



The effect of group therapy with an integrated model of acceptance and commitment and schema therapy on perceived stress, suicidal thoughts, and hopelessness in women with chronic pain in Tehran

Saba Azhdari^{1*}, Hadis Khani Wine², Zahra Ebadi³

1. Masters, Department of Clinical Psychology, Ha.c, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
2. Masters, Department of Clinical Psychology, Ha.c, Islamic Azad University, Hamedan, Iran
3. Masters, Department of Clinical Psychology, Ha.c, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain significantly reduces the quality of life of individuals and is associated with psychological pressures such as perceived stress, hopelessness, and suicidal thoughts. Psychological therapies based on acceptance and commitment (ACT) along with schema therapy have been introduced as effective approaches in reducing pain and improving individual adjustment. The aim of the present study was to investigate the effect of group therapy with an integrated model of acceptance and commitment (ACT) and schema therapy on perceived stress, suicidal thoughts, and hopelessness in women with chronic pain in Tehran.

Material and Methods: The present study was an experimental study with a pretest-posttest design with a control group and a follow-up phase. The statistical population of the study was women with chronic pain in Tehran in 1403-1404. 60 people were selected through purposive sampling and randomly divided into two groups of 30 people. The experimental group underwent 10 120-minute intervention sessions once a week. The control group did not receive any intervention. The follow-up phase was conducted 3 months after the intervention. A repeated-measures analysis of variance was used to analyze the data using SPSS-26 statistical software.

Results: Statistical findings showed that the combined intervention of ACT and schema therapy was significantly effective in reducing perceived stress and suicidal thoughts and increasing hope compared to the control group ($p < 0.05$). The effects were maintained consistently in the short-term follow-up, although the effect sizes varied depending on the measurement indicator and follow-up time.

Conclusion: ACT group intervention combined with schema therapy as an integrated approach can produce significant improvement in the psychological processes and clinical status of individuals with chronic pain.

Keywords: Perceived stress, suicidal thoughts, hopelessness, chronic pain, acceptance and commitment, schema therapy

►Please cite this paper as:

Azhdari S, Khani Wine H, Ebadi Z [The effect of group therapy with an integrated model of acceptance and commitment and schema therapy on perceived stress, suicidal thoughts, and hopelessness in women with chronic pain in Tehran (Persian)]. *J Anesth Pain* 2026;17(1): 13-25.

Corresponding Author: Saba Azhdari, Masters, Department of Clinical Psychology, Ha.c, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

Email: sabaazh1@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

تأثیر درمان گروهی الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران

صبا اژدری^{۱*}، حدیث خانی وینه^۲، زهرا عبادی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه علمی روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه علمی روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۳. کارشناسی ارشد، گروه علمی روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۸

تاریخ بازبینی: ...

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۸

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن به طور قابل توجهی کیفیت زندگی افراد را کاهش می دهد و با فشارهای روانی مانند استرس ادراک شده، ناامیدی و افکار خودکشی ارتباط دارد. درمان های روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به همراه طرحواره درمانی به عنوان رویکردهای مؤثر در کاهش درد و بهبود سازگاری فرد معرفی شده اند. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر آزمایشی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به درد مزمن شهر تهران در سال های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه مداخله ۱۲۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک بار تحت مداخله قرار گرفتند. افراد گروه کنترل نیز مداخله ای دریافت نکردند. ۳ ماه پس از اتمام مداخله مرحله پیگیری انجام گشت. جهت تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توسط نرم افزار آماری SPSS-26 استفاده شد.

نتایج: یافته های آماری نشان داد که مداخله تلفیقی ACT و طرحواره درمانی به طور معناداری در کاهش استرس ادراک شده و افکار خودکشی و افزایش امیدواری نسبت به گروه کنترل عمل کرده است ($p < .05$). اثرات به صورت پایدار در پیگیری کوتاه مدت حفظ شد، هر چند اندازه اثرها بسته به شاخص اندازه گیری و زمان پیگیری متغیر بود.

نتیجه گیری: مداخله گروهی ACT به همراه طرحواره درمانی به عنوان رویکردی تلفیقی، می تواند بهبود قابل توجهی در فرایندهای روان شناختی و وضعیت بالینی افراد دارای درد مزمن ایجاد کند.

