

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی

Effectiveness of Integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment on Inefficient Attitudes and Marital Burnout in the Women with Marital Conflict

Akram Kalhor

PhD Student in Counseling, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

Hossein Davoodi (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir

Davood Taghvaei

Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Hassan Heidari

Associate Professor, Department of Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

اکرم کلهر

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی،

اراک، ایران

حسین داودی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir

داود تقوایی

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

حسن حیدری

دانشیار گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

چکیده

Abstract

Aim: The present study was conducted to investigate the effectiveness Integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment on inefficient attitudes and marital burnout in the women with marital conflict. **Methods:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest design and control group and two-month follow-up stage. The statistical population included women with marital conflict who referred to consultation centers in the summer and autumn of 2019 and 2020 in Tehran. 40 women with marital conflict were selected through purposive sampling method and they were randomly replaced into experimental and control groups (each group of 20 women). After decreasing the numbers, 34 women remained in the study (16 women in the experimental group and 18 women in the control group). The experimental group received ten ninety-minute sessions of integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment (Boyse et.al, 2010) during two-and-a-half months. The applied questionnaires in this study included inefficient attitudes questionnaire (Wiseman and Beck, 1978) and marital burnout questionnaire (Painz, 1996). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Results:** The results showed that Integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment has had significant effect ($p < 0.001$) on inefficient attitudes and marital burnout of the women with marital conflict and it was able to lead to the decrease of inefficient attitudes and marital burnout in these women. **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that Integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment can be applied as an efficient therapy to decrease inefficient attitudes and marital burnout of the women with marital conflicts through employing techniques such as identifying emotions, training emotional awareness, cognitive reevaluation, identifying models of avoiding emotion and investigating behaviors resulting from emotion.

Key words: Integrative Unified Trans-Diagnostic Treatment, inefficient attitudes, marital burnout, marital conflict

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام گرفت. روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دومه‌ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ زن). پس از ریزش تعداد ۳۴ نفر در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر (بویسه و همکاران، ۲۰۱۰) را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (وایزمن و بک، ۱۹۷۸) و فرسودگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته ($p < 0/001$) و توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی این زنان شود. نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان فراتشخیصی یکپارچه با بهره‌گیری از فنونی همانند شناسایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، نگرش‌های ناکارآمد، فرسودگی

زناشویی، تعارضات زناشویی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۰۴

مقدمه

خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه که پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان به شمار می‌رود، برای تمام حکومت‌ها و جوامع دارای ارزش فراوانی است. چرا که در صورت بهنجار بودن کارکرد این نهاد اجتماعی، می‌توان شاهد جامعه‌ای پویا و سازنده بود. اساس سلامت خانواده و کارکرد بهینه آن بر پایه روابط سالم زوجین بنا می‌شود (بایرمن و کلورسون^۱، ۲۰۱۴). در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد دارند، اما روابط برخی زوجین به مرور دچار تعارض می‌شود، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی^۲ نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (ویلسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). تعارض ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (کریبت، اسمیت، آپینو، باکوم و نیلی-مور^۴، ۲۰۲۰). تعارض زناشویی شامل عدم توافق زوجین در مورد اکثر موارد مطرح در زندگی زناشویی همانند روابط با اطرافیان، مسائل جنسی، تربیت فرزند، مسائل اقتصادی و ... است. این فرایند به مرور زمان از بین نرفته و آثار روان‌شناختی و هیجانی منفی در سلامت روان‌شناختی و هیجانی زوجین بر جای می‌نهد. این در حالی است که تجربه سطوح مختلفی از تعارض، اختلاف‌نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیرقابل اجتناب است (گائو^۵ و همکاران، ۲۰۱۸).

