

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Compassion and Emotion-Oriented Schema Therapy on Perfectionism of Nurses with Obsessive-Compulsive Personality Traits

Chobsaz A¹, *Taher M², Tabatabai SM³, Hossein Khanzade A⁴

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding Author Email: mahboobe.taher@yahoo.com

Received: 2023 June 13; Accepted: 2023 August 2

Abstract

Background & Objectives: The damages of perfectionism in obsessive personality during COVID-19 pandemic need psychological treatments. The main symptom of an obsessive-compulsive personality is perfectionism. This symptom has intensity and weakness in the nurses of different hospital departments. Therefore, the treatment of perfectionism in the nursing group is considered important. This research responds to the impact of acceptance and commitment based on compassion and emotion-oriented schema therapy on the perfectionism of nurses. So far, no study has been done on perfectionism in emotion-oriented schema therapy. Considering the combination of emotion-oriented schema therapy and meta-diagnosis of perfectionism, this research seems necessary. Also, due to the similar diagnostic elements in the two treatments of acceptance and commitment therapy based on compassion and emotional schemas, no comparison has been made between these two treatments. So, this research investigated the effectiveness of emotion-oriented schema therapy and compassion-based acceptance and commitment therapy on the perfectionism of nurses with obsessive-compulsive personality traits working in the coronavirus ward.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population comprised the nurses working in the coronavirus departments of the social security hospitals of Karaj and Tehran cities, Iran, in 2021 and 2022. Of them, 40 nurses were selected using the available sampling method from Lavasani and Alborz hospitals who met the inclusion criteria. They were randomly assigned to two experimental groups and one control group. The inclusion criteria were as follows: not participating in other psychological interventions at the same time and lacking debilitating physical and mental illnesses (diagnosed by the researcher and using interviews). The exclusion criteria included the absence of more than three intervention sessions and non-observance of group therapy rules. For ten 120-minute sessions, the experimental groups underwent emotion-oriented schema therapy based on Leahy's program (2011) and compassion-based acceptance and commitment based on Tirsch et al.'s (2014) program. This research used the Personality Inventory (Krueger et al., 2013) and the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (Besharat, 2007) for data collection. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, percentage, mean, and standard deviation were calculated. At the level of inferential statistics, variance analysis with repeated measurements and Bonferroni post hoc tests were performed. Data analysis was done using SPSS software version 24, and the significance level of the tests was considered to be 0.05.

Results: Results showed that the mean scores of self-oriented perfectionism and community-oriented perfectionism in the two groups of emotion-oriented schema therapy and acceptance and commitment therapy based on compassion therapy did not have a significant difference ($p=1.000$). However, there was a significant difference between the acceptance and commitment treatment group based on compassion and the control group in self-oriented perfectionism in the posttest stage ($p<0.001$) and follow-up ($p=0.004$) as well as between community-oriented perfectionism in the posttest ($p=0.008$) and follow-up ($p=0.015$). Also, the emotion-oriented schema therapy group showed a significant difference with the control group in self-oriented perfectionism in the posttest ($p=0.003$) and follow-up ($p=0.031$), as well as between community-oriented perfectionism in the posttest ($p=0.036$). Still, the effect of this intervention in the follow-up phase on community-oriented perfectionism was not significant ($p=0.078$).

Conclusion: The results of the study indicate the similar effect of compassion-based acceptance and commitment therapy and emotion-oriented schema therapy on the perfectionism of nurses. Considering the similarity of these two treatments in communication with the present, education in the field of emotion, and their deficiency in obsessive personality, they can be used as complementary treatments.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Emotion-oriented schema therapy, Perfectionism, Nurse, Obsession-compulsive.

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار بر کمال‌گرایی پرستاران مبتلا به صفات شخصیتی وسواسی-بی‌اختیاری

آیدا چوبساز^۱، *محبوبه طاهر^۲، سیدموسی طباطبایی^۳، عباسعلی حسین‌خانزاده^۴

توضیحات نویسندگان

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

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. استادیار، گروه آموزشی علوم شناختی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

*رأبانه‌نامه نویسنده مسئول: Mahboobe.Taher@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۳ خرداد ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۱ مرداد ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: آسیب‌های کمال‌گرایی در شخصیت وسواسی در دوران همه‌گیری کووید ۱۹ نیاز به درمان‌های روان‌شناختی دارد. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار بر کمال‌گرایی پرستاران مبتلا به صفات شخصیتی وسواسی-بی‌اختیاری انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهرهای کرج و تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین آن‌ها چهار نفر از پرستاران داوطلب واجد شرایط و دارای معیارهای ورود، با روش نمونه‌گیری دردسترس از بیمارستان‌های لواسانی و البرز، به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. سپس به‌تصادف در سه گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار (سیزده نفر) و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت (چهارده نفر) و گواه (سیزده نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه آزمایش طی ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، گروه درمانی طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه کمال‌گرایی چندبعدی تهران (بشارت، ۱۳۸۶) و پرسش‌نامه شخصیت (کرویگر و همکاران، ۲۰۱۳) بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و به‌روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت با گروه گواه در کمال‌گرایی خودمدار در پس‌آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($p = ۰/۰۰۴$) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار در پس‌آزمون ($p = ۰/۰۰۸$) و پیگیری ($p = ۰/۰۱۵$) تفاوت معناداری مشاهده شد. گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار با گروه گواه در کمال‌گرایی خودمدار در پس‌آزمون ($p = ۰/۰۰۳$) و پیگیری ($p = ۰/۰۳۱$) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار در پس‌آزمون ($p = ۰/۰۳۶$) تفاوت معناداری داد؛ اما اثر این مداخله در پیگیری بر کمال‌گرایی جامعه‌مدار معنادار نبود ($p = ۰/۰۷۸$). نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاکی از تأثیر مشابه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار بر کاهش کمال‌گرایی پرستاران است. باتوجه به شباهت این دو درمان درباره ارتباط با زمان حال، آموزش در زمینه هیجان و نقص آن‌ها در شخصیت وسواسی، می‌توان از آن‌ها به‌عنوان درمان مکمل در شخصیت وسواسی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار، کمال‌گرایی، پرستار، وسواسی-بی‌اختیاری.

تقوی زاده اردکانی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تأثیر معناداری بر کمال‌خواهی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی است (۱۲). به عقیده ایزدی و همکاران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم شخصیت وسواسی مؤثر است (۱۳). چنانچه اشتراکات ویژگی‌های اختلال وسواسی-جبری و اختلال شخصیت وسواسی در نظر گرفته شود، می‌توان به این نتایج استناد کرد.