واژه های کلیدی: استرس ادراک شده، افکار خودکشی، ناامیدی، درد مزمن، پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی

نویسنده مسئول: صبا اژدری، کارشناسی ارشد، گروه علمی روان شناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

پست الکترونیک: sabaazh1@gmail.com

مقدمه

درمان درد مزمن یکی از چالش‌های اصلی سلامت عمومی است که نه تنها به دلیل کاهش شدت درد، بلکه بهبود کیفیت زندگی، کارکرد روزمره و سلامت روانی افراد مبتلا اهمیت فراوانی می‌یابد. از نظر طول مدت، درد به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می‌شود. درد مزمن به دردی اطلاق می‌شود که بیش از سه تا شش ماه طول می‌کشد یا فرایند معمول بهبود درد را تحمل می‌کند و معمولاً با وجود درمان‌های مناسب تداوم می‌یابد^(۱). بر خلاف دردهای حاد که با اقدامات فیزیوتراپی و دارودرمانی پاسخ مناسبی می‌یابد، درد مزمن معمولاً به رویکردهای چندجانبه‌ای نیاز دارد که هم به مدیریت درد و هم به بهبود حالت روانی و سازگاری رفتاری می‌پردازد^(۲). در این چارچوب، رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به‌عنوان یکی از رویکردهای شناختی-رفتاری نوین، با تمرکز بر پذیرش تجربیات دردناک، تعهد به ارزش‌های زندگی و بازتعریف مجدد روابط فرد با درد، به‌طور متمایز توانسته است اثرات مثبتی بر فرآیندهای التزامی، کاهش نگرانی‌های کمال‌گرایانه و بهبود عملکرد روزمره داشته باشد. با این حال، مطالعات نشان می‌دهد که ترکیب ACT با سایر رویکردهای درمانی می‌تواند کارایی بیشتری در بهبود سازگاری روانی در مواجهه با درد مزمن ایجاد کند^(۳). طرحواره‌درمانی، به‌عنوان یک رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر اصلاح سازه‌های بنیادین شناختی (طرحواره‌ها)، به بازنگری و تغییر ساختارهای درونی مشکل‌زا نظیر ایمنی‌پذیری، بی‌ارزشی و ناامیدی می‌پردازد و به ویژه در اختلالات مرتبط با درد مزمن، طرحواره‌های منفی می‌تواند نقش مهمی در تجربه درد و استرس‌های روانی ایفا کند^(۴). بنابراین، استفاده از یک مدل تلفیقی که ACT و طرحواره‌درمانی را در قالب گروهی به کار می‌گیرد، می‌تواند از مزایای هر دو رویکرد بهره بگیرد: از یک سو، پرداختن به پذیرش و تعهد به ارزش‌های زندگی و از سوی دیگر، اصلاح طرحواره‌های بنیادین که با تجربه درد در ارتباط هستند. ناامیدی به‌عنوان یک مولفه

مرکزی از اختلالات خلقی و شاخصی از فقدان انگیزه برای تغییر، می‌تواند به شکل‌گیری چرخه‌ای بازتولیدکننده بین درد و مشکل‌های روانی عمل کند^(۵). همچنین، استرس ادراک‌شده به احساس فشار، تهدید، و بی‌ثباتی روانی مرتبط است که می‌تواند با شدت بخشی درد و کاهش سازگاری روانی همراه باشد. افکار خودکشی، به‌ویژه در گروه‌های بیمار با درد مزمن، تهدیدی جدی برای امنیت روانی افراد است و به‌عنوان شاخصی از خطر روانی شدید مطرح می‌شود. ناامیدی به‌واسطه محدودیت‌های فیزیکی و تداوم درد شکل می‌گیرد و می‌تواند به کاهش انگیزه برای تلاش‌های درمانی منجر شود^(۶). مداخلات گروهی با فضای حمایتی و بازخورد اجتماعی می‌تواند احساس تعلق به گروه و حمایت اجتماعی را تقویت کند و در نتیجه ناامیدی را کاهش دهد^(۸). از دید ACT، پذیرش درد و تعهد به ارزش‌های شخصی می‌تواند به بازسازی معنای زندگی و کاهش احساس بی‌ارزشی منجر شود. از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی با هدف تغییر طرحواره‌های منفی مانند من‌بی‌اراده‌ام یا درد همواره من را شکست می‌دهد، می‌تواند به کاهش حس ناامیدی و افزایش راهبردهای خودکارآمدی کمک کند. هم‌بستگی گروهی و نمونه‌های عینی موفقیت‌های درمانی، می‌تواند اثرات مضاعفی را در کاهش ناامیدی ایجاد کند^(۷).

رفتار خودکشی یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است. به تعبیری دیگر، میزان خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از مهمترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد اجتماع محسوب می‌شود. خودکشی مرگی است که آگاهانه و از روی عمد جهت نابودسازی خود صورت می‌گیرد. افکار خودکشی مقدمه اقدام به خودکشی است و علل متعددی از جمله عوامل جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی می‌توانند به وجود آورنده افکار خودکشی باشند. افکار خودکشی به دوره‌های خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می‌رسد افراد در لحظه-هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبرو می‌شوند، بیشتر

پرداخته‌اند. این کمبود ادبیات، باعث می‌شود پژوهش حاضر گام مهمی برای پرکردن این خلأ نظری و عملی باشد. همچنین، اجرای این رویکرد به صورت گروهی می‌تواند کارایی و دسترسی به درمان را در میان افراد مبتلا به درد مزمن افزایش دهد و به ویژه در محیط‌های بالینی با منابع محدود، گزینه‌ای مقرون به صرفه و کارآمد ارائه دهد.