بروز تعارضات زناشویی به مرور زمان نگرش و پردازش شناختی زوجین را متأثر ساخته و باعث شکل‌گیری نگرش‌های ناکارآمد^۶ در آنها می‌شود (کاوایانی، نجمه و عنایتی، ۱۳۹۲). نوع نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و افزایش ادراکاتشان مؤثر است. افرادی که نگرش‌های سالم و کارآمد دارند، از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره می‌برند و دارای ارتباط بین‌فردی سالم، رضایت از زندگی و احساس آرامش هستند (مقتدر، ۱۳۹۵). افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی دولاتی^۷ و همکاران (۲۰۱۴) و براور، ویلیامز، فوراند، دی‌رایبیز و بوکتینگ^۸ (۲۰۱۹) نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله، اختلال وسواس، اختلال خودبیمارپنداری و اختلال افسردگی نیز در ارتباط است. اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خلقی و روان‌شناختی از طریق الگوهای پایدار تفکر غیرمنطقی مثل نگرانی یا نشخوار فکری، تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شود. به عبارتی این نشانگان شامل الگوی تفکر پایدار و نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید و اجتناب است که نتیجه عکس می‌دهند (اسپادا، نیکسویچ، مونتا و ولز^۹، ۲۰۰۷؛ کنگ، ساه، تانگ و اسموکی^{۱۰}، ۲۰۱۶).

1. Bayerman & Kleverson
2. marital conflicts
3. Wilson
4. Cribbet, Smith, Uchino, Baucom, Nealey-Moore
5. Gao
6. dysfunctional attitudes
7. Dowlati
8. Brouwer, Williams, Forand, DeRubeis, Bockting
9. Spada, Nikcević, Moneta, Wells
10. Keng,, Seah, Tong, Smoski

بروز مشکلات و تعارضات زناشویی در زوجین می‌تواند منجر به فرسودگی زناشویی^۱ در نزد آنان شود (احمدی، زهراکار، داورنیا و رضایی، ۱۳۹۴؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۵). فرسودگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (اردشیری لردجانی و شریفی، ۱۳۹۷). از نظر لینگرن^۲ (۲۰۰۳؛ به نقل از کریمی، کرمی و دهقان، ۱۳۹۳) فرسودگی از پا افتادن جسمی و عاطفی و روانی است که از عدم تناسب بین توقعات ناشی می‌شود. فرسودگی روندی تدریجی است و به ندرت به طور ناگهانی بروز می‌کند. در واقع صمیمیت و عشق به تدریج رنگ می‌بازد و به همراه آن احساس خستگی عمومی عارض می‌شود. در شدیدترین نوع آن، این فرسودگی منجر به فروپاشی رابطه می‌شود (پینز، نیل، هامر و ایکسون^۳، ۲۰۱۱). بر این اساس فرسودگی زناشویی نتیجه فرایند فرسایش است که در آن افراد با انگیزه و متعهد روحیه‌شان را از دست می‌دهند. از آنجاکه فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را بدنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (هاستون^۴، ۲۰۰۹).

جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زنان متعارض روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی بکار گرفته شده است. از روش‌های آموزشی جدید می‌توان به فراتشخیصی یکپارچه^۵ گروه بارلو (بارلو، آلن و چوات^۶، ۲۰۰۴؛ آلن، مک هیوا و بارلو^۷، ۲۰۰۸) و نسخه نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایرهولمه، فارکیونه بویسه، آلن و اهرنریش - مایه^۸ (۲۰۱۱) اشاره کرد که به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز طراحی شده و برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک‌قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی ارائه گردید (بویسیو و راسماسن^۹، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های مختلفی همچون پژوهش نرگسی، فتحی آشتیانی، داودی و اشرفی (۱۳۹۸)؛ فیروزی و بیرانوندی (۱۳۹۷)؛ عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۱۳۹۵)؛ شور-زاوالا، بنتلی، استیل، تیرپاک، آمتاج^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۰)؛ ساکیریس و برل^{۱۱} (۲۰۱۹)؛ گروسمن و ارنریچ-مای^{۱۲} (۲۰۱۹)؛ استیل، فارچیونه، کاسیلو-رابینز، آمتاج^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۸)؛ تالکوسکی، گرین، اسگادا و نورتون^{۱۴} (۲۰۱۷)؛ اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو^{۱۵} (۲۰۱۵)؛ فارکیونه، فایرهولمه، الارد، بوسینه، تامپسون-هولاندس^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های