علاوه بر نقص انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در کمال‌گرایی، می‌توان از نگرش دیگری این اختلال را تبیین کرد. از عوامل مهم تأثیرگذار در اختلالات با خصیصه اضطرابی، مشکلات در تنظیم هیجان^۶ و باورهای هیجانی^۷ است (۱۴). از درمان‌های مطرح‌شده و تأثیرگذار، طرح‌واره‌درمانی هیجانی است. مدل طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند سلسله‌ای از کنش‌وری‌ها^۸ را در پی داشته باشد: فرد هیجان را تشخیص می‌دهد، آن را تفسیر می‌کند و برای تنظیم هیجان‌اتش گزینه‌هایی را در نظر می‌گیرد. در این الگو، افراد از نظر تفسیری که از تجربه هیجانی خود انجام می‌دهند، با یکدیگر تفاوت دارند و تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر ارزیابی و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان آن‌ها طرح‌واره‌درمانی هیجانی نامیده می‌شود (۱۵).

براساس پژوهش استینکمپ و همکاران می‌توان گفت، تصور می‌شود اختلال عاطفی در شخصیت وسواسی، کمتر از خصیصه‌های شخصیتی دیگر از جمله شخصیت مرزی آسیب می‌زند و توجه کمتری به آن شده است. شخصیت وسواسی در ابراز و کنترل هیجان‌ها نقص دارد (۱۶). سرکوب‌کردن هیجان‌ات در شخصیت وسواس عامل مهمی است و باتوجه به نقص‌های شخصیت وسواسی در ابعاد هیجان‌محور، این درمان با تأکید بر باورها و راهبردهای هیجانی می‌تواند درمان مؤثری باشد. می‌توان گفت طرح‌واره‌های هیجانی و اجتناب تجربی و ذهن‌آگاهی باهم در یک راستا هستند و هر سه اهداف مشترک دارند (۱۷).

طرح‌واره‌درمانی هیجان‌محور بر شناسایی و تنظیم هیجان‌ها متمرکز است؛ درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار و احساسات منفی و تعهد به اعمال همسو با ارزش‌های شخصی، تمرکز دارد. همان‌طور که اشاره شد، هر دو روش درمانی در درمان کمال‌گرایی مؤثر است؛ اما مقایسه آن‌ها به تشخیص اینکه کدام یک به‌طور خاص برای افراد وسواسی مؤثرتر و پایدارتر است، کمک می‌کند. به‌علاوه این مقایسه می‌تواند به روان‌شناسان کمک کند براساس نیازها و ترجیحات فردی، تصمیمات آگاهانه‌ای بگیرند درباره اینکه کدام درمان را برای بیماران خود استفاده کنند؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و طرح‌واره‌درمانی هیجان‌مدار بر کمال‌گرایی پرستاران مبتلا به صفات شخصیتی وسواسی-بی‌اختیاری انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

بیماری‌های همه‌گیر، رویدادی استرس‌زا به‌شمار می‌رود و عواقب آن بر احساسات و زندگی اجتماعی واضح است (۱). کارکنان نظام سلامت به‌خصوص پرستاران از افرادی بودند که در خط مقدم مبارزه با کرونا تحت‌تأثیر قرار گرفتند (۲). از مشکلات این دسته افراد، اشتغال بیش‌ازحد به بهره‌وری و اجبار به انجام کار است؛ این مفهوم رابطه‌ای نزدیک با خصیصه‌های اختلال شخصیت وسواسی-جبری^۱ دارد که به‌عنوان عامل خطر اساسی محیط کار در پرستاران پیشنهاد شده است. اختلال شخصیت وسواسی-جبری، اختلال شخصیتی شایع‌تری است که به‌نظر می‌رسد هزینه‌های پزشکی مستقیم و غیرمستقیم زیادی دارد؛ اما این اختلال در جمعیت پرستاری کمتر مطالعه شده است (۳).

نشانه اصلی شخصیت وسواسی-جبری، کمال‌گرایی^۲ است. این عنصر در پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان دارای شدت و ضعف است؛ بنابراین اشتغال در هر یک از این بخش‌ها می‌تواند بر تجارب و حالات و رفتار پرستاران تأثیرگذار باشد؛ درنتیجه سبب تفاوت در کمال‌گرایی آن‌ها می‌شود (۴). پرستاران در دوران همه‌گیری دچار تنش شدیدی می‌شوند و تمایل دارند، شرایط را کنترل و توجه دقیقی به جزئیات کنند که به این پدیده کمال‌گرایی اپیدمی گفته می‌شود (۵). کمال‌گرایی، دارای ابعاد مختلفی است و حس درماندگی و ناامیدی به‌دنبال دارد (۵).

باتوجه به اینکه شغل پرستاری پرتنش است، به‌واسطه تنش محیط کار امکان دارد پرستاران دچار افکار مزاحم و نگرانی‌هایی شوند که این امر می‌تواند عملکرد آن‌ها را در محیط کار و خانواده کاهش دهد (۶)؛ بنابراین درمان کمال‌گرایی در گروه پرستاری امری مهم تلقی می‌شود. باتوجه به بحران کرونا، برای پیشگیری و کاهش علائم اختلال شخصیت به درمان‌های برخط نیاز است (۷). در گروه پرستاری کمال‌گرایی امری مهم به‌شمار می‌رود و درعین حال شفقت امری ضروری است؛ زیرا کمال‌گرایی رابطه منفی با خودشفقت‌ورزی^۳ و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ در تحقیقات دارد (۸).

نکته تأمل‌برانگیز در کمال‌گرایی، اثر این مؤلفه بر شدت اختلالات مختلف روان‌پزشکی است. تحقیقات متفاوتی برای درمان کمال‌گرایی در شخصیت وسواسی صورت گرفته است؛ اما موضوع جدید مدنظر پژوهشگران، مفهوم مهربانی با خود و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این موضوعات، مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است. هسته اصلی این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این درمان از توانایی خوبی در اصلاح نگرش‌ها و ادراکات فرد دربرابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است (۹).

عنصر همراه‌شده با درمان پذیرش و تعهد، شفقت است. طبق تحقیقات، شرکت‌کنندگان با شفقت به خود، بیشترین منفعت را از درمان پذیرش و تعهد برده‌اند. پژوهش‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی مؤثر است (۱۰). درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار و خودانتقادی تأثیر دارد (۱۱)؛ دراین‌راستا

۵. Acceptance and Commitment Therapy

۶. Emotion regulation

۷. Emotional beliefs

۸. Function

۱. Obsessive-Compulsive Personality Disorder

۲. Perfectionism

۳. Self-compassion

۴. Psychological flexibility

همراه با گروه گواه بود جامعه آماری پژوهش را پرستاران در بخش کرونای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهرهای تهران و کرج در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳ و سطح اطمینان ۰/۵۰ و توان آماری ۰/۸۰ با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه و سه بار سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور^۱، برای هر گروه شانزده نفر به دست آمد. از بین جامعه آماری، ۴۸ پرستار داوطلب واجد شرایط با روش دردسترس از دو بیمارستان لواسانی و البرز به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به تصادف در سه گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار (شانزده نفر) و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت (شانزده نفر) و گواه (شانزده نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش، سه نفر ریزش در گروه گواه به دلیل نقص در پرسش‌نامه‌ها و سه نفر ریزش در گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار و دو نفر ریزش در گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به دلیل غیبت بیش از دو جلسه، مشاهده شد.