تیم تحقیقاتی حاضر نتوانسته است مطالعاتی را پیدا کند که به بررسی تاثیر درمان گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد ACT و طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن بپردازد بنابراین این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد ACT و طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن صورت گرفت^(۱۰).

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را زنان ۲۵ تا ۴۵ سال مبتلا به درد مزمن شهر تهران که در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به کلینیک درد بیمارستان لاله در شهر تهران مراجعه کرده‌اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند، بودند. ۴۷۳ نفر دارای پرونده با سابقه درد مزمن و تحت درمان دارویی به پژوهش دعوت شدند و از بین افراد متمایل به شرکت در پژوهش ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش به شکل تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. پیش آزمون در تمام گروه‌ها اجرا و سپس مداخله گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی در ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش انجام شد. در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت

شکنندگی نشان می‌دهند و این در حالی است که حس می‌کنند راه برگشت ندارند. به عبارتی، میزان احتمال اقدام به خودکشی، تابعی خطی از شدت، تنوع و مدت افکار و گرایش به خودکشی است^(۸).

به طور هم‌زمان، افکار خودکشی در افراد درد مزمن می‌تواند نتیجه ترکیبی از ناامیدی، درد مزمن، و کاهش کارکرد روزمره باشد. مداخلات گروهی ACT-Schema با کاهش شدت افکار خودکشی می‌تواند خطر روانی مرتبط با افکار خودکشی را کاهش دهد و به بهبود کیفیت زندگی کمک کند.

استرس حالتی است که سبب آشفتگی کارکردهای روان-شناختی یا فیزیولوژیک بهنجار فرد می‌شود. استرس را می‌توان به عنوان یک رویداد غیر قابل اجتناب (این رویداد می‌تواند، جسمانی، روانی یا هیجانی باشد) مطرح کرد که سلامت فرد را به خطر می‌اندازد. استرس، وضعیت یا حالتی است که در آن شخص محیط را فراتر از منابع خود یا به خطر به اندازه سلامت خود ارزیابی می‌کند و منبع استرس حذف شدنی نیست. این رویکرد گروهی با کاهش ایجاد استرس ادراک شده به احساس فشار روانی و تهدید در مواجهه با محیط و رویدادهای زندگی اشاره دارد. درد مزمن می‌تواند با تشدید تهدیدهای ادراکی و افزایش نگرانی درباره آینده همراه باشد^(۹). ترکیب ACT و طرحواره‌درمانی در قالب گروهی می‌تواند با دو محور عمل کند، الف: ACT با کمک به افراد برای کاهش واکنش‌های اجتنابی و افزایش پذیرش تجربیات درد و ناراحتی و ب: طرحواره‌درمانی با بازنگری و تغییر الگوهای ادراکی منفی درباره سلامت و کنترل درد نتیجه‌اش کاهش سطح استرس ادراک شده و افزایش سازگاری با شرایط زندگی است.

در پژوهش‌های پیشین، آثار مثبت ACT بر درد مزمن و همراهی با بهبود سازگاری روانی گزارش شده است، اما پژوهش‌های نسبتاً محدودی به ارزیابی تأثیر ترکیبی ACT و طرحواره‌درمانی در قالب گروهی در جمعیت درد مزمن

محاسبه شد. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ناامیدی بک ۰/۷۹ بدست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است^(۱۲).

پرسشنامه افکار خودکشی

مقیاس افکار خودکشی بک، یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس سه نقطه‌ای از ۰ تا ۳ تنظیم شده است. نمره کلی فرد از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد، سوالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوهای مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد^(۱۳). مقیاس افکار خودکشی بک دارای اعتبار بالایی است با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون، اعتبار آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. مطالعات نشان داده مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است، ضرایب همبستگی دامنه‌ای از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سوال خودکشی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ بود. به علاوه همبستگی مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان دادند که اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون ۰/۵۴ می‌باشد (بک، ۲۰۰۶). همچنین انیسی و همکاران نشان دادند که روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ است^(۱۴).