1. Marital Burnout
2. Lyngrn
3. Pines, Neal, Hammer, Icekson
4. Huston
5. unified protocol
6. Barlow, Allen & Choate
7. Allen, McHugh & Barlow
8. Barlow, Ellard, Fairholme, Farchione, Boisseau, Allen, & Ehrenreich-May
9. Boisseau, Rasmussen
10. Sauer-Zavala, Bentley, Steele, Tirpak, Ametaj
11. Sakiris, Berle
12. Grossman, Ehrenreich-May
13. Steele, Farchione, Cassiello-Robbins, Ametaj
14. Talkovsky, Green, Osegueda, Norton
15. Ornelas Maia, Nardi, Cardoso
16. Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands

روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارآیی است. درمان فراتشخیصی به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به محرک‌های محیطی پاسخ دهند. این رویکرد با تغییر عادت‌های خودنظم‌جویی هیجانی، فراوانی و شدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (هومن، محرابی‌زاده، زرگر و داودی، ۱۳۹۵). با این که این درمان ریشه در درمان شناختی- رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (لیو، کائو و ژیو، ۲۰۱۹). بر این اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ریشه در درمان شناختی رفتاری دارد. اما به دلیل عدم بهره‌گیری از تنظیم هیجان‌ها در درمان شناختی و رفتاری، بارلو و همکاران (۲۰۱۱) بر آن شدند تا به این درمان، تنظیم هیجان‌ها را نیز اضافه نموده تا درمان غنی‌تر شود. هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌ها منفی را مدیریت نمایند (عبدی، بخشی‌پور رودسری و محمودعلیلو، ۱۳۹۲).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی، ارتباطی و هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی همچون نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی (کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۵) و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب و نوظهور همچون درمان فراتشخیصی یکپارچه و تأیید کارآیی آن در پژوهش‌های مختلف (نرگسی و همکاران ۱۳۹۸؛ فیروزی و بیرانوندی ۱۳۹۷؛ عطارد و همکاران ۱۳۹۵؛ شور- زاولا و همکاران ۲۰۲۰؛ ساکیریس و برل ۲۰۱۹؛ گروسمن و ارنریچ- مای، ۲۰۱۹؛ استیل و همکاران، ۲۰۱۸؛ تالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۷؛ اورلناس مایا و همکاران، ۲۰۱۵) و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر تهران، تعداد ۱۰ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زنان دارای تعارضات زناشویی پخش شد. با شناسایی زنان داوطلب، پرسشنامه تعارضات زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده بودند، انتخاب شدند. در گام بعد زنان

شناسایی شده توسط ملاک‌های ورود به پژوهش بعدی مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی شده بود. پس از این مرحله، از بین زنان واجد شرایط، تعداد ۴۰ زن انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از قرعه‌کشی در ۲ گروه آزمایش و گواه گماشته شدند (هر گروه ۲۰ زن). در نهایت درمان فراتشخیصی یکپارچه طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکرده و به روند درمانی معمول خود در مراکز مشاوره ادامه دادند. از زمان شروع پژوهش ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند که تعداد نمونه نهایی در این پژوهش ۳۴ نفر باقی ماند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه).