روش اجرا به این ترتیب بود که افراد دارای نمره میانگین بیشتر از ۱/۳۱ در پرسش‌نامه شخصیت^۲ (۱۸)، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. قبل از شروع برنامه‌های درمانی، هر سه گروه مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی تهران^۳ (۱۹) را تکمیل کردند. پس از آن طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار روی یک گروه آزمایش (طی ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه) و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت روی گروه دیگر آزمایش (طی ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه) اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ برنامه درمانی دریافت نکرد. در انتها مجدد از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و یک ماه بعد آزمون پیگیری انجام پذیرفت. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: شرکت نکردن هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی دیگر؛ فقدان بیماری‌های جسمی و روانی ناتوان‌کننده (باتشخیص پژوهشگر و با استفاده از مصاحبه). معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه مداخله و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی بود. از ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش استفاده شد. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان درباره خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

– پرسش‌نامه شخصیت: پرسش‌نامه شخصیت پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۴ توسط کرویگر و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته شد (۱۸). پرسش‌نامه مذکور برای سنجش ابعادی بودن اختلال‌های شخصیت به وجود آمد. این مقیاس ایزاری ۲۲۰ آیتمی است و ۲۵ صفت شخصیتی مبتنی بر مدل ابعادی را شناسایی می‌کند. صفت‌ها در پنج حوزه طبقه‌بندی می‌شود: حوزه اول عاطفه‌ای منفی^۵؛ حوزه دوم مخالفت‌جویی^۶؛ حوزه سوم گسستگی^۷؛ حوزه چهارم

مهارگسیختگی^۸؛ حوزه پنجم روان‌پریش‌گرایی^۹. اختلال شخصیت وسواسی-جبری بر مبنای صفات کمال‌گرایی (۱۰)، درج‌اماندگی (۹)، اجتناب از صمیمیت (۶) و عاطفه محدود (۷) است. در این پرسش‌نامه پاسخ‌ها به روش لیکرت چهاردرجه‌ای از بسیار غلط یا اغلب غلط=صفر تا بسیار درست یا اغلب درست=۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت ابعادی است و از جمع نمرات تقسیم بر میانگین محاسبه می‌شود. میانگین بیشتر از ۱/۳۱ به معنای داشتن خصایص شخصیت وسواسی بیشتر از جامعه است. نمرات بیشتر از میانگین نشانه شدت در خصایص شخصیت وسواسی و نمرات کمتر یا مساوی میانگین، نشانه خفیف بودن علائم است. از این پرسش‌نامه برای سنجش اختلال شخصیت وسواسی-جبری استفاده می‌شود (۱۸). با توجه به بررسی‌ها، روایی محتوایی پرسش‌نامه و همسانی درونی مناسب گزارش شد. از نظر روایی سازه نیز پرسش‌نامه وضعیت پذیرفتنی دارد. در مطالعه کرویگر و همکاران، ضریب آلفای به دست آمده برای حوزه‌ها، از ۰/۷۸ برای مهارگسیختگی تا ۰/۹۶ برای گسستگی در نوسان بود (۱۸). همچنین در پژوهش شجاعی و همکاران بر نسخه فارسی پرسش‌نامه، ضریب آلفا در محدوده‌ای بین ۰/۷۱ برای بدبینی تا ۰/۹۴ برای روان‌پریش‌گرایی قرار داشت (۲۰). – مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی تهران: این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس‌های قبلی (فراست، مارتن، فلت و هویت) ساخته شد (۲۱) و بشارت در سال ۱۳۸۶ با الگوبرداری از این سبک، نوع ایرانی پرسش‌نامه را بهنجارسازی کرد (۱۹). سی گویه در پرسش‌نامه است. این مقیاس سه بُعد کمال‌گرایی خودمدار^{۱۰} و کمال‌گرایی دیگرمدار^{۱۱} و کمال‌گرایی جامعه‌مدار^{۱۲} را می‌سنجد. نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵ است. پانزده گویه کمال‌گرایی خودمدار و یازده گویه کمال‌گرایی دیگرمدار و چهار گویه کمال‌گرایی جامعه‌مدار را می‌سنجد. حداکثر نمره در مقیاس ۱۵۰ و حداقل نمره ۳۰ است (۱۹). ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۱ و ۰/۸۱، محاسبه شد که نشانه همسانی درونی مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمدار (۰/۸۵) و کمال‌گرایی دیگرمدار (۰/۷۹) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۰/۸۴) معنادار بود. اعتبار محتوایی مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی به تأیید رسید و اعتبار هم‌زمان مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی تهران از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس مشکلات بین‌شخصی محاسبه شد. این مقیاس از اعتبار هم‌زمان خوبی برخوردار است (۱۹).

یک گروه آزمایش، درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت از کتاب درمان متمرکز بر شفقت برای درمان‌گران پذیرش و تعهد، متعلق به تیرچ و همکاران را دریافت کرد (۲۲). این بسته درمانی ابتدا با متغیر وابسته

7. Detachment

8. Disinhibition

9. Psychoticism

10. Self-oriented perfectionism

11. Other-oriented perfectionism

12. Socially prescribed perfectionism

1. G*Power

2. Personality Inventory

3. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale

4. Personality Inventory for DSM-5

5. Negative affect

6. Antagonism

همسان‌سازی شد و بررسی آن توسط سه متخصص در حوزه پذیرش و تعهد یا شفقت صورت گرفت؛ همچنین از نظر روایی محتوایی و روایی صوری سنجیده شد و به تأیید رسید. این برنامه هفته‌ای یک‌بار در فضای اسکای‌روم انجام شد. اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به شکل حضوری در بیمارستان توسط نویسنده اول مقاله بود. در تمامی جلسات رعایت

اصل رازداری و احترام به شرکت‌کنندگان صورت گرفت. برنامه مذکور طی ده جلسه دوساعته روی گروه آزمایش اجرا شد (جدول ۱). در این برنامه درمانی، کاربرگ‌های پذیرش و تعهد و رسانه‌های تصویری به کار رفت. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت (۲۳)

