



اثر بخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری هیجانی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی

نداورقائی^۱، قربان فتحی اقدم^{۲*}، مجتبی امیری مجد^۳، لقمان ابراهیمی^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری هیجانی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره تحت نظر دادگستری شهر زنجان (۱۴۰۰-۱۳۹۹) بود و از بین آن‌ها ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. پروتکل هشت جلسه‌ای طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر روی گروه آزمایش انجام گردید هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس تحریک‌پذیری هیجانی (بری تویت، ۱۹۸۷) را تکمیل کردند. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو درمان باعث کاهش معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون تحریک‌پذیری هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. سطح معنی‌داری کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ است که نشان از اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری هیجانی دارد ($p < 0/05$). بر اساس یافته‌های پژوهش و با توجه به کارایی و اثربخشی درمان طرح‌واره و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، این رویکرد می‌تواند در زمینه کاهش تحریک‌پذیری هیجانی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی مؤثر باشد بنابراین در کنار سایر رویکردهای درمانی موجود گزینه مناسبی، برای استفاده مشاوران و درمانگران خانواده است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تحریک‌پذیری هیجانی، پیمان‌شکنی

۱. دانشجوی دکترای مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۲.* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

مقدمه

ازدواج تعهدی است همراه عشق و مسئولیت در جهت صلح، شادی و تحول (اسمعیلی، کریمی، گودرزی و عسگری، ۱۳۹۸). افزون بر این خانواده جایگاه ویژه‌ای در رشد شخصی افراد داراست (فدایی مقدم و همکاران، ۱۴۰۱). پیمان‌شکنی زناشویی باوجود اینکه یک عمل غیرقابل قبول است رویدادی رو به فزونی است در کشور ما ایران نیز با نگرانی‌هایی همراه است و با ناپایداری در روابط و نرخ بالای جدایی همراه است. (مدرسی و زاهدیان و محمدآباد، ۱۳۹۳) از طرف دیگر پیمان‌شکنی تأثیرات منفی و مخرب بسیاری را بر روی زوجین می‌گذارد. (گودرزی، ۱۳۹۸) پیمان‌شکنی منجر به تأثیرات جبران‌ناپذیری بر روابط عاشقانه و همچنین روابط زناشویی می‌شود. افراد می‌توانند دامنه گسترده‌ای از راهبردها را برای پیمان‌شکنی همسر خود استفاده کنند دو مورد از رایج‌ترین آن‌ها انتخاب دوست و دیگری پاسخ‌های هیجانی به پیمان‌شکنی است (علی‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). سازگاری با تغییرات زندگی / واکنش شایع ابتدایی به افشای مسئله خیانت عبارت‌اند از ضربه روانی (شوکه شدن)، خشم و انکار (هامفری، ۱۹۸۷). راهبردها و رویکردهای گوناگونی به‌منظور یاری‌رساندن به زنان خیانت دیده وجود دارد. دراین‌بین به نظر می‌رسد در چارچوب روان‌درمانی طرح‌واره درمانی یک عامل سازمان بخش می‌باشد که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. آسیب طرح‌واره‌ها صرفاً مختص یک موقعیت خاص نیست بلکه رد پای آن در طول زندگی و تمام تصمیمات و انتخاب‌های مهم فرد و حوزه‌های مهم زندگی وی به چشم می‌خورد. (ورسویک، برورسن و نادرت، ۲۰۱۵). نظریه‌پردازان معتقد هستند که طرح‌واره‌ها به شیوه‌های متعددی می‌توانند در تأثیرگذاری فرد برای خیانت مؤثر باشند. (سیمون دی فرانسیسکو، رودریگر، ستیون، ۲۰۱۵) مؤلفه اصلی طرح‌واره درمانی بر این تصور است که هر شخص یک طرح‌واره کلی دارد و در موقعیت‌های خاص آن‌ها فعال می‌شوند. هدف درمانگر شناسایی این طرح‌واره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آن‌هاست. چنین نگرشی در آزادی مراجع و درمانگر راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک‌ها تأثیر بسزایی دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). یکی از شیوه‌هایی که زوجین با آسیب‌پذیری‌شان برخورد می‌کنند تحریک‌پذیری هیجانی است و اغلب نتیجه درمان را تعیین می‌کند (وکیلی و خالقی، ۱۳۹۵). (وایی و جانسون، ۲۰۱۶) بر این عقیده هستند که هیجان‌ات می‌تواند باعث تغییر در کل وجود فرد شود، زیرا هیجان‌ات در فراهم آوری اطلاعات مفید سلامت روان نقش دارند، واکنش شایع ابتدایی به افشای مسئله پیمان‌شکنی عبارت‌اند از ضربه روانی (شوکه شدن)، خشم و انکار. پیچیدگی ارتباطات صمیمی و اثرات پیمان‌شکنی بر روی آن ضرورتی را ایجاد کرده که درمانگران از منظرهای مختلف به این اثرات توجه کنند. در پژوهش دریافتند که زنان واکنش‌های عاطفی متفاوتی را نسبت به پیمان‌شکنی همسر خود نشان می‌دهند، این واکنش‌ها در دو مضمون اصلی شامل واکنش‌های عاطفی ناسازگارانه و واکنش‌های عاطفی سازگارانه طبقه‌بندی می‌شوند که در این میان ترس و اضطراب و احساس آسیب‌پذیری بیشتر تجربه شده بود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش درمانی است که با تکیه بر دامنه گسترده‌ای از راهبردها را برای پیمان‌شکنی همسر

