



Comparison of the effective of acceptance and commitment based couple therapy with schema-based couple therapy on emotion regulation, self-compassion and marital burnout of conflicting couples in Tehran

Anahita Samarrokhi, PhD student

General psychology, Department of psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch, Tehran. Iran.

Fariborz Dortaj, Ph.D

Professor of educational psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Mozhgan Sepahmansour, Ph.D

Faculty member, Department of psychology, Islamic Azad University, Tehran central branch. Tehran. Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare the effective of couple therapy based on acceptance and commitment with couple schema-based therapy on emotion regulation, self-compassion and marital burnout of conflicting couples in Tehran. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design with two experimental groups and one control group. The statistical population included all conflicting couples in Tehran and the sample size included 20 couples in the experimental group undergoing schema therapy training, 20 couples in the experimental group under acceptance and commitment therapy and 20 couples in the control group. Available sampling was selected in 2019-2020. Measurement tools included Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire (Gratz & Roemer, 2004), a Questionnaire Self-compassion (Neff, 2007), and Questionnaire Marital Burnout (Pinez1996). Multivariate covariance was used to analyze the data. The results showed that both treatment approaches had a significant effect on all three variables ($P < 0.001$). These changes remained stable in the follow-up phase. Also, there was a significant difference between the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment with couple therapy based on burnout and self-compassion ($P < 0.001$). However, there was no significant difference between the effectiveness of couple therapy based on acceptance and commitment and couple therapy based on emotion regulation.

Keywords: conflicting couples, schema-based couple therapy, emotion regulation, self-compassion, marital burnout

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران

آناهیتا ثمرخی

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

فریبرز درتاج*

استاد گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مژگان سپاه منصور

دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران انجام گردید. روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زوجین متعارض شهر تهران و حجم نمونه شامل ۲۰ زوج در گروه آزمایش تحت آموزش طرح‌واره‌درمانی، ۲۰ زوج در گروه آزمایش تحت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۲۰ زوج در گروه کنترل بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۹۹-۱۳۹۸ انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (Neff, 2007)، پرسشنامه فرسودگی زناشویی (Pinez, 1996)، بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی تأثیر معناداری بر هر سه متغیر داشته است ($P < 0.001$). این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. همچنین، تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر فرسودگی شغلی و شفقت به خود وجود داشت ($P < 0.001$). در حالی که بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود نداشت.

کلید واژه‌ها: زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور، تنظیم هیجان، شفقت به خود، فرسودگی زناشویی

مقدمه

(Frederickson, 2002 & Tugade). و زندگی زناشویی همراه با روابط صمیمانه (Mahbob, Farnam, Mohammadi, ۲۰۱۱). و سلامت روانشناختی (Werner, 2004 & Kring). را تجربه کنند. فرسودگی زناشویی که با کاهش احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزش‌مند بودن همراه است (Tree, 2009). منجر به از پا افتادن جسمی، عاطفی و روانی می‌گردد (Ter Hoeven, Bakker, Brummelhuis & Peper, 2011). زیرا، نتیجه طولانی‌مدت موقعیت‌هایی است که از نظر عاطفی و هیجانی مطالبات زیادی دارند و بین توقعات و واقعیت تفاوت زیادی وجود دارد (Bakker, 2009). از این‌رو، زوجین درمی‌یابند با وجود تلاش‌های مکرر، این رابطه به زندگی آن‌ها معنایی نمی‌دهد (Van Plet, 2009). در این زمان، می‌توان پاسخ‌های سازش‌نا یافته نسبت به تنش، شامل مترصد فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن بود (Lindsay, 2015 & Depape).

شفقت، عاملی نوظهور و در حال رشد است که به نظر می‌رسد جزء ضروری برای افزایش رضایتمندی در زندگی باشد. شفقت خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی و روانی محسوب می‌شود؛ به‌طوریکه در چند سال اخیر، روشهای درمانی با هدف بهبود شفقت خود، توسعه داده شده است. خود شفقت‌ورزی با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است (Neff, 2011). که هنگام تجربه سختیها به خودشان نیز داشته باشند (Saeedi, Ghorbani, Sarafraz & Sharifian, 2013). شفقت به خود به‌عنوان یک راه سالم و درست ارتباطی با خود است که مستلزم مهربان بودن با خود در مقابل خودقضاوتی، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی نسبت به افکار و احساسات دردناک. این شیوه به‌جای انتقاد از خود، شامل پذیرش درد و رنج خود در مقابل قطع ارتباط یا دوری جستن، ایجاد تمایل به التیام و بهبود فرد می‌شود. شفقت به خود، شامل ترکیبی از آگاهی ذهنی از عواطف دردناک، در نظر گرفتن پیشامدهای شخصی به‌عنوان از تجارب بزرگتر انسانی و مهربان بودن با خود هنگام تجربه شکست و بیماری می‌شود (Gilbert, 2014).

وجود تعارض در بین زن و مرد، می‌تواند موجب فروپاشی زندگی زناشویی شود. در صورتی که مرد و زن آرامش لازم را در زندگی مشترک داشته باشند هیچگاه بدنبال طلاق و جدایی از یکدیگر نخواهند بود و در صورت بروز تعارض نیز با تفاهم و آرامش مشکلات را حل خواهند نمود (Keem, 2018). کیم در مطالعات خود ریشه تعارضات زن و مرد را در تلاش زن و شوهر برای کسب قدرت نهفته توصیف می‌کند که در هر خانواده‌ای به شکل خاصی ممکن است نمایان گردد. ساختار قدرت در خانواده به این معنی است که چه کسی تصمیم گیرنده است زن یا شوهر. هر کدام که نتواند بر دیگری مسلط شود نشانه‌هایی از خود بروز می‌دهد که بعضاً می‌تواند مرضی باشد. نوع مشارکت و رهبری اعضای خانواده در انتخاب و تصمیم‌گیری، رضایت از زندگی زناشویی تأثیر دارد و در صورت پافشاری هر یک از زوجین در اعمال قدرت و حاکمیت خود تا حدی موجب به خطر افتادن خوشبختی در خانواده‌ها می‌شوند. الگوی مشارکتی اعضای خانواده بر رضایت زوجین مؤثر است (Dorothy, ۲۰۱۶). هیجان، نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می‌کند (Faytout, Tignol & Swendsen, 2006). هرچند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند (Rodebaugh, 2008 & Weeks, Heimberg). اما افراد قادرند با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، شدت و بروز آنها طوری تنظیم کنند، تا عادات تنظیم هیجانی اصلاح شده و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر پاسخ دهند (Nolen, McLaughlin & Hoksema, 2011). هر قدر میزان تنظیم هیجان زوجین افزایش یابد، به همان میزان تحمل پریشانی روانی نیز در آنها افزایش می‌یابد. به‌صورتی که پاسخ هیجانی سودمندی را برای تحمل حالات درونی ناخوشایند خود ارسال کنند (Kozak & Fought, 2011). میزان سرخوردگی و فرسودگی زناشویی کمتری از هیجان‌ات منفی را تجربه کنند (Hashemi, Zari & Naderi, 2017). مراقبه مؤثرتری را با موقعیت‌های استرس‌زا به‌کار برند (Gross, 2002). فعالیتهای لازم در پاسخ به موقعیتهای میان‌فردی و زناشویی را بالا برده، از هیجان‌ات به‌طور مثبتی برای بهبود کیفیت روابط زناشویی استفاده کنند

