

مقاله اصلی

اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه

تعارضات زناشویی با تخریب روابط زوجین، سبب ایجاد آسیب‌های روانی برای آنان می‌شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در فصل تابستان ۱۳۹۹ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (۱۰ جلسه) را طی دو و نیم ماه دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه شفقت به خود بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس توسط نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر دارد ($p < 0/001$). چنان که این درمان توانسته منجر به افزایش شفقت به خود (۰/۵۱) زنان شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت با بهره‌گیری از مفاهیم طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوانی درمانی کارآمد در جهت افزایش شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مورد استفاده قرار داد.

کلمات کلیدی

الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به خود، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زنان متعارض

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فرناز عمادی فر^۱

محمدحسین فلاح یخدانی^{۲*}

سعید وزیر یزدی^۳

زهرا چابکی نژاد^۴

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

^۲ دانشیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

^۳ عضو هیئت علمی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

^۴ عضو گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

Email: fallahyaazd@iauyazd.ac.ir

مقدمه

بیشتری حاصل می‌شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می‌شوند.

یکی از عواملی که رابطه نزدیکی با بروز تعارضات زناشویی داشته و بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، یکی از عوامل بروز تعارضات زناشویی به شمار می‌رود، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۸ است (اصغری، صادقی، زارع خاکدوست و انتظار، ۱۳۹۴؛ صدیقی و جعفری، ۱۳۹۵؛ آریں فر و پورشهریاری، ۱۳۹۶؛ چهرآز ابوالحسنی و هنرپروران، ۱۳۹۶؛ مقتدر و حلاج، ۱۳۹۷). طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف شده که روی افراد تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌ها در دوران کودکی رشد می‌کنند و به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب کلی زندگی عمل می‌کنند. از آنجایی که طرحواره‌ها نسبتاً ثابت هستند به عنوان اطلاعات تاییدی دائماً جستجو می‌شوند و می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه باعث برانگیخته شدن افراد شوند (اورا، کالپ و پادیلای، ۲۰۱۴). طرحواره‌ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصمیم‌گیری کمک می‌کنند. اما در برخی، فرایندهای ذهنی ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کند و موجب کندی در فرایند تغییر الگوهای رفتاری شوند. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، طرحواره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی، می‌توانند موجب تداوم مشکلات روانی شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب اختلالات هیجانی می‌شوند از طرحواره‌های افراد عادی انعطاف‌ناپذیرتر، خشک‌تر و عینی‌ترند (کالوت، ۲۰۱۴).

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را پروراند. به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییر در آن از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها امکان‌پذیر خواهد بود. با توجه به اهمیت خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه و همچنین پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان لازم است که به حفظ کیان آن توجه جدی صورت پذیرد، چرا که توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روانی و عاطفی، اجتماعی و رفتاری آن و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی کاملاً مشهود است (بایرمن و کلورسون، ۲۰۱۴). به شکل معمول، نخستین روزهای ازدواج با احساس تعهد زوجین به یکدیگر همراه است، اما برخی از زوجین به تدریج دچار مشکلات ارتباطی با یکدیگر می‌شوند، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ انسی و امر، ۲۰۱۴). تعارضات زناشویی نوعی ناسازگاری مداوم بین دو همسر است که حداقل به وسیله یکی از آن‌ها بروز داده می‌شود. این سطح از ناسازگاری معمولاً بر کارکرد ارتباطی، هیجانی و اجتماعی همسران اثر منفی می‌گذارد (فرانکل، آمارا، جاکوبویتز و هازن، ۲۰۱۵). نتایج مطالعه عباس و همکاران (۲۰۱۹) و ماخانوا، مک‌نالتی، ایکل، نیکونوا و مانر^۹ (۲۰۱۸) نشان داد که زوج‌های دارای تعارضات زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی می‌باشند. با افزایش تعارضات در روابط زوجی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، نارضایتی