ابزار

مقیاس نگرش ناکارآمد: مقیاس نگرش ناکارآمد توسط وایزمن و بک^۲ در سال ۱۹۷۸ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال و چهار زیرمقیاس: کمال‌طلبی (سوالات یک تا ۱۰)، نیاز به تایید (سوالات ۱۱ تا ۲۰)، نیاز به راضی کردن دیگران (سوالات ۲۱ تا ۳۰) و آسیب‌پذیری (سوالات ۳۱ تا ۴۰) می‌باشد. اما فرم ایرانی این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال و چهار زیرمقیاس کمال‌طلبی (سوالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۹، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱ و ۲۳)، نیاز به تایید دیگران (سوالات ۱۸، ۲۲، ۲۴ و ۲۵)، نیاز به راضی کردن دیگران (سوالات ۱، ۲، ۴، ۱۴ و ۱۶) و آسیب‌پذیری (سوالات ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۶) است. طیف پاسخگویی به پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۸۲ است. کسب نمره بالاتر بیانگر وجود نگرش‌های ناکارآمد بالاتر در نزد فرد است. بک، بروان، استیر و ویسم^۳ (۱۹۹۱؛ به نقل از رئیسی دستگردی و عارفی، ۱۳۹۸) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را برآورد و ضرایب رضایت‌بخشی به دست آوردند. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا (۰/۹۰) بود، و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است. در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روان ۰/۵۶ به دست آمد. در پژوهش رئیسی دستگردی و عارفی (۱۳۹۸) پایایی پرسشنامه حاضر به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کمال‌طلبی، نیاز به تایید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه فرسودگی زناشویی: پرسشنامه فرسودگی زناشویی توسط پاینز^۴ در سال ۱۹۹۶ ابداع گردید. این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد که شامل ۳ جزء اصلی خستگی جسمی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و

1. Dysfunctional Attitude Scale
2. Weissman, Beck
3. Brown, Steer & Weissman
4. Pines

خشم به همسر) می‌باشد. تمام این موارد روی یک طیف هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (از ۱= هرگز تا ۷= همیشه) است (نادری، افتخار و آملازاده، ۱۳۸۸). کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده احساس دلزدگی زناشویی بیشتر است. ضریب قابلیت اعتماد آزمون- بازآزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه، و ۰/۶۶ برای دوره چهارماهه به دست آمده است. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد، که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ۱۹۹۶). در ایران نیز نعیم (۱۳۸۷) این پرسشنامه را بر ۲۴۰ نفر بررسی نمود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اردشیری لردجانی و شریفی (۱۳۹۷) برای نمره کلی ۰/۸۹ و برای ابعاد آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه تعارض زناشویی: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۱۰ جلسه دریافت نمودند. از زمان شروع پژوهش ۴ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند که تعداد نمونه نهایی در این پژوهش ۳۴ نفر باقی ماند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه). این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و

از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را در صورت تمایل دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بویسه، فارکونه، فایر هولمه، الارد و بارلو، ۲۰۱۰؛ به نقل از عبدی و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و انتظارات آن ها، تعیین خط مشی گروه و توضیح پیرامون تعارضات زناشویی، افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطبق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجان و مدل ARC.
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها خصوصاً با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی.
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دام های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر.
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه رویارویی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطبق رویارویی های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۲۵ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۹ تا ۳۲ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۲۷/۷۷ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۳۱/۲۵ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرش های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرش‌های ناکارآمد	گروه آزمایش	۱۵۴/۱	۱۴/۰۵	۱۱۲/۷۵	۱۵/۰۹	۱۱۵/۲۵	۱۵/۰۵
	گروه گواه	۱۲۴/۱۶	۱۰/۶۹	۱۲۵/۷۷	۱۰/۵۳	۱۲۵/۲۷	۱۰/۸۵
فرسودگی زناشویی	گروه آزمایش	۱۰۴/۵۶	۱۱/۸۱	۹۱/۴۳	۱۳/۶۴	۹۳/۸۱	۱۳/۷۶
	گروه گواه	۱۰۸/۷۷	۱۳	۱۱۰/۵۰	۱۳/۰۴	۱۱۰	۱۲/۴۸

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی رعایت نشده است ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوز-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
نگرش‌های ناکارآمد	مراحل	۱/۱۱	۴۱۰/۴۵	۳۸/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	گروه‌بندی	۱	۱۴۹۸/۱۶	۲۱/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۱/۱۱	۷۱۰/۸۷	۶۶/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
فرسودگی زناشویی	خطا	۳۵/۶۲	۱۰/۶۴				
	مراحل	۱/۱۲	۵۶۵/۰۷	۵۴/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	گروه‌بندی	۱	۴۳۹۷/۶۷	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۶
تعامل مراحل و گروه‌بندی	خطا	۳۵/۸۶	۱۰/۳۱	۹۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
	خطا	۳۶۹/۹۰					