هیجانی را زوجین به میزان بیشتری پایین آورده و نیز تحمل افراد برای علائم اضطرابی را افزایش دهد (Meuret, Twohig, Craske, 2012 & Rosenfield, Hayes). از اینرو، زوجین با بررسی سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی خود نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی، رویدادهای زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کنند و می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004). با افکار مزاحم آمیخته نشوند و هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل و تنظیم کنند (Twohig, 2009).

یکی دیگر از روشهای مداخله‌ای مفید در زمینه کاهش مشکلات زندگی زناشویی، طرح‌واره‌درمانی (schema therapy) است. از دیدگاه یانگ، یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در زمینه زندگی امیدوارانه، طرحواره‌ها است (Snyder, 1994). که از ابتدای زندگی شکل گرفته (Dozois, Bieling, 2009 & Martin). در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل دهند. همانطور که استفاده از طرحواره‌های سازگارانه منجر به توانایی بهتر زوجین برای مقابله با فشار روانی و مواجهه با حادثه‌های فشارزای زندگی شده و کمتر احتمال دارد که دچار مشکلات روانی شوند (de Boo, 2009 & Rijkeboer). در مقابل، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند خود را در جریان یک رابطه زوجی نشان داده، باعث تأثیر در کنش‌وری رابطه شوند و در رضایت و تعارضات زندگی زناشویی نقش مهمی ایفا کنند (Thimm, 2010).

طرحواره‌درمانی با زوجین، به‌عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، به آموزش مفاهیم آسان برای درک طرحواره‌ها و چندوچون هیجانی تجارب گذشته زوجها پرداخته و به آنها اجازه می‌دهد آزادانه درباره راه‌هایی که می‌توانند تعامل بهتری را بیازمایند به گفتگو بپردازند. این مفاهیم اجازه می‌دهد تا درمانگر و زوجها با دنیای درونی فرد ارتباط برقرار کرده و توضیحات روشن‌تری از تجارب، احساسها، باورها و ارزشهای خود ارائه دهند. هنگامیکه زوجها به ریشه‌های الگوهای ناکارآمد پی بردند، زندگی و روابط به‌سوی احساس رضایت پیش رفته و ابزار مؤثر برای از میان بردن تعاملات منفی ایجاد

یکی از مداخلات مؤثر در بهبود تنظیم هیجان (Goodarzi, Ghasemi & Hamdami, Soltani, Hosseini Siddiq, Jobneh, 2017). شفقت به خود (Yavari, 2017)، کاهش فرسودگی زناشویی (Hosseinian, 2017)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است. این رویکرد، که از زمره رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی است، به کمک فرآیندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد (Morris & Bloy, Oliver, 2011) به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و زوجین را از زندگی صمیمانه باز می‌دارد، می‌پردازد.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر بافت و زمینه مشکل انعطاف‌پذیری روانشناختی را به کمک ۶ مؤلفه اصلی درمان افزایش داده و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد از اینرو، درمان‌گر در رویکرد پذیرش و تعهد به دنبال کنترل و تغییر و اجتناب نمی‌باشد؛ بلکه پس از شناسایی طرحواره‌ها در مرحله اول، به دنبال افزایش تمایل به پذیرش رنج و توجه‌آگاهی بوده و با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی چون ناامیدسازی خلاقانه و استعاره‌ها، فرد را به سوی دستیابی و تعهد نسبت به ارزشهای زندگی به پیش می‌برد. در حالیکه درمان متمرکز بر طرحواره‌درمانی با تغییر رفتارها و بازسازی شناختی و تجربی به دنبال بهبود طرحواره‌ها، رفتار سالم‌تری از فرد را می‌طلبد (Gilbert, 2014).

از آنجا که زوجین با سطوح بالای اضطراب، تعارض و کمبود صمیمیت، نقص‌هایی در زمینه روابط زناشویی نشان می‌دهند، ضرورت استفاده از مداخله‌های درمانی اثربخشی همچون زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که به آموزش و تمرین راهبردهایی برای کسب آگاهی و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند می‌پردازد بیش از پیش احساس می‌شود. بر اساس نتایج مطالعات تجربی اخیر از آنجا که فرسودگی زناشویی و پریشانی روانی زوجین، حاصل توقعات غیرواقعی از همسر و ازدواج، تداوم چالشها، واقعیتها و فراز و نشیبهای زندگی، به‌صورت خستگی و فاصله عاطفی بروز می‌کند؛ آموزش پذیرش و تعهد می‌تواند پریشانی و درماندگی عاطفی -

می‌شود (Keem, 2018). از این‌رو، طرحواره‌درمانی، با ایجاد روشی نوین و یکپارچه که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده و با الهام از مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل ارائه می‌دهد (Wishar & Closco, Young, 2003).

همچنین Katam (2017) در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی زنان دچار تعارض زناشویی پرداخت، نتایج نشان دادند که طرحواره درمانی، بطور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان دچار تعارض زناشویی تاثیرگذار بود.

زیوری، در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های خودتنظیمی شناختی زنان مطلقه شهر سندج پرداخت. ۱۰ نفر از زنان مطلقه در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل بطور تصادفی قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های خودتنظیمی شناختی زنان مطلقه تاثیر معناداری داشت. (Zivari, 2018)

پرایمر، تالبوت و فرنچ (French, & Priemer, Talbot, 2015)، در نتایج پژوهشی با هدف تاثیر طرحواره‌درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی زناشویی زوجین نشان دادند طرحواره‌درمانی از اثربخشی مطلوبی در بهبود تمام متغیرهای مورد بررسیشان برخوردار بود. نتایج پژوهش عرفان، نوربالانفتی، محمدی و ادیبی (Balattafti Erfan, Noor, Mohammadi, & Adibi, 2016)، نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی تاثیر معناداری بر اصلاح طرحواره‌های هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشت. فسیندر، شوگر، مارتیوس، برند-دویل و آرنت (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Arnt, & Wilde, 2016)، در نتایج پژوهشی خود نشان دادند طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی دارای اثربخشی مطلوبی بر تنظیم هیجان هستند و در این بین درمان طرحواره‌محور از اثربخشی بیشتری برخوردار است. نتایج پژوهش رهبر، ابوالقاسمی و رهبر، (Abolghasemi, Rahbar, 2019 & Rahbar, 2019)، نشان داد توانبخشی مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجانی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب از اثربخشی معناداری برخوردار است. همچنین نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از تاثیر زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجانی، شفقت به خود، فرسودگی زناشویی (Hemmati & et al, 2018) بود.

