

## Research Paper

# Compilation of forgiveness-based schema therapy package and its comparison with schema therapy and cognitive-behavioral therapy and its effect on commitment, intimacy of women with marital conflicts referred to Shiraz family counseling clinics

Feresheth Bagheri Zadeh Moghadam<sup>1</sup>, Felor Khayatan<sup>2\*</sup>, Zahra Yosefi<sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Khorasgan, Isfahan, Iran.

2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Khorasgan, Isfahan, Iran.

3. Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Khorasgan, Isfahan, Iran

Received: 2021/03/01

Revised: 2021/04/06

Accepted: 2021/10/12

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27485.3334

### Keywords:

Forgiveness-oriented schema therapy, schema therapy, forgiveness therapy, marital intimacy, marital commitment, parental attitude, anger management, marital conflict, women

### Abstract

**Introduction:** The present study was conducted to develop a forgiveness-oriented schema therapy training package and compare its effectiveness with schema therapy and cognitive-behavioral therapy on marital intimacy, marital commitment on women with marital conflicts in Shiraz.

**Method:** This research was an exploratory research project in terms of study method and had two stages: qualitative and quantitative. In the qualitative stage, in order to compile the forgiveness-based treatment schema package, the qualitative method of thematic analysis (thematic) data-driven analysis was used and in the quantitative part, a four-group quasi-experimental design with pre-test, post-test and control group was used. Scientific sources included books, articles and dissertations related to the field of marital conflicts and in a small part included women with marital conflicts who referred to counseling centers in Shiraz in 1998. They and having the criteria for entering and leaving the study were randomly assigned to 15 people in each of the three training groups and 15 people in the control group for a total of 60 people.

**Results:** Findings In the qualitative stage, the educational package of forgiveness-oriented treatment scheme was tailored to the needs of women with marital conflicts in the form of 11 90-minute sessions with a specialized agreement of 0.924. In the quantitative part, it was shown that in the variables used, the effect of the بسته therapy and forgiveness-oriented training package package was more, but the forgiveness-based training package had no significant effect on the variables. Marriage was significantly different in women with marital conflicts ( $p < 0.05$ ) and the effect of compassion-forgiveness-oriented education package was more.

**Conclusion:** Based on the findings of the present study, it can be concluded that the educational package of compassion-based forgiveness therapy can reduce marital conflicts.

**Citation:** Shahbazfar R, Zarei E, Haji Alizadeh K, Dortaj F. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy in Improving Marital Quality of Non-clinical Couples. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models. 2021; 12 (44): 69-90.

\*Corresponding author: Felor Khayatan

**Address:** Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch, Khorasgan, Isfahan, Iran.

**Tell:** 09131289531

**Email:** f.khayatan@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

One of the most basic principles of cognitive behavioral therapy is that unrealistic and irrational thoughts, and to be more precise, your distorted thoughts, cause discomfort and behaviors. Instead, with rational thinking based on the objective realities of life, you can not only avoid disorders such as depression and anxiety, but also respond appropriately to the most difficult challenges of life (1).

Numerous scientific, academic and clinical researches have shown that cognitive behavioral therapy is quite effective in treating depression, anxiety, panic, obsessive-compulsive disorder and many mental and even physical illnesses. Of course, the success and effectiveness of cognitive behavioral therapy depends on the useful cooperation of the counselor or psychotherapist with the patient or client. In addition, this treatment includes accurate identification of problems, achieving achievable goals, empathetic communication, fact-checking, training, and performing various tasks. By doing these things, different people can make positive and constructive changes in their lives (2).

Based on cognitive behavioral therapy, our thinking pattern is like glasses on our eyes. We see everything that happens to us through these glasses. Cognitive behavior therapy makes us aware of the impact of thought patterns on the course of our behavior and emotions.

Professor Aaron Tamkin Beck, one of the pioneers and founders of the theory of cognitive-behavioral therapy, explains that the thoughts, perceptions and perceptions of depressed people about life events are completely distorted and unrealistic. Depressed people have a wide range of "cognitive errors". Cognitive errors refer to the thought patterns of our minds that misinterpret the reality of life events. For example, if a person with a cognitive error called "mind reading" enters a party and is looked at by different people at the party, he or she thinks that these people are making fun of the way they dress and talk in their own minds. However, there is no evidence that the people who look at him at the party

necessarily think of him, and even if they do, they make fun of his mannerisms and behavior! When a person suffers from such a cognitive error, he becomes very upset because of his unrealistic and irrational way of thinking. Cognitive errors include many cases, including emotional reasoning, black and white thinking, hasty conclusions, and many others (3).

As mentioned, cognitive behavioral therapy is a short-term and effective method of therapy in which the treatment process takes between one to twenty sessions. Cognitive behavioral therapy specializes in improving the patient's emotional state and solving emotional and behavioral problems. It is also designed to prevent the recurrence of these problems (4).

Cognitive behavioral therapy is, in fact, a way of discovering the fundamental fact that it is not events, events, and problems that cause our many emotional disorders and distress, but the meaning that we place on these events and problems. Distortion of reality and irrational thoughts lead to problematic behaviors and dysfunction. Recognizing defective thoughts, correcting dysfunctional beliefs and increasing the quality of public relations can cure many common mental illnesses such as anxiety, depression and panic disorders (5).

Therefore, this study intends to combine the two new approaches on the variables discussed in this discourse to examine the question of what is the effect of the integrated educational package of forgiveness-based schema therapy on these variables? Also examine the extent to which each of the above approaches individually and in comparison with the combined method is effective on intimacy, marital commitment as well as anger management and attitudes toward parents?

This research was an exploratory research project in terms of study method and had two stages: qualitative and quantitative. In the qualitative stage, in order to compile the forgiveness-based treatment schema package, the qualitative method of thematic analysis (thematic) data-driven analysis was used and in the quantitative part, a four-group quasi-experimental design with pre-test, post-test and control group was used. Scientific sources included books, articles

and dissertations related to the field of marital conflicts and in a small part included women with marital conflicts who referred to counseling centers in Shiraz in 1998. They and having the criteria for entering and leaving the study were randomly assigned to 15 people in each of the three training groups and 15 people in the control group for a total of 60 people.

### Findings

In order to determine the effectiveness of forgiveness-based schema therapy package with cognitive-behavioral therapy in schema therapy for commitment, intimacy and anger management of women with marital conflicts, covariance analysis was used. Based on the results of covariance test, with control of pre-test score, commitment in the group of forgiveness-based schema therapy, cognitive-behavioral therapy and control is significantly different ( $P < 0.05$ ,  $F = 12.91$ ). Based on the results of covariance test, with control of pre-test score, intimacy in the group of forgiveness-based schema therapy, cognitive-behavioral therapy and control is significantly different ( $P < 0.05$ ,  $F = 47.49$ ). The results of statistical analysis in the previous chapter showed that the mean score of intimacy in the closed intervention scheme of schema therapy was significantly different from the control group in the post-test ( $p < 0.05$ ). Also, the mean post-test of intimacy score in the forgiveness-oriented schema therapy group was significantly different from the control group ( $p < 0.05$ ). Based on the results of covariance test, with control of pre-test score, marital conflict in the group of forgiveness-based schema therapy, cognitive-behavioral therapy and control are significantly different ( $P < 0.05$ ,  $F = 9.96$ ). The results of pairwise comparison of the mean scores of commitment, intimacy and marital conflict show that there is a significant difference between forgiveness-based treatment schema and cognitive-behavioral therapy ( $P < 0.001$ ), as well as forgiveness-based schema therapy package and cognitive-behavioral therapy. Women's commitment, intimacy and marital conflict were effective and there was a significant difference in terms of mean post-test scores with the control group ( $P < 0.05$ ). The results

of analysis of variance in the previous chapter showed that the schema therapy package and the forgiveness-based schema package were both effective on the commitment of women with marital conflict and had a significant difference in terms of mean post-test scores with the control group ( $p < 0.05$ ). In the first stage, pre-test scores were initially taken as the covariate, and post-test was considered as the dependent variable. The MANCOVA results showed a significant difference among the groups in the subscales of marital quality ( $p < 0.01$ ). The results of the Bonferroni post-hoc test showed that the mean of the ACT group was higher than the CBCT group ( $p < 0.05$ ) in the post-test of consensus subscale. Also, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ( $p < 0.01$ ). Finally, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ( $p < 0.01$ ).

In the second stage of analysis of research findings, post-test scores were taken as a covariate, and follow-up was considered a dependent variable. Accordingly, a significant difference was found among the scores of the three groups in the follow-up stage of the consensus subscale ( $F = 5.76$ ,  $p < 0.01$ ). After adjusting the means, Bonferroni post-hoc test showed no significant difference between the means of CBCT and ACT intervention groups in the follow-up stage of the consensus subscale. For the consensus subscale, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ( $p < 0.01$ ). Moreover, for the cohesion subscale, there was a significant difference between the mean of the intervention groups, i.e., CBCT and ACT, and the control group ( $p < 0.02$ ). In general, the results revealed the effectiveness of two intervention approaches in improving the dimensions of marital quality in the follow-up stage.

### Discussion

Although so far no research has been done on the formulation of a combination therapy scheme of forgiveness-based treatment

schemes, but it can be said that the results of the above therapies in the commitment of women with marital conflicts with the research of Ali Mohammadi et al. (6), Asghari et al. (7) and Nuango and Ago (8) were similar.

Commitment is an essential feature of relationships, and strong commitment leads to positive mental events, motivation for progress, and forgiveness. Commitment based on the three components of persistence, long-term orientation and psychological attachment; Is defined. Commitment as a result of increased satisfaction (whether the relationship meets important needs such as the need for intimacy or security), reduced alternatives (basic needs cannot be met by alternative partners, friends or relatives) and increased investment (Resources such as personal identity, effort, or material assets associated with the relationship) grow.

The results obtained regarding the effectiveness of schema therapy on marital intimacy were consistent with the studies of Asgari and Goodarzi (9), Pourihi et al. (10) and Khajavinia (11). Also, in terms of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, the results of this study were in line with Algard et al. (12) and Ago and Anvanko (13).

## Conclusion

Schema therapy can increase commitment by identifying malicious schemas and correcting dysfunctional patterns. Therefore, both forgiveness-based and schema-based therapies seem to be effective in increasing the commitment of women with marital conflicts; And finally, the combination of these two treatments has a double effect. However, schema therapy, above all, changes the cognitive component of people's attitudes toward others, including parents; Forgiveness-based intervention further changes the emotional dimension. Therefore, it is not surprising that the combination of these two therapies has led to a more effective change in people's attitudes toward parents and turned dysfunctional and negative attitudes into positive attitudes by changing maladaptive schemas and creating a sense of empathy for

parents. It will do more. Therefore, it seems that forgiveness-oriented schema therapy, on the one hand, by identifying and changing incompatible schemas that lead to relationship tension, and on the other hand, by training skills, as a strategy for resolving conflicts and dealing with The stresses of married life reduce the conflict between married women. It is logical to consider forgiveness-based schema therapy intervention as a more comprehensive intervention that has various dimensions such as identifying unsatisfied childhood needs, correcting attachment, changing maladaptive schemas, as well as forgiving and evaluating the other party's behaviors. New and empathetic, more effective than any of these interventions alone. Therefore, it seems that this treatment is a suitable intervention for couples who have marital conflicts. On the other hand, conflict resolution requires other skills, such as forgiveness. Conflict resolution is an integral part of a successful relationship, and it can be argued that dissatisfaction with a partner's mistakes is likely to lead to differences in the couple's relationship and hinder the successful resolution of others. In contrast, forgiving a partner is one of the possible tools to end painful and annoying relationships and pave the way for reconciliation with the wrongdoer. Thus, forgiveness may have important consequences for the results of long-term relationships as well as short-term communication patterns. In particular, when one couple avoids the forced cycle of negative interaction, the other is less likely to continue their negative behavior.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

### Funding

No funding.

### Authors' contributions

Design and conceptualization: Feresheth Bagheri Zadeh Moghadam

Methodology and data analysis: Felor Khayatan and Zahra Yosefi

Supervision and final writing: Feresheth Bagheri Zadeh Moghadam, Felor Khayatan, Zahra Yosefi

### **Conflicts of interest**

The authors declared no conflict of interest.

## مقاله پژوهشی

## تدوین بسته طرحواره درمانی بخشش محور و مقایسه آن با طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری و تاثیر آن بر تعهد، صمیمیت زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به کلینیک های مشاوره خانواده‌ی شیراز

فرشته باقری زاده مقدم<sup>۱</sup>، فلور خیاطان<sup>۲</sup>، زهرا یوسفی<sup>۳</sup>

۱. گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲. گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به منظور تدوین بسته آموزشی طرحواره درمانی بخشش محور و مقایسه اثربخشی آن با طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی، تعهد زناشویی بر روی زنان دارای تعارضات زناشویی شهر شیراز بود.