1. Bayerman, Kleverson

2. marital conflicts

3. Wilson, Andridge, Peng, Bailey, Malarkey

4. Onsy, Amer

5. Frankel, Umemura, Jacobvitz, Hazen

7. Abbas, Aqeel, Abbas, Shafer, Jaffar

7. Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova, Maner

8. early maladaptive schema

9. Orue, Calvete, Padilla

1. Calvete

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین و به خصوص زنان متعارض به کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی^۳ یکی از مداخلات جدید درمانی است که کارآیی آن در تحقیقات پژوهش‌گرانی همچون محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)؛ صفاری‌نیا و عزیزی (۱۳۹۸)؛ عسگری و گودرزی (۱۳۹۷)؛ روحی، جزایری، فاتحی‌زاده و اعتمادی (۱۳۹۶)؛ یوسف‌زاده، طالبی و نشاط‌دوست (۱۳۹۶)؛ بشیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۵)؛ تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵)؛ رنر، دی‌رابیتز، آرنترز، پیترز، لابستال و هایبرز^۴ (۲۰۱۸)؛ نیمادیک، لامبرث و رییس^۵ (۲۰۱۷) و پاک^۶ (۲۰۱۵) نشان داده شده است. طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری بنا شده است (نیمادیک و همکاران، ۲۰۱۷). طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (خاشو، ون‌آلپن، هیجنن-کوهل، کوانس، آمتز و ویدلر^۷، ۲۰۱۹). هدف اولیه طرحواره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). طبق این مدل، افراد در شیوه تجربه هیجان‌ها و مفهوم‌سازی آنها کاملاً متفاوتند و بسته به باورهایی که درباره هیجان‌ها خود دارند، روش‌های متفاوتی برای اقدام انتخاب می‌کنند (پاک، ۲۰۱۵). افرادی که هیجان‌ها منفی زیادی دارند، به بروز کنش‌های شدید در موقعیت‌های نسبتاً اضطراب‌زا یا نامطلوب تمایل دارند (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷).

یکی از متغیرهایی که با بروز تعارضات زناشویی دچار آسیب جدی می‌شود، شفقت به خود افراد است. چرا که بروز تعارضات سبب ایجاد آشفتگی روان‌شناختی و کاهش توجه و مهربانی افراد به خود می‌شود (قرلسفلو، جزایری بهرامی و محمدی، ۱۳۹۵)؛ شفیع و جزایری، ۱۳۹۶)؛ محمودپور، فرحبخش و بلوچ‌زاده، (۱۳۹۷). نف و پومیر^۸ (۲۰۱۲) شفقت با خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل این موارد بیان می‌کند، محبت نسبت به خود^۹ برابر قضاوت نسبت به خود^۴ (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد ونوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی^{۱۰} (مقابل انزوا^{۱۱}) (اعتراف به این که همه انسان‌ها دچار نقص هستند و اشتباه می‌کنند)؛ و ذهن‌آگاهی^{۱۲} (در مقابل همسان‌سازی افراطی^۸) (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شود و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند) ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (جونز، براون، هوستون و برایانت^۹؛ ۲۰۲۱). شفقت به خود به افراد می‌آموزد که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند. بنابراین افراد می‌توانند در گام اول تجربه خود را شناخته و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (وانگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷). در شفقت به خود بر ذهن‌آگاهی تاکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد (گیلبرت^{۱۴}؛ ۲۰۱۴). علاوه بر آن شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه احساسات سخت است (پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زایتسوف^{۱۵}؛ ۲۰۱۹).