جلسه اول
هدف: معرفی اعضا و ایجاد رابطه درمانی
محتوا: بارش فکری درخصوص موفقیت، اضطراب مرگ و آشنایی با علائم شخصیت وسواسی-جبری، نقطه انتخاب، تمرین، ذهن آگاهی و به قلاب افتادن ذهن
جلسه دوم
هدف: شناخت سه سیستم هیجانی (تهدید، سائق، رضایت)
محتوا: تعریف و تفسیر سه سیستم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت)، ویژگی‌های هرکدام از سیستم‌ها، نقش سیستم در افزایش آگاهی، تکلیف، یادداشت و توجه مراجع به موقعیت‌های بی‌فعال شدن سیستم دفاع یا انگیزه خود
جلسه سوم
هدف: تعریف و تبیین ذهن و اینکه مشکل (کنترل) است
محتوا: آشنایی با کارکرد مغز و رابطه آن با پذیرش و تعهد به طور خلاصه، توضیح و تفسیر ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره زندگی یک ساحل است، استعاره بیلچه، عادی‌سازی کنترل، چوب جادو، تمرین، تمرین ذهن آگاهی، توجه به استفاده از بیلچه‌های مختلف و مشخص شدن بیلچه‌ها و تمرین عامدانه
جلسه چهارم
هدف: شناخت سه مغز
محتوا: مرور خاطرات دوران کودکی، رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های هیجانی، معرفی سه مغز (قدیم، تحلیلگر، آگاه)
تمرین: یادداشت کردن تولیدات سه مغز و توجه به آن‌ها
جلسه پنجم
هدف: معرفی استدلال مهربانانه و تکنیک‌های توجه مهربانانه و بودن در زمان حال، آموزش مقدماتی پذیرش و تعهد
محتوا: استدلال مهربانانه و تفاوت آن با استدلال منطقی، استعاره اجازه بده منتقد باشم، حساسیت به رنج خود و بودن در زمان حال و توجه مهربانانه
تمرین: انجام تمرین استدلال مهربانانه و توجه مهربانانه، نوشتن نامه مشفقانه
جلسه ششم
هدف: معرفی رفتارهای مهربانانه
محتوا: تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، رفتارهای مهربانانه، همدردی و همدلی شفقت
تمرین: حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران در بافت متغیرهای کمال‌گرایی و اضطراب مرگ
جلسه هفتم
هدف: معرفی پذیرش و تحمل پریشانی
محتوا: تبیین پذیرش و تحمل پریشانی با استعاره مهمان ناخوانده
تمرین: یادداشت روزانه تجارب ذهنی درباره پذیرش، مشاهده رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربانی با ذهن
جلسه هشتم
هدف: تبیین گسلش و راهبردهای آن
محتوا: گسلش شناختی با استفاده از استعاره در اتوبوس، خود مشاهده‌گر و توجه مهربانانه، تمرین ارتباط با انواع خود، نقاشی قصه تصاویر
تمرین: یادداشت روزانه تجارب ذهنی درباره گسلش و تمرین خود مشاهده‌گر
جلسه نهم
هدف: ارزش‌ها و آگاهی مراجع از ارتباط ارزش‌ها
محتوا: ذهن آگاهی، شناسایی ارزش‌های مراجع، استعاره مراسم دفن سنگ قبر، استعاره داستان خبری، آشنایی با آدم فضایی به نام زورگ، تمرین، سنجش ارزش‌ها، مراقبت از بهزیستی
تمرین: شناسایی ارزش‌های شخصی، اولویت‌بندی آن‌ها، نوشتن آن‌ها، دستورعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها و فعال‌سازی
جلسه دهم
تبیین ارزش‌ها به عنوان قطب نما و انگیزه تعهد حرکت به سوی آن‌ها، داستان کارکردن با چیزها همان گونه که هستند، تعیین الگوی عمل مناسب با رفتار مهربانانه
برای رسیدن به ارزش‌ها، بحث درباره احساسات و افکار مرتبط با پایان گروه، اجرای پس‌آزمون

گروه آزمایش دیگر، طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار را دریافت کرد. بسته آموزشی طرح‌واره درمانی هیجان‌محور براساس مفاهیم لیهی بود (۲۴).

این بسته آموزشی در ایران توسط مرواریدی به شکل ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد و سنجش روایی صوری و روایی محتوایی آن در این پژوهش توسط سه متخصص حوزه هیجان صورت گرفت (۲۵). این برنامه هفته‌ای یکبار در فضای اسکای روم انجام شد. اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به شکل حضوری در بیمارستان توسط

جدول ۲. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار	
موضوع جلسه	شرح جلسه
جلسه اول معارفه، تبیین قوانین گروه، اهداف گروه، اصول کلی هیجان	تکمیل فرم خودبازبینی نگرانی، تکمیل فرم راهبردها و طرح‌واره‌های هیجانی
جلسه دوم بیان اصول کلی طرح‌واره درمانی هیجانی، توصیف و آموزش هیجان	توجه به راهبردهای هیجانی، استفاده از کارت‌های مقابله، درخواست از اعضا برای مجسم‌کردن دلسوزترین فرد در ذهن خود و فکرکردن به اینکه این فرد دلسوز چه به آن‌ها گفته است، دیدن انیمیشن insidout
جلسه سوم بهنجارسازی هیجان، پرداختن به طرح‌واره‌های احساس گناه و شرم	پرسش درباره اینکه آیا دیگران در موقعیت‌هایی که اعضا دچار حس گناه و شرم شدند، آن‌ها تجربه‌ای مشابه داشته‌اند، شناسایی هیولای داخل اتوبوس، نوشتن یک داستان درباره صحنه مرگ خویش
جلسه چهارم اعتباردادن به هیجان‌ها، برجسب‌زنی به هیجان‌ها	درخواست از اعضا برای پرسش از دیگر افراد درباره تداوم و درک‌پذیری در موقعیت‌های دشوار، انجام آزمایش رفتاری کنترل هیجانات
جلسه پنجم بازسازی شناختی، توضیح تکنیک، بررسی شواهد و پرداختن به طرح‌واره نشخوار فکری	درخواست از اعضا برای مطالعه جدول خطاهای شناختی
جلسه ششم شفقت‌ورزی، توصیف خود دلسوز	استفاده از توجه‌آگاهی برای کنترل و درک‌پذیری، نامه مشفقانه و پاکت نامه
جلسه هفتم بررسی سبک‌های درس‌ساز اعتبارزدایی، بررسی راهبردهای سازگارانه برای غلبه به اعتبارزدایی	درخواست از اعضا برای آزمایش اعتباربخشی در روابط خود، انجام ذهن‌آگاهی راه‌رفتن و تنفس در منزل
جلسه هشتم آموزش تکنیک وکیل مدافع برای مقابله با افکار خودآیند و ارزش‌ها	تکلیف دسته‌بندی فکر منفی، برگره ارتباط با ارزش‌های متعالی
جلسه نهم تکنیک تحمل احساسات مختلط و توضیح آن	مزایا و معایب داشتن حس‌های متضاد در زمینه کمال‌گرایی، تکمیل برگه مزایا و معایب داشتن حس‌های مختلط
جلسه دهم تحکیم آموخته‌های جدید از طریق صحبت درباره موانع و ابراز احساسات در پایان برنامه	