نکردند. در پایان مداخله، از تمامی گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد. بعد از پایان یافتن پژوهش، بنا به رعایت اصل اخلاق در پژوهش، مداخله بر گروه کنترل اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، سپری شدن دست کم ۶ ماه از بروز علائم و تشخیص درد مزمن، پیروی از درمان دارویی مناسب و از زمان آغاز درمان، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه شرکت کننده از مداخله، دریافت مداخله روانشناختی دیگر در حین جلسات، عدم تمایل برای ادامه همکاری در پژوهش، وجود سایر اختلالات روان پزشکی و همچنین سابقه سایر اختلالات مغز و اعصاب بود. در پژوهش حاضر گروه آزمایش در مرکز مشاوره مستانه تهران توسط کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی آموزش دیده و زیر نظر روان‌درمانگر تحت مداخله قرار گرفتند. انجام مرحله پیگیری ۳ ماه پس از اتمام مداخلات صورت پذیرفت. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.H.REC.1404.144 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان می‌باشد.

ابزار

پرسشنامه ناامیدی

مقیاس ناامیدی بک و همکاران جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. از این مقیاس برای سنجش میزان یأس و ناامیدی آزمودنی‌ها استفاده می‌شود^(۱۱). این آزمون دارای ۲۰ جمله است که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. جملات به صورت صحیح یا غلط جواب داده می‌شود. در پژوهش گودرزی، روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از آزمون همبستگی مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ

جدول ۱: خلاصه جلسات

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و بیان قوانین گروه، گفتگوی اعضا با یکدیگر و به اشتراک گذاشتن تجارب زیسته زندگیشان با یکدیگر به طور خلاصه. آشنایی با مفهوم طرحواره و توضیح درباره طرحواره های ناسازگار اولیه و اینکه چطور آنها پیرامون نیازهای به اندازه ی کافی خوب ارضا نشده ی زندگی ما شکل می گیرند.
دوم	گفتگوی اعضای گروه در خصوص تجربه شان از جلسه پیشین. آشنایی با مفهوم تکرار شونده ی طرحواره های ناسازگار و اینکه چطور ما را در موقعیت های تکرار قرار می دهند. آشنایی با ذهنیت های طرحواره ای به عنوان نوسان های لحظه ای مرتبط با طرحواره های زیربنایی آنها. گفتگوی اعضای گروه با یکدیگر.
سوم	گفتگوی اعضای گروه پیرامون تجربه شان از جلسه پیشین. انجام تمرین هایی جهت پرورش بزرگسال سالم و محدودیت گزینی برای ذهنیت های ناکارآمد. گفتگوی اعضای گروه با یکدیگر درباره تجربه شان از انجام این تمرین ها. دادن تمرین های منزل پیرامون مباحث مطرح شده.
چهارم	بحث اعضای گروه در خصوص تمرین های جلسه پیشین. توضیح اختصاصی درباره ذهنیت های کودک تکانه ای و محافظ بی تفاوت. انجام تمرین هایی جهت ملاقات ذهنیت بزرگسال سالم با ذهنیت کودک تکانه ای. یادگیری تمرین هایی جهت تشخیص مداوم ذهنیت ها در لحظه و آگاهی از موقعیت های فعال ساز هر ذهنیت. بحث پیرامون تجارب اعضای گروه از انجام تمرین ها.
پنجم	مرور جلسات گذشته و بحث گروهی اعضا آشنایی با مفهوم پذیرش تجارب روان شناختی و گفتگو درباره اینکه چطور تلاش های ما برای اجتناب از افکار و احساس هایمان می تواند دردسرهایی بیشتری برای ما ایجاد کند. همچنین رفتارهای تکانه ای به عنوان یک راهبرد اجتناب از تجارب معرفی شد و تمرین هایی جهت پذیرش تجارب روانی به جای اجتناب از آنها داده شد.
ششم	بحث گروهی اعضا با یکدیگر. گفتگو پیرامون جلسه گذشته و اینکه اعضا از جلسه پیش تا کنون چه تجاربی داشته اند. که به افراد برای تنظیم هیجان و آگاهی مداوم از تجارب ACE آشنایی با تمرین های غیر رسمی مایند فولنس مانند تمرین روان شناختی حال حاضر و بدنشان و همچنین برگشت به لحظه حال کمک می کند. افراد با آگاهی به تازگی کسب کرده، یک بار دیگر به ذهنیت کودک آسیب دیده ی خود رسیدگی میکنند و مراقبت و حمایت لازم را به کودک آسیب دیده میدهند. اعضای گروه پیرامون تجربه خود با یکدیگر به گفتگو می پردازند.
هفتم	گفتگوی اعضا پیرامون تجارب شان از جلسات پیشین. آشنایی با مفهوم ارزش ها و یادگیری اینکه چطور آنها می توانند به عنوان یک سبک زندگی باشند. تفاوت ارزش ها با اهداف بررسی شد و قرار شد تا اعضا فقط یک حوزه از زندگی را انتخاب کنند تا فعلا روی آن کار کنند و پس از آنکه به اندازه ی کافی مهارت کسب کردند، کار کردن روی دیگر حوزه های زندگی را شروع کنند. اعضا با یکدیگر به بحث گروهی پرداختند.
هشتم	(و اینکه چطور آنها را SMART بحث گروهی اعضا با یکدیگر و بیان تجارب شان. یادگیری هدف گذاری های هوشمندانه) می توان به قدم های کوچک رفتاری تبدیل کرد. بررسی دوباره اینکه چطور ما می توانیم با آگاهی بیشتر از خودمان و تجارب مان بدون جنگیدن با آن ها و تلاش برای اجتناب در خصوص رفتارهای تکانه ای مان خود کنترلی داشته باشیم و اعمال خراب کننده زندگی را به مرور کنار بگذاریم. بحث گروهی اعضا با یکدیگر.
نهم	بحث اعضای گروه درباره تجارب شان. گفتگو درباره این موضوع که تغییرات به کندی و به تدریج رخ می دهند و ممکن است ما تا مدتی تمایل داشته باشیم همچنین به شیوه های گذشته رفتار کنیم. یادآوری اینکه بازگشت کاملاً طبیعی است و ممکن است ما بارها دوباره به همان شیوه های قبلی رفتار کنیم، اما اکنون ما ابزار آگاهی را داریم و دوباره تلاش میکنیم تا خودمان را در مسیر ارزش هایمان بازگردانیم. مرور جلسات گذشته و گفتگوی اعضا با یکدیگر.
دهم	بحث اعضای گروه درباره تجارب شان با یکدیگر. مرور جلسات گذشته و آمادگی برای پایان جلسات.