با توجه به آنچه بیان شد، هریک از مداخلات بر مبنای مؤلفه‌های اساسی نظریه، دست به تغییر می‌زنند؛ طرحواره‌درمانی با تکیه بر شناسایی و بینش نسبت به طرحواره‌ها، ردیابی ریشه‌های تحولی آنها در دوران کودکی و ارتباط آن با مشکلات کنونی، با به کارگیری مداخلات و راهبردهای شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی الگوهای رفتاری سالمتری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار او کرده و طرحواره‌ها را بهبود می‌بخشد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر بافت و زمینه مشکل، انعطاف‌پذیری روانشناختی را به کمک ۶ مؤلفه اصلی درمان افزایش داده و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد (Smith, 2019) از این‌رو، درمانگر در رویکرد پذیرش و تعهد به دنبال کنترل و تغییر و اجتناب نمی‌باشد؛ بلکه پس از شناسایی طرحواره‌ها در مرحله اول، به دنبال افزایش تمایل به پذیرش رنج و توجه‌آگاهی بوده و با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی چون نامیدسازی خلاقانه و استعاره‌ها، فرد را به سوی دستیابی و تعهد نسبت به ارزشهای زندگی به پیش می‌برد. در حالیکه درمان متمرکز بر طرحواره درمانی با تغییر رفتارها و بازسازی شناختی و تجربی به دنبال بهبود طرحواره‌ها، رفتار سالم‌تری از فرد را می‌طلبد (Sohrabi, 2015).

نتایج پژوهش (Laporte, Sabourin, Belanger, & Wright, 2015) نشان داد روش درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره‌محور این توانایی را دارند تا بتوانند بر حالات روانشناختی افراد تاثیر بگذارند.

Rouhani (2019) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف‌پذیری، مهارت‌های خودمدیریتی (خودتنظیمی) و مهارت‌های تعاملی زنان خیانت‌دیده پرداخت. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری، مهارت‌های

می‌شود (Keem, 2018). از این‌رو، طرحواره‌درمانی، با ایجاد روشی نوین و یکپارچه که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده و با الهام از مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل ارائه می‌دهد (Wishar & Closco, Young, 2003).

همچنین Katam (2017) در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی زنان دچار تعارض زناشویی پرداخت، نتایج نشان دادند که طرحواره درمانی، بطور معناداری بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان دچار تعارض زناشویی تاثیرگذار بود.

زیوری، در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های خودتنظیمی شناختی زنان مطلقه شهر سندج پرداخت. ۱۰ نفر از زنان مطلقه در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل بطور تصادفی قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های خودتنظیمی شناختی زنان مطلقه تاثیر معناداری داشت. (Zivari, 2018)

پرایمر، تالبوت و فرنچ (French, & Priemer, Talbot, 2015)، در نتایج پژوهشی با هدف تاثیر طرحواره‌درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی زناشویی زوجین نشان دادند طرحواره‌درمانی از اثربخشی مطلوبی در بهبود تمام متغیرهای مورد بررسیشان برخوردار بود. نتایج پژوهش عرفان، نوربالانفتی، محمدی و ادیبی (Balattafti Erfan, Noor, Mohammadi, & Adibi, 2016)، نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی تاثیر معناداری بر اصلاح طرحواره‌های هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشت. فسیندر، شوگر، مارتیوس، برند-دویل و آرنت (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Arnt, & Wilde, 2016)، در نتایج پژوهشی خود نشان دادند طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی دارای اثربخشی مطلوبی بر تنظیم هیجان هستند و در این بین درمان طرحواره‌محور از اثربخشی بیشتری برخوردار است. نتایج پژوهش رهبر، ابوالقاسمی و رهبر، (Abolghasemi, Rahbar, 2019 & Rahbar, 2019)، نشان داد توانبخشی مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر تنظیم شناختی هیجانی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب از اثربخشی معناداری برخوردار است. همچنین نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از تاثیر زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجانی، شفقت به خود، فرسودگی زناشویی (Hemmati & et al, 2018) بود.

با توجه به آنچه بیان شد، هریک از مداخلات بر مبنای مؤلفه‌های اساسی نظریه، دست به تغییر می‌زنند؛ طرحواره‌درمانی با تکیه بر شناسایی و بینش نسبت به طرحواره‌ها، ردیابی ریشه‌های تحولی آنها در دوران کودکی و ارتباط آن با مشکلات کنونی، با به کارگیری مداخلات و راهبردهای شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی الگوهای رفتاری سالمتری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار او کرده و طرحواره‌ها را بهبود می‌بخشد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر بافت و زمینه مشکل، انعطاف‌پذیری روانشناختی را به کمک ۶ مؤلفه اصلی درمان افزایش داده و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد (Smith, 2019) از این‌رو، درمانگر در رویکرد پذیرش و تعهد به دنبال کنترل و تغییر و اجتناب نمی‌باشد؛ بلکه پس از شناسایی طرحواره‌ها در مرحله اول، به دنبال افزایش تمایل به پذیرش رنج و توجه‌آگاهی بوده و با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی چون نامیدسازی خلاقانه و استعاره‌ها، فرد را به سوی دستیابی و تعهد نسبت به ارزشهای زندگی به پیش می‌برد. در حالیکه درمان متمرکز بر طرحواره درمانی با تغییر رفتارها و بازسازی شناختی و تجربی به دنبال بهبود طرحواره‌ها، رفتار سالم‌تری از فرد را می‌طلبد (Sohrabi, 2015).

نتایج پژوهش (Laporte, Sabourin, Belanger, & Wright, 2015) نشان داد روش درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره‌محور این توانایی را دارند تا بتوانند بر حالات روانشناختی افراد تاثیر بگذارند.