**روش:** این پژوهش از لحاظ روش مطالعه، یک طرح تحقیق اکتشافی و دارای دو مرحله کیفی و کمی بود. در مرحله کیفی به منظور تدوین بسته طرحواره درمانی بخشش محور از روش کیفی تحلیل موضوعی (مضمون) استقرایی داده محور و در بخش کمی از طرح نیمه آزمایشی چهار گروهی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل استفاده شد، جامعه آماری در بخش کیفی کلیه منابع علمی شامل کتب و مقالات و پایان نامه های مرتبط با حوزه تعارضات زناشویی و در بخش کمی شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۹۸ بود که پس از اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و محرز شدن سطح بالای تعارضات زوجی در آنها و داشتن ملاکهای ورود و خروج به پژوهش بصورت تصادفی به تعداد ۱۵ نفر در هر یک از سه گروه آموزش و ۱۵ نفر در گروه کنترل مجموعاً ۶۰ نفر جایگیری شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها در مرحله کیفی، بسته آموزشی طرحواره درمانی بخشش محور را متناسب با نیازهای زنان دارای تعارضات زناشویی در قالب ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که دارای توافق تخصصی ۰/۹۲۴ بود را بدست داد. در بخش کمی نشان داد که در متغیرهای بکار برده شده اثر بسته آموزشی طرحواره درمانی و بخشش محور بیشتر بوده است ولی بسته آموزشی بخشش محور، تأثیر معناداری بر متغیرها نداشت ولی در متغیر سازگاری زناشویی، اثربخشی بسته آموزشی شفقت‌درمانی و بسته آموزشی بخشش محور با بسته آموزشی شفقت‌درمانی بخشش محور بر تعهد زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی دارای تفاوت معناداری بود ( $p < 0/05$ ) و اثر بسته آموزشی شفقت‌درمانی بخشش محور بیشتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بسته آموزشی شفقت‌درمانی بخشش محور می‌تواند تعارضات زناشویی را کاهش دهد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۱

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27485.3334

## واژه‌های کلیدی:

طرحواره درمانی بخشش محور، طرحواره درمانی، بخشش درمانی، صمیمیت زناشویی، تعهد زناشویی، نگرش به والدین، مدیریت خشم، تعارضات زناشویی، زنان.

\* نویسنده مسئول: فلور خیاطان

نشانی: گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، اصفهان، ایران

تلفن: ۰۹۱۳۱۲۸۹۵۳۱

پست الکترونیکی: f.khayatan@yahoo.com

## مقدمه

خانواده را مؤسسه یا نهاد اجتماعی معرفی کرده اند که ناشی از پیوند زناشویی مرد و زن است. از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان، وجود تعامل سازنده میان انسانها و برقرار بودن عشق به همتوع و ابراز صمیمیت و همدلی به همدیگر است (۱). داشتن صمیمیت بین زن و شوهر زندگی زناشویی آنها را تداوم بخشید و موجب رضایت زناشویی می گردد. ازدواج موضوعی نیست که فقط مربوط به دو فرد باشد، بلکه به عنوان یک رویداد به خانواده و جامعه هم مربوط می شود. عناصر تشکیل دهنده ی یک ازدواج موفق، عشق، ارتباط خوب، تعهد، تفاهم، نگرانی، مراقبت از یکدیگر و با هم بودن است. برقراری ارتباط صمیمی، انتقال احساسات و افکار و بیان نیازها، راه حل مشکلات در روابط زناشویی است. زن و شوهر زمانی به رضایتمندی می رسند که به اندازه ی کافی در ارتباط شان با یکدیگر صمیمی و در حل مشکلاتی که در زندگی شان به وجود می آید، با یکدیگر همکاری کنند (۲). ازدواج به عنوان عالی ترین و مهم ترین رسم اجتماعی برای دست یابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد توجه بوده است. صمیمیت کلید داشتن ازدواجی موفق و منبع مهمی برای شادی، احساس معنا و رضایت زناشویی به شمار می رود.

رابطه صمیمانه به عنوان جنبه ای مهم از زندگی زناشویی سالم، تاریخی طولانی دارد که تلاش برای طبقه بندی آن به زمان ارسطو باز می گردد و امروز بخشی از دانش در این زمینه، مشاهدات وی را تأیید می کند؛ اما مطالعه علمی درباره آن از دهه ۱۹۹۰ آغاز شده است. با مطرح شدن موضوعی مانند روابط بین فردی در روانشناسی خانواده و قلمداد کردن روابط صمیمی بین زن و شوهر به عنوان یکی از انواع مهم آن، این رابطه جایگاه و معنایی خاص در زندگی زناشویی یافته است به گونه ای که نظریه پردازیها درباره خانواده به اهمیت پیوند صمیمانه میان همسران تأکید می کند و آن را برای ایجاد هویت خانوادگی مطمئن لازم می داند (۳).

هاتفیلد (۴) صمیمیت را فرایندی می داند که در آن افراد تلاش می کنند به یکدیگر نزدیک شوند و شباهتها و تفاوتیهایی را کشف کنند که در احساسات و افکار دارند. باگازوری (۵) صمیمیت را نیازی اساسی می داند و آن را نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه اغلب هیجانی با شخص دیگر تعریف می کند که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر، پذیرش و بیان افکار و احساسات است و آن را نشانه ای از آستانه عشق می داند. صمیمیت، فرایندی تعاملی است که محور آن، شناخت، فهم، پذیرش، رد مقابل، همدلی با احساسات فرد دیگر و قدردانی از دیدگاه بی همتای وی نسبت به جهان است (۶). صمیمیت توانایی برقراری ارتباط با دیگری و بیان عواطف است و حق مسلم و از حالت های طبیعی انسان می باشد (۷). روابط نقش مهمی در زندگی افراد ایفا می کنند و تقریباً تمامی روابط صمیمانه با مشکلات و مسائلی در آمیخته اند. ترس نداشتن از بروز و پذیرش تفاوت های فردی، بی تردید مهمترین عامل رشد و یافتن معنای شخصی در روابط صمیمانه است و آشکار است که قبول این تفاوت ها مستلزم صرف انرژی و تلاش بسیار است. نیاز به عشق و صمیمیت و ایجاد رابطه با همسر و ارضای نیازهای عاطفی روانی از جمله دلایل

اصلی زوج های امروزی برای ازدواج است. به عبارت دیگر، گرچه صمیمیت به رابطه زناشویی محدود نمی شود، با این حال بیشتر افراد به منظور صمیمیت ازدواج می کنند (۸). میزان عملکرد صمیمانه زوج ها، بازتاب میزانی است که همسران ادراک خود را درباره خود و فرایند رابطه با یکدیگر در میان می گذارند (۹). روشی که هر زوج با آن نزدیکی خود را بیان می کند، به میزان زیادی از نیازها و انتظاراتی که از خانواده های اصلی خود کسب کرده اند، اثر می پذیرد (۱۰).

برای حفظ و تقویت همبستگی و اتحادشان قدم بر می دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان پاداش دهنده نیست، می مانند (۱۱). یکی از نیازهای عاطفی انسان، ایجاد روابط انسانی است و در این میان ازدواج به عنوان مهمترین و اصلی ترین عامل ارتباطی میان انسانها معرفی شده است. در میان تعاملات گوناگون انسانی، تعهد مهمترین جنبه کیفی یک رابطه است. پایبندی به عهد و پیمان ازدواج نیز به عنوان مکانیزمی دوام بخش دارای اهمیت بسزایی می باشد و از ویژگی های ازدواج های موفق و طولانی مدت به شمار می رود. تعهد در ازدواج باعث افزایش رضایت از زندگی و رضایت زناشویی می شود و دومین عامل حفظ کننده ازدواج است. بدون تعهد، رابطه سطحی، ظاهری و بدون سمت و جهت خواهد بود. زوج هایی که در مورد تعهد خود در برابر همسر و دیگران به بلوغ فکری لازم نرسیده و وفاداری دوسوگرایانه را در پیش می گیرند، در ازدواج و کار با دیگران دچار مشکل خواهند شد و این روابط غالباً منتج به بی وفایی خواهد بود (۱۲).

اسپانیر و دن اولین اشخاصی بودند که تعهد در ارتباط زناشویی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تعهد بطور فزاینده مربوط به تنظیم زناشویی می باشد. با زیر پا گذاشتن این عهد و پیمان، با پدیده آسیب زایی به نام خیانت زناشویی و پیمان شکنی مواجه خواهیم شد (۱۳). هر ازدواج موفق حاوی سه رکن اساسی تعهد، جاذبه و تفاهم است. تعهد زناشویی قویترین و پایدارترین عامل پیش بینی کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی است (۱۴). تعهد زناشویی را می توان احساس تداومی که در جاذبه و محدودیتها پیدا می شود تعریف کرد. تعهد ماهیت وابستگی فرد در رابطه را نشان می دهد، اینکه فرد در رابطه چقدر احساس امنیت می کند و تا چه حد احساس می کند که رابطه در دراز مدت ارزشمند است. تعهد به این معناست که فرد همسرش را دوست دارد، به او وفادار است و از انتخاب همسری دیگر به هر شکل و شمایی که باشد اجتناب می کند (۱۵).

تعهد زناشویی به این معنی است که زوجین تا چه حد برای روابط زناشویی خود ارزش قائلند و چقدر برای حفظ و تداوم ازدواجشان انگیزه دارند (۱۶). جانسون تعهد زناشویی را شامل سه بعد تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری می داند. تعهد شخصی به معنی علاقه و تمایل فرد برای تداوم رابطه زناشویی است. این تعهد منعکس کننده تلقی های فرد نسبت به شریک زندگی، رابطه اش و همین طور میزان اهمیت رابطه برای هویت فرد است. بعد دیگر تعهد زناشویی تعهد اخلاقی است که نشان دهنده میزان احساس تعهد فرد به ادامه رابطه است. ارزشها و باورهای بنیادین فرد درباره مسیر رفتار صحیح در رابطه بر محوریت تعهد اخلاقی قرار دارد. تعهد ساختاری به

این معناست که فرد احساس می کند به دلیل عوامل خارجی باید در رابطه باقی بماند (۱۷). خانواده اولین هسته اجتماع و اساسی ترین بنیان جوامع است که افراد هر اجتماعی در بستر آن رشد و نمو پیدا کرده و از آن طریق وارد جامعه می شوند. داشتن رابطه صمیمانه و دل بستگی عاطفی با افراد نزدیک زندگی همانند والدین و همسر و فرزندان از مهم ترین نیازهای بشر است. در واقع می توان ازدواج را یکی از اساسی ترین تصمیم گیری های هر فرد در زندگی او دانست و متعهد ماندن به این عهد و پیمان نیز از حساس ترین مسائل فیما بین زوج می باشد. همواره مسائل فردی و اجتماعی متعددی وجود داشته که از این هیجان متأثر شده است و خشونت، قابل پیش بینی ترین پیامد آن است (۱۸). یکی از هیجان هایی که در زندگی همه افراد نقش مهم و مؤثری دارد، هیجان خشم است. خشم نوعی هیجان است که اغلب بر اثر واکنش شخص نسبت به رفتارهای نامناسب دیگران بروز می کند. خشم ممکن است از یک رنجش و ناراحتی زودگذر تا عصبانیت تمام عیار گسترش یابد اما در هر حال پدیده ای کاملاً طبیعی است و مانند سایر احساسات و هیجان ها نشانه سلامت، تندرستی و عواطف انسانی است. خشم ممکن است ناشی از عوامل درونی مثل افکار و عقاید غیرمنطقی، توقعات نابجا و احساس ناکامی و یا عوامل بیرونی مثل خیانت در امانت، مورد بی اعتنائی قرار گرفتن، ملاحظه نکردن دیگران، مورد توهین و تجاوز واقع شدن باشد (۱۹). در خانواده تکرار خشم و نبود رابطه صحیح بین زن و شوهر، صدمات زیادی به پیکره خانواده می زند. از جمله این صدمات، سرد رابطه زوجین، عدم وجود الگوهای سالم اخلاقی برای فرزندان و عدم رابطه مناسب بین والدین و فرزندان است. خشم، امری کاملاً عادی و طبیعی و واکنشی غریزی است که فرد در پاسخ به عامل تهدیدکننده علایق حیاتی خود نشان می دهد. اما عدم کنترل خشم باعث زیان های جسمی و روحی - معنوی در انسان می شود.