خود استفاده کنند دو مورد از رایج‌ترین آن‌ها انتخاب دوست و دیگری پاسخ‌های هیجانی به پیمان‌شکنی است (رفتار علی‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). وقتی زوج پی به پیمان‌شکنی همسرش می‌برد، مشغله ذهنی او همین مسئله می‌شود حتی خواب فرد را مختل می‌کند. شوک و ضربه روانی واکنشی شایع در کشف بی‌وفایی است. هم فرد پیمان‌شکن و هم فردی که به پیمان‌شکنی همسرش پی برده احساس گیجی و سردرگمی می‌کند. معقولانه نیست بلافاصله پس از پی بردن به پیمان‌شکنی واکنش نشان دهیم، باید زمانی را به بررسی مجدد مسئله در نظر بگیریم. زمانی که علت پیمان‌شکنی مشخص می‌شود، افراد درمی‌یابند که روابطشان بهتر از گذشته شده است (فرزین زاد و همکاران ۱۳۹۰).

در برخی مطالعات به بررسی تأثیر رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری و روابط زناشویی و پیمان‌شکنی زناشویی پرداخته شده است. از آن جمله می‌توان به تأثیر طرح‌واره درمانی بر نشانگان بالینی و پاسخ‌های هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت که توسط علی‌آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۸ انجام شد اشاره کرد. در مطالعه‌ای که آسایش و همکاران در سال (۱۳۹۵) با عنوان تبیین تجارب و واکنش‌های عاطفی زنان قربانی بی‌وفایی همسر انجام شد دریافتند که زنان واکنش‌های عاطفی متفاوتی را نسبت به بی‌وفایی همسر خود نشان می‌دهند. این واکنش‌ها در دو مضمون اصلی شامل واکنش‌های عاطفی ناسازگارانه و واکنش‌های عاطفی سازگارانه طبقه‌بندی می‌شوند که در این میان ترس و اضطراب و احساس آسیب‌پذیری بیشتر تجربه شده بود. در پژوهش (برون، ۲۰۰۱) آگاه شدن از پیمان‌شکنی همسر با هیجاناتی چون خشم و تنفر و ناامنی همراه بود. نتایج پژوهش‌های (اومارزو و همکاران، ۲۰۱۲)^۱ حاکی از آن بود که روابط پنهانی خارج از حیطه زناشویی همیشه موجب ضربه شدید احساسی به طرفین می‌شود و گاهی این نوع روابط باعث بروز نشانه‌هایی شبیه PTSD^۲ در همسری می‌شود که مورد پیمان‌شکنی قرار گرفته می‌شود. از منظر روان‌شناختی، مواجهه با پدیده پیمان‌شکنی، مستلزم رویکردی جامع و نافذ است (الهایی و همکاران، ۱۳۹۹) رویکردهای گوناگونی به‌منظور یاری‌رساندن به زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی وجود دارد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم (ویسکوویچ و پاکنهام، ۲۰۲۰)^۳ که از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته است و هدف آن شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (سولوشور و همکاران، ۲۰۲۰)^۴ به مراجع ایجاد حس ارزشمندی و رضایت برای رسیدن به یک زندگی غنی را می‌دهد (ورنر و همکاران، ۲۰۲۰)^۵ و احتمالاً در طولانی‌مدت تأثیرات ماندگارتری را خواهد داشت (کلارک و همکاران، ۲۰۱۲)^۶. تحقیقات نشان می‌دهد که زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند بر متغیرهای زناشویی مانند افزایش کیفیت زندگی زناشویی (هربرت، استوری و ویلسون، ۲۰۱۵)^۷، افزایش سازگاری بین فردی

1. (Omarzu et al., 2012)

2. Post-traumatic stress disorder

3. (Viskovich, & Pakenham, 2020)

4. (Soloshower et al., 2020)

5. (Werner et al., 2020)

6. (Clarke et al., 2012)

7. (Herbert, Storey & Wilson., 2015)

(براون و همکاران، ۲۰۱۵)^۱، کاهش آشفتگی‌های بین فردی (فیش و همکاران، ۲۰۱۴)^۲ و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (خزائی و بابائی، ۲۰۲۲) مؤثر باشد. پژوهش حاضر به دنبال میزان تاثیر اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر تحریک‌پذیری هیجانی در زنانی است که مورد پیمان‌شکنی قرار گرفته‌اند.