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیر های پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن در مقایسه با گروه کنترل است. به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه های زیر بنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کلموگروف اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معنا داری در آزمون کلموگروف اسمیرونوف برای تمامی متغیر ها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها برقرار است. نتایج آزمون لون در متغیرهای استرس ادراک شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن ($F > 0/05$) بدست آمد که مجموع نتایج نشان می دهد که سطح معناداری در تمام متغیر های پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) و خطای واریانس ها یکسان می باشند، لذا مفروضه یکسانی خطای واریانس ها برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، همچنین بررسی شیب خط رگرسیون نشان می دهد که شیب خط رگرسیون بین متغیرهای همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل یعنی گروه آزمایش و گروه کنترل یکسان است. و متغیرهای همپراش با متغیرهای مستقل رابطه ندارند. لذا پیش فرض بعدی استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام-باکس (۸۸/۳۹۶) بیشتر از مقدار سنجش ۰/۰۵ است. به عبارتی می توان گفت تفاوت بین کوواریانس ها معنادار نیست و پیش فرض برابری کوواریانس متغیر های وابسته به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است. پیش

پرسشنامه استرس ادراک شده

پرسشنامه استرس ادراک شده توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ سؤال است و برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به شمار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد^(۱۵). کوهن و همکاران برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. در پژوهش بهروزی، شهنی‌بیلاق و پورسید برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمد، ضرایب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از محاسبه همبستگی ساده با یک سوال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ محاسبه شد که در سطح ۰/۵۰ معنادار است^(۱۶).

پروتکل گروه درمانی مدل ادغام شده پذیرش و تعهد با

طرحواره درمانی

الگوی مداخلات مدل ادغام شده پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی اقتباس گرفته شده از گرکوچی و همکاران است که با توجه به نیاز جامعه مورد مطالعه تنظیم شده است. این جلسات به مدت ۱۰ هفته هفتگی ای یک بار و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه ادامه داشت.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه آزمایش مدل ادغام شده پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی، ۳۰ نفر (۵۰ درصد) در گروه کنترل شرکت داشته‌اند. در هر دو گروه، ۳۴ درصد دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر از آن بودند و ۶۶ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند.

واریانس-کوواریانس متغیر وابسته می باشد. شایان ذکر است برای انجام تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

فرض بعدی، بررسی کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته است که برای بررسی آن از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری در متغیرهای وابسته بیشتر از ۰/۰۵ است که به معنای کروی بودن ماتریس

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۴۰/۶۶	۲/۴۹	۴۱/۴۱	۱/۶۷
	پس آزمون	۳۳/۵۸	۲/۸۴	۳۶/۰۸	۱/۵۰
	پیگیری	۳۲/۹۱	۱/۳۱	۳۳/۰۰	۲/۰۸
افکار خودکشی	پیش آزمون	۳۷/۷۵	۱/۰۵	۳۴	۴/۴۷
	پس آزمون	۲۷/۰۸	۱/۵۶	۳۵	۵/۱۴
	پیگیری	۲۳/۰۵	۱/۹۳	۳۵/۲۶	۴/۸۶
نا امیدي	پیش آزمون	۹۱/۲۵	۲/۸۶	۶۲/۷۳	۹/۱۴
	پس آزمون	۸۳/۰۰	۳/۱۹	۶۳/۷۳	۱۱/۸۸
	پیگیری	۸۱/۲۴	۲/۱۲	۶۲/۳۶	۱۱/۶۲