اینجمن روانشناسی آمریکا خشم را به عنوان یک هیجان مفید تعریف می کند که اگر خارج از کنترل باشد و روابط میان فردی را تحت تاثیر قرار دهد، می تواند مخرب هم باشد. خشم اغلب پاسخی است در مقابل برآورده نشدن انتظارات خود یا دیگران یا در مقابل رفتارهای خود و دیگران که غیرقابل قبول و غیرقابل پذیرش پنداشته می شوند. به لحاظ نظری خشم یک هیجان و فرایند اساسی اما پیچیده است. در حقیقت مدیریت خشم در پی از میان برداشتن خشم نیست، بلکه در پی تشویق نظارت خود شناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل است در اکثریت مدل هایی که برای کنترل یا مدیریت خشم عرضه شده اند، مولفه های آماده سازی شناختی، کسب مهارت و آموزش کاربردی از مولفه های اصلی برنامه مدیریت خشم محسوب می شود. اگرچه غالباً خشم به عنوان یک هیجان منفی درک می شود، اما در واقع هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد (۲۰). خشم سازه پیچیده ای است که با اختلالات روان شناسی گوناگون در ارتباط است. طبق نظر فیندلر امروزه آموزش مدیریت خشم یکی از مؤلفه های اصلی برنامه آموزشی مهارت های زندگی به شمار می رود (۲۱).

انجمن روانشناسی آمریکا خشم را به عنوان یک هیجان مفید تعریف می کند که اگر خارج از کنترل باشد و روابط میان فردی را تحت تاثیر قرار دهد، می تواند مخرب هم باشد. خشم اغلب پاسخی است در مقابل برآورده نشدن انتظارات خود یا دیگران یا در مقابل رفتارهای خود و دیگران که غیرقابل قبول و غیرقابل پذیرش پنداشته می شوند. به لحاظ نظری خشم یک هیجان و فرایند اساسی اما پیچیده است. در حقیقت مدیریت خشم در پی از میان برداشتن خشم نیست، بلکه در پی تشویق نظارت خود شناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل است در اکثریت مدل هایی که برای کنترل یا مدیریت خشم عرضه شده اند، مولفه های آماده سازی شناختی، کسب مهارت و آموزش کاربردی از مولفه های اصلی برنامه مدیریت خشم محسوب می شود. اگرچه غالباً خشم به عنوان یک هیجان منفی درک می شود، اما در واقع هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد (۲۰). خشم سازه پیچیده ای است که با اختلالات روان شناسی گوناگون در ارتباط است. طبق نظر فیندلر امروزه آموزش مدیریت خشم یکی از مؤلفه های اصلی برنامه آموزشی مهارت های زندگی به شمار می رود (۲۱).

انجمن روانشناسی آمریکا خشم را به عنوان یک هیجان مفید تعریف می کند که اگر خارج از کنترل باشد و روابط میان فردی را تحت تاثیر قرار دهد، می تواند مخرب هم باشد. خشم اغلب پاسخی است در مقابل برآورده نشدن انتظارات خود یا دیگران یا در مقابل رفتارهای خود و دیگران که غیرقابل قبول و غیرقابل پذیرش پنداشته می شوند. به لحاظ نظری خشم یک هیجان و فرایند اساسی اما پیچیده است. در حقیقت مدیریت خشم در پی از میان برداشتن خشم نیست، بلکه در پی تشویق نظارت خود شناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل است در اکثریت مدل هایی که برای کنترل یا مدیریت خشم عرضه شده اند، مولفه های آماده سازی شناختی، کسب مهارت و آموزش کاربردی از مولفه های اصلی برنامه مدیریت خشم محسوب می شود. اگرچه غالباً خشم به عنوان یک هیجان منفی درک می شود، اما در واقع هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد (۲۰). خشم سازه پیچیده ای است که با اختلالات روان شناسی گوناگون در ارتباط است. طبق نظر فیندلر امروزه آموزش مدیریت خشم یکی از مؤلفه های اصلی برنامه آموزشی مهارت های زندگی به شمار می رود (۲۱).



اینریت ۲ نیز بیان می‌دارند که بخشودگی همچون عشق، به صورت عمل ارادی تجلی می‌کند. یکی از طرفین یا هر دو تصمیم می‌گیرند که باید از صدمه زدن دست بکشند. بخشودگی به ما کمک می‌کند روابطی را که برای ما ارزشمند هستند و از آنها لذت می‌بریم حفظ کنیم (۲۴). توانایی بخشش همسر می‌تواند به عامل پابرجایی رابطه و افزایش رضایت زناشویی منجر گردد. افرادی که قادر به بخشش همسر خود هستند اعتقاد بر تقدس رابطه زناشویی خود دارند و این توانایی بخشش همسر به استحکام بیشتر رابطه زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌انجامد (۲۵). بخشودگی تغییراتی را در بر می‌گیرد که می‌تواند با کاهش در احساسات منفی و یا کاهش احساسات منفی همراه با افزایش احساسات مثبت همراه باشد. با توجه به نقش بخشودگی در کاستن از احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت می‌توان دریافت که بخشودگی با کیفیت بالای رابطه زناشویی همراه است (۲۶).

درمان شناختی رفتاری نوعی روش روان‌درمانی است که تمرکز بر تأثیر باورها، تفکرات و نگرش‌های فرد بر احساسات و رفتارهای اوست. هدف از رفتار درمانی شناختی این است که به شما آموزش دهد چگونه در طول زندگی‌تان فعالانه با مشکلات یا اتفاقات مختلف مواجه شوید و آنها را پشت سر بگذارید. یکی از اساسی‌ترین اصول رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیرواقعی و غیرمنطقی و دقیق‌تر بگویم افکار تحریف‌شده‌ی شما، باعث ایجاد ناراحتی و رفتارهای از می‌شوند. در عوض با تفکرات معقول و مبتنی بر واقعیت‌های عینی زندگی، می‌توانید نه تنها اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب را از خود دور کنید، بلکه در سخت‌ترین چالش‌های زندگی واکنش مناسب نشان دهید (۲۷).

تحقیقات و پژوهش‌های متعدد علمی، دانشگاهی و بالینی نشان داده‌اند که رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی، اضطراب، هراس، وسواس فکری و بسیاری از بیماری‌های روانی و حتی جسمی کاملاً مؤثر است. البته موفقیت و تأثیرگذاری روش رفتار درمانی شناختی، منوط به همکاری مفید مشاور یا روان‌درمانگر با بیمار یا مراجعه‌کننده است. علاوه بر آن، این روش درمانی شامل شناسایی دقیق مشکلات، ایجاد اهداف قابل دسترسی، ارتباط همدلانه، بررسی واقعیت‌ها، آموزش و انجام تکالیف مختلف است. افراد مختلف با انجام این کارها می‌توانند تغییرات مثبت و سازنده‌ای در زندگی خود ایجاد کنند. براساس رفتار درمانی شناختی، الگوی تفکر ما همانند عینکی بر روی چشمانمان است. ما تمامی اتفاقاتی را که برایمان رخ می‌دهد از پشت این عینک می‌بینیم. رفتار درمانی شناختی ما را نسبت به تأثیر الگوهای فکری بر روند رفتار و احساساتمان خودآگاه می‌کند. پروفیسور آرون تمکین یک از پیشگامان و بنیان‌گذاران نظریه درمان شناختی رفتاری، توضیح می‌دهد که تفکرات، ادراکات و برداشت‌های افراد افسرده از اتفاقات زندگی، کاملاً تحریف‌شده و غیرواقعی است. افراد افسرده به طور گسترده دچار «خطاهای شناختی» هستند. منظور از خطاهای شناختی، الگوهای فکری ذهن ما هستند که واقعیت اتفاقات زندگی را کاملاً اشتباه و غیرواقعی تفسیر می‌کنند. به طور مثال فردی که دچار یک خطای شناختی به نام «ذهن خوانی» باشد،

اساس نظریه دل‌بستگی شکل گرفت و رشد کرد. طرح‌واره‌ها، الگو و طرح کلی برجسته از تجربه شناختی-هیجانی یک واقعه است که تاریخ تجربه تشکیل آن می‌تواند حتی به پیش از شکل‌گیری زبان نوزادان بازگردد. طرح‌واره‌ها، ساختارهای شناختی و عاطفی عمیق و زیربنایی هستند که نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی مزمن ایفا می‌کنند (۲۴). طرح‌واره‌ها، نقش عمده‌ای در شیوه‌ی تفکر، عواطف، رفتار و نحوه‌ی برقراری رابطه با دیگران؛ خصوصاً در رابطه با همسر ایفا می‌کنند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند برخی روابط زوجی را به گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر و متناقض، به سمت وقایعی سوق دهند که پیامد آن یک زندگی زناشویی پرتنش و توانکاه باشد (۲۵). طرح‌واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار افق‌های نوینی را فراروی مرزهای رفتار درمانی شناختی گشوده است. طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی، اضطراب مزمن، اختلالات خوردن، مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی مؤثر بوده است. پیدا کردن طرح‌واره‌ها به فرد کمک می‌کند تا مشکلات عمیقش را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به صورت قابل درک سازمان‌دهی کند و درمانگر به فرد کمک می‌کند تا رد پای طرح‌واره‌ها را با تأکید بر روابط عاطفی از دوران کودکی تا زمان حال دنبال کند. با به کارگیری این روش فرد می‌تواند علت مشکلات ارتباطی خود را درک کرده و در نتیجه برای رهاشدن از دام مشکلاتش با انگیزه بیشتری روی رشد فردی و پیشرفت خود تمرکز کند (۲۴). امروزه استفاده از طرح‌واره درمانی به طور روزافزونی گسترش یافته است و پژوهش‌های صورت گرفته، کارایی طرح‌واره درمانی را فراتر از اختلالات شخصیت و در زمینه اختلالات محور یک نشان می‌دهند. طبق تحقیقات ازدواج شاد و موفق، ازدواجی است که در آن بخشودگی، شکیبایی، تحمل و درک متقابل به طور مرتب تمرین می‌شود (۲۲). بخشودگی به صورت رهایی از احساس انزجار نسبت به عمل ارتكابی غلط، اغماض از طلب خسارت یا جبران عمل از سوی فرد خطاکار و چشم‌پوشی از تقصیر وی توصیف شده است (۲۶).

مفهوم بخشودگی به عنوان فرآیند چشم‌پوشی ارادی از حق عصبانیت و انزجار از یک عمل ارتكابی پرگزند تعریف شده است که شخص سالم رفتاری گرم و محبت‌آمیز را با شخص خاطی در پیش می‌گیرد (۲۵). سیمون و سیمون خاطر نشان می‌کنند که بخشودگی نمره نوعی فرآیند التیام است و عقیده دارند که بخشودگی فرآیندی درونی است که نشان‌دهنده عزت نفس مثبت می‌باشد. آنها معتقدند که بخشودگی عمل بی‌قید و شرطی است که بدون چشمداشت یا جبران متقابل صورت می‌گیرد و به خودی خود ارزشمند است حتی اگر با پاسخ منفعلانه مواجه شود، معطوف به خود است، عملی است که به خاطر نفس رابطه و خود شخص صورت می‌گیرد و سلامت هر دو طرفین رابطه را تضمین می‌کند و آسیبی به فرد بخشنده نمی‌رساند. به طور خودانگیخته و ناگهانی اتفاق نمی‌افتد بلکه در طول زمان و به صورت جزئی از فرآیند رشد و تحول صورت می‌گیرد (۲۶). باسکین و

شکل گرفته باشد. فردی که دچار هراس از دندان پزشکی است ممکن است دچار بی‌خوابی و اضطراب‌های شدید باشد و حتی به خاطر ترس از دندان پزشکی سلامت دندان و لثه‌های خود را کاملاً از دست بدهد. در این مثال تفکر غیرمنطقی فرد این‌گونه است: چون من یک بار در مطب دندان پزشکی درد کشیده‌ام، پس هر بار و به هر دلیلی که به دندان پزشکی مراجعه کنم درد خواهم کشید. یک روان‌درمانگر شناختی-رفتاری می‌تواند با شناسایی و حذف این تفکر غیرواقعی و یافتن روشی برای غلبه بر این ترس، به فرد مبتلا به هراس از دندان پزشکی کمک کند. همان‌طور که اشاره شد، رفتار درمانی شناختی یک روش رون درمانی کوتاه‌مدت و مؤثر است که روند درمان در آن بین یک تا بیست جلسه طول می‌کشد. رفتار درمانی شناختی به طور تخصصی برای بهبود وضعیت احساسی و حل مشکلات هیجانی و رفتاری بیمار و هم‌چنین جلوگیری از بازگشت مجدد این مشکلات طراحی شده است (۲۷). رفتار درمانی شناختی در حقیقت روشی برای کشف این واقعیت اساسی است که حوادث، رویدادها و مشکلات نیستند که باعث ایجاد اختلالات احساسی و ناراحتی‌های متعدد ما می‌شوند بلکه معنایی که ما به این رویدادها و مشکلات بار می‌کنیم چنین احساساتی را در ما به وجود می‌آورد. تحریف واقعیت و افکار غیرمنطقی منجر به رفتارهای مشکل‌ساز و اختلال در عملکرد ما می‌شوند. شناخت افکار معیوب، اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش کیفیت روابط عمومی می‌تواند بسیاری از بیماری‌های شایع روانی را مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات هراس درمان کند (۲۶). بنابراین این پژوهش بر آن است تا با تلفیق دو رویکرد جدید مذکور بر روی متغیرهای بحث شده در این گفتار این مسئله را مورد بررسی قرار دهد که تأثیر بسته آموزشی تلفیقی طرحواره درمانی بخشش محور بر روی متغیرهای مذکور به چه میزان است؟ همچنین بررسی نماید که هر یک از رویکردهای فوق‌الذکر به صورت جداگانه و در مقایسه با روش تلفیقی به چه میزان بر صمیمیت، و تعهد زناشویی و همچنین مدیریت خشم و نگرش به والدین مؤثر است؟

## روش

این پژوهش به روش طرح تحقیق اکتشافی (کیفی و کمی) ترکیبی انجام شده و در دو مرحله صورت گرفت. بنابراین این پژوهش از نظر روش متکی بر دو روش کیفی (مرحله اول) و کمی (مرحله دوم) بوده و طرح یا رویکرد مورد استفاده رویکرد اکتشافی متوالی (مرحله اول با روش کیفی و مرحله دوم با روش کمی) است.