¹. Self-compassion

². Neff, Pommier

³. Self-Kindness

⁴. Self-Judgment

⁵. Common Humanity

⁶. Isolation

⁷. Mindfulness

⁸. Over-Identification

⁹. Jones, Brown, Houston, Bryant

¹⁰. Wang

¹¹. Gilbert

¹². Pullmer, Chung, Samson, Bâlanji, Zaitsoff,

¹. Schema Therapy ³

¹. Renner, DeRubeis, Arntz, Pêeters, Lobbstaël, Huibers

¹. Nenadic, Lamberth, Reiss ⁵

¹. Pugh ⁶

¹. Khasho, Van Alphen, Heijnén-Kohl, Ouwens, Arntz, Videler

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زنان دارای تعارضات زناشویی درمان متمرکز بر شفقت^۱ است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است. چنان‌که باتیستا، کانه‌ها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو^۲ (۲۰۱۵) نشان داده اند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی آنها شود. علاوه بر این پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف^۳ (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک^۴ (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوهر-ماول^۵ (۲۰۱۷)؛ تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود^۶ (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین^۷ (۲۰۱۷) در پژوهش خود کارآیی درمان متمرکز بر شفقت را بر استرس، افسردگی و سلامت روان‌شناختی افراد مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند. همچنین کازن، کیدنی، ریچارد، هیکس (۲۰۱۶)؛ الاین و هالینز^۸ (۲۰۱۶)؛ خونساری، تاجری، سرداری‌پور، حاتمی و حسین زاده تقوایی (۱۳۹۸) و زمانی‌مزد، گرافر، داورنیا و بابایی گرمخانی (۱۳۹۷) در نتایج پژوهش خود نشان داده اند که مولفه شفقت و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. علاوه بر این بابایی گرمخانی، کسای، زهراکار و اسدپور (۱۳۹۸)؛ شفیع و جزایری (۱۳۹۶)؛ دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)؛ ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) نیز گزارش کرده‌اند که شفقت و درمان مبتنی بر آن می‌تواند منجر به کاهش مولفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای زوجین شود. درمان متمرکز بر شفقت مستلزم آن می‌باشد که شخص یک آگاهی بی‌طرفانه و عینی از هیجانات خود داشته باشد. به عقیده پژوهشگران شفقت‌ورزی راستین مواجهه (نه اجتناب) با افکار و هیجاناتی است که دردناک می‌باشند (باری، لافین و داکت؛ ۲۰۱۵). همچنین

شفقت‌ورزی، به فعال‌سازی نظام تسکین فرد کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در اشخاص منجر می‌شود (دورکین، بیامونت، مارتین و کارسون؛^۱ ۲۰۱۶؛ گیلبرت؛^۱ ۲۰۱۴). در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد که مطابق با یافته‌های پژوهشگران ذکر شده، درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به عنوان یک سپر حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی باشد. دلیل بهره‌گیری از این درمان در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، آن بود که در درمان مبتنی بر خودشفقتی بر رنج افراد تمرکز می‌شود، این فرایند در حالی است که افراد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نمی‌توانند دل‌بستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آنها به ثبات امنیتی، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. خانواده‌های اصلی آنها معمولاً بی‌ثبات (رهاشدگی، بی‌ثباتی)، بدرفتار (بی‌اعتمادی / بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (محرومیت هیجانی)، طردکننده (نقص و شرم) یا منزوی (انزوای اجتماعی / بیگانگی) هستند. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه بریدگی و طرد قرار می‌گیرد، اغلب بیشترین آسیب را می‌بینند. بسیاری از آنها، دوران کودکی تکان‌دهنده‌ای داشته‌اند. این مفاهیم بیانگر آن است که آنان در رنج بوده و حالات روانی‌شان موجب آشفتگی بیشتر می‌شود؛ بر این اساط درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌توان منجر به کاهش این رنج‌ها شود.

با توجه به آنچه که در مورد طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت ذکر شد، به نظر می‌رسد که تلفیق این دو رویکرد اثرات هم‌افزایی بر بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشته باشد. همچنین با توجه به پیشینه پژوهش‌های فوق، مشخص می‌شود که طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت اثر

¹. *Compassion-focused Therapy*

². *Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso*

³. *Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff*

⁴. *Lathren, Bluth, Park*

⁵. *Bluth, Eisenlohr-Moul*

⁶. *Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood*

⁷. *Wan, Chen, Poon, Teng, Jin*

⁸. *Elaine, Hollins*

⁹. *Barry, Loflin, Doucette*

¹. *Durkin, Beaumont, Martin, Carson*

¹. *Gilbert*

معناداری بر بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی در جوامع آماری گوناگون، داشته است، اما نکته‌ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نپرداخته است. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد بود.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سه ماهه تابستان ۱۳۹۹ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان مورد شناسایی قرار گرفت (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر اصفهان، تعداد ۱۰ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زنان متعارض پخش شد. با شناسایی زنان داوطلب، پرسشنامه تعارض زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده‌اند، انتخاب شد. در گام بعد زنان شناسایی شده توسط ملاک ورود مهم دیگر به پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که در بین زنان دارای تعارضات زناشویی شناسایی شده، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توزیع شد. سپس زنانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۸۷ در جامعه ایرانی). سپس این زنان با استفاده از مصاحبه بالینی

نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفت. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این زنان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت زن، داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن تعارضات زناشویی، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

ابزار

پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ): پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارضات زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارضات زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۵۴، افزایش جلب

ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه شفقت به خود (SCS):^۳ پرسشنامه شفقت به خود