جدول ۳: آزمون چند متغیره برای بررسی آثار بین آزمودنی و درون آزمودنی

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مربع ایثا
بین آزمودنی	عرض از مبدا	۰/۹۹۳	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	اثر هوتلینگ	۴۳۱/۲۹۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بزرگترین ریشه روی	۴۳۱/۲۹۵	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
بین آزمودنی گروه	اثر پیلای	۰/۹۸۹	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	لامبدای ویلکز	۰/۰۲۱	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	اثر هوتلینگ	۴۶/۱۱۲	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	بزرگترین ریشه روی	۴۶/۱۱۲	۳	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
درون آزمودنی	عامل مکرر	۰/۹۸۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	اثر هوتلینگ	۶۴/۷۳۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	بزرگترین ریشه روی	۶۴/۷۳۹	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
درون آزمودنی	کنش متقابل	۰/۹۸۲	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	گروه و اندازه گیری مکرر	۰/۰۱۸	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	لامبدای ویلکز	۵۳/۰۸۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	اثر هوتلینگ	۵۳/۰۸۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
درون آزمودنی	بزرگترین ریشه روی	۵۳/۰۸۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	اثر هوتلینگ	۱۶۶/۴۱۵	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷

جدول ۴: آزمون های مقایسه ای

منبع	مقیاس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مربع ای
کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر	استرس ادراک شده	با فرض مفروضه کرویت	۲	۴۳۲۰/۸۷۸	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		گرین هاوس- گیزر	۱/۶۳۵	۵۲۸۶/۷۴۳	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		هیون-فلت	۱/۷۸۴	۴۸۴۳/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
افکار خودکشی	کرویت	پایین ترین باند	۱	۸۶۴۱/۷۵۶	۶۲۳/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۳۸۷/۴۷۸	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۶۶	۴۳۸/۸۰۴	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
نامیدی	کرویت	هیون-فلت	۱/۹۴۳	۳۹۸/۷۷۱	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		پایین ترین باند	۱	۷۷۴/۹۵۶	۳۰۳/۸۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
		با فرض مفروضه کرویت	۲	۴۶۹/۳۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۱۸	۰/۱۳
		گرین هاوس- گیزر	۱/۷۷۴	۵۲۹/۲۲۶	۴/۳۱۶	۰/۰۲۲	۰/۱۳
		هیون-فلت	۱/۹۵۲	۴۸۰/۷۲۸	۴/۳۱۶	۰/۰۱۹	۰/۱۳
		پایین ترین باند	۱	۹۳۸/۶۰۰	۴/۳۱۶	۰/۰۴۷	۰/۱۳

جدول ۵: آزمون تی مستقل برای مقایسه نمرات متغیرها در وهله های سنجشی بین گروه کنترل و آزمایش

متغیرها	T	درجه آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون استرس ادراک شده	۰/۳۹۶	۲۸	۰/۷۶
پیش آزمون افکار خودکشی	۰/۷۷۷	۲۸	۰/۵۲
پیش آزمون ناامیدی	۰/۰۷۹	۲۸	۰/۹۱
پس آزمون استرس ادراک شده	-۱۳/۷۴	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون افکار خودکشی	-۵/۸۳۲	۲۸	۰/۰۰۱
پس آزمون ناامیدی	-۵/۸۶	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون استرس ادراک شده	-۱۶/۶۸	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون افکار خودکشی	-۲/۹۹	۲۸	۰/۰۰۱
پیگیری آزمون ناامیدی	-۳/۵۷	۲۸	۰/۰۰۱

شده، افکار خودکشی، ناامیدی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

در جدول ۳ مشاهده می شود که همه آزمون های آماری نشان دهنده معنی دار بودن کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر برای استرس ادراک شده، افکار خودکشی، ناامیدی است. با

جدول ۲ میانگین نمرات افراد در متغیرهای استرس ادراک شده، افکار خودکشی، ناامیدی را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. تفاوت میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر تغییرات در متغیرهای استرس ادراک