روش

پژوهش حاضر به روش شبه آزمایشی و در چارچوب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی ساکن زنجان (اعم از ارجاعی یا خود مراجع) مراکز مشاوره تحت نظارت دادگستری از دی‌ماه ۱۳۹۹ تا خردادماه ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش 60 نفر برگزیده شدند و به تصادف در دو گروه آزمایشی (20) نفر و کنترل (۲۰) نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: تجربه خیانت زناشویی شوهر که بیش از یک سال از تجربه آن‌ها نگذشته باشد، در حال حاضر و هنگام پژوهش سپری کردن زندگی مشترک با شوهر، اتمام رابطه با نفر سوم و تلاش برای جبران خیانت توسط شوهر، تمایل به شرکت در پژوهش و دریافت مداخله درمانی و عدم دریافت درمان هم‌زمان دیگر، ترجیح ما زوجین بدون فرزند بود اما به دلیل ناقص ماندن نمونه از زوجین با فرزند نیز استفاده شد، توانایی حضور در هشت جلسه مشاوره گروهی مستمر و حداقل تحصیلات دیپلم ملاک‌های خروج: غیبت دو جلسه‌ای در درمان، انصراف از شرکت در درمان و ابتلای به بیماری کوید ۱۹. سپس هر سه گروه پیش‌آزمون تحریک‌پذیری را انجام دادند و دو گروه آزمایش پس از دریافت پروتکل درمان پس‌آزمون تحریک‌پذیری را انجام دادند و گروه گواه هیچ درمانی نگرفته و پس‌آزمون تحریک‌پذیری را انجام دادند.

ابزار

تحریک‌پذیری هیجانی^۳ یکی از موضوعات جدید در حیطه روانشناسی پزشکی است. تحریک‌پذیری هیجانی عبارت است از درجه‌ای که فرد نسبت به روان رنجوری و اختلال روانی آسیب‌پذیر بوده و تحمل کمی برای استرس‌های فیزیکی و روان‌شناختی دارد (بری‌تویت، ۱۹۸۷). این مقیاس توسط بریتویت ساخته شده و دارای ۱۵ عبارت است و هدف آن بررسی و ارزیابی مؤلفه‌های تحریک‌پذیری هیجانی (حساسیت عمومی، خشم، ترسویی؛ عدم کنترل) است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت است که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است. از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) ولی

1. (Brown et al., 2015)
2. (Fish et al., 2014)
3. Emotional irritability

شیوه نمره‌گذاری در مورد عبارات ۵، ۶، ۹ و ۱۲ معکوس شده و به‌صورت کاملاً نادرست (۵) تا کاملاً درست (۱) درمی‌آید. عبارت مربوط به هر زیر مقیاس شامل:

۱. حساسیت عمومی: عبارات ۱ تا ۶؛

۲. خشم: عبارات ۷ تا ۹؛

۳. ترسویی: عبارات ۱۰ تا ۱۲؛

۴. عدم کنترل: ۱۳ تا ۱۵؛

نمره تحریک‌پذیری هیجانی معادل جمع امتیازات مربوط به کل این عبارات است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد؛ یعنی این‌که ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰) در جدول زیر پایایی پرسشنامه نشان داده شده است.

جدول شماره (۱)

متغیر	آلفای کرونباخ
تحریک‌پذیری هیجانی	
زیر مقیاس‌ها	۰/۸۳
حساسیت عمومی	
خشم	
ترسوئی	
عدم کنترل	

جلسات طرح‌واره درمانی به شرح زیر:

یکی از رویکردهایی که به تبیین و درمان پیمان‌شکنی زناشویی می‌پردازد طرح‌واره درمانی است. این رویکرد که توسط (یانگ، کلوسکو و ویشار ۲۰۰۳) به وجود آمده رویکردی یکپارچه است که بیشتر بر پایه گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است. یانگ و همکاران باور دارند که در اثر طرد و تجارب دوران نخستین کودکی طرح‌واره‌هایی در ذهن فرد شکل می‌گیرند که در دوران پس‌از آن زندگی و تجارب فرد را به یک شیوه ناسازگارانه جهت‌دهی و تحریف می‌کنند به همین دلیل طرح‌واره‌ها را طرح‌واره‌های ناسازگار نخستین نام‌گذاری کرد. با باور آن‌ها طرح‌واره درمانی می‌تواند با پرداختن به این طرح‌واره‌ها و درمان آن‌ها مایه کاهش نارضایتی زناشویی شود. طرح‌واره درمانی شامل یک جلسه مقدماتی و هشت جلسه درمانی به روش مشاوره گروهی به میزان هر جلسه ۶۰ دقیقه‌ای که به‌صورت گام‌به‌گام در هر هفته یک جلسه اجرا می‌شود. ساختار آموزشی بر اساس مفاهیم نظری و فلسفی و فن‌های طرح‌واره درمانی برای هر جلسه تهیه و اجرا می‌شود.