## فرآیند تدوین بسته آموزشی طرحواره درمانی بخشش محور (بخش کیفی)

به منظور تدوین و آماده‌سازی بسته آموزشی طرحواره درمانی بخشش محور، روش پژوهش کیفی تحلیل موضوعی (مضمون) استقرایی داده محور و مراحل اجرای آن بر اساس رویکرد براون و کلارک (۲۰۰۶) به‌طور خلاصه به شرح زیر بوده است.

اگر وارد یک مهمانی شود و افراد مختلف در مهمانی با او نگاه کنند، فکر می‌کند که این افراد در ذهن خودشان طرز لباس پوشیدن و حرف زدن او را مسخره می‌کنند. این در حالی است که هیچ‌گواهی وجود ندارد که نشان دهد افرادی که در آن مهمانی به او نگاه می‌کنند لزوماً به او فکر می‌کنند و حتی اگر به او فکر کنند طرز لباس پوشیدن و رفتار او را مسخره می‌کنند! وقتی فردی دچار چنین خطای شناختی باشد به خاطر طرز فکر غیرواقعی و غیرمنطقی خود، دچار ناراحتی بسیار زیادی می‌شود. خطاهای شناختی شامل موارد بسیار زیادی می‌شوند از جمله استدلال‌های احساسی، تفکر سیاه و سفید، نتیجه‌گیری‌های شتاب‌زده و بسیاری موارد دیگر. پروفیسور یک اشاره می‌کند که این برداشت‌های اشتباه از واقعیت، در نتیجه‌ی «افکار خودکار» رخ می‌دهد. این افکار خودکار باعث می‌شوند که افراد به جای بررسی واقعیت‌ها، معنای تحریف‌شده و غیرواقعی از اتفاقات اطرافشان برداشت کنند. تمرکز رفتار درمانی شناختی بر اصلاح افکار خودکار و به چالش کشیدن اعتبار افکار غیرحقیقی در برابر واقعیت‌هاست. هنگامی که افراد بتوانند افکار غیرواقعی و آزاردهنده‌ی خود را متوقف کنند، احساس بسیار بهتری به آن‌ها دست می‌دهد و در طول زندگی عملکرد بهتری خواهند داشت (۲۸).

هدف اصلی رفتار درمانی شناختی این است که با تغییر و اصلاح شیوه‌ی تفکر و رفتار، احساسات فرد را تغییر دهد. رفتار درمانی شناختی می‌تواند به مردم برای حل مشکلات پزشکی، اجتماعی، شغلی و عاطفی‌شان کمک کند. بزرگ‌ترین نقطه‌ضعف شیوه‌های قدیمی روان‌درمانی، ربط دادن اتفاقات دوران کودکی با مشکلات حال حاضر افراد بود، ولی در رفتار درمانی شناختی به «اینجا و اکنون» می‌پردازیم. در حقیقت رفتار درمانی شناختی با بهره‌گیری از تحقیقات و پژوهش‌های مختلف علمی نشان داد که بیشتر مشکلات روانی و اختلالات احساسی به خاطر باورها و طرز فکر کنونی افراد به وجود می‌آیند. پرورش مهارت‌های خاصی مانند شناسایی افکار غیرواقعی، اصلاح باورهای غیرمنطقی و مدیریت روابط عمومی می‌تواند باعث افزایش احساس رضایت در افراد مختلف شود (۲۵).

فرد ممکن است به هر اتفاقی بیش از حد واکنش نشان دهد و عصبانی بشود و احساس ناراحتی شدید بکند. چنین احساساتی به خاطر نتیجه‌گیری‌های معیوب و غیرواقعی به وجود می‌آیند. در حقیقت افکار خودکار غیرمنطقی باعث چنین برداشت‌های غیرواقعی می‌شوند. این تفکر غیرواقعی و غیرمنطقی باعث به وجود آمدن یک چرخه معیوب در زندگی فرد می‌شوند. در حقیقت افراد بر اساس برداشت‌های غیرواقعی خود از اتفاقات روزمره و حتی اتفاقات ناخوش‌آیند، از نظر احساسی و هیجانی صدمه می‌بینند و چنین آسیبی از نظر احساسی باعث شکل‌گیری رفتارهای مخرب می‌شود. با توقف این افکار غیرواقعی و تبدیل آن‌ها به افکار منطقی و مبتنی بر واقعیت، چنین چرخه‌ی معیوبی به طور کامل از بین می‌رود. به طور مثال، فردی که دچار هراس از دندان پزشکی است، به شدت از رفتن به دندان پزشکی می‌ترسد چرا که فکر می‌کند هر بخش از روند درمان در دندان پزشکی بسیار دردآور است و حتی ممکن است باعث مرگ شود. چنین ترسی ممکن است به خاطر یک تجربه ناخوشایند در دوران کودکی فرد

پایایی و روایی: آدامز و جونز در ۶ پژوهش گوناگون برای رسیدن به روایی و پایایی پرسشنامه آن را در مورد ۴۱۷ نفر متأهل، ۳۴۷ نفر مجرد و ۴۶ نفر مطلقه اجرا کردند. در این مطالعات همبستگی هر پرسش با نمره کل پرسشنامه بالا و معنادار بود. پایایی کل پرسشنامه ۸۲٪ گزارش شد. در داخل نیز توسط شاه سیاه (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را تأیید کرده‌اند، آن‌ها پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰.۸۵٪ گزارش کرده‌اند همچنین پایایی به دست آمده در پژوهش مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان مشاغل و خانه‌دار توسط پرویز عسگری و همکاران از طریق آلفای کرونباخ ۰.۷۴٪ می‌باشد.

### پرسشنامه صمیمیت

این پرسشنامه که توسط استفان وان‌دن بروکی، ورتومن و واندرایکن (۲۰۰۳) ساخته شده است و از ۵۶ سوال تشکیل شده است و ۵ شاخص درباره صمیمی بودن در ازدواج را می‌سنجد شاخص‌های این پرسشنامه عبارتند از: شاخص صمیمیت (مسائل و مشکلات مربوط به صمیمی بودن) با ۴ فرضیه میزان توافق زوجین با گزینه ۱۲ میزان صادق بودن با ۱۲ گزینه و علاقه و محبت داشتن که به یکدیگر ۸ گزینه به میزان پذیری به تعهدات ۱۰ گزینه. روش نمره گذاری برای سنجش گرایش پاسخ‌گویان با توجه به ترتیبی بودن گزینه‌ها مناسب‌ترین طیف، طیف لیکرت می‌باشد برای یک سوالات نمرات ۰ تا ۴ اختصاص داده می‌شود اعتبار پرسشنامه صمیمیت در ازدواج بنابر پژوهش وان‌دن بروکی، ورتومن و واندرایکن در سال ۱۹۹۵ و پژوهش عرفانی (۱۳۸۷) آورده است.

در این پژوهش ضریب پایایی از نمونه مورد بررسی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به شرح زیر است برای خرده مقیاس صمیمیت ۰.۷۷٪ میزان توافق زوج‌ها ۰.۸۷٪، صادق بودن ۰.۷۴٪، علاقه و محبت ۰.۸۰٪ و پای بندی به تعهدات ۰.۷۱٪ می‌باشد.

میزان توافق: در این پژوهش نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس میزان توافق از مومن صمیمیت ووندن بروک و برتمن از گزینه‌های ۲-۶-۱۲-۱۹-۲۱-۲۱-۲۷-۳۱-۳۱-۳۲-۳۵-۳۶-۴۲ کسب کند.

صادق بودن: در این پژوهش نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس صادق بودن از مومن صمیمیت ووندن بروک و برتمن از گزینه‌های ۳-۸-۱۳-۲۲-۲۸-۲۹-۳۳-۳۸-۴۳-۵۱-۴۸-۵۲ کسب کند.

صمیمیت: در این پژوهش نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس صادق بوصمیمیت از مومن صمیمیت ووندن بروک و برتمن از گزینه‌های ۵۳-۵۱-۴۹-۴۶-۴۱-۴۱-۳۹-۳۷-۳۱-۲۳-۱۸-۱۷-۱۴-۹ کسب کند.

علاقه و محبت: در این پژوهش نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس علاقه و محبت از مومن صمیمیت ووندن بروک و برتمن از گزینه‌های ۱-۵-۷-۱۶-۲۶-۴۵-۵۵-۵۶ کسب کند.

پایبند بودن: در این پژوهش نمره ای که آزمودنی در خرده مقیاس پایبند بودن از مومن صمیمیت ووندن بروک و برتمن از گزینه‌های ۴-۱۱-۱۱-۱۵-۲۵-۳۴-۴۴-۴۷ کسب کند.

### پروتکل طرحواره درمانی

۱. در مرحله اول برای کشف محتوا و ساختار بسته آموزشی طرحواره درمانی بخشش محور اقدام به جمع‌آوری متون علمی مرتبط با تعارضات زناشویی از قبیل کتب، مقالات و پایان‌نامه‌ها گردید

۲. در مرحله دوم پس از مطالعه منابع مذکور در حوزه تعارضات زناشویی، نیازها و ویژگی‌های زنان دارای تعارضات زناشویی استخراج شد و در قالب جمله به جمله به صورت واحدهای معنایی و سپس انجام فرایند تحلیل مضمون به صورت استخراج کدگذاری باز، کدگذاری محوری با دو بخش مقولات فرعی و مقولات اصلی و نهایتاً کدگذاری گزینشی (تم اصلی) صورت گرفت.

۳. در مرحله سوم پس از دستیابی به شبکه مضامین نیازها و ویژگی‌های زنان دارای تعارضات زناشویی برای تعیین و جایگذاری فنون و تکنیک‌های درمانی در بسته طرحواره درمانی بخشش محور، تکنیک‌های طرحواره درمانی و بخشش درمانی به صورت جداگانه از متون علمی و معتبر در این حوزه‌ها استخراج گردید.

۴. در مرحله چهارم پس از تعیین فنون درمانی مربوطه از طرفی و فراوانی تم‌های اصلی (۷ تم به دست آمده از جدول تحلیل مضمون تعارضات زناشویی) از طرف دیگر، بسته اولیه طرحواره درمانی بخشش محور تدوین شد. معیارهای استفاده در انتخاب فنون و تمرین‌های درمانی شامل موارد زیر بود:

الف) تناسب تکنیک و تمرین درمانی با مشکلات مطرح در تم پایه  
ب) گستردگی استفاده و مستند بودن اثربخشی تکنیک و تمرین درمانی

ج) پس از ارزیابی بسته توسط متخصصان، بسته تلفیقی نهایی شفقت درمانی بخشش محور آماده اجرا در بخش کمی گردید.

از جامعه آماری مورد استفاده در این پژوهش که از طریق فراخوان‌های گسترده در مراکز مشاوره و گروه‌های مرتبط صورت گرفته و جمع‌آوری شده بودند آزمون تعارضات زناشویی در راستای شناسایی افراد واجد مشارکت در پژوهش انجام و ۶۰ نفر واجد ملاک‌های ورود انتخاب شدند سپس از نمونه انتخاب شده به شیوه قرعه‌کشی ساده به صورت تصادفی در ۴ گروه، یک گروه طرحواره درمانی، یک گروه شناختی رفتاری، یک گروه طرحواره درمانی بخشش محور و یک گروه کنترل گمارده شدند. سپس گروه‌های مورد ذکر وارد فرایند آموزش شده به طوریکه در ابتدای جلسات از آن‌ها پیش‌آزمون و در پایان پس‌آزمون گرفته شد و البته بر روی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی صورت نگرفت.