مبتنی بر شفقت و سیزده نفر در گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار و سیزده نفر در گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی و انحراف معیار افراد در گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت ۳۷/۴۲±۳۷/۱۴ سال و در گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار ۳۶/۳۱±۳۶/۷۷ سال و در گروه گواه ۴۰/۲۳±۴۰/۱۹ سال بود. از لحاظ تحصیلات، در گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت ۷۸/۵ درصد (۱۱ نفر) کارشناسی، ۲۱/۴ درصد (۳ نفر) کارشناسی ارشد، در گروه طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار ۲۳/۱ درصد (۳ نفر) کارشناسی ارشد، ۷۶/۹ درصد (۱۰ نفر) کارشناسی و در گروه گواه ۷۶/۹ درصد (۱۰ نفر) کارشناسی و ۲۳/۱ درصد (۳ نفر) کارشناسی ارشد داشتند. آماره‌های توصیفی متغیر کمال‌گرایی در جدول ۳ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در سطح آمار استنباطی به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیروویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. در ادامه، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

براساس ویژگی‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع چهل آزمودنی (چهارده نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف اندازه‌گیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر مؤلفه‌های کمال‌گرایی	زمان	گروه			
		طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار		درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی خودمدار	پیش‌آزمون	۵۳/۵۳	۵/۳۹	۵۰/۵۰	۴/۷۹
	پس‌آزمون	۴۸/۷۶	۵/۴۴	۴۷/۹۲	۴/۸۷
	پیگیری	۵۰/۰۰	۵/۴۴	۴۸/۶۴	۴/۲۸
کمال‌گرایی دیگرمدار	پیش‌آزمون	۳۵/۹۲	۲/۷۵	۳۶/۹۲	۵/۲۸
	پس‌آزمون	۳۲/۹۲	۳/۷۰	۳۱/۹۲	۲/۷۳
	پیگیری	۳۴/۰۰	۵/۱۳	۳۳/۰۰	۲/۲۱
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	پیش‌آزمون	۱۳/۲۳	۱/۸۷	۱۲/۷۸	۲/۲۲
	پس‌آزمون	۱۱/۳۸	۲/۰۶	۱۰/۹۲	۲/۳۰
	پیگیری	۱۱/۹۲	۲/۱۰	۱۱/۲۸	۲/۷۲

در جدول ۳ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه گواه قبل و بعد از اجرای طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و در مرحله پیگیری آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه در متغیر کمال‌گرایی کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد. همچنین در زمان پیگیری در کمال‌گرایی جامعه‌مدار و کمال‌گرایی خودمدار، تغییر درخورتوجهی وجود نداشت. برای اینکه معناداری تفاوت موجود در میانگین‌های دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرها بررسی شود، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا، بررسی مفروضه‌های نرمالیتی و همگنی واریانس گروه‌ها صورت گرفت. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، توزیع نمرات مؤلفه‌های کمال‌گرایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و

پیگیری بهنجار بود ($p > 0.05$). آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها به‌کار رفت که مشخص کرد، همگنی واریانس‌ها برقرار بود ($p > 0.05$). از آنجاکه آماره آمپاکس $F_{(9, 3713.223)}: 1/347$ ، $p = 0.02$ ، $F_{(12, 66.00)}: 2/210$ ، $p = 0.02$ ، $\eta^2 = 0.29$ ، $\lambda Wilks: 0.573$ که نشان داد، اثر مداخله‌های آزمایشی بر ترکیب خطی مؤلفه‌های کمال‌گرایی معنادار بود؛ همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها حاکی از رد نشدن کرویت بود (کمال‌گرایی دیگرمدار $p = 0.142$ ، کمال‌گرایی جامعه‌مدار $p = 0.081$).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مبنی بر بررسی اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی

اثر	مؤلفه‌های کمال‌گرایی	F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر درون‌آزمودنی: اثر زمان	کمال‌گرایی خودمدار	۲۴/۱	< 0.001	۰/۳۹	۰/۹۹
	کمال‌گرایی دیگرمدار	۸/۳	۰/۰۰۶	۰/۱۸	۰/۸۰
	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۵/۳	۰/۰۲۶	۰/۱۲	۰/۶۱
اثر بین‌آزمودنی: اثر گروه	کمال‌گرایی خودمدار	۵/۷	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۴
	کمال‌گرایی دیگرمدار	۳/۱	۰/۰۵۶	۰/۱۴	۰/۵۶
	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۳/۳	۰/۰۴۷	۰/۱۵	۰/۵۹
اثر زمان*گروه	کمال‌گرایی خودمدار	۵/۱	۰/۰۱۲	۰/۲۱	۰/۷۸
	کمال‌گرایی دیگرمدار	۳/۱	۰/۰۵۹	۰/۱۴	۰/۵۵
	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۷/۱	۰/۰۰۳	۰/۲۷	۰/۹۰

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر زمان بر مؤلفه‌های کمال‌گرایی معنادار بود (کمال‌گرایی خودمدار $p < 0.001$ ، کمال‌گرایی دیگرمدار $p = 0.006$ ، کمال‌گرایی جامعه‌مدار $p = 0.026$). این نتیجه مشخص کرد، در میانگین نمرات کمال‌گرایی بین سه دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنادار وجود داشت. مقادیر مجذور اتای (اندازه اثر) کمال‌گرایی خودمدار ۳۹ درصد از واریانس و مجذور اتای کمال‌گرایی دیگرمدار ۱۸ درصد از واریانس و مجذور اتای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۱۲ درصد از واریانس را به‌وسیله مداخلات صورت‌گرفته تبیین می‌کند. همچنین اثر گروه بر کمال‌گرایی خودمدار ($p = 0.007$) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ($p = 0.047$) معنادار شد؛ بدین معنا که بین میانگین نمرات کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشت. برای بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار از آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر زمان بر مؤلفه‌های کمال‌گرایی معنادار بود (کمال‌گرایی خودمدار $p < 0.001$ ، کمال‌گرایی دیگرمدار $p = 0.006$ ، کمال‌گرایی جامعه‌مدار $p = 0.026$). این نتیجه مشخص کرد، در میانگین نمرات کمال‌گرایی بین سه دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنادار وجود داشت. مقادیر مجذور اتای (اندازه اثر) کمال‌گرایی خودمدار ۳۹ درصد از واریانس و مجذور اتای کمال‌گرایی دیگرمدار ۱۸ درصد از واریانس و مجذور اتای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۱۲ درصد از واریانس را به‌وسیله مداخلات صورت‌گرفته تبیین می‌کند. همچنین اثر گروه بر کمال‌گرایی خودمدار ($p = 0.007$) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ($p = 0.047$) معنادار شد؛ بدین معنا که بین میانگین نمرات کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشت. برای بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار از آزمون تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه پژوهش در سه زمان در مؤلفه های کمال گرایی

متغیر	زمان	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت گواه	-۰/۹۶	۱/۸۸	۱	۰/۸۵۱
کمال گرایی خودمدار	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۲/۰۷	۱/۹۱	۱	۰/۰۰۳
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۱/۱۱	۱/۲۲	۱	<۰/۰۰۱
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	۰/۸۴	۱/۸۳	۱	۰/۰۳۱
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	۶/۶۹	۱/۸۷	۱	۰/۰۰۴
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۷/۵۳	۱/۸۳	۱	۰/۰۳۶
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۵	۱/۸۵	۱	۰/۰۰۸
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۶/۳۵	۱/۸۲	۱	۰/۰۷۸
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	۰/۴۴	۰/۹۴	۱	۰/۰۱۵
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۰/۲۳	۰/۹۶	۱	۰/۰۷۸
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۰/۶۷	۰/۹۴	۱	۰/۰۱۵
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	۰/۴۵	۰/۸۸	۱	۰/۰۷۸
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۲/۳۸	۰/۹۰	۱	۰/۰۷۸
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۲/۸۴	۰/۸۷	۱	۰/۰۷۸
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	۰/۶۳	۱/۰۱	۱	۰/۰۷۸
کمال گرایی جامعه مدار	پیش آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۲/۳۸	۱/۰۲	۱	۰/۰۷۸
پیگیری	پس آزمون	طرح واره درمانی هیجان مدار	-۳/۰۲	۰/۰۱	۱	۰/۰۷۸

صفات شخصیتی و سواسی-بی اختیاری بود. یافته های پژوهش نشان داد، در کمال گرایی جامعه مدار و کمال گرایی خودمدار اثر مداخله های طرح واره درمانی هیجان مدار و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت در پس آزمون حفظ شد. این اثر در کمال گرایی دیگرمدار دیده نشد. در تبیین نتایج می توان گفت، خصایص شخصیتی در پرستاران، آن ها را مستعد اختلالات می کند (۲۶). از خصیصه های مهم شخصیتی در گروه پرستاران، کمال گرایی است. این عامل با اضطراب کرونا در این گروه همراه است (۲۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی روان درمانی به شمار می رود که هدف آن کمک به افراد برای توسعه انعطاف پذیری روانی است. این مطلب بدان معنا است که افراد یاد می گیرند افکار و احساسات خود را بپذیرند و توانایی عمل مطابق با ارزش ها و اهداف خود را حتی در حضور افکار و احساسات دشوار یا ناراحت کننده ایجاد کنند (۱۲). در زمینه اختلال و سواس، درمان پذیرش و تعهد، درمان مؤثری برای کمال گرایی است. کمال گرایی، یک ویژگی مشترک افراد مبتلا به و سواس است و درمان آن می تواند به ویژه چالش برانگیز باشد؛ زیرا افراد مبتلا به و سواس اغلب نیاز شدیدی به کنترل و اطمینان دارند. درمان پذیرش و تعهد به افراد مبتلا به و سواس کمک می کند بیاموزند افکار و احساسات کمال گرایی خود را بپذیرند و در عین حال توانایی عمل

جدول ۵ نشان می دهد، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، حاکی از نبود تفاوت معنادار در دو مرحله پس آزمون و پیگیری بین میانگین نمرات گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت با گروه طرح واره درمانی هیجان مدار در دو خرده مقیاس کمال گرایی خودمدار و کمال گرایی جامعه مدار بود ($p=1/000$)؛ اما بین گروه درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت با گروه گواه در کمال گرایی خودمدار در پس آزمون ($p<1/001$) و پیگیری ($p=0/004$) و کمال گرایی جامعه مدار در پس آزمون ($p=0/008$) و پیگیری ($p=0/015$) تفاوت معناداری مشاهده شد؛ همچنین گروه طرح واره درمانی هیجان مدار با گروه گواه در کمال گرایی خودمدار در پس آزمون ($p=0/003$) و پیگیری ($p=0/031$) و کمال گرایی جامعه مدار در پس آزمون ($p=0/036$) تفاوت معناداری داشت؛ اما اثر این مداخله در پیگیری بر کمال گرایی جامعه مدار معنادار نبود ($p=0/078$). این نتایج حاکی از تأثیر مثبت دو رویکرد درمانی آموزشی مذکور بر کاهش دو مؤلفه کمال گرایی خودمدار و کمال گرایی جامعه مدار بود؛ البته، اثر طرح واره درمانی هیجان مدار بر کمال گرایی جامعه مدار در مرحله پیگیری معنادار نبود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت و طرح واره درمانی هیجان مدار بر کمال گرایی پرستاران مبتلا به

مطابق با ارزش‌ها و اهداف خود را به‌جای اینکه تحت کنترل کمال‌گرایی خود قرار گیرند، در خود پرورش دهند (۱۳).

ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عوامل مهمی در افزایش کمال‌گرایی است؛ زیرا افراد مبتلا به این خصیصه باور دارند که می‌توان با تلاش و کوشش به نتیجه کامل دست یافت؛ درحالی‌که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نیافتنی است و تلاش برای دستیابی به آن منجر به نبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۲۸). از نقاط قوت درمان پذیرش و تعهد، تأثیر بر شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌گویی به محرک‌های ناخوشایند درونی مبتلایان به کمال‌گرایی است. همچنین می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد به سه دلیل اساسی بر کمال‌گرایی مؤثر است: کاهش در اجتناب تجربی؛ افزایش همجوشی شناختی؛ مشخص‌سازی ارزش‌های شخصی (۲۹). درمان پذیرش و تعهد به واسطه تکنیک‌هایی چون گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند تعامل یا رابطه با افکار و احساس و حس‌های بدنی را در زمان حال و به‌روشنی انعطاف‌پذیر و نیز بدون ایجاد یک‌سری قوانین سخت جدید یاد بگیرند. به‌علاوه به‌کمک این درمان، آن‌ها رهایی از افکار و احساس و رفتارها را تمرین می‌کنند، خود را جدا از مشکلات می‌بینند و با شناسایی ارزش‌ها و رفتارهای در خدمت ارزش‌ها، متعهد می‌شوند (۲۹)؛ در نتیجه این درمان به کاهش کمال‌گرایی کمک می‌کند.

در تحقیق پناهی و همکاران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت به‌صورت مجزا برای نگرانی و نشخوار به‌کار رفت. در نهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر بود. این تحقیق پیشنهاد کرد بهتر است درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت استفاده شود (۳۰). یکی از نقاط قوت پژوهش مذکور ترکیب این دو با یکدیگر بود. شرکت‌کنندگانی که میانگین بیشتری در شفقت به خود داشتند، بیشترین سود را از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بردند. این یافته‌ها روشن می‌کند چگونه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت به خود بر نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمال‌گرایی بالینی تأثیر می‌گذارد (۱۰). مطالعات نشان داد، هدف قراردادن فرایندهای ناکارآمد اصلی (کمال‌گرایی) به‌جای توپوگرافی علائم با درمان‌هایی چون پذیرش و تعهد امکان‌پذیر و کارآمد است؛ لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی مؤثر است (۳۱).

پژوهش ناهم‌سویی در این زمینه یافت نشد. در تبیین نتایج اثربخش نبودن درمان در کمال‌گرایی دیگرمدار می‌توان گفت، این شکلی شدیدتر از کمال‌گرایی است که در مقایسه با کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار به‌طور مثبت با ویژگی‌های شخصیتی خودشیفته و ضداجتماعی رابطه دارد؛ لذا درمان آن سخت‌تر و پیچیده‌تر خواهد بود. به‌علاوه این نوع، رابطه منفی با شفقت به دیگران دارد؛ درحالی‌که بسته درمانی حاضر بر شفقت به خود تأکید بیشتری می‌کند (۳۲).

از نگرش دیگری می‌توان گفت، گرچه شخصیت و سواسی به‌طور رسمی با مشکلات هیجانی در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی مرتبط نیست، در شرکت‌کنندگان مبتلا به شخصیت و سواسی، مشکلات عاطفی آسیب‌زننده‌ای مشاهده می‌شود (۳۳). همچنین اشاره شد که هسته اصلی کمال‌گرایی، بی‌نظمی هیجانی است و این افراد، راهبردهای تنظیم هیجانی غیرمفید و اهداف تنظیم ضعیف هیجان را به‌کار می‌برند

که به بی‌نظمی بیشتر و افزایش عاطفه منفی کمک می‌کند (۳۴). کولینز و همکاران عنوان کردند، باتوجه به بی‌نظمی هیجان در کمال‌گرایی، طرح‌واره‌درمانی هیجان می‌تواند درمان مؤثری باشد و نگرانی با بی‌ارزش‌سازی هیجانات مثبت رابطه دارد (۳۵). باتوجه به ابعاد طرح‌واره‌های هیجانی می‌توان اشاره کرد که نشخوار (تفکر انتقادی) به‌منزله یکی از طرح‌واره‌های هیجانی به‌کار می‌رود؛ لذا طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر آن مؤثر است (۱۵). از انواع طرح‌واره‌های هیجانی، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره هیجان است و کمال‌گرایی با طرح‌واره هیجانی دیدگاه ساده‌انگارانه هیجان رابطه دارد (۲۴). از دیگر طرح‌واره‌ها، نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی منفی، مشکلات در کنترل رفتارهای تکانشی در هنگام پریشانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر و نبود وضوح هیجانی است که در شخصیت و سواسی دیده می‌شود (۳۶)؛ درواقع می‌توان گفت، به‌عقیده لپی، درمان‌های موج سوم به‌علت تأکید نکردن درمان شناختی‌رفتاری بر رابطه درمانی گسترش یافته‌اند؛ به‌همین منظور در این الگوی درمانی، رابطه درمانی از طریق تأکید بر اعتباربخشی، پذیرش و پردازش هیجانی پررنگ‌تر شده است (۲۴).

طرح‌واره‌درمانی هیجان‌مدار بر کمک به افراد برای شناسایی و ابراز احساسات و توسعه راهبردهای مقابله‌ای سالم به‌منظور مقابله با آن‌ها تمرکز دارد. با پرداختن به مسائل عاطفی اساسی که به کمال‌گرایی کمک می‌کند، افراد می‌توانند یاد بگیرند انتظارات غیرواقعی را کنار بگذارند (۱۷). افراد مبتلا به شخصیت و سواسی اغلب استانداردهای سطح بالایی برای خود دارند و بیش‌ازحد از عملکرد خود انتقاد می‌کنند. این امر می‌تواند منجر به اضطراب و شرم و شک به خود شود (۴). طرح‌واره‌درمانی هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند این احساسات را شناسایی و ابراز کنند و راهبردهای مقابله‌ای سالمی برای مقابله با آن‌ها به‌وجود آورند (۱۵). به‌طور کلی می‌توان گفت، این الگوی درمانی، رویکردی خالص نیست؛ بلکه از به‌هم‌پیوستن مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی مختلف به‌وجود آمده است. باتوجه به نقص‌های مختلف هیجانی در کمال‌گرایی، این درمان می‌تواند مؤثر باشد (۱۵). طرح‌واره‌درمانی هیجان‌محور بر تنظیم هیجان و کمال‌گرایی نوروتیک مؤثر است. در زمینه تأثیر نداشتن طرح‌واره‌درمانی هیجان‌محور بر کمال‌گرایی دیگرمدار در مرحله پیگیری می‌توان ذکر کرد، گفتنی است، کمال‌گرایی دیگرمدار شکلی دوسوگرا از کمال‌گرایی است که با عزت‌نفس قوی اما توجه کم به دیگران شناخته می‌شود؛ درواقع نوعی کمال‌گرایی خودشیفتگی وجود دارد؛ لذا باورها و راهبردهای هیجانی این دسته افراد می‌تواند سخت‌تر و خاص‌تر از دو نوع دیگر باشد. از این لحاظ اثر درمانی پایدار نبود (۳۲). به‌علاوه باید اشاره کرد که کمال‌گرایی جامعه‌مدار به‌دلیل توقعات از گروه پرستاری بیشتر است و همین امر می‌تواند علت کاهش اثر درمانی در مرحله پیگیری باشد. در این زمینه پژوهش ناهم‌سویی یافت نشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مجازی بودن مداخلات باتوجه به شیفت‌های پرستاری در دوره همه‌گیری ویروس کرونا و انتخاب نمونه از دو بیمارستان و برابر نبودن زنان و مردان در پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود، اجرای مداخلات به‌صورت حضوری باشد و نمونه‌گیری

پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت و افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به علاوه به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. کد کارآزمایی بالینی پژوهش IRCT20170719035180N2 است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست پایان نامه دکتر تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، در دسترس است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ گونه تضاد منافع ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتر تخصصی نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داد.