یک مقیاس ۲۶ سوالی است که بوسیله نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت خود ساخته و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس مهربانی نسبت به خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، احساسات مشترک انسانی (۴ گویه)، منزوی‌سازی (۴ گویه)، ذهن‌آگاهی (۴ گویه) و بزرگ‌نمایی (۴ گویه) در اندازه‌های ۵ درجه ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه (نمرات ۱ تا ۵) است و مجموع نمره در شش مقیاس میزان کلی شفقت نسبت به خود را نشان می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده شفقت به خود بیشتر است. پرسشنامه شفقت به خود توسط خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) در ایران هنجاریابی شده است. با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شد و شش عامل بدست آمد. روایی مقیاس کل نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. ضریب همبستگی عامل‌های شش گانه این مقیاس و شفقت خود (مقیاس کل) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (نف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده‌اند. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. هم چنین دو هفته پس از اجرای آزمون از سایر آزمودنی‌ها، بازآزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شد. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزبرگ استفاده شد که ۰/۵۹ به دست آمد. هم چنین روایی افتراقی از طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقت‌ورزی و شخصیت خود شیفته) به دست نیامد که حاکی از روایی افتراقی بالا است. روایی همزمان نیز از طریق اجرای پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک محاسبه شد و

حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۷ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (SQ):^۱ پرسشنامه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل حوزه بریدگی و طرد (۲۵ سؤال)، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (۲۰ سؤال)، حوزه دیگر جهت‌مندی (۱۰ سؤال)، حوزه بازداری و گوش به زنگی بیش از حد (۱۰ سؤال) و حوزه محدودیت‌های مختل (۱۰ سؤال) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیر صحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه نمره کل ندارد و نمرات افراد در ۵ حوزه ذکر شده قابل محاسبه است (یانگ، ۱۹۹۸). در پژوهش والر، میرر و اوهانیان^۲ (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالینی به دست آمد. در ایران صدوقی، آگیلار-وفایی، رسوالزاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) به منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از

^۱ Schema Questionnaire

^۲ Waller, Meyer, Ohanian

^۳ Self-Compassion Scale (SCS)

مسائل تحقیق که در مراحل قبلی علی‌الخصوص در مرحله همجواری که محقق اجمالاً از آن گذشته بود، دقیقاً با توجه به جزئیات در زمینه تشابهات و تفاوت‌ها، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته و الگوی درمانی تدوین شد. پس از تدوین الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از روش ۴ مرحله‌ای تطبیقی مقایسه‌ای بردی، این بسته به پنج متخصص حوزه خانواده درمانی ارائه و از آنها درخواست شد با مطالعه و اظهار نظر راجع به ساختار فرآیند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته تلفیقی در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفت، به رفع اشکالات احتمالی این بسته یاری رسانند. علاوه بر این در این مرحله لازم بود یک فرم اظهار نظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرآیند این بسته تلفیقی در اختیار آنها قرار گرفت. سپس با بررسی نظرات تخصصی پنج متخصص و اعمال نظرات اصلاحی آنها درباره الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بسته نهایی درمان آماده شد. در گام نهایی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به پنج متخصص همراه با فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرآیند، ساختار و محتوای بسته درمانی تلفیقی مجدداً ارائه داده شد. در این مرحله در صورتی که همچنان متخصصان نظرات اصلاحی داشتند به صورت موردی در بسته درمانی تلفیقی اعمال شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، تحلیل رگرسیون جهت بررسی شیب خط رگرسیون، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

نتایج حاکی از روایی همزمان خوب بود. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری، زنان انتخاب شده (۳۰ زن متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). گروه آزمایش الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت را در ۱۰ جلسه طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. شرح تدوین الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت نیز با استفاده از روش تحلیل-تطبیقی منطبق بر روش تطبیقی مقایسه‌ای بردی به این شرح بود: اولین مرحله تدوین الگوی درمانی با روش تطبیقی مقایسه‌ای بردی مرحله توصیف بود. در این مرحله پژوهنده به توصیف نمودها و پدیده‌های مورد تحقیق بر اساس شواهد و اطلاعاتی که از منابع مختلف چه از طریق مشاهده مستقیم و یا مطالعه اسناد و گزارشات دیگران به دست آورده است پرداخت. مرحله دوم تفسیر بود. این مرحله شامل بررسی اطلاعاتی بود که در مرحله اول پژوهشگر به توصیف آن پرداخته بود. تحلیل اطلاعات به اعتقاد بردی بایستی مبتنی بر اصول و شیوه مرسوم در علوم اجتماعی و روان‌شناسی باشد. طبق روش بردی در این مرحله اطلاعاتی که در مرحله توصیف جمع‌آوری شده است مورد تفسیر و واری‌سازی قرار گرفت. مرحله سوم مرحله همجواری بود. طی این مرحله اطلاعاتی که از مرحله اول به دست آمده طبقه‌بندی شد و در کنار هم قرار گرفت و چهارچوبی فراهم شد که راه را برای مرحله بعدی، یعنی مقایسه تشابهات و تفاوت‌ها هموار می‌ساخت. در این مرحله محقق توانست به فرضیه تحقیقی خود دست یابد. مرحله آخر مرحله مقایسه بود. در این مرحله