## ابزار جمع‌آوری اطلاعات

### پرسشنامه تعهد زناشویی

پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز: شامل ۴۴ سؤال است که توسط آدامز و جونز (۲۹) طراحی شده است و سه خرده آزمون تحت عنوان: تعهد به همسر، تعهد به ازدواج و احساس تعهد (تعهد اجباری) دارد.

نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای انجام می‌گیرد که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف: ۱- مخالف ۲- نه مخالف و نه موافق ۳- موافق ۴- کاملاً موافق ۵- دامنه نمرات این پرسشنامه نیز از ۴۴ تا ۲۲۰ می‌باشد.

طرحواره و بخشش و در نهایت کسب توافق تخصصی و تأیید اعتبار اجرایی اولیه تهیه شد.

بسته تلفیقی طرحواره درمانی بخشش محور بر مبنای روش تحلیل موضوعی (مضمون) استقرایی داده محور (مبتنی بر ویژگی‌های زنان دارای تعارضات زناشویی) و تطابق ویژگی‌های با تکنیک‌های درمانی

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسه اول:	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود.
جلسه دوم:	در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یاد کننده طرحواره هابراساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می‌شود.
جلسه سوم:	در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابل‌های آموزش داده می‌شود.
جلسه چهارم:	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضاننده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می‌شود.
جلسه پنجم:	در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم:	در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیتهای مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده می‌شود.
جلسه هفتم:	در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.
جلسه هشتم:	در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود.
جلسه نهم:	در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود.
جلسه دهم:	در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین می‌شود.

### جدول ۲. خلاصه شرح هر جلسه درمانی

جلسه اول: آشنایی	معرفی: شرکت کنندگان خود را معرفی کرده و می‌گویند چرا تصمیم به شرکت در جلسات گروهی شناختی-رفتاری گرفته‌اند. ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری / گرفتن پیش آزمون
جلسه دوم: افکار، احساسات، رفتار	توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار. بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار. توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر. بیان خطاهای شناختی معمول. توزیع کاربرگ بازسازی افکار
جلسه سوم: بازسازی افکار	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم: نشانه‌ها و زنجیره‌ها	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم: جرات ورزی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات‌ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه، نمونه‌ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات‌مندی می‌شود
جلسه ششم: تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
جلسه هفتم: مدیریت استرس و حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس‌ها، مدیریت استرس راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
جلسه هشتم: عزت نفس	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس، توزیع کاربرگ خود انگاره
جلسه نهم: پیشگیری از عود	بررسی تکلیف جلسه قبل، برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

یافته‌های پژوهش

بخشش محور، گروه آزمایش با درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل) براساس نوع آزمون(پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در جدول ۳ ارائه شده است.

در این بخش شاخص‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تعهد، صمیمیت، مدیریت خشم، نگرش به والدین و تعارضات زناشویی به تفکیک گروه‌ها (گروه آزمایش با درمان طرحواره درمانی، گروه آزمایش با درمان طرحواره درمانی)

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش‌آزمون		گروه	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین		
۶/۴۲	۱۴۳/۴۱	طرحواره درمانی	تعهد
۶/۶۵	۱۴۷/۱۰	طرحواره درمانی بخشش محور	
۴/۶۲	۱۴۴/۸۶	شناختی-رفتاری	
۴/۹۳	۱۴۴/۳۱	کنترل	
۱۲/۸۶	۱۴۳/۳۳	طرحواره درمانی	صمیمیت
۱۱/۰۱	۱۵۲/۵۳	طرحواره درمانی بخشش محور	
۱۱/۵۳	۱۴۷/۴۳	شناختی-رفتاری	
۶/۳۹	۱۴۳/۵۳	کنترل	
۸/۰۰	۱۷۸/۹۸	طرحواره درمانی	تعارضات زناشویی
۹/۰۶	۱۷۸/۲۸	طرحواره درمانی بخشش محور	
۸/۵۹	۱۷۶/۸۶	شناختی-رفتاری	
۶/۸۳	۱۷۶/۳۱	کنترل	
۸/۲۲	۱۵۳/۷۵	طرحواره درمانی	تعهد
۸/۰۹	۱۶۱/۲۳	طرحواره درمانی بخشش محور	
۸/۲۴	۱۵۵/۱۰	شناختی-رفتاری	
۵/۹۴	۱۴۶/۸۶	کنترل	
۵/۴۷	۱۶۰/۴۰	طرحواره درمانی	صمیمیت
۹/۷۱	۱۶۶/۹۳	طرحواره درمانی بخشش محور	
۵/۴۰	۱۶۰/۹۵	شناختی-رفتاری	
۶/۳۰	۱۴۲/۷۸	کنترل	
۸/۷۷	۱۶۸/۷۳	طرحواره درمانی	تعارضات زناشویی
۵/۶۸	۱۶۲/۴۶	طرحواره درمانی بخشش محور	
۱۰/۰۷	۱۶۸/۲۰	شناختی-رفتاری	
۵/۷۶	۱۷۴/۹۳	کنترل	

فرض‌های این آزمون آماری (نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها) پرداخته شد (جدول ۴).

به منظور تعیین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری در طرحواره درمانی برای تعهد، صمیمیت و مدیریت خشم زنان دارای تعارضات زناشویی از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید. در ابتدا به بررسی پیش

جدول ۴. بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر تعهد، صمیمیت و تعارض زناشویی

پیش فرض	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		
		کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی	
تعهد	نرمال بودن	طرحواره درمانی	۰/۶۵	-۰/۷۷	-۰/۰۴	-۱/۰۷
		بخشش محور				
	کنترل	شناختی-رفتاری	-۱/۳۷	۱/۵۶	۱/۴۸	۱/۹۴
		کنترل	-۰/۷۳	۰/۷۵	۰/۱۵	-۰/۵۳
همگنی واریانس		F = ۰/۸۲		۰/۴۴ = سطح معناداری		
صمیمیت	نرمال بودن	طرحواره درمانی	۰/۰۸	-۰/۷۰	۱/۱۳	۱/۶۶
		بخشش محور				
	کنترل	شناختی-رفتاری	-۰/۵۶	۱/۹۳	۰/۲۴	-۰/۹۸
		کنترل	۰/۶۹	۱/۷۵	-۰/۱۰	۱/۰۰
همگنی واریانس		F = ۲/۰۴		۰/۱۴ = سطح معناداری		
تعارض زناشویی	نرمال بودن	طرحواره درمانی	-۰/۲۳	-۰/۹۴	۰/۵۴	۱/۴۰
		بخشش محور				
	کنترل	شناختی-رفتاری	۱/۱۳	۱/۱۲	۰/۲۸	-۱/۲۵
		کنترل	۰/۳۰	-۱/۲۴	۰/۳۱	۰/۰۰۴
همگنی واریانس		F = ۳/۱۲		۰/۰۴۷ = سطح معناداری		

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج حاصل تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه تعهد، صمیمیت، تعارض زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	
پیش آزمون	۰/۲۰	۱	۰/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۹۵	تعهد
گروه	۱۴۸۷/۹۶	۲	۷۴۳/۹۸	۱۲/۹۱	۰/۰۰۰	
خطا	۲۳۶۲/۵۵	۴۱	۵۷/۶۲			
کل	۱۰۷۶۶۳/۰۰	۴۵				
پیش آزمون	۱۹۷/۰۸	۱	۱۹۷/۰۸	۳/۸۶	۰/۰۵۶	صمیمیت
گروه	۴۸۴۱/۵۹	۲	۲۴۲۰/۷۹	۴۷/۴۹	۰/۰۰۰	
خطا	۲۰۸۹/۶۰	۴۱	۵۰/۹۶			
کل	۱۱۱۴۶۶۷/۵۰	۴۵				
پیش آزمون	۲۰/۷۶	۱	۲۰/۷۶	۰/۳۶	۰/۵۴۸	تعارض زناشویی
گروه	۱۱۶۲/۱۰	۲	۵۶۳/۰۵	۹/۹۶	۰/۰۰۰	
خطا	۲۳۱۶/۳۰	۴۱	۵۶/۴۹			
کل	۱۲۸۱۶۶۲/۰۰	۴۵				

کواریانس، با کنترل نمره پیش‌آزمون، تعارض زناشویی در گروه طرحواره درمانی بخشش محور، درمان شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $F=9/96, P<0/05$ ). برای بررسی نقطه تفاوت معنی‌داری‌های موجود از آزمون مقایسه میانگین زوجی تصحیح برونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، براساس نتایج حاصل از آزمون کواریانس، با کنترل نمره پیش‌آزمون، تعهد در گروه طرحواره درمانی بخشش محور، درمان شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $F=12/91, P<0/05$ ). براساس نتایج حاصل از آزمون کواریانس، با کنترل نمره پیش‌آزمون، صمیمیت در گروه طرحواره درمانی بخشش محور، درمان شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $F=47/49, P<0/05$ ). براساس نتایج حاصل از آزمون

جدول ۶. مقایسه میانگین زوجی نمرات تعهد، صمیمیت، تعارض زناشویی در گروه‌ها

p-value	تفاوت میانگین‌ها	گروه ثانویه	گروه مینا	
0/0001	14/33	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی بخشش محور	تعهد
0/036	6/10	کنترل	محور	
0/005	8/22	کنترل	درمان شناختی-رفتاری	صمیمیت
0/0001	26/11	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی بخشش محور	
0/011	7/09	کنترل	محور	تعارض زناشویی
0/0001	19/01	کنترل	درمان شناختی-رفتاری	
0/048	-5/61	درمان شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی بخشش محور	
0/0001	-12/29	کنترل	محور	
0/019	-6/68	کنترل	درمان شناختی-رفتاری	

بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری در طرحواره درمانی تفاوت معناداری داشت و بسته ترکیبی طرحواره درمانی بخشش محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری ر در طرحواره درمانی مؤثرتر بود.

اگرچه تا کنون پژوهشی به تدوین بسته درمانی ترکیبی طرحواره درمانی بخشش محور، نبرداخته است، اما می‌توان گفت که نتایج حاصله در زمینه اثربخشی درمان‌های فوق‌الذکر در تعهد زنان دارای تعارضات زناشویی با پژوهش‌های علی‌محمدی و همکاران (۳۱)، اصغری و همکاران (۳۲) و نوانگو و آگو (۳۳) همسو بود.

تعهد یک ویژگی اساسی روابط است و تعهد قوی موجب وقایع ذهنی مثبت، انگیزه‌های پیشرفت و بخشش می‌شود. تعهد بر اساس سه مؤلفه تمایل به ماندگاری، جهت‌گیری طولانی‌مدت و دلبستگی روانشناختی؛ تعریف می‌شود. تعهد در نتیجه افزایش رضایت (اینکه رابطه نیازهای مهم همچون نیاز به صمیمیت یا امنیت را تأمین می‌کند یا خیر)، کاهش گزینه‌های جایگزین (نیازهای اساسی نمی‌تواند توسط شرکای جایگزین، دوستان یا خویشاوندان برآورده شود) و افزایش سرمایه‌گذاری (منابعی همچون هویت شخصی، تلاش یا دارایی‌های مادی که به رابطه پیوند می‌خورند)، رشد می‌یابد (۳۴). تعهد و بخشش می‌توانند رابطه‌ای دو سویه داشته باشند؛ به این معنی که هم تعهد، بخشش را تقویت می‌کند و هم بخشش قادر به بهبود تعهد است. در تبیین اینکه تعهد چگونه بر بخشش تأثیر می‌گذارد، چند استدلال وجود دارد: اول آنکه، ممکن است افراد نگران منافع طولانی مدت یا علایق شخصی

نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات تعهد، صمیمیت و تعارض زناشویی در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین طرحواره درمانی بخشش محور و درمان شناختی-رفتاری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین بسته طرحواره درمانی بخشش محور و درمان شناختی-رفتاری، هر دو بر تعهد زنان، صمیمیت و تعارض زناشویی مؤثر بودند و تفاوت معنی‌داری از نظر میانگین نمرات پس از آزمون با گروه کنترل داشتند ( $P < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

به منظور نظم در بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های پژوهش، سوالات مرتبط، با یکدیگر تحلیل شدند. در ادامه به بحث در زمینه فرضیات پرداخته شده است.

**سؤال اول:** آیا بین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی برای تعهد زنان دارای تعارضات زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد؟

نتایج تحلیل واریانس در فصل پیشین نشان داد که بسته درمانی طرحواره درمانی و بسته طرحواره درمانی بخشش محور، هر دو بر تعهد زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر بودند و تفاوت معناداری از نظر میانگین نمرات پس از آزمون با گروه کنترل داشتند ( $p < 0.05$ ). بنابراین در جواب به سؤال ششم و یازدهم پژوهش، می‌توان گفت که بسته طرحواره درمانی و طرحواره درمانی بخشش محور هر دو بر تعهد زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر بودند. همچنین بسته طرحواره درمانی

و هم به صبر نیاز دارد. بنابراین چنانچه گفته شد، هنگامی که مراجعین تعریفی از بخشش را که برای آنها قابل قبول است، پذیرفتند، در واقع آماده شده‌اند تا با بخشودن در روند درمان حرکت کنند. این امر با تمرکز درمانگر و مراجع بر چهار عامل وحدت بخش همدلی، فروتنی، تعهد و عذرخواهی، میسر است. طبق این مدل در شناختی-رفتاری، رابطه متقابل بخشودن و ماهیت پیوسته و سیستماتیک عوامل وحدت بخش یا همان همدلی، فروتنی، تعهد و عذرخواهی؛ اثری متقابل و مولد دارند، به گونه‌ای که اقدامات یکی از همسران ممکن است دارای اثرات تسکین کننده باشد و حرکت را در دیگری تسهیل کند. علاوه بر این، عوامل وحدت بخش لزوماً مرحله‌ای پی در پی نیستند و ممکن است بسته به آمادگی مراجع، همزمان انجام شوند. این رویکرد فرض می‌کند که مراجع با تفکر، رابطه خود را ارزیابی می‌کند و نسبت به روابط و تمایل به آشتی و بازسازی رابطه، ابراز تعهد کرده است. لذا، تعهد جزئی لاینفک از درمان مبتنی بر بخشش است. تعهد در روابط باعث ایجاد تمایل به فداکاری در روابط شده و بدین ترتیب در درمان مبتنی بر بخشش، درمانگر به منظور بهبود روابط زناشویی، به مراجعین کمک می‌کند تا تعهد به رابطه و امید خود به آنده را افزایش دهند (۳۹). بنابراین تعهد در شناختی-رفتاری، یک مؤلفه بسیار مهم محسوب می‌شود و در فرایند درمان مورد تقویت قرار می‌گیرد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تعهد نیز می‌توان چنین گفت که بر اساس رویکرد رشدی، بزرگسالان در رابطه عاشقانه، آنچه را که قبلاً در ارتباط با والدین خود آموخته‌اند، تعمیم می‌دهند. در حقیقت، ویژگی‌های روابط عاشقانه، مشابه رابطه فرد با والدین و نزدیکان او است. به این ترتیب، تجربه الگوهای مؤثر و برقراری روابط صمیمانه و تعهد در کودکی و نوجوانی، این تجربه مثبت را به یک رابطه عاشقانه و متعهدانه و یا بالعکس، تبدیل می‌کند (۴۰). طرحواره‌ها بر روابط نزدیک تأثیر می‌گذارند؛ اولین تجربه نزدیک و متعهدانه یک فرد پس از روابط با والدین، رابطه با همسر است، بنابراین اولین بستر فوران طرحواره‌ها در روابط زناشویی است و به دلیل ناسازگار بودن طرحواره‌ها، منجر به ناسازگاری زوجین و ایجاد خلل در تعهد می‌گردد؛ لذا طرحواره درمانی می‌تواند با شناسایی طرحواره‌های مخرب و اصلاح الگوهای ناکارآمد، بر افزایش تعهد تأثیر گذار باشد. لذا به نظر می‌رسد که هر دوی درمان مبتنی بر بخشش و طرحواره درمانی بر افزایش تعهد زنان دارای تعارضات زناشویی، مؤثر باشند؛ و در نهایت، ترکیب این دو درمان تأثیری دو چندان ایجاد می‌کند.

**سؤال دوم:** آیا بین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر صمیمیت زنان دارای تعارضات زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد؟ نتایج تجزیه و تحلیل آماری در فصل پیشین نشان داد که میانگین نمره صمیمیت در گروه مداخله بسته طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری داشت ( $p < 0.05$ ). همچنین میانگین پس آزمون نمره صمیمیت در گروه طرحواره درمانی بخشش محور نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ( $p < 0.05$ ). بنابراین در جواب به سؤال هفتم و دوازدهم پژوهش باید گفت که بسته طرحواره

بلند مدت خود باشند؛ دوم، ممکن است افراد نگران منافع گسترده بین-فردی خود و یا منافع همسران خود باشند. ابتدایی‌ترین مؤلفه تعهد، تمایل به پایداری یا تصمیم به وابستگی به شریک زندگی است. تمایل به پایداری، اولیه است، زیرا به هیچ وجه به صورت مستقیم (از لحاظ نظری یا عملیاتی)، درگیر منافع گسترده زمانی یا گسترش منافع بین فردی نیست. از آنجا که افراد متعهد به روابط خود نیاز دارند و بنابراین قصد ادامه دادن با شریک خود را دارند، قاعدتاً بیشتر تمایل دارند که خطاهای شریک خود را ببخشند. مؤلفه دوم تعهد شامل منافع زمانی گسترده یا جهت‌گیری بلند مدت است. افراد با جهت‌گیری کوتاه مدت ممکن است با رفتارهایی در راستای منافع مستقیم شخصی، به نتایج نسبتاً خوبی دست یابند. در حالی که جهت‌گیری‌های بلندمدت موجب گسترش الگوهای همکاری متقابل می‌گردد، بدین ترتیب اگر یکی از زوجین دیگری را ببخشد، ممکن است بهزیستی طولانی‌مدت طرف مقابل نیز تقویت شود. همچنین با جهت‌گیری بلند مدت، هزینه‌های بخشش در یک بازه زمانی طولانی‌تر و با توجه به نیکوکاری متقابل شریک زندگی، جمع می‌شوند. بنابراین بخشش ممکن است وسیله‌ای آگاهانه و یا ناخودآگاه برای به حداکثر رساندن منافع شخصی بلندمدت باشد. مؤلفه سوم تعهد شامل گسترش منافع فردی یا دلبستگی روانشناختی است که بر این اساس استوار است که بهزیستی شخص و همسر او به هم مرتبط هستند. در روابط متعهدانه، دو نفر ممکن است به قدری با یکدیگر یکی شوند که حرکت از سمت منفع شخصی به سمت منافع شریک زندگی، به عنوان عملی مخالف استقلال معنی نشود (۳۵).

تحقیقات نشان می‌دهد که بخشش عاملی مهم در روابط زناشویی و دیگر روابط خانوادگی است. افراد و خانواده‌هایی که توانایی درخواست بخشش و همچنین بخشودن بدرفتاری‌های مهم بین فردی را دارند، به احتمال زیادی رضایت از روابط خانوادگی و سلامت عاطفی و جسمانی و تعهد را تجربه می‌کنند. فینچمن، هال و بیچ (۳۶) نشان دادند که بخشش به صورت مثبت و معناداری با چندین جنبه از روابط زناشویی، همچون صمیمیت، عاطفه، نگرش‌ها و رضایت زناشویی، ارتباط دارد. آن‌ها همچنین نشان دادند که میزان بخشودگی به احتمال زیادی پیش‌بینی کننده تعارضات زناشویی و پرخاشگری نسبت به همسر در پی یک خطا است. بخشش به زوجین کمک می‌کند تا زخم‌های رابطه را بهبود بخشند، دلبستگی ایمن را تجدید کرده و حس وحدت را دوباره احیا کنند و در نتیجه تغییرات مهمی در هسته اصلی رابطه ایجاد کنند الگوی بین فردی بخشش، به زوجین کمک می‌کند تا حالت همراهی و یکی شدن را با الزام به اینکه در فرایند بخشش به عنوان یک زوج کار کنند، گسترش دهند. بخشش با کمک به مراجعین در چهار عامل مهم اتحاد، متمرکز می‌شود: همدلی، فروتنی، تعهد و عذرخواهی (۳۷). این عوامل وحدت بخش به زوجین کمک می‌کند تا اعتماد، همبستگی و ارتباطی که در هنگام نقض مرزهای متعهدانه از بین رفته‌اند، را به دست آورند (۳۸). کار کردن از طریق این عوامل وحدت در شناختی-رفتاری، به زوجین کمک می‌کند تا هدف و معنای جدیدی را برای روابط خود ایجاد کنند. برای اینکه شخص، زخم‌های موجود در رابطه را بهبود ببخشد، ممکن است روندی طولانی را طی کند. این روند هم به تعهد



مهم‌ترین علت مشکلات و تعارضات زناشویی و روابط انسانی، سوءتفاهمات و خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی است. به زعم او، تفاوت در نحوه نگرش اشخاص، موجب بروز اختلافات و تعارض‌های بین همسران می‌گردد. شناسایی صحیح و ارزیابی درست نگرش‌های ناکارآمد در ازدواج، یکی از کلیدی‌ترین اقدامات در پژوهش‌هایی است که هدف آنها پیش‌بینی و شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زناشویی است. نگرش‌های اشخاص نسبت به ازدواج و زندگی زناشویی نقشی اساسی ایفا می‌کند. نگرش‌های اخلاص در زندگی زناشویی می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد باشد. نگرش‌ها در آنچه که فرد می‌گوید و می‌شنود، تجلی یافته و بر ادراک وی از دنیای پیرامون تأثیر می‌گذارد. بنابراین نگرش‌ها، مولفه‌های عمده‌ای از ازدواج و اداره مسائل زندگی هستند. به عقیده بک، نگرش‌های ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال-گرایانه‌ای هستند که شخص از آنها برای ارزیابی و قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند و از آنجا که این نوع نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، مقاوم در برابر تغییر و افراطی هستند، ناکارآمد یا ناباور تلقی می‌شوند (۴۱).

همچنین چنانچه در فصول پیشین اشاره شد، نگرش‌ها دارای دارای مولفه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری و کارکردهای گوناگون هستند. نوعی از انواع نگرش‌ها که در خدمت معنا بخشیدن به جهان هستند، و به اطلاعات گوناگونی که باید در زندگی روزمره جذب شوند نظم می‌بخشند، دارای کارکرد دانشی به شمار می‌آیند. اینگونه نگرش‌ها اساساً طرحواره‌هایی هستند که به ما اجازه می‌دهند اطلاعات گوناگون را به صورتی کارآمد سازماندهی و پردازش کنیم بدون آنکه الزامی به توجه به جزئیات آنها داشته باشیم. طرحواره‌ها بر شیوه فکر، احساس و رفتار افراد تأثیر گذاشته و پس از ازدواج عامل صمیمیت زناشویی تا حد زیادی براساس طرحواره‌ها تبیین می‌شود. از این رو، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به عنوان عوامل شناختی و عاطفی می‌توانند در رابطه با زندگی زناشویی و یا نگرش به ازدواج، مورد بررسی قرار گیرند (۴۰). یانگ (۴۶) که از این طرحواره‌ها به عنوان ساختار، قالب و یا چهارچوب، نام می‌برد، معتقد است که طرحواره‌ها ساختارهای مداوم و پایداری هستند که همچون عدسی‌هایی بر نحوه ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند و پاسخ فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌نمایند. هسته اصلی نظریه یانگ (۴۶) این است که ریشه طرحواره‌های ناسازگار از تجربیات کودکی شکل گرفته و به همین ترتیب نمایانگر تجربیات رشدی هستند. این نظریه نشان می‌دهد این طرحواره‌ها تا زمان فعال شدن توسط حوادث استرس‌زای متناسب با مضامین اصلی آسیب‌پذیری، نهفته باقی می‌مانند و متعاقباً در زمان فعالیت، پردازش اطلاعات را مطابق با طرحواره‌ها جهت‌دهی می‌کنند و از این رو، به حفظ و ادامه آسیب‌پذیری کمک کرده و زمینه را برای آسیب‌شناسی روانی فراهم می‌کنند. به خصوص این نظریه نشان می‌دهد که طرحواره‌های فعال تمایل دارند که افکار خودکار منفی و عواطف منفی ایجاد کنند. بنابراین اغلب کسانی که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند، احتمالاً دارای تجربیات آسیب‌زای کودکی توسط والدینشان هستند. به عنوان مثال فرزندپروری با بعد غالب کنترل، طرحواره‌های ناسازگاری همچون محرومیت هیجانی، نقص و شرم، اطاعت و ایثار و