Rouhani (2019) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف‌پذیری، مهارت‌های خودمدیریتی (خودتنظیمی) و مهارت‌های تعاملی زنان خیانت‌دیده پرداخت. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری، مهارت‌های

درمانی طرحواره محور بر فرسودگی زناشویی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌درمانی طرحواره محور بر تنظیم هیجان در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌درمانی طرحواره محور بر شفقت به خود در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌درمانی طرحواره محور بر فرسودگی زناشویی در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه‌ی آماری و نمونه: با توجه به اینکه در این پژوهش، پژوهشگر درصدد مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران بوده بنابراین، روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه کنترل بود. دیاگرام طرح به صورت زیر است.

خودمدیریتی (خودتنظیمی) و مهارتهای تعاملی زنان خیانت‌دیده گروه آزمایش و گواه وجود داشت. همچنین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه خرده‌مقیاس مهارت کلامی مؤثر، پاسخگویی کلامی مؤثر، شنونده مؤثر زنان خیانت‌دیده گروه آزمایش و گواه وجود داشت.

از اینرو، انجام پژوهشی جهت شناسایی عوامل دخیل در بهبود تنظیم هیجان، شفقت به خود و کاهش فرسودگی زناشویی و تفاوت اثربخشی مداخلات مذکور ضروری به‌نظر می‌رسد. بر همین اساس، این پژوهش به مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران پرداخت. بنابراین فرضیات پژوهش به‌صورت زیر مطرح شد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌درمانی طرحواره محور بر تنظیم هیجان در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌درمانی طرحواره محور بر شفقت به خود در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

- بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش با زوج‌

جدول ۱. طرح پژوهش

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش (پذیرش و تعهد)	RE	T ₁	X	T ₂	T ₃
آزمایش (طرحواره‌محور)	RE	T ₁	X	T ₂	T ₃
کنترل	RE	T ₁	—	T ₂	T ₃

معیارهای ورود به پژوهش شامل زوجهایی که به دادگاه خانواده به قصد طلاق مراجعه نکرده‌اند، زوجهایی که دچار اختلالات روانی - شخصیتی مزمن نباشند، زوجهایی که حداقل یک‌سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند، زوجهایی که دارای حداقل تحصیلات دیپلم باشند، زوجهایی که هر دو بتوانند هشت جلسه پیاپی در جلسات شرکت کنند و رضایت جهت شرکت در جلسات درمانی می‌باشد. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام جدی

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجین شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۸ به‌علت مشکل تعارض زناشویی به مراکز مشاوره مناطق ۱ تا ۶ شهر تهران، مراجعه کردند. و روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود؛ بدین صورت که پس از اعلام فراخوان، از بین زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره داوطلبین جهت شرکت در جلسات زوج‌درمانی طرحواره‌محور و جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ثبت‌نام شدند.

اشتراک‌های انسانی و انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. مطالعات متعدد اعتبار همگرا (Kirkpatrick, & Neff, Rude, 2007)، اعتبار افتراقی، همسانی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون این مقیاس را نشان داده‌اند (Neff, 2011)، همچنین ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این ابزار ۰/۹۲ گزارش شده (Neff, 2011)، و آلفای کرونباخ آن در مطالعه قربانی و همکاران (Norballa & Ghorbani, Watson, Chen, 2012) نیز ۰/۸۴ به دست آمده است. در این پژوهش نیز جهت سنجش پایایی آزمون پس از انجام یک مطالعه مقدماتی و توزیع پرسشنامه بین ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار قرار گرفت که ضریب ۰/۸۶ بدست آمد. دو مورد از سؤالات پرسشنامه شامل، من نسبت به عیبها و نقصهایم، دیدگاهی انتقادی دارم و وقتی احساس غمگینی دارم به صورت وسواسی و مدام به اشتباهاتم فکر می‌کنم، می‌باشد.

مقیاس فرسودگی زناشویی (Marital burnout scale): این مقیاس که یک ابزار خود سنجی است که توسط پاییز (Pinez, 1996) و با هدف اندازه‌گیری درجه فرسودگی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. نسخه ۲۱ ماده‌ای مقیاس، شامل ۳ بخش اصلی شامل از پا افتادگی جسمانی (خستگی، سستی، اختلال خواب و...)، از پا افتادگی هیجانی (افسردگی، ناامیدی، در دام افتادگی و...) و از پا افتادگی روانی (بی‌ارزشی، سرخوردگی، خشم نسبت به همسر و...) است. سوالات ۴، ۱، ۷، ۱۰، ۱۶ و ۲۱ تعیین‌کننده جنبه جسمانی، سوالات ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰ تعیین‌کننده جنبه روانی و سوالات ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷ تعیین‌کننده جنبه هیجانی مقیاس فرسودگی زناشویی هستند. نمره‌گذاری، در طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای از (۱=هرگز تا ۷=همیشه) انجام می‌شود. در این مقیاس، نمرات بالاتر، نشاندهنده فرسودگی زناشویی بیشتر است به‌صورتی که، حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره ۲۱ است. در تفسیر نمره‌ها، درجه ۲ یا کمتر نشاندهنده رابطه خوب، درجه ۳ خطر فرسودگی، درجه ۴ وجود فرسودگی، درجه ۵ وجود بحران و درجه بیش از ۵، لزوم کمک فوری را نشان می‌دهد. در ایران، ضریب اطمینان

تکالیف در طول زوج‌درمانی، وقوع رویدادهای پیش‌بینی‌نشده (مانند مسائل بیماری، بستری، سوگ و...) و ابراز عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات میباشد.

ابزار سنجش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (in Emotion Difficulties Regulation Scale (DERS)): پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان که توسط گرتز و روئمر (Roemer, 2004 & Gratz) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری مقیاس نامبرده در طیف لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی صورت می‌گیرد. پایایی ابزار توسط Gratz & Roemer (2004) بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. بر اساس نتایج پژوهش Tale & Mamazandi Kermani Pasand (2018) مقیاس مربوطه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (۰/۶۳ تا ۰/۷۵). همچنین ضریب روایی همگرا و ملاکی نیز ۰/۵۳ به دست آمد. همچنین در این پژوهش برای سنجش پایایی پرسشنامه پس از انجام یک مطالعات مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری و تعیین واریانس سؤالات، از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه و ضریب پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد دو مورد از سؤالات پرسشنامه شامل، در مورد اینکه چه احساساتی دارم گیج می‌شوم و وقتی که غمگین، ناراحت و یا بی‌حوصله هستم، به احساس خود آگاه هستم، می‌باشد.