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر نگرش‌های ناکارآمد (۶۶/۷۸) و برای متغیر فرسودگی زناشویی (۹۰/۸۷) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی) در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار <i>t</i>	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	۰/۰۰۵	۳۲	۰/۰۲	۴/۳۵	۰/۹۷
	پس‌آزمون	-۴/۹۴	۳۲	-۱۳/۰۲	۴/۴۲	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۳/۲۴	۳۲	-۱۰/۰۲	۴/۴۶	۰/۰۰۰۲
فرسودگی زناشویی	پیش‌آزمون	-۰/۹۸	۳۲	-۴/۲۱	۴/۲۸	۰/۳۳
	پس‌آزمون	-۴/۱۶	۳۲	-۱۹/۰۶	۴/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۳/۵۹	۳۲	-۱۶/۱۸	۴/۵۰	۰/۰۰۱

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۹۷ و ۰/۳۳) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۲) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۲) در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر نگرش‌های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد این زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش نرگسی و همکاران (۱۳۹۸)؛ فیروزی و بیرانوندی (۱۳۹۷)؛ عطارد و همکاران (۱۳۹۵)؛ ساکرسی و برل (۲۰۱۹)؛ استیل و همکاران (۲۰۱۸) و فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) بود. نتایج پژوهش‌های این پژوهشگران نشان از کارایی درمانی فراتشخیصی یکپارچه نگر داشته است. چنانکه این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود تصریح کرده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه توانایی بهبود آسیب‌های روان‌شناختی در افراد مختلف را دارد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان بیان کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند که چگونه با هیجان‌های آزاردهنده خود روبرو شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (استیل و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان تلاش می‌کند تا با تنظیم عادت‌های خودنظم‌بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی منفی و آسیب‌زا را کاهش داده و کارکرد کلی افراد در زمینه پردازش شناختی، هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه سبب می‌شود تا افکار، رفتارها، هیجان‌ها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی داشته باشند و هر یک از آنها در تجربه هیجانی نقش داشته و در آن تأثیر می‌گذارند (ساکرسی و برل، ۲۰۱۹). این فرایند سبب ایجاد یکپارچگی شناختی و روان‌شناختی در زنان دارای تعارضات زناشویی شده و نگرش‌های منفی و ناکارآمد آنها نیز کاهش می‌یابد از طرفی درمان فراتشخیصی یکپارچه تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها و شیوه پردازش آنها دارد و

تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت و پردازش هیجان‌ها به کار می‌برد. بر این اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه به زنان دارای تعارضات زناشویی می‌آموزد تا درک بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. زنان در خلال این درمان می‌آموزند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های ناشی از پردازش شناختی و هیجانی خود کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات پردازش و تنظیم هیجانی و شناختی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی و شناختی ناسازگارانه و نگرش‌های ناکارآمد می‌شود.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش فرسودگی زناشویی این زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش کاسترو- کاکچو و همکاران (۲۰۱۹) و تالکوسکی و همکاران (۲۰۱۷) بود. نتایج این پژوهش‌ها بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بکارگیری تنظیم هیجان‌ها، می‌تواند منجر به بهبود سلامت روانی و هیجانی شود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی می‌توان بیان نمود که درمان فراتشخیصی به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به محرک‌های محیطی پاسخ دهند (تالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۷). به شکل معمول، یکی از هیجان‌ها نامناسب در زنان دارای تعارضات زناشویی، هیجان منفی نسبت به همسر و شکل‌گیری فرسودگی زناشویی است (کریبت و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش روش‌های مقابله و مواجهه با هیجان‌ها منفی به زنان دارای تعارضات زناشویی می‌آموزد که به شیوه سازگارانه و سازمان‌یافته‌تری با همسر خود مواجه شده و از این طریق، از میزان فرسودگی زناشویی آنها نیز کاسته می‌شود. علاوه بر این می‌توان ذکر نمود که این رویکرد با تغییر عادات‌های خودنظم‌جویی هیجانی، فراوانی و شدت استفاده از عادات‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می‌کند (کاسترو- کاکچو و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این باید اشاره کرد که در درمان فراتشخیصی یکپارچه برای هر جلسه هدفی جداگانه در نظر گرفته می‌گردد که به نتیجه مشخصی ختم می‌شود. برای مثال در جلسه دوم با عنوان توصیف برنامه تغییر مراجع و بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی که هدفش آشناسازی مراجع با افکار، احساسات و هیجان‌ها اثرگذار در ایجاد خلق منفی و نگرانی و شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی، بررسی و شناسایی باورهای فراشناختی، نشخوار فکری، فرانگرانی می‌باشد، چگونگی آشنایی و شناخت هیجان‌ها و احساسات را به زنان دارای تعارضات زناشویی آموزش داده می‌شود و در جلسه سوم با یادگیری مشاهده تجارب هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی تلاش می‌کند تا مراجعان را از هم‌درآمیختگی با افکار و هیجان‌ها جدا نماید. تمرکز بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود که زنان دارای تعارضات زناشویی از درهم‌آمیختگی با افکار خود مصون مانده و مشکلات و تعارضات زناشویی را به عنوان فرایندی در نظر گیرند که باید به فکر حل و فصل آن بود. بر این اساس این زنان، راه‌حل‌های سازگارانه‌تری را در تعامل با همسر خود بکار گرفته و سبب می‌شوند که زمینه‌های بروز تعارض کمتر شده و در نتیجه فرسودگی زناشویی نیز کاهش یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر نگرش های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، عدم تمایل بعضی از زنان جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی از محدودیت های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ های متفاوت، دیگر جامعه های آماری (همانند زنان مطلقه، زوجین متعارض و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر نگرش های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی، در سطح کاربردی پیشنهاد می شود درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر به درمانگران و مشاوران حوزه خانواده در سطح دانشگاه ها، فرهنگسراهای شهرداری و مراکز مشاوره دادگستری معرفی شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای زنان دارای تعارضات زناشویی، جهت کاهش نگرش های ناکارآمد و فرسودگی زناشویی این زنان گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی اکرم کلهر در دانشگاه آزاد واحد اراک بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می آید.

منابع

- ابراهیمی، امراالله و موسوی، سیدغفور. (۱۳۹۱). ویژگی های روان سنجی مقیاس نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱(۵): ۲۸-۲۰.
- احمدی، مجید، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، رضایی، محسن. (۱۳۹۴). اثر بخشی زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر فرسودگی زناشویی در زوجین شهر ساوه. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۲(۱۳۹): ۷۵-۶۴.
- اردشیری لردجانی، فهیمه، شریفی، طیبه. (۱۳۹۷). اثر بخشی روان درمانی مثبت گرا بر بخشش و بی رمقی زناشویی زنان آسیب دیده خیانت زناشویی، مجله آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۴(۱): ۳۳-۴۶.
- رئیزی دستگردی، مهین دخت، عارفی، مژگان. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش های ناکارآمد و نگرانی دانش آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، مجله توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۳): ۸۵-۹۵.
- عبدی، رضا، بخشی پور رودسری، عباس و محمود علیلو، مجید. (۱۳۹۲). کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی و نشانه های اختلالات هیجانی. مجله روش ها و مدل های روان شناختی، ۳(۱۳): ۲۷-۱.
- عطارد، نسترن، میکائیلی، نیلوفر، مهاجری، نسترن و وجودی، بابک. (۱۳۹۵). اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. مجله طنین سلامت، ۴(۳): ۶۱-۵۴.
- فیروزی، منیژه، بیرانوندی، مهتاب. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی عروقی، مجله یافته، ۲۰(۲): ۹۳-۱۰۲.
- کاوایانی، زینب، نجمه، حمید، عنایتی، میرصلاح الدین. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نگرش های ناکارآمد زوجین، پژوهش های نوین روان شناختی، ۸(۳۲): ۲۰۳-۱۸۹.
- کریمی، پروانه، کریمی، جهانگیر و دهقان، فاطمه. (۱۳۹۳). رابطه سبک های دلبستگی و سبک های حل تعارض با فرسودگی زناشویی کارکنان متاهل، فصلنامه زن و جامعه، ۵(۴): ۷۱-۵۳.