درمانی و بسته طرحواره درمانی بخشش محور، هر دو بر صمیمیت زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر هستند. با این حال، بین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری در طرحواره درمانی در صمیمیت زنان، تفاوت معنی‌داری وجود داشت، بدین معنی که بسته طرحواره درمانی بخشش محور، اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری در طرحواره درمانی، بود. نتایج به دست آمده در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر صمیمیت زناشویی، همسو با مطالعات عسگری و گودرزی (۴۱)، پوریچی و همکاران (۴۲) و خواجوی‌نیا (۴۳) همسو بود. همچنین در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، نتایج این مطالعه با الگارد و همکاران (۴۴) و آگو و انوانکو (۳۳) همراستا بود. مطابق پژوهش‌های انجام شده طرحواره‌ها در حیطه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارند و از حیطه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌پذیرند. یکی از این حیطه‌ها روابط صمیمانه به خصوص در زندگی زناشویی است. یانگ (۴۵) چنین فرض کردند که رضایت در روابط نزدیک و دوستانه زمانی دیده می‌شود که هم نیازهای رشد به طور مقتضی برآورده شده باشند و هم نیازهای بزرگسالی ارضا شوند؛ چون هریک از زوجین علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی نیز طرحواره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه هستند. زمانی که نیازها ارضا نشوند ممکن است طرحواره‌های ناسازگار خاصی ایجاد شوند که بر روابط صمیمانه اثر می‌گذارد؛ ضمن اینکه نوع رابطه و میزان صمیمیت نیز می‌تواند بر هدایت طرحواره‌هایی خاص منجر گردد. بنابراین بر اساس نظریه طرحواره درمانی یانگ، برخی افراد به دلیل تجربیات منفی دوران کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای ایجاد می‌کنند که بر طرز تفکر، احساس و رفتار آنها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های کودکی‌شان تأثیر می‌گذارد. به اعتقاد یانگ، طرحواره‌ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی که متشکل از نیاز به دلبستگی ایمن، استقلال، کفایت و هویت، آزادی در ابراز نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری هستند، به وجود می‌آیند. اگر این نیازها به درستی در دوران کودکی ارضاء نشوند، احتمالاً بر زندگی زناشویی افراد در آینده تأثیر می‌گذارند (۴۶).

**سؤال سوم:** آیا بین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر نگرش والدین زنان دارای تعارضات زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد؟

نتایج تجزیه و تحلیل آماری در فصل پیشین حاکی از آن است که میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی بخشش محور، نسبت به گروه کنترل، تفاوت معناداری داشتند و هر دوی این مداخلات بر نگرش نسبت به والدین در زنان دارای تعارضات زناشویی، مؤثر واقع شدند. با این حال، در جواب به سؤال چهارم، پژوهش که آیا تفاوتی میان اثربخشی این دو بسته درمانی وجود دارد یا خیر، باید گفت که تفاوت معناداری بین دو درمان مذکور در میانگین نمرات نگرش به والدین وجود داشت و بسته طرحواره درمانی بخشش محور، به طور معناداری، اثربخش‌تر بود. این یافته با نتایج شیری و همکاران (۴۷) همسو بود.

که تنها نیستند. بخشش فرآیندی درون فردی است که طی آن جنبه‌های شناختی، احساسی و رفتاری فرد در برابر خطا و خطاکار تغییر می‌کند. در واقع بخشش، سبب کاهش کناره‌گیری، خشم و انتقام نسبت به فرد خطاکار می‌گردد و احساسات مثبت را افزایش داده و جایگزین احساسات منفی می‌نماید (۴۶). بنابراین شاید بتوان گفت، اگرچه طرحواره درمانی بیش از هر چیز به تغییر مؤلفه شناختی نگرش افراد نسبت به اطرافیان و از جمله والدین می‌پردازد؛ مداخله مبتنی بر بخشش بیشتر بعد عاطفی را تغییر می‌دهد. بنابراین جای تعجب نیست که ترکیب این دو درمان، به تغییر موثرتری در نگرش افراد نسبت به والدین منجر شده و نگرش‌های ناکارآمد و منفی را با تغییر طرحواره‌های ناسازگار و با ایجاد احساس همدلی نسبت به والدین، تبدیل به نگرش‌های مثبت‌تری خواهد کرد.

**سؤال پنجم:** آیا بین اثربخشی بسته طرحواره درمانی بخشش محور با درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی تفاوت دارد؟

نتایج تحلیل کوواریانس در فصل پیشین نشان داد که هر دو گروه مداخلات شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل در میانگین نمرات پس آزمون، تفاوت معناداری داشتند، هرچند گروه طرحواره درمانی بخشش محور، نسبت به گروه طرحواره درمانی و همچنین گروه شناختی-رفتاری، تفاوت معناداری داشت و به نظر می‌رسد که بسته تلفیقی طرحواره درمانی بخشش محور، اثربخش‌تر از طرحواره درمانی به تنهایی و شناختی-رفتاری به تنهایی، است. بسیاری از مطالعات پیشین در تأیید اثربخشی شناختی-رفتاری بر کاهش تعارضات زناشویی همسو با نتیجه مطالعه حاضر بودند (آلگارد و همکاران (۴۴) و آگو و انوانکو (۳۳). همچنین این یافته که طرحواره درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی اثربخش است با برخی مطالعات، از جمله علی‌محمدی و همکاران (۳۱) و اصغری و همکاران (۳۲)، همسو بود. لذا می‌توان نتیجه گرفت که شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان متأهل تأثیرگذار هستند.

یافته‌های به دست آمده مطابق با تحقیقات قبلی است که نشان می‌دهد طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اغلب تعارضاتی بین زوجین ایجاد می‌کنند، زیرا آنها الگوهای تحمیل شده بر نحوه تجربه واقعیت و واسطه درک و پاسخ به وقایع و اتفاقات در صحنه روابط زوجین هستند. علاوه بر طرحواره‌هایی که هریک از زوجین با خود به رابطه می‌آورند، افراد، برخی طرحواره‌ها را نیز در حین رابطه ایجاد می‌کنند. اگر طرحواره شخص نسبت به شریک زندگی، منفی باشد، احتمال بیشتری برای پردازش و تفسیر رفتار شریک زندگی به روشی منفی وجود دارد و در نتیجه افراد تمایل بیشتری دارند که در برابر اطلاعات رد کننده طرحواره، مقاومت کنند. چنین ارزیابی منفی از شریک زندگی، ممکن است با پریشانی زناشویی، عزت نفس پایین و علائم افسردگی همراه باشد (۴۱).

افراد مدل‌های کاری از روابط خود ایجاد می‌کنند که به عنوان نقشه‌های شناختی عمل می‌کنند تا به آنها کمک کنند در محیط اجتماعی خود فعالیت داشته باشند. این ساختارهای شناختی (به عنوان مثال طرحواره‌های ارتباطی) شامل بازآمدهایی از خود و دیگران و همچنین

بی‌اعتمادی را پیش‌بینی می‌کند. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای طرحواره‌های اطاعت و ایثار، در دوران کودکی بیشتر تحت کنترل والدین بوده‌اند و کمتر از تمایلات طبیعی خود پیروی کرده‌اند. همچنین به نظر می‌رسد طرحواره‌هایی همچون رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص، در خانواده‌های برید، سرد، پردکننده، منزوی، غیرقابل پیش‌بینی و رهاکننده و بدرفتار، شکل می‌گیرند. پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به جز برخی از طرحواره‌های حوزه محدودیت‌ها؛ با طرد توسط والدین ارتباط دارند. لذا با توجه به اینکه زنان دارای تعارضات زناشویی، احتمالاً دارای برخی طرحواره‌های ناسازگار هستند، و از آنجا که طرحواره‌ها ریشه در فرزندپروری نادرست والدین دارند؛ به نظر می‌رسد که نگرشی نه چندان مثبت و ناکارآمد نسبت به والدین در این دسته از مراجعین، شکل می‌گیرد.

طرحواره درمانی، با تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بروز افکار منفی و خودکار را کاهش می‌دهد، بدون آنکه به طور مستقیم، تغییر فکر انجام شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در این نوع درمان، به طور غیرمستقیم، با کاهش افکار منفی و تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بروز افکار خودکار، کاهش می‌یابند. در این زمینه، طرحواره درمانی به شخص کمک می‌شود تا با مرور شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌های خود، به ارزیابی آنها بپردازد. تکالیف متعدد و دقیقی که از سوی درمانگر به فرد داده می‌شود تا در محیط درمان و نیز خارج از آنجا انجام دهد، همگی برای کمک به او است تا با تجربه و آزمودن طرحواره‌ها، آن‌ها را به چالش بکشد؛ کاری که می‌تواند به تغییر طرحواره‌های معیوبی انجامد. طرحواره درمانی بر درک پایه‌های مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، ارتباط مراجع - درمانگر، و نشانند فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تر، پای می‌فشارد (۴۲) و از این طریق به اصلاح افکار خودکار و منفی و اصلاح نگرش‌های شخص نسبت به اطرافیان و از آن جمله والدین می‌انجامد.

با این وجود، اصلاح نگرش نسبت به والدین به بهترین نحو ممکن، به ویژه اگر پای رنجش‌ها و خصومت‌های عمیق‌تری در میان باشد، تنها با اصلاح طرحواره‌ها، میسر نخواهد بود. بخشش یکی از فرآیندهای روان شناختی و ارتباطی برای افزایش سلامت روان است که در طی دو دهه اخیر به طور مشخص وارد حوزه مطالعات خانواده و خانواده درمانی شده است. آنچه اهمیت بخشش را روشن می‌سازد، ماهیت التیام بخشی آن در مداخلات درمانی است. طبق مدل بخشش ورتینگتون، مداخله آموزشی و درمانی مبتنی بر بخشش، با ارائه راه‌حلی در جهت کاهش انگیزه و احساسات منفی و ایجاد همدلی نسبت به شخص خاطی، موجب می‌شود که شخص از رفتارهای اجتماعی سازش نیافته دوری گزیند و رفتارهای مثبت را در برابر شخص خاصی افزایش دهد. متعاقباً این تجربه چرخه معیوب، اتفاقاتی را که با تعارض‌های بین فردی همراه است، در هم می‌شکند. به ویژه آنکه ماهیت گروهی این نوع درمان، سبب می‌شود که اعضای گروه با یکدیگر تعامل داشته و هیجانانگیز و نگرش‌هایشان را با هم در میان گذاشته و بدین طریق بدانند

مسئله محور)، از آنها در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی استفاده می‌کنند. به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، بخشش می‌تواند در قالب عناصری همچون تغییر شکل مجدد، همدلی و ارزیابی مجدد، در آید و راهبردی باشد که به سوی مدیریت پاسخ هیجانی فرد به یک وضعیت استرس‌زا (در اینجا موقعیت تعارض آفرین)، هدایت می‌شود. از منظر سازگاری و مقابله، بخشش در درجه اول نوعی رفتار مقابله‌ای هیجان محور محسوب می‌شود (۴۰) که در فرایند خنثی کردن یک موقعیت استرس‌زا که ناشی از ادراک صدمات بین فردی است، عمل می‌کند.

در واقع بخشش بیشتر به راهبردهای مقابله‌ای که در فرایند ارزیابی مجدد یا ایجاد معنی در رابطه با رویدادهای استرس‌زا، مرتبط است (۴۳). به طور خاص، افرادی که از جانب افراد مهم زندگی‌شان، بخشش بیشتری دریافت می‌کنند، تمایل دارند که دیدگاه شریک زندگی‌شان را در نظر بگیرند، استرس‌های بین فردی‌شان را به صورت مثبتی تغییر دهند و برای به دست آوردن حمایت، به اشکال معنوی‌تر سازگاری با مسائل روی آورند. به طور کلی، بخشش ممکن است به افراد کمک کند تا در زمان استرس و تعارض در روابط مهم، باقی بمانند و به روشی عمل کنند که بتوانند رابطه را حفظ و تقویت کنند. در عوض کسانی که احساس آسیب دیدگی، خشم و انتقام‌جویی را پرورش می‌دهند، ممکن است تمایل به کنار کشیدن از روابط مهم را داشته باشند؛ راهکاری که در طولانی مدت ممکن است سبب تضعیف رابطه شود. لذا به نظر می‌رسد طرحواره درمانی بخشش محور، از طرفی با شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگاری که منجر به تنش در رابطه می‌شوند و از سویی دیگر، با آموزش مهارت بخشودن، به عنوان راهبردی برای حل تعارضات و در مواجهه با استرس‌های زندگی زناشویی، به کاهش تعارض زنان متأهل منجر می‌گردد. منطقی است که مداخله طرحواره درمانی بخشش محور را به عنوان مداخله‌ای جامع‌تر که به ابعاد گوناگونی همچون شناسایی نیازهای ارضاء نشده‌ی کودک، اصلاح دلبستگی، تغییر طرحواره‌های ناسازگار و همچنین بخشودن و ارزیابی رفتارهای طرف مقابل به گونه‌ای جدید و همدلانه، اثربخش‌تر از هر یک از این مداخلات به تنهایی بدانیم. لذا به نظر می‌رسد که این درمان، مداخله‌ای مناسب برای زوجینی که دارای تعارضات زناشویی هستند، باشد.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

#### حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

#### مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: فرشته باقری زاده مقدم؛ روش شناسی و تحلیل داده‌ها: فلور خیاطان و زهرا یوسفی

نسخه‌هایی برای الگوهای تعامل است (۴۲). در واقع طرحواره‌ها، به عنوان متغیرهای زیرساختی با ظرفیت توصیف بالا در نظر گرفته می‌شوند، چرا که آنها بیشتر فرایندهای شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، همیشه بر یک رابطه اثر می‌گذارند و می‌توان انتظار داشت که روابط زناشویی، فضایی را برای تجلی این طرحواره‌ها، فراهم می‌آورد. انتخاب شریک ناسازگار، از جمله متداول‌ترین مکانیسم‌هایی است که با استفاده از آن، می‌توان طرحواره‌ها را ادامه داد. همسرانی که دارای طرحواره‌های ناسازگار هستند، به دلیل بی‌ثباتی در افکار، رفتار و پردازش اطلاعات به طور نادرست با همسرشان، احساس طرد و بی‌اعتمادی دارند. شخصی که دارای این طرحواره‌های ناسازگار اولیه است، ترسی افراطی نسبت به طرد و رها شدن از سوی همسر خود دارد، هر چند در بسیاری از موارد، این افراد برای مقابله با طرحواره ناسازگار فعال خود، از مکانیزم اجتناب طرحواره استفاده می‌کنند؛ چراکه این مکانیزم در برابر اضطراب ناشی از طرحواره فعال، از آنها محافظت می‌کند. از این رو اجتناب از وابستگی نسبت به همسر، خود سبب ایجاد تعارضاتی در زندگی زناشویی می‌گردد و به آثار مخربی همچون به خطر انداختن سلامت خانواده و پایین آمدن میزان رضایت زناشویی می‌گردد. جلسات طرحواره درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا هیجانانگ خود را در روابط بهتر به کار گیرند. همچنین آنها را قادر می‌سازد تا با تعارض‌های خود با فعال‌سازی رفتاری، پذیرش و گسترش روابط حمایتی به جای اجتناب، روبرو شده و از این طریق تعارضات خود را کاهش دهند.

از سویی دیگر، کاهش تعارضات نیازمند مهارت‌های دیگری، همچون بخشش، نیز هست. حل تعارضات، جزئی جدائی ناپذیر از یک رابطه موفق است و می‌توان ادعا کرد که نارضایتی ناشی از اشتباهات شریک زندگی، احتمالاً باعث بروز اختلافات در روابط زوجین شده و مانع حل موفقیت آمیز دیگری‌ها می‌شود. در مقابل، بخشش شریک زندگی، یکی از ابزارهای احتمالی برای خاتمه دادن به روابط دردناک و آزاردهنده و فراهم آوردن زمینه برای آشتی با شخص خطاکار است. بنابراین بخشش ممکن است پیامدهای مهمی برای نتایج روابط بلندمدت و همچنین الگوهای کوتاه مدت ارتباطی، داشته باشد. به خصوص، وقتی یکی از زوجین، از چرخه اجباری تعامل منفی متقابل خودداری می‌کند، دیگری به احتمال کمتری به رفتار منفی خود ادامه می‌دهد (۴۵).

به طور خلاصه، بخشش ممکن است استفاده از راهبردهای ناکارآمد تعارض را که احتمالاً در مقابل خطاهای غیرقابل بخشش شریک زندگی، ظهور پیدا می‌کنند، را کوتاه سازد. از این رو، عدم بخشش یکی از طرفین از خطای طرف مقابل در گذشته، می‌تواند مربوط به استفاده کنونی از راهبردهای ناکارآمد حل تعارض باشد. لذا بخشش و حل تعارض به طور متقابلی با یکدیگر ارتباط دارند. محققان به الگوی متقابلی از استرس و مقابله روی آورده‌اند تا درک منسجمی از ماهیت، روند و عملکرد بخشش در حل تعارضات و استرس‌ها ارائه دهند. اگر حل تعارضات را نوعی سبک مقابله‌ای بدانیم؛ مقابله را به عنوان راهبردهای شناختی و رفتاری تعریف شود که افراد برای پاسخگویی به تقاضاهای عاطفی (مثل مقابله هیجان محور) و عملی (مثل مقابله

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

نظارت و نگارش نهایی: فرشته باقری زاده مقدم، فلور خیاطان و زهرا بیوسفی

### تعارض منافع

### References

1. Edalati A, Redzuan MR. Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American science*. 2010 Mar;6(4):132-7.
2. Hansch JA. Effects of parental divorce on uncertainty following initial communication with a potential romantic partner. Marquette University; 2010.
3. Hosseini A, Zaharakar K, Davarnia R, Shakarami M, Mohammadi B. The Relationship between Marital Commitment and Personality Traits, *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2017; 5 (22): 788-796.
4. Hatfield E, Rapson RL. Love, sex, and intimacy: Their psychology, biology, and history. HarperCollins College Publishers; 1993.
5. Bagarozzi DA. Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide. routledge; 2014 Jan 27
6. Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005 Mar 1;24(2):218-35.
7. Jaberi S, Etemadi O, Ahmadi S. The relationship between communication skills and marital intimacy, two journals of cognitive and behavioral sciences research. 2017; 5 (2): 143-152.
8. Ahmetoglu G, Swami V, Chamorro-Premuzic T. The relationship between dimensions of love, personality, and relationship length. *Archives of sexual behavior*. 2010 Oct;39(5):1181-90.
9. Akhtar S, Barlow J. Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018 Jan;19(1):107-22.
10. Nazari M, Navai Nezhad Sh. Investigating the Effect of Communication Improvement Program on Satisfaction of Both Employed Couples, *News and Consulting Research*, 2005; 4 (13); 35-59.
11. Ghanbari B, Hatami B, Varzaneh A, Esmaili M, Farahbakhsh K. Relationship between parenting styles, attachment and marital commitment in married women of Allameh Tabatabaiee University. *Journal of Women and Society*, 2011; 2 (7); 39-60.
12. Momeni Kh, Kavosi O, Amani R. Predicting Marital Commitment Based on Self-Differentiation, Family Solidarity and Adaptability, and Marital Intimacy, *Bi-Quarterly Journal of Pathology, Counseling, and Family Enrichment*, 2016; 1 (2); 46-58.
13. Hadi S, Eskandari H, Sohrabi F, Motamedi A, FarokhiNor A. Structural model of predicting marital commitment based on attachment styles and mediating variables of self-control and early maladaptive schemas (in individuals with emotional extramarital affair), *Quarterly Journal of Counseling Culture and Psychotherapy*. 2017; 7 (22): 33-60.
14. Chatav Y, Whisman MA. Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behavior therapy*. 2009 Mar 1;40(1):50-6.
15. Wright PH. Men's friendships, women's friendships and the alleged inferiority of the latter. *Sex roles*. 1982 Jan;8(1):1-20.
16. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010 Mar 1;41(1):52-9.



17. Sacco WP, Phares V. Partner appraisal and marital satisfaction: the role of self-esteem and depression. *Journal of Marriage and Family*. 2001 May;63(2):504-13.
18. Zibae A, Gholami H, Zare M, Mahdian H, HaresAbadi M. . The Effect of Web-Based Education on Adolescent Anger Control in Mashhad Girls' Middle Schools, *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 13 (10): 784-794.
19. Sadri E, Asadi S, Esmaili Gh, Loli F. Effectiveness of Social Emotional Skills Program Training on Anger Control and Social Problem Solving Ability in Drug Addicts, *Journal of Disciplinary Medicine*. 2018; 7 (1): 67-76.
20. Zandavanian A, Meroti M, Amrolahi M. The Effect of Anger Management Training on Increasing the Mental Health of Mothers with Disabled Children, *Yazd School of Health Bi-Quarterly*. 2015; 13 (3): 1-17.
21. Kabosi M, Ghorbani A. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Anger Control Training on Adolescents with Behavioral Disorders, *Journal of Exceptional Education*. 2018; 1 (138): 22-30.
22. Perlis RH, Smoller JW, Fava M, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, Sachs GS. The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2004 Apr 1;79(1-3):291-5.
23. Baskin TW, Rhody M, Schoolmeesters S, Ellingson C. Supporting special-needs adoptive couples: Assessing an intervention to enhance forgiveness, increase marital satisfaction, and prevent depression. *The Counseling Psychologist*. 2011 Oct;39(7):933-55.
24. Chatav Y, Whisman MA. Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behavior therapy*. 2009 Mar 1;40(1):50-6.
25. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018 Jul 4;47(4):328-49.
26. Baldwin, M. W (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
27. Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in psychology*. 2016 Dec 22;7:1987.
28. Daciana D, Rusu Alina S. Relationship between early maladaptive schemas, couple satisfaction and individual mate value: an evolutionary psychological approach. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 2012;12(1):63-76.
29. Adams JM, Jones WH. The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1997 May;72(5):1177.
30. Van den Broucke S, Vertommen H, Vandereycken W. Construction and validation of a marital intimacy questionnaire. *Family Relations*. 1995 Jul 1:285-90.
31. AliMohamadi S, Mohsen Zadeh F, Zeharkar K. The effectiveness of group schema therapy on increasing marital satisfaction and reducing marital burnout in women with bulimia nervosa. *Disability studies*. 2019; 9 (61): 18-28.
32. Asghari F, Sadeghi A, Zare S, Entezari M. Investigating the relationship between maladaptive schemas with marital conflict and marital instability between couples seeking divorce and normal couples. *Pathology: Counseling and family enrichment*. (2016); 1(1): 46-58.

33. Agu SA, Nwankwo BE. Influence of religious commitment, intentionality in marriage and forgiveness on marital satisfaction among married couples. *IFE Psychologia: An International Journal*. 2019 Sep 1;27(2):121-33.
34. Rusbult CE, Martz JM, Agnew CR. The investment model scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal relationships*. 1998 Dec;5(4):357-87.
35. Finkel EJ, Rusbult CE, Kumashiro M, Hannon PA. Dealing with betrayal in close relationships: Does commitment promote forgiveness?. *Journal of personality and social psychology*. 2002 Jun;82(6):956.
36. Fincham FD, Hall J, Beach SR. Forgiveness in marriage: Current status and future directions. *Family Relations*. 2006 Oct;55(4):415-27.
37. McCullough ME. Forgiveness as human strength: Theory, measurement, and links to well-being. *Journal of social and clinical psychology*. 2000 Mar;19(1):43-55.
38. Weiss HM, Suckow K, Cropanzano R. Effects of justice conditions on discrete emotions. *Journal of applied Psychology*. 1999 Oct;84(5):786.
39. Falcke D, Wagner A, Mosmann C. Estratégias de resolução de conflito e violência conjugal. *Casal e família: transmissão, conflito e violência*. 2013;14(2):159-7.
40. Waldron VR, Kelley DL. *Communicating forgiveness*. Sage; 2008.
41. Asgari A, Godarzi K. The effectiveness of emotional schema therapy on marital intimacy of couples on the verge of divorce. *Social health*. 2019; 2 (6); 174-185.
42. Pooryahya M, Shirkavand F, Salimi A, Davarnia R, Shakarami M. The effect of group-based forgiveness intervention on marital intimacy of women affected by breach of contract. *Knowledge Horizon Quarterly*. 2018; 2 (25): 102-109.
43. Khajouei Nia M, Ghiasi M, Izadi S, Sarami Forooshani G. Study early maladaptive schemas as predictors of marital dissatisfaction in India and Iran-Role of conditional schemas as a mediator and moderator. *Applied Environmental and Biological sciences*. 2014;5(11):590-7.
44. Aalgaard RA, Bolen RM, Nugent WR. A literature review of forgiveness as a beneficial intervention to increase relationship satisfaction in couples therapy. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2016 Jan 2;26(1):46-55.
45. Simos G, editor. *Cognitive behaviour therapy: a guide for the practicing clinician*. Psychology Press; 2002.
46. Young J, Gluhoski V. *A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships*. New York: Guilford Press 1997.
47. Shiri T, Golmohamadian M, Hojatpanah M. The effectiveness of schema therapy on dysfunctional attitudes toward spouse selection in female students. *Culture of counseling and psychotherapy*. 2016; 7 (27): 172-188.