مقیاس شفقت به خود (Self-compassion scale): مقیاس شفقت به خود نخستین بار توسط نف (Neff, 2011)، طراحی و نمره‌گذاری شد. این مقیاس شامل ۲۶ ماده است و پاسخهای آن در یک دامنه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. این مقیاس سه مؤلفه دو قطبی را در قالب شش زیر مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود (معکوس)، بهوشیاری، همانندسازی فزاینده (معکوس)،

هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی بود. ۶- در دو گروه آزمایش و کنترل سه بار ارزیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (پس از ۳ ماه) اجرا شد. پس از اخذ مجوزهای لازم، آشنایی اولیه با نمونه پژوهش، ارائه توضیحاتی مختصر در مورد اهداف و اهمیت نتایج پژوهشی برای گروه آزمایش، داده شد. پس از آن، سه مقیاس اندازه‌گیری پژوهش یکی پس از دیگری، در اختیار آنها قرار داده شد. تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ زوج) به‌طور تصادفی انتخاب و در گروه‌های آزمایش (۲ گروه ۴۰ نفره) و کنترل (یک گروه ۲۰ نفره) به تصادف گمارش شدند. پس از آن، گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه به صورت زوجی مداخله‌های زوج‌درمانی را دریافت کردند؛ در حالیکه گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات درمانی قرار گرفتند. خلاصه‌ای از جلسات مداخله در جداول ۲ و ۳ آمده است، طرح زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی، بر اساس دو منبع از جمله، زندگی خود را دوباره بیافرینید (Young et al, 2003) و طرح‌واره‌درمانی با زوجین Simeone-DiFrancesco, Roediger & Stevens, (2015) تهیه و اجرا شد.

طرح زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس کتاب «زوج‌درمانی با ACT» (Matthew, 2018 & Avigail) و «اکت با عشق» (Rass, 2016) تهیه و اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به‌منظور مقایسه زیرگروه‌های درمان و آزمون تعقیبی با روش آلفای بنفرونی استفاده شد. کلیه عملیات تجزیه و تحلیل آماری، به‌کمک نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد.

را بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. ضریب اطمینان آزمون- باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو‌ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه‌ماهه گزارش شده است (Shakarmi, Moayeri, Zaharakar, Davarnia, ۲۰۱۵).

همچنین Adib Rad, Sabbaghian, Navidi (۲۰۱۵) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. نادری، افتخار و آملازاده (Naderi, Eftekhar, Amollazadeh, ۲۰۰۹)، اعتبار آن را با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۰/۴۰ - $r =$, $p > ۰/۰۰۱$) گزارش کردند. دو مورد از سؤالات پرسشنامه شامل، از نظر جسمی از پا افتادن و طرد شدن از سوی همسر می‌باشد.

روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

گروه‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس در سال ۹۹-۱۳۹۸ از بین زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره مناطق ۱ تا ۶ شهر تهران انتخاب شدند که تعداد ۶۰ زوج بوده و ۲۰ زوج در گروه آزمایش (تحت زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۲۰ زوج در گروه آزمایش (تحت زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌محور)، و ۲۰ زوج در گروه کنترل جایگیری شدند. ۲- در گروه‌های آزمایش، متغیرهای مستقل (زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌محور) اعمال شد. ۳- در گروه کنترل متغیر مستقل اعمال نشد. ۴- متغیرهای مستقل زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌محور است، که هر کدام از دو روش درمان در طی ۸ جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار ارائه شد. ۵- متغیرهای وابسته شامل تنظیم

جدول ۲. خلاصه جلسات زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور

جلسات	هدف
جلسه اول	برقراری ارتباط با هدف برقراری ارتباط و همدلی، آشنایی و معرفی برنامه و قوانین اساسی
جلسه دوم	سنجش طرح‌واره‌های زوجین به منظور شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توسط زوجین
جلسه سوم	آشناسازی زوجین با مفهوم طرح‌واره، انواع طرح‌واره، ذهنیت، طرح‌واره‌درمانی و نحوه کاربرد آن
جلسه سوم	شناسایی علتهای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همچون، تجارب اولیه مؤثر (فرزندپروری والدین)، نیازهای ارضاء نشده و خلق و خوی آنها

جلسه چهارم	آموزش، شناخت و انطباق مفهوم هماهنگی شناختی از طریق مفهوم‌سازی مشکل توسط زوجین و پاسخهای مقابله‌ای ناکارآمد (تسلیم، اجتناب و جبران) با تجارب شخصی آنها بررسی ریشه‌های محتمل طرحواره‌های زوجین
جلسه پنجم	استفاده از راهبردهای مقدماتی و شناختی طرح‌واره‌درمانی (همچون خود مشاهده‌گری، بررسی تاریخچه تحولی، تصویرسازی خیالی و فرم ثبت طرحواره‌ها)، بازخورد و رایه تکلیف
جلسه ششم	استفاده از راهبردهای بازسازی شناختی طرح‌واره‌درمانی (شامل بررسی شواهد، بررسی سودمندی سبک مقابله‌ای و کارت آموزشی) در جهت بررسی شواهد تأییدکننده و رد کننده و آشنایی با شناختواره‌های ناکارآمد به منظور اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده از راهبردهای تجربی طرح‌واره‌درمانی (شامل تصویرسازی رابطه باز والدینی، تصویرسازی به‌منظور الگوشکنی رفتار، نامه نوشتن و تصویرسازی خاطرات سرکوب شده) با هدف آشنایی با مفهوم هیجان‌ات بلوکه شده، دستیابی به خاطرات سرکوب شده و تغییر بعد هیجانی طرح‌واره‌ها
جلسه هفتم	استفاده از تکنیکهای بین فردی و آموزش روشهای الگوشکنی رفتاری به منظور تغییر در رفتار و سبک زندگی در پی جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر بررسی ارتباط بین انتخاب نوع رابطه با همسر و تداوم طرحواره‌ها و جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به‌جای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار
جلسه هشتم	جمع‌بندی و بحث در مورد دستاوردهای اعضا در درمان، پس‌آزمون و خاتمه درمان منبع: طرح زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی، بر اساس دو منبع از جمله، زندگی خود را دوباره بیافرینید (Young et al, 2003), و طرح‌واره‌درمانی بازوجین (Stevens, 2015 & Simeone-DiFrancesco, Roediger) تهیه و اجرا شد.

