreshi. Mohtashami Jamileh. Ebadi Abbas.)2017(. Development and Psychometric Evaluation of the Nurses' Compassion Fatigue Inventory. *Journal of Nursing Measurement*, Volume 25, Number 3.
- Safa, A. Sabery, F. Sabery, M. (2020). Prevention and Management of Compassion Fatigue (CF) in Clinical Nurses: a Qualitative Content Analysis. 03 December 2020, PREPRINT (Version 1) available at Research Square.
- Senmar, M. Rafiei, H. Yousefi, F. Razaghpour, A. & Bokharae, M.)2019(. "Caregiver Burden among Family Caregivers of Older Patients Receiving Hemodialysis and its Relevant Factors." *Journal of Nephro pharmacology*, 8 1: 12-12.
- Sheppard, K.)2015(. Compassion fatigue among registered nurses: connecting theory and research. *Appl Nurse Res.* 28 )1( , 9- 57.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith. MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Medvedev, O.N. et al.(2018(. Comparative Effectiveness of Caregiver.
- Stewart, L., Stutz, H., & Lile, W. (2018). The continuum of dependent family care: A theoretical explanation and model. *Community, Work & Family*, 21(5), 599–619.

- Stamm BH.(2014). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 ProQOL ; Available from: [www.proqol.org](http://www.proqol.org).
- Valeberg, B. T., & Grov, E. K. (2013).Symptoms in the cancer patient–Of importance for their caregivers’ quality of life and mental health? *European Journal of OncologyNursing*, 17 (1) , 46-51.
- Perry, B., Dalton, J. E., & Edwards, M. (2010). Family caregivers’ compassion fatigue in long-term facilities. *Nursing Older People*, 22 (4) , 26-31.
- Potter P, Faan TD, Berger JA, Clarke M, Pa C, Olsen S, Chen L.(2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency programme for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*. March 2013; 40 (2 ).
- Young JE.1999. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press
- 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. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350.

## Comparison of the Effectiveness of Schema-Based Education and Acceptance and Commitment-Based Education on Compassion Fatigue in Family Caregivers

<sup>1</sup>Z. Taj Khosravi

<sup>2</sup>Sh. Navabinejad

<sup>3</sup>Z. Pirani

### Abstract

Mothers caring for children with autism and children with physical disabilities not only suffer from the responsibility pressure; rather, they are at risk for mental health problems and disabilities. The aim of the present study was to compare the effectiveness of schema-based education and acceptance and commitment-based education on compassion fatigue in family caring mothers. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of this study was all mothers with children with autism and children with physical-motor disabilities who were educating in special schools in Tehran in 2019, among whom 45 mothers eligible volunteers entered the study and with the homogenization of age and duration of care assigned to two experimental groups and a control group. Participants answered to the Compassion Fatigue Inventory for Family Caregivers; Young Schema Questionnaire-short form (1998) and Acceptance and Action Questionnaire-II by Bond et al. (2011). Mixed analysis method and SPSS 25 software was used to analyze the data. The research results indicate schema-based training ( $F= 11.41$  &  $P < 0.01$ ) and acceptance and commitment-based training ( $F= 19.77$  &  $P < 0.01$ ), were effective on compassion fatigue by relying on control group. Based on the achievements of this research, schema-based training and acceptance and commitment-based training are both effective on reducing compassion fatigue of family caring mothers. Also, there was no meaningful difference between schema-based education and acceptance and commitment-based education.

**Keywords:** schema-based education, acceptance and commitment-based education, compassion fatigue, family caring mothers

---

1. Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

2. Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran