



## Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy based on Acceptance and Commitment on Body Image and Sexual Self-Esteem in Dialysis Women

**Monireh Pourfarahani**

Ph.D. student, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.  
Email: farahani4900@gmail.com

**Hossein Shareh**

Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Educational Science, Faculty of Letters and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran. (Corresponding Author), Email: h.shareh@hsu.ac.ir.

**FatemeHaji Arbabi**

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Received: 2022-12-07

Revised: 2023-05-02

Accepted: 2023-06-06

Published: 2023-07-22

**Citation:** Pourfarahani, M., Shareh, H., & Haji Arbabi, F. (2023). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy based on Acceptance and Commitment on Body Image and Sexual Self-Esteem in Dialysis Women. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 102-122. doi: 10.22067/tpccp.2023.79716.1404

### Abstract

#### Introduction

Chronic renal failure is defined as the presence of at least three months of glomerular filtration rate less than 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> or structural/functional abnormalities of the kidney for more than three months (Lameire et al., 2021). Research showed that dialysis women suffer from a more negative body image than normal women (Dąbrowska-Bender et al., 2018). Body image is defined as individuals' perception and attitudes towards their physical characteristics (Griffiths et al., 2018). Some studies have shown that body image dissatisfaction is directly related to a lack of self-confidence and self-esteem in sexual relations, more especially in women (Gillen & Markey, 2019). Sexual self-esteem is defined as individuals' overall desire to positively evaluate their capacity for participating in healthy sexual behaviors and experiences in a pleasurable and satisfying manner. Sexual self-esteem affects sexual behavior and includes emotional responses to thoughts and feelings (Akbari, 2017).

Schema therapy and acceptance and commitment therapy are two different approaches, each of which looks at pathology with a different perspective. It seems that a combination of the two therapeutic models can be a good complement to cover the shortcomings of each of them (Grecucci, 2018). Since no research has specifically compared the impacts of these approaches on psychological status of dialysis patients, it is important to investigate and compare the effectiveness of the acceptance and commitment therapy and schema therapy based on acceptance and commitment (AC-based schema therapy) on body image and sexual self-esteem of dialysis women.

#### Method

This study was a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The statistical population consisted of all married dialysis women who referred to Khorasan Razavi Dialysis Patients Support Association between January 2021 and June 2022. The sample included 45 married women undergoing dialysis. The participants were selected using convenience sampling method and were randomly assigned to three groups. The first group (15 people) received the therapeutic intervention based on acceptance and commitment, the second group (15 people) received the AC-based schema therapy intervention, and the third group (15 people) were placed on the waiting list to receive psychological treatment. The tools included the Body Image Concern Inventory (BICI)



and Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form (SSEI-W-SF). The AC-based therapy sessions were held based on the treatment protocol of Gustafson (2020) during ten 120-minute weekly sessions. The AC-based schema therapy sessions were held according to the treatment protocol of McKay et al. (2012) for ten 120-minute weekly sessions. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni test.

### Results

The results of chi-square test demonstrated that the groups were homogeneous in terms of age ( $p=0.979$ ,  $\chi^2=8.00$ ), duration of marriage ( $p=1.000$ ,  $\chi^2=5.267$ ), and duration of dialysis ( $p=0.628$ ,  $\chi^2=9.867$ ). After checking that the assumptions were fulfilled, repeated measures analysis of variance was used. The results showed that body image scores in the within-group section ( $P=0.001$ ,  $F=57.908$ ), the interaction effect of group and repetition ( $P=0.001$ ,  $F=23.243$ ) and the between-group effect ( $P=0.035$ ,  $F=3.640$ ) are significant in the studied groups in three phases of measurement. Moreover, sexual self-esteem scores in the within-group section ( $P=0.001$ ,  $F=25.429$ ), the interaction effect of group and repetition ( $P=0.001$ ,  $F=6.575$ ), and the between-group effect ( $P=0.037$ ,  $F=3.251$ ) are significant in the studied groups in three phases of measurement ( $P<0.05$ ). Considering the significance of  $F$  statistic, it seems necessary to make post-experience comparisons. Hence, Bonferroni post hoc test was used to compare the therapy groups with the control group.

The results of Bonferroni post hoc test revealed that in the posttest and follow-up phases, there is no significant difference between the studied groups (AC-based therapy and AC-based schema therapy and the control group) in the variables of body image ( $P=0.98$ ) and sexual self-esteem ( $P=0.85$ ), but in the posttest and follow-up phases, a significant difference was found between the AC-based therapy group and AC-based schema therapy with the control group ( $P<0.05$ ). AC-based schema therapy caused more changes in the components of body image and sexual self-esteem in dialysis women.

### Discussion and conclusion

The results indicating the greater impact of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy are consistent with the findings of Aalami (2020). Paying special attention to the factors causing ineffective behaviors adopted in order to reduce the emotional pain of the schema is one of the strengths of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy (Nikpour, 2021). Showing the difficult situation of frequent dialysis as the only factor provoking uncomfortable feelings and thoughts formed from childhood experiences causes patients to know the root of their problems instead of considering the disease as the cause of dissatisfaction with appearance and lack of self-esteem in sexual relations. As a result, it will make them more motivated and hopeful to overcome and adjust their maladaptive schemas. The other strength of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy is that clients more easily identify their values that are beyond their maladaptive schemas, and as a result, are more motivated to follow values (McKay, 2012). Another advantage of AC-based schema therapy is dedicating some of the group therapy sessions to teach communication skills, including self-expression, overcoming feelings of anger and hatred, assertiveness and marital skills (Lev & McKay, 2017), which increases intimacy and emotional interest of women in the marital relationship. Learning these skills, in addition to providing the opportunity for experiencing more sexual pleasure and the desire to have sexual relationships, can prevent the recurrence of dialysis women's problems, since better satisfaction of the unsatisfied basic needs make people able to prevent the activation of maladaptive schemas.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Body Image, Dialysis, Schema Therapy, Sexual Self-esteem

## پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

## مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی

منیره پورفراهانی <sup>ID</sup>

دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران. farahani4900@gmail.com

حسین شاره <sup>ID</sup>

دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران. (نویسنده مسئول)، h.shareh@hsu.ac.ir

فاطمه حاجی‌اربابی <sup>ID</sup>

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
<b>استناد:</b> پورفراهانی، منیره؛ شاره، حسین؛ حاجی‌اربابی، فاطمه. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۰۲-۱۲۲. doi: 10.22067/tpccp.2023.79716.1404			

## چکیده

**هدف:** مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان دیالیزی متأهل مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی شهر مشهد در بازه زمانی دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا خردادماه سال ۱۴۰۱ بود که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های نگرانی از تصویر بدن لیتلتون، آکسوم و پوری (Littleton et al., 2005) و عزت‌نفس جنسی زنان - فرم کوتاه دوئل زینا و شوآرز (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996) به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار Spss-۲۵ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثر هستند ( $P < 0/05$ ). بعلاوه، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معنی‌داری مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین، کار هم‌زمان بر روی طرح‌واره‌ها و استفاده از فنون پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به خودانگاره بدنی بهتر و عزت‌نفس جنسی بالاتر و در نتیجه بهبود اعتمادبه‌نفس و ارتباط زناشویی در زنان دیالیزی گردد.

**واژه‌های کلیدی:** تصویر بدن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیالیز، طرح‌واره درمانی، عزت‌نفس جنسی

## مقدمه

بیماری مزمن کلیه<sup>۱</sup> شامل گروهی از بیماری‌های ناهمگن است که بر ساختار و عملکرد کلیه تأثیر می‌گذارد. تشخیص نارسایی مزمن کلیه با حضور حداقل سه ماه نرخ فیلتراسیون گلوبولی کمتر از ۶۰ میلی‌لیتر در دقیقه  $1/73$  مترمربع<sup>۲</sup> یا ناهنجاری‌های ساختاری/عملکردی کلیه برای بیش از ۳ ماه تعریف می‌شود (Lameire et al., 2021). بیماران تا زمان پیوند کلیه، باید تحت درمان به روش دیالیز قرار گیرند (Romagnani et al., 2017). بیماران دیالیزی به علت دیالیزهای مکرر، شرایط مخاطره‌آمیزی را در تمام ابعاد زندگی همچون شرایط جسمانی و مسائل روان‌شناختی، روابط میان فردی و اجتماعی به‌ویژه روابط زناشویی تجربه می‌کنند (Aguilar et al., 2019).

آمارها نشان می‌دهند که شیوع بیماری مزمن کلیه (James et al., 2018) و رفتارهای زیباسازی و آراستن ظاهر و بدن در زنان بیشتر از مردان است (Riahi, 2011). از این رو، زنان دیالیزی از تصویر بدن ضعیف‌تری نسبت به زنان عادی برخوردارند (Dąbrowska-Bender et al., 2018). تصویر بدن که به‌عنوان «ادراکات و نگرش‌های فرد در رابطه با ویژگی‌های فیزیکی خود» تعریف می‌شود مانند وزن، شکل، قد و رنگ پوست، ساختاری چندبعدی است که جنبه‌های رفتاری و ادراکی، شناختی و عاطفی را در برمی‌گیرد (Griffiths et al., 2018). افراد دارای تصویر بدن پایین، به دلیل اضطراب طرد توسط دیگران قادر به سرمایه‌گذاری عاطفی در روابط نیستند (Gucer & Kantarci, 2020). مطالعات گلین و مارکی (Gillen & Markey, 2019) نشان داده است که نارضایتی از تصویر بدن ارتباط مستقیمی با فقدان اعتماد به نفس و عزت نفس در رابطه جنسی دارد که این مسئله در زنان تأثیرگذارتر از مردان است.

عزت نفس جنسی میل کلی فرد، جهت ارزیابی مثبت ظرفیت خود برای مشارکت در رفتارهای جنسی سالم و تجربه جنسی به شکلی لذت‌بخش و رضایت‌مندان تعریف شده است که بر رفتار جنسی تأثیر می‌گذارد و شامل پاسخ‌های هیجانی به افکار و احساسات است (Akbari et al., 2017). پژوهش‌های کسکین و همکاران (Keskin et al., 2019) حاکی از آن است که بیماران دیالیزی نسبت به افراد عادی در زندگی زناشویی خود از عملکرد و عزت نفس جنسی پایین‌تری برخوردار هستند. با توجه به این که زنان تحت درمان دیالیز در مقایسه با زنان عادی و همچنین در مقایسه با مردان به مراتب بیشتر درگیر مشکلات فوق‌الذکر هستند، ارائه راهبردهای روان‌شناختی به این گروه می‌تواند مؤثر و کاربردی باشد.

یکی از درمان‌های نوین موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Harris, 2019). در درمان

1. chronic kidney disease (CKD)

2. (GFR) <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای بودن در لحظه حال تمرین ذهن آگاهی بکار می‌رود تا فرد نسبت به هر آنچه در لحظه حال تجربه می‌شود گشوده بماند و به جای خود مفهوم‌سازی شده، به جنبه‌ای از خود که نظاره‌گر رویدادهای زندگی و وقایع زندگی است، دست یابد. در این درمان، به افراد آموزش داده می‌شود تا ارزش‌های خود را در زندگی شناسایی کنند و رفتارهای کارآمد همسو با ارزش‌هایشان را متعهدانه دنبال کنند (Bennett & Oliver, 2019). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارضایتی از تصویر بدن و خودانگاری وزن<sup>۱</sup> در بزرگسالان (Griffiths et al., 2018)، افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو (Asadpour & Veisi, 2019) مؤثر بوده است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر درمانی در بهبود مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی رویکرد طرح‌واره درمانی است (Roediger et al., 2020). طرح‌واره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری، افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرح‌واره درمانی روش درمانی نسبتاً نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است (Fassbinder & Arntz, 2021). تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی در غلبه بر مشکلات روان‌شناختی، تعارضات زناشویی و ارتقاء کیفیت روابط عاطفی و جنسی زوجین تأیید شده است (Shahabi & Sanagouye-Moharer, 2019).

طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو رویکرد مجزا هستند که هر کدام با نگاهی متفاوت به آسیب‌شناسی می‌پردازند و از منظر متمایزی به تبیین مشکلات و رفع آن می‌پردازند. رویکرد طرح‌واره درمانی روشی بر پایه مشاهده علائم، هیجانات و واکنش‌های احساسی است که با ارائه راهکاری مؤثر و به کمک تعدیل طرح‌واره‌های ناکارآمد به بهبود مشکلات ارتباطی، مشکلات روان‌شناختی، هیجانات مخرب و شخصیتی می‌پردازد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با به کارگیری راهبردهای گسلش شناختی و پذیرش به جای اجتناب در برابر افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناخوشایند و شناسایی ارزش‌ها به منظور هدایت رفتار و اعمال همسو، به افراد کمک می‌کند تا بر مشکلات روان‌شناختی و میان‌فردی خود غلبه کنند (Greenberg, 2017). ماتوف (Matoff, 2018) معتقد است که در درمان همیشه یک نوع رویکرد مؤثر واقع نمی‌شود چرا که هر مدل نظری نقایص مخصوص به خود را دارد مثلاً رویکرد طرح‌واره از راهبردهای تنظیم هیجانی و ذهن آگاهانه جز در موارد اندکی بهره نمی‌گیرد و از نقش زبان در آسیب‌شناسی چشم‌پوشی کرده است و همچنین رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد از اختلال‌های

روانی تبیین تحولی ارائه نمی‌دهد. از این رو، تلفیق این مدل‌های نظری می‌تواند مکمل مطلوبی برای پوشاندن کاستی‌های یکدیگر به شمار آیند (Grecucci et al., 2018). مک‌کی و همکاران (McKay et al., 2012) و لیو و مک‌کی (Lev & McKay, 2017)، مداخله درمانی طرح‌واره با فرمول‌بندی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای زوجین هنجار نموده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه روابط بین‌فردی مؤثر است (Farrell & Shaw, 2017) و تأثیر قابل‌توجهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی دارد (Van Vreeswijk et al., 2014). با توجه به اینکه نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های پیشین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌ی بهبود مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی را نشان داده‌اند و اینکه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی در ارتباط هستند و تاکنون هیچ پژوهشی به‌طور خاص به مقایسه تأثیر این دو رویکرد در بیماران دیالیزی نپرداخته است، بررسی تفاوت تأثیر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی حائز اهمیت است.

## روش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان دیالیزی متأهل مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی خراسان رضوی (مشهد) در بازه زمانی دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا خردادماه سال ۱۴۰۱ (۲۸۵۸ نفر) بود. پیش از شروع مداخله از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شدند. به داوطلبین اطمینان داده شد که از اطلاعات خصوصی و شخصی‌شان محافظت می‌شود، مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای آن‌ها نخواهد داشت و این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ زن از زنان متأهل دیالیزی شهر مشهد بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گروه اول (۱۵ نفر) مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم (۱۵ نفر) مداخله درمانی طرح‌واره مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. گروه سوم (۱۵ نفر) در لیست انتظار جهت دریافت درمان روان‌شناختی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل این موارد بود: متأهل بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، برخوردار بودن از سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به بیماری مزمن کلیه (حداقل به مدت ۳ ماه) و درمان به روش دیالیز، عدم دریافت روان‌درمانی دیگری به‌طور هم‌زمان، عدم ابتلا به افسردگی اساسی همراه با احتمال خودکشی و نداشتن نشانه‌های روان‌پریشی در ارزیابی از طریق

مصاحبه بالینی و تمایل به شرکت در پژوهش با رضایت آگاهانه. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور ناقص، عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها طبق دستورالعمل، عدم پیگیری تکالیف و غیبت بیش از دو جلسه در گروه درمانی نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه تصویر بدن (BICI):** پرسشنامه تصویر بدن توسط لیتلتون، آکسوم و پوری<sup>۲</sup> (Littleton et al., 2005) طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال است که به‌صورت مقیاس لیکرتی درجه‌بندی شده است. هر سؤال پنج گزینه دارد که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه حاضر دارای ۲ خرده مقیاس (نارضایتی و خجالت از ظاهر) و (وارسی و مخفی کردن نقایص ادراک شده و نگرانی در مورد ظاهر عملکرد اجتماعی) است. در مطالعه لیتلتون و همکاران (Littleton et al., 2005) اعتبار این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای آن ۰/۹۳ و ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه ۰/۳۲-۰/۷۳ با میانگین ۰/۶۲ محاسبه شده است. در ایران نیز اعتبار این آزمون بر اساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است (Basak Nejad & Ghafari, 2007). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسشنامه عزت‌نفس جنسی زنان-فرم کوتاه (SSC-W-SF):** این پرسش‌نامه توسط دوایل زینا و شوارز (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996) طراحی شده و دارای ۳۲ سؤال است که به‌صورت مقیاس لیکرتی درجه‌بندی شده است. این پرسش‌نامه از ۵ خرده‌مقیاس مهارت و تجربه، جذابیت، کنترل، قضاوت اخلاقی، تطابق (انطباق‌پذیری) تشکیل شده است (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996). پایایی پرسشنامه از طریق دامنه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) توسط مؤلفین در سال ۱۹۹۶ از ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای خرده مقیاس‌های جذابیت، کنترل، انطباق‌پذیری، قضاوت اخلاقی و مهارت و تجربه به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای پنج خرده‌مقیاس آن در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (Farokhi & Shareh, 2014). روایی پرسش‌نامه از طریق روایی سازه نمرات پرسش‌نامه با نمرات مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg, 1965) ۰/۵۷ به‌دست آمده است و همچنین برای خرده مقیاس‌های جذابیت، کنترل، انطباق‌پذیری، قضاوت اخلاقی، مهارت و تجربه به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۴۵، ۰/۴۵، ۰/۳۸ و ۰/۴۴ گزارش شده

1. body image concern inventory

2. Littleton, Axsom & Pury

3. sexual self-esteem index for woman-short form

است. در ایران، ضرایب همبستگی بین هر یک از گویه‌های مقیاس با نمره کل مقیاس بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۲ گزارش شده است و در تحلیل عاملی اکتشافی پنج عامل تجربه و مهارت، کنترل، جذابیت، قضاوت اخلاقی و انطباق به دست آمده است که جمعاً ۵۰/۳۷ درصد واریانس را تبیین می‌کردند (Farokhi & Shareh, 2014). در پژوهش حاضر، مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

به منظور اجرای مداخله پژوهش، برای گروه آزمایش اول، جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کتاب «زندگی خود را دوباره بیافرینید؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» نوشته گوستافسون (Gustafson, 2020) به مدت ۱۲۰ دقیقه در ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی درمان پذیرش و تعهد، سنجش مشکلات بیماران از نگاه رویکرد پذیرش.	فهرست کردن مهم‌ترین مشکلات
دوم	آموزش و بررسی مفهوم آمیختگی و گسلش، راهبرد برچسب‌زن، راهبرد گپ‌زدن با ذهن خود (تشکر از ذهن).	بررسی شیوه‌های اجتنابی
سوم	استخراج تجربه‌های اجتنابی، آموزش پذیرش، ایجاد تعادل بین تغییر و پذیرش، شناسایی احساسات، عواطف، خاطرات و احساسات جسمی ناخوشایند.	تمرین ماندن با تجارب ناخوشایند
چهارم	بررسی چرخه اجتناب، بررسی تجارب درونی ناخوشایند و روش‌های اجتنابی مرتبط و هزینه‌های تحمیلی بر اثر اجتناب، راهبرد پذیرش تجربه خود با شفقت.	بررسی پیامد رفتارهای اجتنابی
پنجم	تمرین ذهن آگاهی رسمی و غیررسمی، توجه به احساسات، اسکن بدن، تنفس، شنوایی، توجه به افکار، آموزش شفقت و ارتباط آن با ذهن آگاهی.	یادداشت تجربه ذهن آگاه
ششم	بحث و گفتگو در مورد خود مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج.	ثبت موقعیت‌های خود مشاهده‌گر
هفتم	استعاره قطب‌نما (ارزش‌ها به عنوان راهنما)، بررسی موانع شناسایی ارزش‌ها، استعاره چوب جادو، الگوهای زندگی و نوشتن زندگی‌نامه ایدئال خود.	فهرست موانع رفتار ارزشمند
هشتم	بررسی تفاوت اهداف و اعمال، تمرکز بر لحظه حال در عمل، عدم تمرکز بر پیشرفت یا مقایسه در عمل، انجام تمرین رفتارهای ارزش‌محور.	تعهد برای اعمال ارزش‌محور
نهم	راهبرد اهداف هوشمندانه مطابق با S.M.A.R.T (مشخص، قابل اندازه‌گیری، همسو با ارزش، واقع‌بینانه و حساس به زمان)، تمرین ارتباط قاطعانه.	تکمیل کاربرگ حل مسئله
دهم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی.	

برای گروه آزمایش دوم جلسات گروه‌درمانی طرح‌واره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل



درمانی «کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره برای رفتارهای میان‌فردی» نوشته مک کی و همکاران (McKay et al., 2012) به مدت ۱۲۰ دقیقه در ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد که به شرح ذیل است:

جدول ۲: پروتکل جلسات گروه درمانی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا جلسات	تکالیف
اول	شناسایی طرح‌واره‌ها، تمرین ذهن آگاهی حواس پنج‌گانه، بررسی رفتارهای مقابله‌ای، استعاره دستگاه پاپ‌کرن.	ثبت موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی طرح‌واره-ها، یادداشت واکنش‌های رفتاری
دوم	رفتارهای مقابله‌ای و پیامد آن، به‌کارگیری راهبرد ناامیدسازی خلاقانه‌ی راهبردهای کنترلی قدیمی.	ثبت موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی طرح‌واره-ها، ارزیابی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای
سوم	استعاره‌های شن روان و حفر چاله، عدم تلاش برای کنترل فکر، احساس و حس‌های بدنی طرح‌واره‌ای با تصویرسازی ذهنی استعار آسمان و آب‌وهوا.	بررسی دو تا از طرح‌واره‌های قوی‌تر در طول هفته در ارتباط با همسر
چهارم	ارائه آموزش روانی در مورد ارزش‌ها، شفاف‌سازی ارزش‌ها و شناسایی اهداف ارزشمند، بررسی موانع اقدام ارزشمند، تمرین نقش‌آفرینی بر اساس استعاره هیولاهای اتوبوس.	تعهد برای دنبال کردن یک هدف، بررسی موانع رفتار ارزش‌محور
پنجم	ارائه آموزش روانی در مورد گسلش با بهره‌گیری از استعاره هیولاهای در اتوبوس، استعاره بازاریاب، آموزش تکنیک‌های گسلش.	استفاده از تکنیک‌های گسلش در حین اقدامات متعهدانه
ششم	پرورش خود مشاهده‌گر (استعاره صفحه شطرنج و بدترین تجسم خود).	تمرین تکنیک‌های گسلش از افکار قضاوت‌گر
هفتم	بررسی تمایل در مورد اجتناب از درد و از دست دادن روابط، بحث و بررسی خشم به‌عنوان یک سبک مقابله‌ای و هزینه‌هایی که خشم در پی داشته است، ارائه آموزش روانی در مورد خشم، بررسی هزینه‌های رنجش (استعاره داد‌گاه).	تشخیص تمایل به پاسخ‌های مقابله‌ای و بررسی احساس در رفتار مقابله‌ای و رفتار ارزشمند
هشتم	تمرین رها کردن طناب، اجرای تصویرسازی برای توسعه‌ی دیدگاه خود مشاهده‌گر و گسلش طرح‌واره‌ها.	تمرین به‌منظور ایجاد فضا برای احساسات ناخوشایند
نهم	اجرای تصویرسازی و بررسی واکنش‌ها به رویدادهای اخیر برانگیزاننده‌ی طرح‌واره‌ها، بحث در مورد ارتباط زناشویی مؤثر، تمرین تصویرسازی ذهنی، توجه آگاهی و پرورش شفقت به خود.	تعهد به اهداف ارزشمند شناسایی شده در جلسات اولیه و برنامه‌ریزی اهداف جدید در رابطه زناشویی
دهم	بحث و گفتگو درباره تجربیات اعضای گروه در ده هفته گذشته، متعهد شدن برای اهداف جدید، ارزیابی پیشرفت گروه‌درمانی و ارزیابی میزان نیل به اهداف گروه‌درمانی.	

در پایان، داده‌های اخذشده از اجرای پژوهش، با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

به ترتیب ۱۷/۶ درصد، ۳۷/۴ درصد و ۴۴ درصد از آزمودنی‌ها در رده سنی ۲۰ تا ۳۰، ۳۰ تا ۴۰ و ۴۰ تا ۵۰ سال و مدت ازدواج ۶/۶ درصد، ۱۱ درصد، ۲۶/۷ درصد و ۵۵ درصد از شرکت‌کنندگان به ترتیب کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال، ۱۰ تا ۱۵ سال و بالاتر از ۱۵ سال بود. همچنین مدت درمان دیالیز در ۱۷/۶ درصد، ۳۷/۴ درصد و ۴۴ درصد از شرکت‌کنندگان به ترتیب کمتر از ۵ ماه، ۵ تا ۱۰ ماه و بالاتر از ۱۰ ماه بود. نتایج آزمون‌های دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سن ( $\chi^2=۸/۰۰$ ،  $p=۰/۹۷۹$ )، مدت ازدواج ( $p=۱/۰۰۰$ )،  $\chi^2=۵/۲۶۷$  و مدت دیالیز ( $\chi^2=۹/۸۶۷$ ،  $p=۰/۶۲۸$ ) همگن بودند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تصویر بدن	آزمایش (۱)	۵۳/۱۳	۹/۰۷	۷/۵۸	۴۵/۴۷	۷/۴۸	۴۶/۴۰
	آزمایش (۲)	۵۳/۴۷	۹/۲۱	۷/۶۷	۴۵/۸۰	۷/۴۸	۴۶/۴۰
	کنترل	۵۵/۴۰	۱۳/۰۷	۱۱/۰۸	۵۶/۲۰	۱۰/۳۸	۵۷/۰۷
عزت‌نفس جنسی	آزمایش (۱)	۸۹/۳۳	۱۷/۰۲	۱۴/۷۰	۱۰۰	۱۴/۳۴	۹۹/۰۷
	آزمایش (۲)	۸۸/۴۷	۱۵/۸۸	۱۳/۹۲	۱۰۲/۳۳	۱۳/۹۰	۱۰۰/۴۷
	کنترل	۸۸/۲۰	۱۵/۳۵	۱۴/۵۰	۸۸/۶۷	۱۵	۸۷/۶۷

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود وضعیت زنان شرکت‌کننده در پژوهش در متغیر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی می‌گردد. در واقع، میانگین نمره تصویر بدن در گروه آزمایش ۱ که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نموده است از ۵۳/۱۳ به ۴۵/۴۷ کاهش یافته است و در مرحله پیگیری به ۴۶/۴۰ رسیده که نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. میانگین نمره تصویر بدن در گروه آزمایش ۲ متناظر با طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش‌آزمون از ۵۳/۴۷ به ۴۵/۸۰ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و در مرحله پیگیری به ۴۶/۴۰ رسیده است که نشان می‌دهد وضعیت زنان در شاخص تصویر بدن بعد از دوره

درمان بهبودیافته و پس از طی مدت دو ماه نسبتاً پایدار باقی مانده است.

در گروه کنترل میانگین تصویر بدن در هر مرحله افزایش داشته است و از ۵۵/۴۰ در پیش‌آزمون به ۵۷/۰۷ در مرحله پیگیری رسیده است. همچنین، بر اساس یافته‌های جدول فوق میانگین عزت‌نفس جنسی در گروه آزمایش ۱ از ۸۹/۳۳ به ۱۰۰ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری به ۹۹/۰۶ رسیده که نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

میانگین عزت‌نفس جنسی در گروه آزمایش ۲ در مرحله پیش‌آزمون از ۸۸/۴۷ به ۱۰۲/۳۳ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری به ۱۰۰/۴۷ رسیده است یعنی عزت‌نفس جنسی بعد از دوره درمان بهبودیافته و پس از طی مدت دو ماه بازگشت جزئی داشته است. در گروه کنترل میانگین عزت‌نفس جنسی در نوسان بوده و از ۸۸/۲۰ در پیش‌آزمون به ۸۷/۶۷ در مرحله پیگیری رسیده است.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند ( $p > 0/05$ ). از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ( $p > 0/05$ ).

آزمون کرویت موجلی به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس انجام شد که نتایج برای متغیر تصویر بدن ( $p = 0/001$ ) و عزت‌نفس جنسی ( $p = 0/001$ ) بیانگر عدم رعایت این مفروضه بود، لذا از آزمون تحلیل واریانس تعدیل‌یافته با به‌کارگیری تصحیح گرین‌هاوس-گیسر (مقدار اسپیلون برای متغیر تصویر بدن ۰/۶۲ و متغیر عزت‌نفس جنسی ۰/۵۳ بود) استفاده شد. پس از رعایت این مفروضه‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	ضریب تا
تصویر بدن	درون گروهی	۶۲۰/۵۰۴	۲	۳۱۰/۲۵۲	۵۷/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	اثر تعاملی	۴۹۸/۱۱۹	۴	۱۲۴/۵۳۰	۲۳/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	بین گروهی	۱۸۴۶/۲۳۷	۲	۹۲۳/۱۱۹	۳/۶۴۰	۰/۰۳۵	۰/۱۵
عزت‌نفس جنسی	درون گروهی	۱۸۱۴/۸۰۰	۲	۹۰۷/۴۰۰	۲۵/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	اثر تعاملی	۹۳۸/۴۸۹	۴	۲۳۴/۶۲۲	۶/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	بین گروهی	۲۱۵۴/۱۷۸	۲	۱۰۷۷/۰۸۹	۳/۲۵۱	۰/۰۳۷	۰/۱۴

با توجه به نتایج جدول ۴ نمرات متغیر تصویر بدن در بخش درون گروهی ( $F=57/908, P=0/001$ )، اثر تعاملی گروه و تکرار ( $F=23/243, P=0/001$ ) و همچنین اثر بین گروهی ( $F=3/640, P=0/035$ ) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است. همچنین نمرات عزت نفس جنسی در بخش درون گروهی ( $F=25/429, P=0/001$ )، اثر تعاملی گروه و تکرار ( $F=6/575, P=0/001$ ) و همچنین اثر بین گروهی ( $F=3/251, P=0/037$ ) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ( $P<0/05$ ). با توجه به معنادار شدن  $F$  انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین، از آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۱</sup> برای مقایسه گروه‌های درمان با گروه کنترل استفاده شد.

برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی و مقایسه متغیرهای تصویر بدن و عزت نفس جنسی در گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

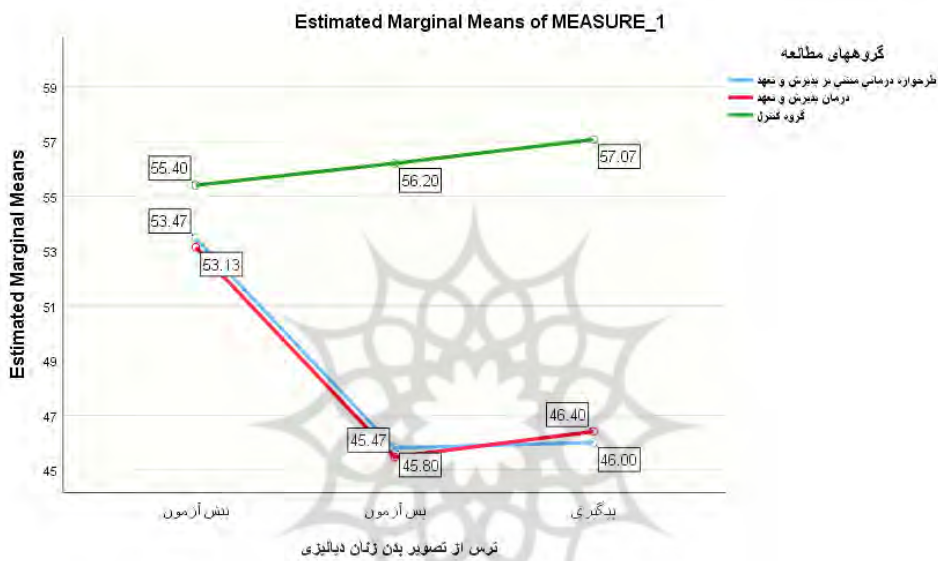
جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تصویر بدن و عزت نفس جنسی در گروه‌ها

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	معناداری	کرن پایین	کرن بالا
تصویر بدن	پذیرش و تعهد	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	-/08	3/35	0/98	-8/46	8/28
		کنترل	-7/88	3/35	0/03	-16/26	-/48
	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	0/08	3/35	0/98	-8/28	8/46
		کنترل	-7/80	3/35	0/03	-16/17	-/57
عزت نفس جنسی	پذیرش و تعهد	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	-0/95	5/17	0/85	-11/40	9/49
		کنترل	7/95	5/17	0/04	-2/49	-18/40
	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	0/95	5/17	0/85	-9/49	11/40
		کنترل	8/91	5/17	0/04	-1/53	-19/35

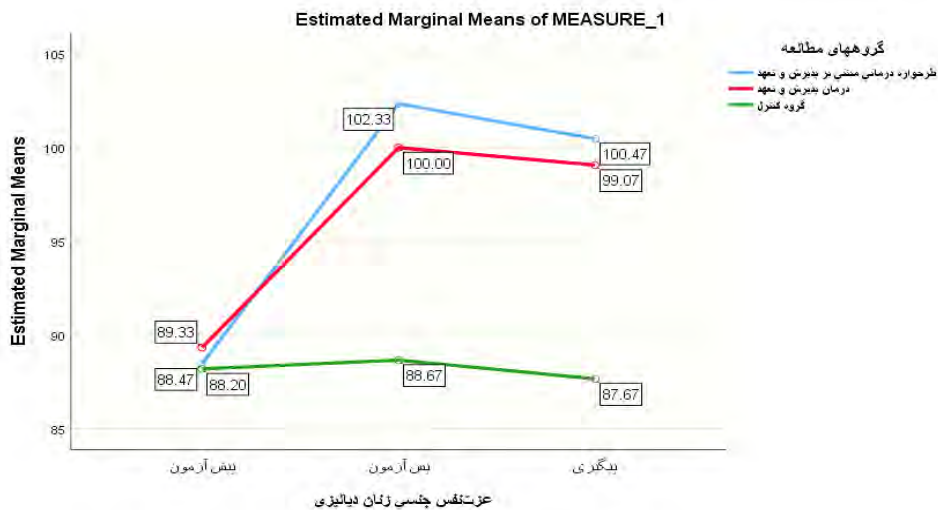
نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول فوق نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های مطالعه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) در متغیر تصویر بدن ( $P=0/98$ ) و عزت نفس جنسی ( $P=0/85$ ) تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل

1. bonferroni test

پس از آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به عبارتی، میزان نمرات تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی که در گروه‌های آزمایشی (درمان پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) تحت درمان قرار داشتند در مرحله پس از آزمون و پیگیری تغییر قابل توجهی داشته است، اما میزان تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی که در گروه کنترل بوده و تحت درمان قرار نداشتند تغییر معناداری نداشته است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییرات بیشتری را در مؤلفه تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی ایجاد کرده است.



نمودار ۱: میانگین‌های تصویر بدن زنان دیالیزی در گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲: میانگین‌های عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی در گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

## بحث و نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی بود. نتایج نشان داد که نمرات متغیرهای تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییر چشمگیری داشته است لیکن رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثرتر بود.

نتایج این پژوهش به‌نوعی با مطالعات پیشین استادیان خانی و همکاران (Ostadian Khani et al., 2020)، جواهری، شوقی و باباخانلو (Javaheri et al., 2018)، دوستی و همکاران (Dousti et al., 2021)، رستم‌خانی و همکاران (Rostamkhani et al., 2020)، نلسون و همکاران (Nelson et al., 2019)، انجزاب و همکاران (Enjebab, et al., 2021) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا به‌جای دل‌مشغولی به‌ظاهر و بدنشان توجه خود را به‌طور آگاهانه به لحظه حال معطوف سازند و با افزایش آگاهی عاری از هرگونه قضاوت به تجربه فعلی خود از قبیل افکار، احساسات و حس‌های بدنی بنگرند و به‌جای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند درونی و بیرونی با کمک راهبردهای پذیرش روان‌شناختی به تجربه افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند تشویق شوند

(Fogelkvist et al., 2020). تمرکز رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه و رنج ناشی از بیماری نیست، بلکه این درمان بر فرایندهای کارکردی که متعاقب رفتارهای مشکل‌زا هویدا می‌شود، توجه می‌کند (Gustafson, 2020). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر افکار و احساسات و حس‌های بدنی افراد نیست بلکه در این درمان سعی می‌شود افراد از طریق توجه و تمرکز بر روی احساسات و تنفس، اسکن بدن، توجه به افکار و آموزش شفقت و ارتباط آن با ذهن آگاهی بتوانند خودشان را از افکارشان جدا ببینند. همچنین، در این درمان مراجعان با تصریح ارزش‌های زندگی خود تشویق می‌شوند به‌جای دنبال کردن رفتارهای اجتنابی که آن‌ها را از رسیدن به زندگی غنی و معنادار بازمی‌دارد به رفتارهای مبتنی بر ارزش خود پایبند شوند (Lin et al., 2019).

عزت‌نفس جنسی بیانگر طرز تفکر، تصور و ارزیابی فرد از هویت زندگی جنسی خود است. باور و احساسی که فرد در مورد بدن و خودش دارد می‌تواند در توانمندی، تمایلات جنسی و ارتباط جنسی لذت‌بخش تأثیر بگذارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک تکنیک گسلش به زنان دیالیزی می‌آموزد تا افکار ناخوشایند را در قالب کلمات یا عبارات به‌طور مکرر و سریع و یا به شکل آواز بلند بخوانند تا افکارشان را فقط به‌صورت یک صوت نه به‌صورت عبارتی معنادار بشنوند (Gustafson, 2020). تکنیک مذکور به آن‌ها کمک می‌کند تا افکار نامطلوب بودن از نظر جنسی را فقط یک فکر بنگرند و هویت جنسی خود را مطابق با افکار منفی خود تعریف نکنند. راهبرد پذیرش به زنان دیالیزی کمک می‌کند تا هیجانات دردناک همبسته با طرح‌واره را به‌طور کامل شناسایی کنند و بدون اینکه سعی کنند از هیجانات ناراحت‌کننده بگریزند یا آن‌ها را تغییر دهند، اجازه دهند افکار و احساسات بیایند و بروند ولی از میسر رابطه جنسی و تعاملات زناشویی خوشایند و ارزشمند منحرف نشوند (Fogelkvist et al., 2020). تمرین‌های ذهن آگاهی برای حاضر بودن در لحظه حال و تجربه هر آنچه در روابط جنسی فرد در حال تجربه شدن است (Gustafson., 2020) ارائه می‌شوند تا جلوی نشخوار فکری و غرق شدن در افکار و احساسات ناخوشایند روزمره و یا مسائل استرس‌زای پیرامون دیالیز گرفته شود. به‌عبارتی دیگر، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که با منطقی کردن افکار و رفتار بیماران مطابق با زمان اکنون، بیداری ذهنی را در آن‌ها ارتقاء بخشد. بنابراین زنان دیالیزی با بهره‌گیری از تکنیک‌ها و راهبردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به افکار مبنی بر تصویر بدنی منفی و خودکم‌بینی نچسبند و اقدامات ارزش‌محور در جهت تقویت تجربه لذت، حس عشق‌ورزی و اشتیاق به تعامل زناشویی را دنبال کنند که همگی منجر به بهبود تصویر بدن و افزایش عزت‌نفس جنسی می‌شوند.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته، گرکوچی و همکاران (Grecucci et al., 2018)، عبداله‌زاده و کییری نسب (Abdollahzadeh & Kabirinasab, 2019) و استادیان خانی و همکاران (Ostadian Khani et al., 2020) نسبتاً همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کمک طرح‌واره درمانی به شناسایی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و نیازهای بنیادین ناکام شده می‌پردازد و با فرمول‌بندی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌جای تلاش برای مبارزه با طرح‌واره و شکستن آن (که در طرح‌واره درمانی به‌طور مجزا دنبال می‌شود)، از تکنیک‌های درمانی پذیرش و تعهد برای آموزش پذیرش رنج همبسته با طرح‌واره و اتخاذ رفتارهای مبتنی بر ارزش استفاده می‌کند؛ بنابراین، رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر در نظر گرفتن پیامدها و هزینه‌هایی که رفتار ناکارآمد به همراه دارد به پیشایندها و عوامل برانگیزاننده رفتار ناکارآمد هم توجه می‌کند (McKay et al., 2012).

طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات نامطلوب ظاهری ناشی از بیماری نارسایی کلیه و درمان به شیوه دیالیز را به‌عنوان رویداد استرس‌زایی تلقی می‌کند که می‌تواند طرح‌واره‌ای همچون نقص و شرم و نگرانی در مورد ظاهر و بدن را در زنان دیالیزی فعال سازد و هیجانات دردناکی چون شرم، خشم، غم و اندوه را به همراه داشته باشد که فرد برای رهایی از هرگونه رنج همبسته با طرح‌واره، رفتارهای مقابله‌ای در برابر آن طرح‌واره اتخاذ می‌کند که خود موجب تقویت طرح‌واره و تثبیت تصویر بدنی منفی در فرد می‌شود (McKay et al., 2020). تحقیقات نشان داده است که تصویر بدنی منفی با کاهش عزت‌نفس جنسی ارتباط مستقیم دارد (Álvarez-Villarreal et al., 2019) تغییرات ظاهری و جسمانی که به سبب دیالیزهای مکرر همچون رژیم‌های غذایی سخت، کاهش انرژی، جایگذاری فیستول و کاتتر است، می‌تواند مضاف بر بروز نارضایتی از ظاهر و تصویر بدن، موجب لطمه به اعتماد به نفس و عزت‌نفس در رابطه جنسی شود. با کمک روش طرح‌واره درمانی بیماران دیالیزی درمی‌یابند که طرح‌واره‌ها بیانگر ساختارهای عمیق شناختی درباره خود و دیگران هستند که از دیرباز در آن‌ها شکل گرفته‌اند و حس امنیت و پیش‌بینی را به وجود می‌آورند و می‌توانند با رویداد استرس‌زا برانگیخته شوند و هیجانات دردناکی که از باورهای بنیادین در مورد خود ریشه می‌گیرد را فراخوانی کنند (Arntz & Van Genderen, 2020)، بنابراین، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با در نظر گرفتن تجارب دوران کودکی به‌عنوان عامل مؤثر در تکوین و شکل‌گیری عزت‌نفس، به بیماران کمک می‌کند به شیوه‌ای که خود را در روابط جنسی ارزیابی و تعریف می‌کنند،



توجه نمایند و موقعیت‌هایی را که به‌موجب آن‌ها زنان در ارتباط با همسرشان احساسات ناخوشایند طرح‌واره‌ای را تجربه می‌کنند شناسایی کنند. این رویکرد تلفیقی به زنان می‌آموزد که با تکمیل کاربرگ نحوه تفکر، باورهای بنیادین خود را در موقعیت‌های فعال‌ساز طرح‌واره شناسایی کنند و از واکنش‌های هیجانی مرتبط با افکار خودآیندی چون «من فاقد جذابیت جنسی هستم» یا «از کشش جنسی مطلوبی برخوردار نیستم» آگاهی یابند. آن‌ها در این درمان با بررسی رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره که شکلی از دوری‌گزینی تجربه‌ای است و از آسیبی که طرح‌واره‌ها بر تعاملات جنسی‌شان زده است، آگاه می‌شوند (Lev & McKay, 2017). طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش می‌دهد تا با شناسایی طرح‌واره و سازوکار عملکرد آن، از توقف یا جلوگیری رنج اولیه ناشی از برانگیختگی طرح‌واره دست بردارند و به‌جای آن، رنجی که به‌وسیله کوشش‌های پیاپی در راستای دوری از تأثیر طرح‌واره به وجود آمده است (به عبارتی رنج ثانویه) را کاهش دهند (Quinlan et al., 2018). بیماران با بررسی هزینه‌هایی که اقدامات اجتنابی هنگام تصور منفی نسبت به جسم و نامطلوب بودن ظاهر و بدن برایشان در پی داشته است از ناکارآمدی رفتارهای مقابله‌ای آگاهی می‌یابند و با تکنیک جهت‌یابی ارزش‌ها به‌سوی اهداف ارزشمند در زندگی گام برمی‌دارند. در این راستا، برای آنکه زنان دیالیزی بتوانند خود را مطابق افکارشان ضعیف زشت و دارای نقص و عیب تصور نکنند از تکنیک‌های گسلش استفاده می‌شود. آن‌ها می‌توانند همچنان که خود قضاوتی‌هایشان را مشاهده می‌کنند دریابند که با قضاوت‌ها، افکار و احساسات یا حواسشان یکی نیستند (Lev & McKay, 2017). رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر به‌کارگیری راهبردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ذهن آگاهی، گسلش، خود مشاهده‌گر و رفتار متعهدانه مبتنی بر ارزش که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان دیالیزی می‌شود، به آن‌ها کمک می‌کند تا با شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود و توجه به تداخل هیجانات و افکار و رفتارهای همبسته با طرح‌واره در تعاملات عاطفی که موجب شکل‌گیری چرخه معیوب ارتباطی می‌شود، به اقدامات و رفتارهایی که موجب افزایش ظرفیت تجربه لذت، اشتیاق به تعامل و توانایی ایجاد روابط صمیمی با همسر می‌شود، روی آورند.

نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر بیشتر طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاحدی منطبق با نتایج پژوهش‌های علمی و همکاران (Aalami et al., 2020) است. توجه خاص به عواملی که محرک و برانگیزاننده‌ی رفتارهای ناکارآمدی است که به‌منظور کاهش درد هیجانی طرح‌واره اتخاذ می‌شود از نقاط قوت روش تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش

صرف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Nikpour et al., 2021). همچنین، نشان دادن موقعیت دشوار دیالیزهای مکرر به‌عنوان تنها محرک برانگیزاننده احساسات و افکار ناراحت‌کننده که از تجارب دوران کودکی شکل گرفته است موجب می‌شود بیماران به‌جای در نظر گرفتن بیماری به‌عنوان علت نارضایتی از ظاهر و فقدان عزت‌نفس در رابطه جنسی، از ریشه مشکلات خود اطلاع یابند و برای غلبه و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار خود انگیزه و امید بیشتری داشته باشند. یکی دیگر از نقاط قوت رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که مراجعان ارزش‌های خود را که آن‌سوی طرح‌واره‌های ناسازگارشان است آسان‌تر شناسایی می‌کنند و در نتیجه برای دنبال کردن ارزش‌ها انگیزه بیشتری دارند (McKay et al., 2012). از دیگر مزیت‌های رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اختصاص جلسات از گروه‌درمانی به آموزش مهارت‌های ارتباطی از جمله ابراز وجود، غلبه بر احساس خشم و تنفر، قاطعیت و مهارت‌های زناشویی (Lev & McKay, 2017) است که موجب افزایش صمیمیت و علاقه عاطفی بیشتر زنان در رابطه زناشویی می‌شود و در نتیجه، فراگیری این مهارت‌ها علاوه بر اینکه بستری را برای تجربه لذت جنسی بیشتر و اشتیاق برای برقراری رابطه جنسی فراهم می‌سازد، می‌تواند مانع عود مشکلات زنان دیالیزی شود چراکه با ارضای بهتر نیازهای بنیادین ناکام شده، از برانگیخته شدن طرح‌واره‌های ناسازگار جلوگیری می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری غیر تصادفی (در دسترس) است و به این علت که نمونه از بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی خراسان رضوی گرفته شده است، در تعمیم نتایج پژوهش به سایر بیماران در سطح ایران باید احتیاط نمود. همچنین، عدم کنترل برخی متغیرهای مزاحم همچون وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی بیماران از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی نمونه‌های گسترده‌تر و تصادفی انجام شود.

## References

- Aalami, M., Taimory, S., & Ahi, G. (2020). The effectiveness of an integrated approach of schema therapy based acceptance and commitment therapy on marital conflicts and divorce tendency in divorce applicant couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(1), 132-141. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.13> (In Persian)
- Abdollahzadeh, H., & Kabirinasab, Y. (2019). The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 7(28), 184-199. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.43575.4221> (In Persian)
- Aguiar, R., Pei, M., Qureshi, A. R., & Lindholm, B. (2019). Health related quality of life in peritoneal dialysis patients :A narrative review. *Seminars in dialysis* ,
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy

- on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*, 10(1), 48-60. <http://ijbd.ir/article-1-605-en.html> (In Persian)
- Álvarez-Villarreal, M., Velarde-García, J. F., Chocarro-Gonzalez, L., Pérez-Corrales, J., Gueita-Rodriguez, J., & Palacios-Ceña, D. (2019). Body changes and decreased sexual drive after dialysis: a qualitative study on the experiences of women at an ambulatory dialysis unit in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3086. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173086>
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons. <https://books.google.com/books>
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout marital among women with type 2 diabetes. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 21(7), 8-17. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-en.html> (In Persian)
- Basak Nejad, S., & Ghafari, M. (2007). Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. *J Behav Sci Res Cent*, 1(2), 179-187. [https://www.behavsci.ir/article\\_67573\\_d69219a5ff35c8ea2cc3b115befabcf0.pdf](https://www.behavsci.ir/article_67573_d69219a5ff35c8ea2cc3b115befabcf0.pdf)
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781351056144/acceptance-commitment-therapy-richard-bennett-joseph-oliver>
- Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M., & Staniszewska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient preference and adherence*, 12, 577-583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S156356>
- Doyle Zeanah, P., & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/107319119600300101>
- Farokhi, S., & Shareh, H. (2014). Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 20(3). <https://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2240-en.html> (In Persian)
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2017). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications. <https://books.google.com/books>
- Fassbinder, E & ,Arntz, A. (2021). Schema therapy. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches, Vol. 1* (pp. 493-537). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/books/record/2021-23707-000>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body image*, 31, 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Grecucci, A., Messina, I., & Dadomo, H. (2018). Decoupling internalized dysfunctional attachments: a combined ACT and schema therapy approach. *Frontiers in psychology*, 9, 2332. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02332>
- Greenberg, M. R. (2017). *Hazardous waste sites: The credibility gap*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203790236>

- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48, 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Gucer, B., & Kantarci, G. (2020). Body Image Perception of Chronic Kidney Disease Patients and Its Impact on Their Personal Relationships. *TURKISH JOURNAL OF NEPHROLOGY*, 29(2). <https://doi.org/10.5152/turkjnephrol.2020.3601>
- Gustafson. (2020). *Reclaim Your Life: Acceptance & Commitment Therapy in 7 Weeks: Strategies to Manage Depression, Anxiety, PTSD, OCD, and More*. Rockridge Press. [https://www.amazon.com/Reclaim-Your-Life-Acceptance-Commitment/dp/1646112474/ref=tmm\\_pap\\_swatch\\_0?encoding=UTF8&qid=&sr=](https://www.amazon.com/Reclaim-Your-Life-Acceptance-Commitment/dp/1646112474/ref=tmm_pap_swatch_0?encoding=UTF8&qid=&sr=)
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. <https://lcn.loc.gov/2009023487>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., & Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Javaheri, M. H., Shoghi, B., & Babakhanlou, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem and marital commitment in couples with turbulent relationships. *Journal of Psychology New Ideas*, 2(6), 1-10. <http://jnip.ir/article-1-156-en.html> (In Persian)
- Keskin, G., Babacan Gümüş, A., & Taşdemir Yiğitoğlu, G. (2019). Sexual dysfunctions and related variables with sexual function in patients who undergo dialysis for chronic renal failure. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 257-269. <https://doi.org/10.1111/jocn.14602>
- Lameire, N. H., Levin, A., Kellum, J. A., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Stevens, P. E., Caskey, F. J., Farmer, C. K., & Fuentes, A. F. (2021). Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney international*, 100(3), 516-526. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.06.028>
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2017-15578-000>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & McCracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic reviews*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour research and therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Matoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent psychology*, 5(1), 1453595. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1453595>
- McKay, M., Greenberg, M. J., & Fanning, P. (2020). *The ACT Workbook for Depression and*

- Shame: Overcome Thoughts of Defectiveness and Increase Well-Being Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/ACT-Workbook-Depression-Shame-Defectiveness/dp/1684035546>
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. New Harbinger Publications. [https://contextualscience.org/publications/acceptance and commitment therapy for interpersonal problems](https://contextualscience.org/publications/acceptance_and_commitment_therapy_for_interpersonal_problems)
- Nelson, C. J., Saracino, R. M., Napolitano, S., Pessin, H., Narus, J. B & , Mulhall, J. P. (2019). Acceptance and commitment therapy to increase adherence to penile injection therapy-based rehabilitation after radical prostatectomy: pilot randomized controlled trial. *The journal of sexual medicine*, 16(9), 1398-1408. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.013>
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, O., & Jomehri, F. (2021). The comparing effectiveness of schema therapy and acceptance/commitment therapy on forgiveness among divorced women. *Journal of psychological science*, 20(۱۰۰), ۵۹۷-۶۰۷. <http://psychologicalscience.ir/article-1-983-fa.html> (In Persian)
- Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and affect control in women with binge eating disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(3), 94-102. <http://ijrn.ir/article-1-538-en.html>. (In Persian)
- Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.006>
- Riahi, M. E. (2011). Gender differences in the level of body image satisfaction. *Women in Development & Politics*, 9(3), 5-33. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411>
- Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(3), 320-337. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411>
- Romagnani, P., Remuzzi, G., Glasscock, R., Levin, A., Jager, K. J., Tonelli, M., Massy, Z., Wanner, C., & Anders, H.-J. (2017). Chronic kidney disease. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-24. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>
- Rostamkhani, F., Ghamari, M., Babakhani, V., & Merghati, K. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual function in postmenopausal women. *J Health Care*, 22(2), 102-113. <https://doi.org/10.52547/jhc.22.2.102> (In Persian)
- Shahabi, S., & Sanagouye-Moharer, G. (2019). The effect of group schema therapy on marital adjustment and marital intimacy in couples in Kerman. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(2), 236-243. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i3.22565> (In Persian)
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons. <https://www.amazon.com/Mindfulness-Schema-Therapy-Practical-Guide/dp/1118753178>