جدول ۳. خلاصه جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف
جلسه اول	برقراری ارتباط، تعیین اهداف و قواعد اساسی درمان و انعقاد قرارداد اولیه، بررسی مفهوم‌سازی مشکل از دید زوجین و میزان انعطاف‌پذیری آنها در کاربرد راه‌حلهای جدید
جلسه دوم	مصاحبه و ارزیابی فردی، شناسایی طرحواره‌ها و اجرای پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و شناسایی راه‌اندازهای طرحواره‌ها
جلسه سوم	شناسایی راهبردهای اجتناب از تجربه (رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره‌ها برای جلوگیری از درد طرحواره‌ای) توصیف فرمول چرخهای که زوج در آن گرفتار می‌شود و چگونگی ایجاد درد ثانویه ایجاد «نومیدی سازنده» و اجرای استعاره‌ها با هدف ترک راهبردهای قدیمی
جلسه چهارم	شناسایی ارزشهای شخصی و زندگی زناشویی و جهت آنها روش سازی ارزشها، شناسایی اقدامات مبتنی بر ارزش و لحظات انتخاب و آموزش مهارتهای لازم در جهت حرکت به سمت ارزشها
جلسه پنجم	شناسایی موانع اقدامات مبتنی بر ارزشهای زندگی از طریق تمایل (اشتیاق)، مشاهده خود، حرکت به سمت ارزشها در پی گذر از موانع تمرین گسلش برای کاهش تأثیر افکار مبتنی بر طرحواره بر رفتار

جلسه ششم	پرورش پذیرش و توجه‌آگاهی برای کار با احساسات مبتنی بر طرح‌واره که به عنوان موانعی برای اقدامات مبتنی بر ارزش اقدام می‌کنند.
جلسه هفتم	تمرین تکنیکهای ارتباط مؤثر برای افزایش مهارتهای حل و فصل تعارضها، به کارگیری مهارت حل مسأله مبتنی بر ارزشها و لزوم توسعه نگرش و چشم‌انداز منعطف در دستیابی به ارزشها به کمک زوجین
جلسه هشتم	ترکیب تمام فرآیندهای درمان، بررسی مجدد تمایل و تعهد خود در قبال ارزشها، اهداف و اعمال خوشایند خاتمه جلسات و اجرای پس‌آزمون

منبع: طرح زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس کتاب «زوج‌درمانی با ACT» (Matthew & Avigail, ۲۰۱۸) و «اکت با عشق» Rass, (۲۰۱۶) تهیه و اجرا شد.

پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

در تحلیل استنباطی فرضیه اصلی پژوهش، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس گزارش داده شده که طبق نتایج حاصله مفروضه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تخطی صورت نگرفته بنابراین محقق از روش آماری مذکور جهت پاسخگویی به فرضیه اصلی پژوهش استفاده می‌کند. F مشاهده شده برای آزمون باکس در سطح $\alpha=0/05$ تفاوت معناداری را بین متغیرهای پژوهش نشان نمی‌دهد. بنابراین با رد نشدن واریانس دو گروه امکان استفاده از تحلیل کواریانس برای تحلیل استنباطی داده‌ها فراهم شده است، بنابراین نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و ACT بر پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در زوجین در جدول ۴ گزارش شده است.

بازده سنی مورد مطالعه در این پژوهش زوجین سنین ۲۵ تا ۴۵ سال بودند، طرح پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. بعد از اجرای مداخله، از گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و داده‌ها استخراج شد. فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بوسیله آزمون شاپیروویلک مورد بررسی قرار گرفت، آزمون شاپیروویلک بر متغیرهای پژوهش معنادار نبود بنابراین، با ضریب $0/95$ اطمینان فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری رد نشد. از اینرو فرض اول پژوهش با انجام آزمونهای لوین و سپس باکس فرض همگنی واریانس و فرض برابری واریانس نمرات متغیرهای پژوهش رد نشد و به این ترتیب آماره‌های پارامتریک در جهت تحلیل استنباطی داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از این

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، مقایسه تأثیر طرح‌واره درمانی و ACT بر پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در زوجین

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
پیش‌آزمون فرسودگی زناشویی	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	۰/۰۶	۰/۹۱	۰/۰۰۷	۰/۰۶
پس‌آزمون فرسودگی زناشویی	۱۱۲/۰۹	۱	۱۱۲/۰۹	۳/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۱۷	۰/۵۴
خطا	۱۷۴/۱۴	۳۷	۴/۷۰				
پیش‌آزمون شفقت به خود	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶
پس‌آزمون شفقت به خود	۴۹/۵۱	۱	۴۹/۵۱	۰/۶۷	۰/۴۹	۰/۰۳	۰/۱۹
خطا	۷۷/۳۷	۳۷	۲/۰۹				
پیش‌آزمون اختلال در	۱/۱۲	۱	۱/۱۲	۰/۱۷	۰/۷۳	۰/۰۰۲	۰/۱۵

تنظیم هیجان	پس آزمون	۳۳/۱۹	۱	۳۳/۱۹	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۰۳	۰/۱۱
	خطا	۶۹/۰۴	۳۷	۱/۸۶				

نتایج جدول ۴ نشان داد، اثرگذاری طرحواره درمانی و ACT در نمرات پس آزمون متغیر فرسودگی زناشویی معنادار است و مقدار شاخص F (۳/۱۱) در این متغیر در سطح α (۰/۰۵) معنادار است. اندازه اثر به دست آمده در این متغیر برابر ۰/۱۷ است که رقم قابل قبولی است. اما تفاوت معناداری

در اثرگذاری این دو روش درمانی بر شفقت به خود و اختلال در تنظیم هیجان وجود ندارد. از آزمون بنفرونی برای مقایسه تعقیبی در متغیرهای مورد بحث استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو بین گروهی پس آزمون فرسودگی زناشویی)

مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
مقایسه ACT و طرحواره درمانی	۱۳/۱۵	۰/۰۰۰۱

باتوجه به معناداری تفاوت نمرات در متغیر فرسودگی زناشویی، آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه دو گروه در جدول ۵ اجرا شده است. همچنین، نتایج تحلیل کواریانس

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، مقایسه تأثیر طرحواره درمانی و ACT بر پیگیری متغیرهای پژوهش در زوجین

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر (ضریب اتا)	توان آماری
پیش آزمون فرسودگی	۰/۶۹	۱	۰/۶۹	۰/۰۵	۰/۹۰	۰/۰۰۶	۰/۰۷
پس آزمون زناشویی	۹۹/۸۵	۱	۹۹/۸۵	۲/۹۷	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۵۱
خطا	۱۱۱/۴۳	۳۷	۳/۰۱				
پیش آزمون شفقت به خود	۰/۱۳	۱	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷
پس آزمون	۳۸/۵۱	۱	۳۸/۵۱	۰/۶۱	۰/۵۲	۰/۰۲	۰/۱۷
خطا	۶۰/۱۹	۳۷	۱/۶۲				
پیش آزمون اختلال در تنظیم هیجان	۱/۲۵	۱	۱/۲۵	۰/۳۹	۰/۵۸	۰/۰۱	۰/۰۹
پس آزمون	۲۹/۰۲	۱	۲۹/۰۲	۰/۸۲	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۱۲
خطا	۵۱/۳۲	۳۷	۱/۳۸				

نتایج جدول ۶ نشان داد، اثرگذاری طرحواره درمانی و ACT در نمرات پیگیری متغیر فرسودگی زناشویی معنادار است و مقدار شاخص F (۲/۹۷) در این متغیر در سطح α (۰/۰۵) معنادار است. اندازه اثر به دست آمده در این متغیر برابر ۰/۱۵ است که رقم قابل قبولی است. اما، تفاوت معناداری

در اثرگذاری این دو روش درمانی بر شفقت به خود و اختلال در تنظیم هیجان وجود ندارد. نتایج مربوط به آزمون بنفرونی مقایسه دو به دو بین گروهی پیگیری فرسودگی زناشویی در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو بین گروهی پیگیری فرسودگی زناشویی)

مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
مقایسه ACT و طرحواره درمانی	۱۸/۶۰	۰/۰۰۰۱

رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط زوجین، افزایش تمایز خود و به تبع آن افزایش سطح رضایت زناشویی است. در ضمن باید خاطر نشان کرد که با توجه به مزیت‌های درمان گروهی مثل پیوستن، عمومیت، الگوبرداری رسیدن به تعدیل و حتی تغییر طرح واره‌های ناسازگار اولیه در گروه آسانتر است. این موضوع در مطالعات Lauren, (۲۰۱۹), Katam, (۲۰۱۷), Belanger et al, (۲۰۱۵), نیز مورد تایید قرار گرفته که هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و طرحواره‌محور این توانایی را دارند تا بتوانند بر حالات روانشناختی افراد مختلف تاثیرگذار باشند و درمانی تاثیرگذار برای جوامع مختلف مورد مطالعه باشند.

در تبیین دیگر، پژوهشگر توانسته با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی، ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال، با پذیرش احساسات و هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، زندگی در لحظه حال و اکنون را به زوجین متعارض گروه آزمایش بیاموزد تا بدینوسیله بتوانند تعارضات زناشویی را بهتر مدیریت و حل کنند. پژوهشگر با استفاده از تکنیک گسلش به زوجین گروه آزمایش یاد داد تا یک گام به عقب برداشته و نظاره‌گر افکار خود شوند و بدین ترتیب فرد افکار مزاحم را فقط یک فکر ساده، نه یک واقعیت محض بپندارد. بر این اساس، آنها با فرض قرار ندادن معانی کلامی به‌عنوان یک واقعیت مطلق در زندگی، توانسته‌اند واکنش‌های هیجانی ناشی از خیانت را کنترل و کاهش دهند و با بیشتر کردن انعطاف‌پذیری فرآیندهای شناختی خود، موجبات حل تعارضات بوجود آورند و فرسودگی زناشویی را کاهش دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، محدود بودن نتایج پژوهش به زوجین با سطوح تحصیلی دیپلم و دانشگاهی (لیسانس و فوق لیسانس) و احتیاط در تعمیم نتایج آن به زوجین سطوح تحصیلی دیگر می‌باشد. و محدود بودن نتایج پژوهش و نحوه نمونه‌گیری زوجین سنین ۲۵ تا ۴۵ سال و

با توجه به معناداری تفاوت نمرات در متغیر فرسودگی زناشویی، آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه دو گروه در جدول ۷ گزارش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد مقایسه میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر فرسودگی شغلی و شفقت به خود وجود داشت در حالی که بین میزان اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود نداشت. بررسی میانگین نمره دو گروه آزمایش نشان‌دهنده برتری زوج‌درمانی طرحواره درمانی نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهش Rouhani (۲۰۱۹), Zivari, (۲۰۱۵), et Goodarzi al, (۲۰۱۷) قرار دارد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، طرحواره درمانی بعلت کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب بروز افکار منفی و ناسازگاری زوجین می‌شد عملکرد بهتری نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. طرحواره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخهای سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به زوجین در جهت شناسایی موقعیتهای برانگیزاننده طرحواره‌ها، تشخیص رفتارهای منفی و چگونگی جایگزین کردن رفتارهای سالم است که موجب آگاهی زوجین نسبت به طرحواره‌ها می‌شود و زمینه تغییر در آنها را فراهم می‌کند. در نتیجه طرحواره درمانی توانست با تفکیک رفتارهای سالم و ناسالم از یکدیگر قدرت تمایز یافتگی زوجین را بالا ببرد. در نهایت می‌توان گفت، نظریه طرحواره درمانی

- Dorothy, R. (2016). *Keys to developing basic life skills in children and adolescents*. Translated by Akram Qitasi. Tehran: Sabrin Publications.
- Davarnia, R., Zaharakar, K., Moayeri, N, Shakarmi M., (2015). Evaluation of the effectiveness of emotion-oriented couple therapy in a group method on reducing female marital burnout, *Journal of Disability Studies*. 25 (2) 132-140. [In Persian].
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arnt, A (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front in Psychol*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>.
- Erfan, A; Noor Balattafti, A, Mohammadi, A, and Adibi, P. (2016). The effectiveness of emotional schema therapy on modifying emotional schemas and the difficulty of emotion regulation in patients with irritable bowel syndrome. *9th International Congress on Psychotherapy (Asian Summit in the Context of Cultural Values)*. [In Persian].
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and deregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Goodarzi, F., Soltani, Z., Hosseini Siddiq, MS., Hamdami, M., And Ghasemi Jobneh, R. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy in regulating emotion and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Journal of Disability Studies*, No. 7(1), 21-22. [In Persian].
- Ghorbani, N, Watson PJ, Chen Z, Norballa, F.)2012(, Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal Psychol Relig* (22), 106- 118. [In Persian].
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gross, J.J. (2002). *Wise emotion regulation*. In: L. Feldma-Barrett & P. Salovey (Eds.), the wisdom in feeling. New York: The Guilford Press. 3(1), 297-318.
- احتیاط در تعمیم نتایج آن به زوجین سنین دیگر می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود برای مردان و زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره، کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر طرحواره درمانی برگزار شود تا آنها با چگونگی ابراز احساسات و عواطف مثبت آشنا شوند و نشخوارهای ذهنی ارتباطی را بطور مؤثری کنترل و مدیریت کنند. و پیشنهاد می‌شود برای کاهش تعارضات زناشویی مردان و زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره، کلاسهای آموزشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر طرحواره درمانی جهت شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی برگزار کنند تا بدین ترتیب از خطاهای شناختی در ارتباطات همسران جلوگیری کنند.

منابع

- Avigail ,L ,Matthew ,M .(۲۰۱۸) .Couple Therapy with ACT Therapists Guide to Using Consciousness Attention ,Values and Consciousness Schema Translator: Sajjad Panahifar ,Print run: 1, 322.
- Belanger, C., Laporte, L., Sabourin, S. & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital Acceptance and Commitment therapy on marital burnout, self-compassion and problem solving self-appraisal. *Family Therapy*, 43(2): 103-18.
- Bakker, A.B. (2009). The crossover of burnout and its relation to partner health. *Stress and Health*, 25:343-353.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*, 9(3): 347-359.
- Brummelhuis, L. L., Ter Hoeven, C. L., Bakker, A. B., & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, (84), 268–287.
- Depape, AM., & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res*, 25(4): 569-583.
- Dozois, D. J., Martin, R. A., Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6):585-596.

- negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behavior Research Therapy*; 42(4), 477-485.
- McLaughlin KA, Nolen-Hoksema S. (2011). *Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety*. *Behav Res Ther*, 48(3), 186-93.
- Meuret, AE., Twohig, MP., Rosenfield, D., Hayes, SC., & Craske, MG. (2012). Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Cogn Behave Pract*, (19), 606-18.
- Neff, KD., Rude, SS., Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal Res Pers*, (41), 139-154.
- Naderi, F., Iftikhar, Z. And Amolzadeh, S. (2009). The Relationship between Personality Traits and Intimate Spouse Relationships with Marital Boredom in Wives of Male Addicts in Ahvaz. *New Findings in Psychology*, 3 (11), 61-68. [In Persian].
- Navidi, F., Sabbaghian, Z., Adib Rad, N. (2015). *Study and comparison of the relationship between marital boredom and organizational factors in the staff of education departments and nurses of hospitals in Tehran*. Master Thesis, Shahid Beheshti University. [In Persian].
- Neff, K.D. (2011). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self-Identity*, 2: 10-85.
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D.J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomized controlled trial. *Behavior Change*, (32), 59-73.
- Pines, AM. (1996). Occupational burnout: a cross-cultural Israeli Jewish-Arab perspective and its implications for career counseling. *Career Develop Int*. 2003; 8:97-106. Link 12. Rakh.
- Rahbar Karbasdehi, F, Abolghasemi, A, Rahbar Karbasdehi, I. (2019). *The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment of students with depressive symptoms*, Fifteenth Year No. 4(60), 73-90. [In Persian].
- Hashemi, Z., & Naderi, H. (2017). The effectiveness of emotional regulation training on marital boredom and marital intimacy of conflicting couples. *3rd International Conference on Applied Research in Educational Sciences and Behavioral Studies and Social Injuries in Iran*. [In Persian].
- Hemmati, M., Maddahi, MI., Khalatbari, J., Hosseini, S. (2018). Comparison of the effect of couples' participation in psycho-educational sessions of schema therapy with acceptance and commitment therapy in marital insecurity. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7 (1), 103-124. [In Persian].
- Kermani, Mamazandi, Z., Tale Pasand, S. (2018). Psychometric Properties of Emotion Regulation Difficulty Scale in Semnan University Students. *Scientific Journal of Education and Evaluation*, 11 (42), 117-142. [In Persian].
- Katam, B. (2017). Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital burnout in married woman. *Journal of international educational & Psychological Researches*, 3(1), 11-16.
- Keem, D. (2018). *The couple's psychotherapy treatment planner*. New York. NY. 1001.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. In P. Philippot, & R. S. Feldman (Eds.). *The regulation of Emotion* 359-385.
- Kozak, AT., Fought, A. (2011). Beyond alcohol and drug addiction does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating? *57(3)*, 81-578.
- Lauren, G. P. (2019). The flexibility of distress tolerance through a brief Acceptance and Commitment Therapy intervention: a pilot study, *Psychology and Neuroscience Electronic Theses and Dissertations*.
- Mohammadi, M., Farnam, R; Mahbobi, P. (2011). Relationship between attachment styles and difficulty in emotional regulation with marital satisfaction in Kish Island teachers. *Journal of Women and Culture*, 2 (7), 9-20. [In Persian].
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, MP. (2004). Cognitive diffusion and self-relevant

- phobia, fear of negative evaluation and harm avoidance, *European psychiatry*, 24(3): 97-115.
- Tree, H.A. (2009). *Multiple sclerosis verity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope*. Optimism, depression, and fatigue. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas
- Tugade, M.M., Frederickson, B.L. (2002). *Positive emotions and emotional intelligence*. In: L. Feldman-Barrett & P. Salovey (Eds.), *the wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press, 319-340.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Practice*; 16(1): 18.28.
- Van Plet, M.A. (2009). Crossover of burnout among health care professionals. *Journal Marr FAM*; 85: 210-30.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 44-55.
- Yavari, H. (2017). *The effectiveness of commitment-based therapy and acceptance on social adjustment and self-compassion for male students of the second (government) period in District 3 of Tehran*. Master Thesis in Psychology, Islamic Azad University, Shahroud Branch. [In Persian].
- Young, J., Closo, Z., Wishar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practical Guide for Clinicians*. Translated by Hamidpour, H., and Andouz, Z. (2014). Fifth Edition, Tehran: Arjmand Publications. [In Persian].
- Zivari, M. (2018). *Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on mental health, flexibility and cognitive self-regulation skills of divorced women in Sanandaj*. Undergraduate thesis of Sanandaj University. [In Persian].
- Persian].
- Rouhani, Z. (2019). *The effectiveness of commitment-based therapy and acceptance on flexibility, self-management (self-regulation) skills and interactive skills of betrayed women*. Master Thesis in Psychology, Non-Profit Non-Profit Higher Education Institute. [In Persian].
- Rijkeboer, M.M., & de Boo, G.M. (2009). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 102-109.
- Rass, H. (2016). *Acceptance and Commitment Treatment with Love: (Application of Acceptance and Commitment Therapy in Couple Therapy)*, Translators: Doosti, P., Hossein Mohagheghi, H., Hedayati Hamedani, S.S., Publisher: Faragir Hegmataneh, Print run: 1, 198.
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M.R., Sharifian, M.H. (2013). The effect of instilling self-compassion and self-respect on the experience of shame and sin. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 8(1): 91-102. [In Persian].
- Sohrabi, F. (2015). Third wave psychotherapy: origin, present and perspective, with special emphasis on schema therapy. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 18 (5): 1-14. [In Persian].
- Smith, M. E. (2019). A qualitative review of perception of change for male perpetrators of domestic abuse following abuser schema therapy (AST). *Counseling & Psychotherapy Research*. 11 (2), 156-164.
- Snyder, CR. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. (2015). *A Practitioner's Guide to Healing Relationships*. Oxford-New York: Wiley. , The latter book introduces into the principles of Schema therapy with couples.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 373-380.
- Tignol, J., Faytout, M. & Swendsen, J. (2006). Social