به شیوه تصادفی انجام شود؛ به علاوه باتوجه به شدت کمال‌گرایی در پرستاران بخش‌های مختلف، پژوهش مقایسه‌ای بین پرستاران صورت گیرد؛ همچنین باتوجه به آسیب‌های مالی شخصیت و سواسی در سازمان تأمین اجتماعی، تحقیقات بیشتری در زمینه کمال‌گرایی و سایر متغیرهای تشخیصی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، طرح‌واره درمانی هیجان‌مدار و درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر کاهش کمال‌گرایی پرستاران تأثیر مشابه دارد. باتوجه به عناصر مشترک دو درمان باهدف افزایش ارتباط با زمان حال، اشتیاق به تجربه کامل رویدادهای شخصی و گسترش ظرفیت افراد برای مشاهده‌گری و همچنین نقص این عوامل در کمال‌گرایی، اثربخشی دو درمان مشاهده می‌شود؛ در نتیجه لازم است تدابیری در جهت ارزیابی سلامت روان پرستاران در دوران پساکروناویروس اتخاذ شود؛ بنابراین بسته‌های درمانی حاضر موجب ارتقای سلامت روان‌شناختی در پرستاران می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و افرادی که در مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه

References

1. Preti E, Di Pierro R, Fanti E, Madeddu F, Calati R. Personality disorders in time of pandemic. Curr Psychiatry Rep. 2020;22(12):80. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01204-w>
2. Garosi E, Najafi Sh, Mazloumi A, Khosravi Danesh M, Abedi M. Relationship between work ability index and fatigue among Iranian critical care nurse. Int J Occup Hyg. 2018;10(3):135–42. <https://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/395>
3. Atroszko PA, Demetrovics Z, Griffiths MD. Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burden of disease: implications from the ICD-11. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):660. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020660>
4. Yosefi M. Comparison of happiness, psychology well-being and job perfectionism among women nurses of different sections of hospitals in Isfahan at 2014. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2015;23(2):52–62. [Persian] <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1326-en.html>
5. Flett GL, Hewitt PL. The perfectionism pandemic meets covid-19: understanding the stress, distress, and problems in living for perfectionists during the global health crisis. Journal of Concurrent Disorders. 2020;2(1):80–105. <https://doi.org/10.54127/axgj8297>
6. Rajabi G, Gashtil K, Amanollahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female nurses. Iran Journal of Nursing. 2016;29(99):10–21. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.10>
7. Reis S, Matthews EL, Grenyer BFS. Characteristics of effective online interventions: implications for adolescents with personality disorder during a global pandemic. Res Psychoter. 2021;23(3):256–78. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.488>
8. Hıçdurmaz D, Aydın A. The relationship between nursing students' self-compassion and multidimensional perfectionism levels and the factors that influence them. J Psy Nurs. 2017;8(2):87–94.
9. Afghari N, Yazdkhasti F, Mehrabi-Koushki H, Azimi A. Comparison of the effect of group couple therapy based on reality therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism and adjustment of couples'

- needs. *Journal of Health System Research*. 2021;16(4):249–56. [Persian] <https://doi.org/10.22122/jhsr.v16i4.3668>
10. Ong CW, Barney JL, Barrett TS, Lee EB, Levin ME, Twohig MP. The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *J Contextual Behav Sci* 2019;13:7–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
 11. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
 12. Taghavizade Ardakani M, Akbari B, HosseinKhanzade AA, Moshkbide Haghighi M. Comparing the effects of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the perfectionism of patients with obsessive-compulsive disorder. *Intern Med Today*. 2019;26(1):24–37. [Persian] <https://doi.org/10.32598/hms.26.1.3093.1>
 13. Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2014;12(1):19–33. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-358-en.html>
 14. Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. In: Gross JJ; editor. *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press; 2014.
 15. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In: Simos G; editor. *Cognitive behaviour therapy: a guide for the practising clinician*. 2009;2:187–204.
 16. Steenkamp MM, Suvak MK, Dickstein BD, Shea MT, Litz BT. Emotional functioning in obsessive-compulsive personality disorder: comparison to borderline personality disorder and healthy controls. *J Pers Disord*. 2015;29(6):794–808. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.174>
 17. Mohammadi Farshi A, Shahnazari M, Bahrami Hidaji M, Peyvandi P, Mohammadi Shirmahaleh F. The efficacy of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion emotional schemas and empathy in couples. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(120):2449–67. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2449>
 18. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. The Personality Inventory for DSM-5 brief form (PID-5-BF). Manuscript in preparation; 2013.
 19. Besharat MA. Development and validation of the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychological Research*. 2007;10(1):49–67. [Persian]
 20. Shojaei Z, Mohammadi A, Zarei M. Psychometric properties of the Persian version of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in psychiatric patients. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2020;14(4):e87974. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.87974>
 21. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and maladjustment: an overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In: Flett GL, Hewitt PL; editors. *Perfectionism: theory, research, and treatment*. Washington: American Psychological Association; 2002. <https://doi.org/10.1037/10458-001>
 22. Tirsch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: tools for fostering psychological flexibility. New Harbinger Publications; 2014.
 23. Zahiri S, Dehghani A, Izady R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) enriched with compassion focus therapy (CFT) for high school males obsession with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2018;13(4):93–108. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3126.html?lang=en
 24. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. In: Herbert JD, Forman EM; editors. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Wiley; 2011. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>
 25. Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity of women with social anxiety disorder. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2019;7(1):26–32. [Persian] <http://dx.doi.org/10.1007/s41811-018-0037-6>
 26. Zaree Metin H, Jamshidi Kohsari H. (2010). The survey of Iranian nurses' workaholism based on gender difference. *Journal Organizational Culture Management*. 2010;8(21):133–57. [Persian] https://jomc.ut.ac.ir/article_24014_en.html
 27. Aziziaran S, Basharpour S. The role of rumination, emotion regulation and responsiveness to stress in predicting of corona anxiety (covid-19) among nurses. *Journal of Nursing Management*. 2020;9(3):8–18. [Persian] <https://ijnv.ir/article-1-729-en.html>
 28. Parviziyan F, Sharifi T, Shokrkon H, Ghazanfari A. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Nursing Education*. 2022;10(3):117–31. <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.3.117>
 29. Bigaier S. Acceptance and commitment therapy for the treatment of perfectionism. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences*; 2019.

30. Panahi R, Shahhabizadeh F, Mahmoodirad A. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based therapy with and without compassion on worry, self-critical and anger rumination nonclinical depressed diabetic patients: a clinical trial. *Journal of Nursing Education*. 2021;9(6):94–108. [Persian] <https://jne.ir/article-1-1250-en.html>
31. Miri S, Mansouri A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy group on the perfectionism and test anxiety in students. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2018;15(2):17–26. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2813.html?lang=en
32. Stoeber J. How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: further findings. *J Psychopathol Behav Assess*. 2015;37(4):611–23. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9485-y>
33. Steenkamp MM, Suvak MK, Dickstein BD, Shea MT, Litz BT. Emotional functioning in obsessive-compulsive personality disorder: comparison to borderline personality disorder and healthy controls. *J Pers Disord*. 2015;29(6):794–808. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_174
34. Malivoire BL, Kuo JR, Antony MM. An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clin Psychol Rev*. 2019;71:39–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.006>
35. Collins AC, Lass ANS, Jordan DG, Winer ES. Examining rumination, devaluation of positivity, and depressive symptoms via community-based network analysis. *J Clin Psychol*. 2021;77(10):2228–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.23158>
36. Vois D, Damian LE. Perfectionism and emotion regulation in adolescents: a two-wave longitudinal study. *Pers Individ Dif*. 2020;156:109756. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109756>