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر درمان گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران بود. نتایج بیانگر تاثیر مثبت و معنادار الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران می‌باشد. با توجه به مدت زمان مرحله پیگیری نیز می‌توان گفت درمان گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران دارای ماندگاری اثر می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر از حیث اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی با یافته‌های فرخی و همکاران^(۱۷) و دادبین و همکاران^(۱۸) و امام زمانی و بوگر و مشهدی^(۱۹) همسو است. یافته‌های ما با مطالعاتی که نشان داده‌اند ACT اثرات مثبتی بر استرس، اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های دارای درد مزمن دارد، همسو است. همچنین برخی مطالعات راجع به طرحواره‌درمانی نشان داده‌اند که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند به بهبود کارکردهای روانشناختی در بیماری‌های مزمن منجر شود. رویکرد تلفیقی، با ادغام این دو رویکرد، به صورت جداگانه و به صورت ترکیبی اثرات مطلوبی بر سازگاری روانی و فرسودگی فکری نشان داده است. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت ACT با افزایش آگاهی از تجربیات درونی و کاهش پاسخ‌های دفاعی نسبت به درد، پذیرش بیشتری از درد را ترویج می‌کند و موجب تعهد فرد به ارزش‌های زندگی می‌شود. این رویکرد می‌تواند با کاهش وابستگی به کنترل مستقیم درد و تغییر رابطه فرد با درد، استرس

توجه به میانگین نمرات این سه بعد در سه مرحله سنجش مشخص می‌شود که مدل ادغام شده پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی موجب کاهش نمرات استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و تعقیبی نسبت به گروه کنترل می‌شود. این نتیجه نشان دهنده این است که بین عامل گروهی و عامل مکرر اندازه‌گیری استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی کنش متقابل وجود دارد. وجود کنش متقابل به این معنی است که ترکیب خطی نمرات استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی در سه بار اندازه‌گیری (عامل مکرر) تحت تاثیر قرار گرفتن آن‌ها در گروه (آزمایش و کنترل) قرار دارد. به عبارت دیگر، نمرات ترکیب خطی استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی در گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری تاثیر بیشتری نسبت به گروه کنترل می‌گیرد و این تاثیر از نظر آماری معنی‌دار است.

با توجه به جدول ۴ مشخص است که بین گروه و وهله اندازه‌گیری در نمرات استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی عامل معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج آمار توصیفی مشخص است که بین دو گروه در نمرات پیش‌آزمون استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ولی در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه در استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه در نمرات استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی، ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این امر حاکی از تاثیر گذاری مدل ادغام شده پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر متغیرهای پژوهش می‌باشد. با توجه به جدول ۵ مشخص است که نمرات استرس ادراک‌شده، افکار خودکشی و ناامیدی کاهش محسوس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل پیدا می‌کند.

تحقیقات آینده نیازمند طراحی‌های با پیگیری طولانی مدت، و نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرزی است.

نتیجه‌گیری

مداخله گروهی با الگوی تلفیقی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، به طور معناداری بهبود استرس ادراک‌شده، کاهش افکار خودکشی و کاهش ناامیدی در افراد مبتلا به درد مزمن به همراه دارد. این یافته‌ها نشان‌دهنده کارایی رویکرد ترکیبی در بهبود کارکرد روانی و کیفیت زندگی در این جمعیت است. سیاست‌های سلامت باید به ارائه مداخلات گروهی با رویکرد ترکیبی در مراکز درد مزمن و سلامت روانی اهمیت دهند. آموزش متخصصان درمانی در این رویکرد، و فراهم‌سازی منابع برای اجرای مداخله‌های گروهی با دوام، می‌تواند به کاهش بار بیماری و افزایش سلامت روانی جمعیت کمک کند.

منابع مالی

پژوهش حاضر فاقد حمایت مالی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان صمیمانه از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات، بیان اصل رازداری و آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش بود و در پایان نیز شرکت‌کنندگان از نتیجه پژوهش مطلع شدند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام کردند که این مقاله هیچگونه تعارض منافی ندارد.

ادراک‌شده و ناامیدی را کاهش دهد. طرحواره‌درمانی که با شناسایی و تغییر طرحواره‌های محدودکننده مانند ناامیدی، بی‌ارزشی و نبود امنیت، می‌تواند سازوکارهای مقابله‌ای ناسالم را اصلاح کند و تحمل ابهام را بهبود بخشد. ترکیب این دو رویکرد در قالب گروهی، امکان تبادل تجربه، همدلی و حمایت اجتماعی را نیز فراهم می‌آورد که خودش به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای می‌تواند اثر درمانی را تقویت کند. این پژوهش نشان داد که مداخله گروهی با ترکیب پذیرش و تعهد (ACT) و طرحواره‌درمانی (ST) به طور معناداری سطح استرس ادراک‌شده را کاهش داده، شدت افکار خودکشی را در میان شرکت‌کنندگان کاهش داده و ناامیدی را بهبود بخشیده است. این تأثیرات در مقایسه با گروه کنترل که بدون درمان بوده‌اند، معنی‌دار بود ($p < .05$). اثرات بزرگ به دست آمده برای متغیر استرس ادراک‌شده و نشانگر کارآمدی بالای رویکرد تلفیقی بود.