جدول شماره (۲)

جلسات	محتوا
مقدمانی	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن بررسی انتظارات از برنامه درمانی
اول	بررسی باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی مراجع/ به‌وسیله فن‌های شناختی
دوم	استفاده از فن‌های تجربه‌ای همانند تصویرسازی ذهنی/ رهاشدگی برای فاجعه زدایی از ترک شدن
سوم	رویارویی با باور شناختی بی‌ارزش بودن فرد/ شناخت طرح‌واره‌هایی که مایه تأیید طرح‌واره بی‌اعتمادی می‌شوند
چهارم	تصویرسازی یادبودهای ناخوشایند و بدرفتاری‌های دوران کودکی
پنجم	ایجاد صمیمیت با همسر
ششم	دگرگون‌سازی باورهای فرد درباره بی‌ارزش بودن و ناقص بودن خود / استفاده از فنون گفتگو
هفتم	استفاده از فن‌های رفتاری برای بهبود مهارت صمیمیت / صبوری در شیوه پاسخ‌دهی
هشتم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۱ به شرح زیر: بر اساس توصیف (هایز و دیگران، ۲۰۰۴) درمانی است که از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای رفتار (آنچه خارج از کنترل شخصی است را بپذیر و به عملی که زندگیاات را غنی می‌سازد متعهد باش) به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند به این معنی که فرد، کاملاً با لحظات کنونی در تماس است و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه می‌دهد از این‌رو برای درمان زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی رویکردی مناسب است. ابتدا و پیش از اجرای برنامه آموزشی، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰) و کنترل (۲۰) قرار گرفتند و پیش‌آزمون اجرا شد. گروه‌های آزمایش، ساختار آموزشی را بر اساس مفاهیم نظری، فلسفی و تکنیک‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌صورت یک جلسه مقدماتی و هشت جلسه درمانی به روش گروهی به میزان هر جلسه ۹۰ دقیقه، به‌صورت گام‌به‌گام و هفتگی دریافت کردند و گروه کنترل مداخله مذکور را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد و در پایان نتایج سه گروه مقایسه شدند.

جدول (۳): پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هایز، لوبین، پلامپ ویلاردآگا، ویلات و پیستورلو^۱، ۲۰۱۳)

اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن بررسی انتظارات از برنامه درمانی	جلسات
نامیدی سازنده / سنجش اولیه ارزش‌ها / تمرین توجه آگاهی	مقدماتی
تمرین توجه آگاهی / تمرین فرونشانی فکر / راهبردهای پذیرش / ارائه تکلیف	اول
تمرین توجه آگاهی / مرور جلسه گذشته / راهبردهای گسلش / ارائه تکلیف	دوم
تمرین توجه آگاهی / مرور جلسه گذشته / راهبردهای بافتار انگاشتن / ارائه تکلیف	سوم
تمرین توجه آگاهی / مرور جلسه گذشته / راهبردهای روشن‌سازی ارزش‌ها / ارائه تکلیف	چهارم
تمرین توجه آگاهی / مرور جلسه گذشته / راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش‌ها / ارائه تکلیف	پنجم
راهبردهای توجه آگاهی / مرور جلسه گذشته / ارائه تکلیف	ششم
تمرین توجه آگاهی / برگشت به جلسات گذشته / خلق الگوهای بزرگ عمل متعهدانه / آماده‌سازی برای پایان جلسات / برگزاری پس‌آزمون	هفتم
اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن بررسی انتظارات از برنامه درمانی	هشتم

نتایج

نرمال بودن متغیرها

در جدول (۴) نتایج بررسی نرمال بودن داده‌ها آمده است. توزیع نرمال با استفاده از مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون کلموگوروف اسمیرنوف بررسی شد. در مورد کجی و کشیدگی، چنانچه مقادیر این آماره‌ها بین -۲ و +۲ باشد نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع تک متغیره است و چنانچه سطح معنی‌داری آزمون کلموگوروف اسمیرنوف بیشتر از ۰/۰۵ شود ($p > 0/05$) به معنای نرمال بودن توزیع داده‌هاست. (جورج و مالری، ۲۰۱۰)^۲

1. Hayes – Levin – Plumb- Vilardaga – Villatte - Pistorello
2. (George & Mallery, 2010)

جدول ۴. مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن متغیرها

کشیدگی	کجی	آزمون کلموگروف اسمیرنوف (مقدار p)	متغیر
-۱/۳۰۵	-۰/۳۱۰	۰/۰۹۰	تحریک پذیری هیجانی

در مجموع، نتایج به دست آمده از آزمون‌های کجی و کشیدگی نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال (نزدیک به نرمال) برخوردار هستند. مقدار چولگی (کجی) و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ± 2 به دست آمد. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف بیانگر این است که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی‌توان رد کرد ($p > 0.05$). سطح معنی‌داری به دست آمده برای هر دو متغیر مورد بررسی (تحریک‌پذیری هیجانی، عملکرد خانواده) بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است که نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها دارد. در مجموع نتایج به دست آمده نشان از این دارد که می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد و در نتیجه، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها تأیید می‌شود.