- محمدی، محمد.، شیخ هادی سیروئی، رحمان، گرافر، امیر، زهراکار، کیانوش، شاکرمی، مجمد، داورنیا، رضا. (۱۳۹۵). اثر زوج درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین، *مجله ارمغان دانش*، ۲۱(۱۱): ۱۰۸۶-۱۰۶۹.
- مقتدر، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹): ۸۳۶-۸۲۵.
- نادری، فرح، افتخار، زهرا و آملازاده، صغری. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۴(۱۱)، ۷۸-۶۱.
- نرگسی، فریده، فتحی آشتیانی، علی، داودی، ایران و اشرفی، عماد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری، *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۸(۲)، ۲۶-۳۹.
- نیم، سامیه. (۱۳۸۷). *رابطه بین دلزدگی زناشویی، روابط صمیمی با همسر و تعارضات زناشویی با خشونت علیه زنان شهر ایلام*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- هومن، فرزانه، مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، زرگر، یدالله و داودی، ایران. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۵(۴): ۵۵۱-۶۳.
- Allen, L.B., McHugh, R.K., Barlow, D.H. (2008). *Emotional disorders: A unified protocol*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216–249). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., Choate, M.L.(2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2 (11), 223-232.
- Boisseau, C.L., Rasmussen, S.A. (2018). Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods, *Contemporary Clinical Trials*, 65: 157-163.
- Brouwer, M.E., Williams, A.D., Forand, N.R., DeRubeis, R.J., Bockting, C.L.H. (2019). Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 243: 48-54.
- Cribbet, M.R., Smith, T.W., Uchino, B.N., Baucom, B.R.W., Nealey-Moore, J.B. (2020). Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac pre-ejection period. *Biological Psychology*, 151, 107-112.
- Dowlati, Y., Segal, Z.V., Ravindran, A.V., Steiner, M., Stewart, D.E., Meyer, J.H. (2014). Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood, *Journal of Affective Disorders*, 161: 16-20.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., Barlow, D.H.(2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3): 666-678.
- Gao, T., Meng, X., Qin, Z., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., Mei, G. (2018). Association between parental marital conflict and Internet addiction: A moderated mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 240, 27-32.
- Grossman, R.A., Ehrenreich-May, J.(2019). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Youth Exhibiting Anger and Irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press, Corrected Proof.
- Huston, T. (2009). What is love got to do with it? Why some marriage succeeds and other fail. *Journal of Personal Relationship*, 16(3): 301-327.
- Keng, S., Seah, S.T.H., Tong, E.M.W., Smoski, M. (2016). Effects of brief mindful acceptance induction on implicit dysfunctional attitudes and concordance between implicit and explicit dysfunctional attitudes. *Behaviour Research and Therapy*, 83: 1-10.
- Liu, X., Cao, J., Xie, C. (2019). Finite-time and fixed-time bipartite consensus of multi-agent systems under a unified discontinuous control protocol. *Journal of the Franklin Institute*, 356 (2): 734-751.
- Ornelas Maia, A.C.C., Nardi, A.E., Cardoso, A.(2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172: 179-183.
- Pines, A.M. (1996). Couples burnout: courses and cures. *London rout ledge*, 32, pp 1-27.
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hamme,r L.B., Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74: 361–86.

- Sakiris, N., Berle, D.(2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101-107.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Steele, S.J., Tirpak, J.W., Ametaj, A.A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T.J., Barlow, D.H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445.
- Spada MM, Nikcević AV, Moneta GB, Wells A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addicted Behavior*, 32(10): 2120-2129.
- Steele, S.J., Farchione, T.D., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., Barlow, D.H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104: 211-216.
- Talkovsky, A.M., Green, K.L., Osegueda, A., Norton, P.J.(2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46: 56-64.
- Weissman, A. N., Beck, A. T.(1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy*. Chicago: IL.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J, Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.