ACT با تقویت پذیرش تجربه‌های ناخوشایند و افزایش سازگاری با معنا و ارزش‌های فردی عمل می‌کند، در حالی که طرحواره‌درمانی با هدف اصلاح الگوهای تفکر و بازتولید طرحواره‌های ناسازگار، به کاهش فشار روانی و بازگشت به عملکردهای سازنده کمک می‌کند. ترکیب این دو رویکرد می‌تواند با تقویت انعطاف‌پذیری روانی و اصلاح نحوه کار با تفکرات منفی یا طرح‌های ناسازگار، به کاهش استرس ادراک‌شده و ناامیدی کمک کند. هر پژوهشی در بستر خود دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد. سرآغاز محدودیت‌ها شامل عدم به روزرسانی داده‌ها بر اثر تفاوت‌های فردی مانند مدت درد، شدت درد، وقایع زندگی و انگیزه شرکت‌کنندگان است که این عوامل می‌تواند تأثیرگذار باشد. برای تقویت استنتاج‌ها،

References

1. Sommer C, Rittner H. Pain research in 2023: towards understanding chronic pain. *Lancet Neurol* 2024; 23(1): 27-28.
2. Langford DJ, Baron R, Edwards RR, Gewandter JS, Gilron I, Griffin PR, et al. What should be the entry pain intensity criteria for chronic pain clinical trials? An IMMPACT update. *Pain* 2023, 164(9): 1927-1930.
3. Dosti P, a Covenant of Power Golnaz Ebrahimi Mohammad Esmaeil. (2018). Guide to Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy. Amin Negar, Tehran. [In Persian]
4. Young, Jeffrey, Klosko, Jeanette, Bashar, Marjorie. (2012). Schema Therapy, Volume 1, A Practical Guide for Clinical Professionals, Translated by Hamid Pour and Andoz, Tehran, Arjmand Publishing House, Publication of the work in the original language (2003).
5. Rostami H, Ahmadi E, Nouri I, Andalib R. (2020). The Relationship between Anxiety, Stress and Depression with Pain Perception with the Mediating Role of Resilience in Patients With Chronic Pain in a Military Hospital, *Scientific Journal of Military Psychology*. 49-64. [In Persian]
6. Dur Kim Emile. (1897). *Suicide* Translated by Nader Salarzadeh Amiri. (2023). First edition Tehran Allameh Tabatabaei University Press.
7. Harris Ross. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy with Love*, translated by Doosty, Peyman Hedayati Hamedani, Seyyedeh Sepideh Mohagheghi Hossein. (2018). Hegmataneh Comprehensive Publications, printed.
8. Frantz R. Hansen SG, Machalice W. (2017). Interventions to promote well-being in parents of children with autism: a systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorder*, 2017; 5, 18: 1-21
9. Fathi F, Vaziri Sh, Asghar M, Nasri M. (2022). The effect of acceptance and commitment therapy on personality organization and defense styles of individuals with borderline personality disorder. *Journal of Psychology*. 10(12). pp. 131-144. [In Persian]
10. Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., Tamm, J., Rek, K., Lucae, S., Brem, A. K., Sämann, P., Schilbach, L., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, 20(1), 506.
11. Beck, A. T. Weissman, A. Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
12. Goodarzi M A. (2002). Investigating the validity and reliability of the Hopelessness Scale One in a group of Shiraz University students. *Journal of Social and Human Sciences, Shiraz University*, 18(2), 26-39. [In Persian]
13. Beck, A.T. (2006) Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
14. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Soltaninejad A and Amiri Mandana. (2006). Study of the prevalence of suicidal thoughts and related factors among soldiers, *Journal of Military Medicine*, 28, 113-118. [In Persian]
15. Cohen, O, and Dekel, R. (2000) sense of coherence ways of coping and well-being. *contemporary family therapy vol (22)*, 467-486.
16. Behrouzi N, Shahni B, Manijeh P, Seyed M. (2012). The relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout, *Culture Strategy*. 102-83. [In Persian]

17. Farokhi H, Ansari Shahidi M, Rezai Jamaloi H, Ebarhimi A, Arabkhradmand J. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy in Spinal Column Surgery Patients (Persian)]. *J Anesth Pain* 2020,10(4):89-96.[In Persian]
18. Dodbin Z, Ali Beigi N, Azma K, Bagheri F.(2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy, emotional schema therapy, and drug therapy on pain aspects in patients with fibromyalgia. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*.10(3):2682-2695.[In Persian]
19. Emamzamani Z, Rahimian Boogar I, Mashhadi A.(2023). Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*.1-16.[In Persian]