آزمون همگنی واریانس‌ها

یکی دیگر از پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کوواریانس برقرار بودن همگنی واریانس گروه‌هاست. نتایج آزمون بررسی همگنی (برابری) واریانس گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در جدول (۵) آمده است. برای آزمون مفروضه یکسانی واریانس می‌توان از آزمون لوین استفاده کرد. آزمون لوین (Leven's test)، فرضیه آماری یکسانی پراکندگی واریانس‌ها را در تمام سطوح متغیر مستقل مورد سنجش قرار می‌دهد. رد فرضیه صفر ($p < 0.05$) نشان‌دهنده تخطی از پیش‌فرض نابرابری پراکندگی واریانس است (کریمی، ۱۳۹۴).

جدول ۵. آزمون همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش (Leven's test)

متغیرها	مقدار F	سطح معنی‌داری
تحریک‌پذیری هیجانی	۱/۵۷	۰/۲۲۰

نتایج آزمون همگنی لوین نشان داد سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها تحریک‌پذیری هیجانی و عملکرد خانواده بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($p > 0.05$) است که بیانگر این است که پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله‌گر) همگن و تقریباً یکسان است. مطابق نتایج و به دلیل سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۵ می‌توان نتیجه که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است و مشکلی برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس وجود ندارد.

همگنی شیب‌های رگرسیون

مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی بدین معناست که رابطه بین هم پراش و متغیر وابسته برای هر گروه مشابه باشد. این وضعیت از طریق شیب‌های مشابه در خط رگرسیون هر گروه نشان داده می‌شود. شیب‌های نابرابر نشان می‌دهد که تعاملی بین هم پراش و مداخله وجود دارد. چنانچه تعاملی در کار است، نتایج آنکوا گمراه‌کننده می‌شود و بنابراین نباید این روش را به کاربرد (کاکاوند، ۱۳۸۹). روش آماری بررسی برقراری این پیش‌فرض آماری شامل بررسی وجود تعامل آماری معنادار بین مداخله و هم پراش (پیش‌آزمون) است. اگر تعامل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌داری نباشد ($p > 0/05$)، پس این مفروضه برقرار است. نتایج در جدول (۶) آمده است.

جدول ۶. آزمون اثر تعاملی متغیرهای مداخله و هم پراش جهت تعیین همگنی شیب‌های رگرسیونی

نوع تعامل	مقدار F	سطح معنی‌داری (p-value)
تعامل تحریک‌پذیری هیجانی و گروه	۰/۴۲۶	۰/۹۴۳

نتایج جدول (۶) نشان داد سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده در تمامی موارد بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($p > 0/05$) که بیانگر این موضوع است که اثر تعاملی متغیرها رد می‌شود و در نتیجه شیب‌های رگرسیونی در تمامی موارد همگن هستند و این مفروضه نیز مورد تأیید قرار گرفت. در مجموع آزمون‌های برقراری مفروضات آماری آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تخطی جدی از مفروضات آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مشاهده نشد و می‌توان از این آزمون استفاده کرد و نتایج این آزمون معتبر است.

جدول (۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس باهدف بررسی تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر تحریک‌پذیری هیجانی

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
تحریک‌پذیری هیجانی	مداخله	۴۳۴/۹۱	۱	۴۳۴/۹۱	۲۱/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
	پیش‌آزمون	۱۱۵۴/۴۹	۱	۱۱۵۴/۴۹	۵۸/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
	خطا	۵۳۶/۸۴	۲۷	۱۹/۸۸			
کل اصلاح‌شده		۲۱۸۷/۴۷	۲۹				

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر تحریک‌پذیری هیجانی تأیید شد ($p < ۰/۰۵$). سطح معنی‌داری کمتر از مقدار مفروض $۰/۰۵$ است که نشان از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تحریک‌پذیری هیجانی دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده مقدار $۰/۴۴۸$ است. مطابق نتایج فرضیه پژوهش تأیید شد.

جدول (۸) مقادیر میانگین و خطای استاندارد تعدیل‌شده متغیر تحریک‌پذیری هیجانی

گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد	کران پایین	کران بالا
گروه طرح‌واره درمانی	۴۳/۷۲	۱/۱۵	۴۱/۳۶	۴۶/۰۹
گروه کنترل	۵۱/۳۴	۱/۱۵	۴۸/۹۸	۵۳/۷۱

بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده (میانگین پس‌آزمون با خنثی کردن و کنترل کردن نمرات پیش‌آزمون) نشان داد که میانگین تعدیل‌شده گروه کنترل برابر با $۵۱/۳۴$ و میانگین گروه آزمایش برابر با $۴۳/۷۲$ است که نشان می‌دهد طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنی‌دار تحریک‌پذیری هیجانی شده است.

جدول (۹) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس باهدف بررسی تأثیر مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری هیجانی

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
تحریک‌پذیری هیجانی	مداخله	۲۰۶/۶۱	۱	۲۰۶/۶۱	۱۲/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۳۱۲
	پیش‌آزمون خطا	۱۱۸۱/۹۹	۱	۱۱۸۱/۹۹	۷۰/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	کل اصلاح‌شده	۱۷۰۱/۴۷	۲۹	۱۶/۸۵			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریک‌پذیری هیجانی تأیید شد ($p < ۰/۰۵$). سطح معنی‌داری کمتر از مقدار مفروض $۰/۰۵$ است که نشان از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریک‌پذیری هیجانی دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده مقدار $۰/۳۱۲$ است. مطابق نتایج فرضیه پژوهش تأیید شد.

جدول (۱۰) مقادیر میانگین و خطای استاندارد تعدیل‌شده متغیر تحریک‌پذیری هیجانی

گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد	کران پایین	کران بالا
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۷/۴۶	۱/۰۷	۴۵/۲۷	۴۹/۶۶
گروه کنترل	۵۲/۸۱	۱/۰۷	۵۰/۶۱	۵۵

بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد که میانگین تعدیل‌شده گروه کنترل برابر با $۵۲/۸۱$ و میانگین گروه آزمایش برابر با $۴۷/۴۶$ است که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنی‌دار تحریک‌پذیری هیجانی شده است.

بحث

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحریک‌پذیری هیجانی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی بوده است. در این مطالعه میزان تحریک‌پذیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی با اجرای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سطح تحریک‌پذیری زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی کاهش یافته است. یافته‌های این مطالعه با پژوهش (دال و همکاران، ۲۰۱۶) و (بانج و همکاران، ۲۰۱۲) مبنی بر تأثیر درمان بر متغیرهای روان‌شناختی، همسو است. علاوه بر این (راچ، داوسون، مقدم، ابی و گریسول، ۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که هر دو درمان موجب بهبود علائم بالینی و

ناراحتی‌های هیجانی شده، همچنین در بهبود نشانه‌های PTSD مؤثر است. یافته‌های (صمدی و همکاران، ۱۳۹۸) پژوهش نشان داد با توجه به کارایی و اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش‌نامه، این رویکرد می‌تواند در زمینه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مورد استفاده مشاوران و درمانگران خانواده قرار گیرد. (تنهان، ۲۰۱۹) در پژوهشی دریافت اکت یکی از مناسب‌ترین رویکردهای مشاوره‌ای است که برای مسلمانان استفاده می‌شود زیرا اکت و اسلام دارای اشتراکات زیادی هستند. رابطه زناشویی در زندگی باید بر اساس تعهد و احترام متقابل پیش رود و زوجین به‌موقع به حل تعارضات اقدام کنند. عملکرد کارآمد خانواده در زوجین منجر به افزایش تعهد زناشویی می‌گردد و این امر رضایت زناشویی را به دنبال دارد. نتایج حاصل از این پژوهش نیز گواه این مطلب است. درمان تعهد و پذیرش به زنان می‌آموزد تا درباره تجربیات زندگی شخصی خود آگاهانه‌تر روبرو شوند و از نگاه انتقادی به خود، دیگران و موقعیت‌های زندگی‌اش دست‌بردارند و با تمرینات پذیرش می‌آموزد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته و عملکرد خانواده را بهبود بخشد. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش افراد می‌آموزند افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را به‌عنوان خاطرات و علائم بدنی را فقط به‌عنوان علائم بدنی ببینند، هرکدام از رویدادهای درونی وقتی تجربه شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند (نیکوکار، جعفری، فتحی و پویا منش، ۱۳۹۹). در تبیین میزان تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی بر روی زوجین می‌توان گفت هر یک از زوجین طرح‌واره‌هایی درباره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به روابط زناشویی می‌آورند. طرح‌واره‌ها فرضیاتی درباره همسر و رابطه زناشویی، آن‌گونه که می‌باشند هستند و معیارهایی درباره اینکه چگونه باید باشند است (اپستین و باکوم، ۲۰۰۲).^۱ هر یک از زوجین علاوه بر طرح‌واره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرح‌واره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه است. مبنای کار نظریه طرح‌واره اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می‌شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم ببخشند و تمایل دارند موقعیت‌های خود را زگونه‌ای تفسیر نمایند که طرح‌واره‌هایشان تأیید شود. پس طرح‌واره درمانی درصدد شناسایی این طرح‌واره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آن‌ها و در نتیجه بهبود روابط زوجین هست. این امر رضایت زناشویی را به دنبال دارد. وضعیت فرد با طرح‌واره درمانی بهبود می‌یابد و الگوهای سالمی جایگزین سبک‌های مقابله‌ای می‌شود. همچنین می‌توان گفت رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد درباره مشکلات افراد و آگاهی از تجارب درونی‌شان، اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و اجتناب از رفتارها و اعمالی باشد که برای فرد مهم و ارزشمند هستند، کاهش یا آگاهی از تجارب درونی‌شان، توانایی آن‌ها را در استفاده از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و باعث می‌شود که افراد نتوانند رفتار مناسبی را اعمال کنند (سعادت‌مند، بساک نژاد و امان الهی، ۱۳۹۶). هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (گوسوامانی و همکاران، ۲۰۲۰) و فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در تغییر و کنترل آن‌ها ندارد. بنابراین انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته،

صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۰) و ارتباطات صمیمی فرصت‌هایی را برای رشد عاطفی بین دو فرد فراهم می‌کند. طرح‌واره درمانی با استفاده از مواجهه و فن‌های شناختی باعث تغییر در هیجانات و بهبود طرح‌واره‌ها می‌گردد و کمک مؤثری در ابراز عواطف و بهبود روابط زناشویی دارد. همچنان که در این پژوهش طرح‌واره درمانی باعث کاهش سطح تحریک‌پذیری هیجانی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی در غالب ترس، خشم، عدم کنترل و حساسیت عمومی شد که باید توجه کرد این عوامل در شیوه صحیح مقابله با بحران‌ها در زندگی مؤثرند چراکه این عوامل در تصمیمی‌گیری فرد برای گذر از این بحران مؤثر است و هر چه فرد در سطح مطلوب‌تری از تحریک‌پذیری هیجانی قرار بگیرند در مقابل چنین آسیبی شفاف‌تر و کارآمدتر برخورد خواهد کرد. طرح‌واره درمانی در تلاش است وضعیت فرد را بهبود دهد و الگوهای رفتاری سالمی را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شخص کند. نوعی باز والدینی حدودمرز دار رخ می‌دهد تا با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب‌پذیر حمایت شود.

قرار گرفتن در شرایط بیماری کووید ۱۹ و محدودیت‌های حاصل از آن مانع از دسترسی به افراد مشارکت‌کننده شد و بیشتر مشارکت‌کنندگان حاضر به همکاری با پژوهشگران در دوره پیگیری نشدند؛ بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در شرایط پسا کرونا نسبت به طراحی و اجرای پژوهشی مشابه با پژوهش حاضر تا مرحله پیگیری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود با ارائه آموزش‌های پیشگیرانه زمینه را برای ترویج روش‌های درمانی همچون پذیرش و تعهد در کمک به افراد آسیب‌دیده از رخدادهایی همچون پیمان‌شکنی فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود نگاه جدی‌تری نسبت به پدیده پیمان‌شکنی با توجه به افزایش مراجعات به شعب دادگستری و حتی مراکز مشاوره رو به فزونی است در سطح جامعه صورت گیرد و آموزش‌های لازم جهت پیشگیری این موضوع نسبت به درمان در اولویت قرار گیرد.

منابع

- پاول ر. پلوسو. مداخلات درمانی برای بحران‌های زناشویی. ترجمه پیروش وکیلی و احمد خالقی، ۱۳۹۵، تهران: ارجمند.
- پور آزاد، شهرزاد. رئیسی، فاطمه. پهلوان‌زاده، مریم. اثربخشی طرح‌واره درمانی بر سطح تاب‌آوری زنان خواستار طلاق در شهر تهران، رویش روانشناسی، سال ۹، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۵۶، بهمن ۱۳۹۹.
- تقی یار، زهرا. پهلوان‌زاده، فرشاد. سماوی، سید عبدالوهاب. (۱۳۹۵) اثربخشی طرح‌واره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، زن و مطالعات خانواده، سال نهم، شماره ۳۴، زمستان ۱۳۹۵، صفحه ۴۹-۶۳.
- دان؛ دیوید لاسترمن. آسیب‌شناسی وفاداری در زندگی زناشویی، ترجمه بنقشه فرزین رلدف سعیده نوزیان و سارا واجب منفرد، ۱۳۹۰، تهران: دانژه.
- درک راجر؛ سازگاری با تغییرات زندگی (مهارت‌های عملی برای مقابله با فشار روانی)، ترجمه دکتر بهمن نجاریان و دکتر ایران داودی، ۱۳۸۸، تهران: آرین.
- سرمد، زهره، حجازی، الهه و عباس بازرگان (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگه.
- سلطان‌الکتابی، مرضیه (۱۳۹۳). مقایسه دیدگاه‌های طرح‌واره درمانی، روان‌پویایی و آزادی درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۷۲: ۷۴-۸۸.
- فیلیپ اچ. برنشتاین، ماری تی. برنشتاین زناشویی درمانی. ترجمه حسن عابدی نایینی و غلامرضا منشئی، ۱۳۸۰، تهران: رشد.
- لطفاتی بريس، ر.، قمری کیوی، ح.، کیانی، الف.، شیخ‌السلامی، علی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و درمان هیجان مدار بر سبک‌های حل تعارض همسران تازه ازدواج‌کرده دارای تعارض، نشریه رویش روان‌شناسی، ۹(۱۰)، ۱۹۴-۱۸۹.
- ملک عسگر؛ سعادة، مظاهری؛ محمدعلی، فتی؛ لادن، موتابی؛ فرشته و محمود حیدری، دیدگاه طرح‌واره درمانگران نسبت به نقش مؤلفه‌های طرح‌واره‌ای در سبب‌شناسی خیانت زناشویی: یک مطالعه کیفی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال شانزدهم، شماره ۶۲، تابستان ۱۳۹۹، صفحات ۱۹۹/۲۱۶.
- وحدانی، م.، خضری، م.، محمد پور، ع.، فرح‌بخش ک. (۱۳۹۹). پیش‌بینی دل‌زدگی زناشویی بر اساس ابزار گری هیجانی، تحمل‌پریشانی و الگوهای ارتباطی. نشریه رویش روانشناسی، ۹(۱۰)، ۵۸-۴۷.
- یانگ، جفری؛ کلوסקو، ژانت و ویشار، مارجوی. (۲۰۱۲) طرح‌واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز، ۱۳۹۱، تهران: ارجمند.

- Apostu, I. (2016). The Two Dimensions of Infidelity. *Postmodern Openings*, 7(2), 167 -178
- Epestin, N. B., & Baucom, D. H. (2002), *Enhanced cognitive behavioral therapy couples-Acomextual approach* Washington, American Psychological association, 12(4), 1325-1338.
- Dattilio, F. M., Birashk, B.(2007), CBT in Couples (case study: part1), *Advances in Cognitive Science*, 2 (8), 28-81, (In Persian).
- Omarzu J, Miller AN, Schultz C, Timmerman A. Motivations and emotional consequences related to engagain in extramarital relationship. *Int Sex Health* 2012., 24(2): 154-62.
- Beown EM. *Patterns of infidelity and their treatment*. New York, NY: Psychology Press: 2001.
- Whisman, M. A., Dixon, A. E., & Johnson, B. (1997). Therapist perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy. *Jornal of Family Psychology*, 11, 361-366.
- Bmithwaite, V.A. (1987). The sale of emotional arousability: Bridging the gap between the neuroticism construct and its measurement. *Psychological Medicine*, 17, 217-225.
- Treas, J. (2003). Infidelity. In Ponzetti, J. J., Jr. (Ed), *The international encyclopedia of marriage and family relationships* (2 nd ed., pp. 895-901). New York: Macmillan Refernce.
- Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2015). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). *Approaching Schema Therapy for Couples. Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships*, London: Sage Publication.
- Modarresi, F., Zahedian, H. & Hashemi Mohammad Abad, S. N. (2013). The Rate of Marital Fidelity and Quality of Love in Divorce Applicant with and without Marital Infidelity Precedent. *Armaghane Danesh*, 19(1), 78-88 [in Persian].

The effectiveness of Schema therapy Acceptance and Commitment therapy on the emotional irritability in women affected by infidelity

Neda Varghaei¹, Ghorban Fathi Aghdam², Mojtaba Amiri Majd³, Loghman⁴ Ebrahimi

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Schema therapy acceptance and commitment therapy on the emotional irritability in women affected by infidelity. The method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The statistical population included women victims of infidelity referring to counseling centers under the supervision of the judiciary in Zanjan. Thirty couples were selected via purposeful and available sampling method based on the study criteria and randomly assigned to experimental (n=15) and control groups (n=15). The eight-session Schema therapy & Acceptance and Commitment Therapy protocol was performed on the experimental group. In the pre-test and post-test stages, both groups completed the emotional irritability scale of Brithwaite(1987) Thus, it could be concluded that Schema therapy & Acceptance and Commitment Therapy is an effective method in reducing emotional irritability, in women suffering from the trauma of infidelity and can be used by counselors and therapists in the field of family therapy. The result of One-way analysis of covariance indicated that Schema therapy & Acceptance and Commitment Therapy group counseling significantly decreased the post-test average score of emotional irritability in experimental group (0.05).

Key word: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, infidelity

-
1. Ph.D. Candidate of Counseling, Faculty of Humanities Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
 3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.
 4. Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Humanities, Zanjan University, Zanjan, Iran