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۱۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۱۶/۶۷ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر معادل ۱۶/۶۷ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۲۰ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیر شفقت به خود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد شفقت به خود

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
گروه آزمایش	۴۹/۴۶	۷/۵۴	۵۹/۸۶	۸/۸۵
گروه گواه	۴۸/۶۶	۸/۳۱	۴۶/۷۳	۷/۹۹

نتایج جدول توصیفی حاکی از آن است که میزان شفقت به خود زنان حاضر در گروه آزمایش کاهش یافته است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیر شفقت به خود پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0/05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر شفقت به خود در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیر شفقت به خود معنادار نبوده است.

($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر شفقت به خود برقرار بوده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس اثر الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد

منبع تغییر	مجموع	درجه	میانگین مقدار F		اندازه توان
			مجدورات آزادی	مجدورات اثر	
اثر پیش‌آزمون	۸۳۰/۳۱	۱	۸۳۰/۳۱	۱۹/۲۸	۰/۴۱
اثر متغیر مستقل	۱۱۸۴/۵۷	۱	۱۱۸۴/۵۷	۲۷/۵۱	۰/۵۱
خطا	۱۱۶۲/۳۵	۲۷	۴۳/۰۵		
کل	۸۸۵۱۳	۳۰			

با توجه به نتایج جدول ۳، ارائه متغیر مستقل (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیر وابسته (شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد با ارائه الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که این الگوی درمانی توانسته منجر به افزایش شفقت به خود زنان شود. میزان تاثیر درمان حاضر بر شفقت به خود زنان ۰/۵۱ بوده است. این بدان معناست که ۵۱ درصد تغییرات متغیر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد توسط ارائه متغیر مستقل (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به خود در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه

بریدگی و طرد انجام گرفت. نتایج نشان داد که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر دارد. چنان که این درمان توانسته منجر به افزایش شفقت به خود زنان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، با یافته عسگری و گودرزی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق؛ با نتایج پژوهش روحی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثر رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی؛ و با گزارشات تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل همسو بود. علاوه بر این زمانی مزد (۱۳۹۷) نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک موثر است. همچنین دشت‌بزرگی، (۱۳۹۶) و بابایی گرمخانی و همکاران (۱۳۹۶) گزارش کرده‌اند که مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی، تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی موثر است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد می‌توان بیان نمود که طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (روحی و همکاران، ۱۳۹۶) فرصتی را فراهم می‌سازد تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دست از ارزیابی منفی و اجتناب کشیده و بجای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و

روان‌شناختی، منجر به بهبود قدرت حل مساله در زنان شود. این روند سبب می‌شود تا زنان دارای تعارضات زناشویی، با بهره‌گیری حل مساله مبادرت به حل مشکلات زناشویی نموده و از این طریق، دلزدگی زناشویی آنان کاهش و میزان شفقت به خود در آنان افزایش یابد. همچنین می‌توان بیان نمود رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آنها مفید است. بر همین اساس طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و تشکیل کمال‌گرایی مفرط منجر شده است، بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود تا زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند با بهبود و تلطیف نگرش خود، به میزان شفقت به خود خود بیفزایند. این در حالی است که در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌بایست به نقش درمان متمرکز بر شفقت نیز اشاره نمود. خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن، همراه با ذهن‌آگاهی تأکید دارد (لاترن و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی نیز سبب می‌شود تا زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نسبت به پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی خود آگاهی یافته و با نظاره‌گر بودن افکار، از هم‌درآمیزی با آنها بپرهیزند. این فرایند سبب می‌شود تا زنان افکار مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نیز فقط به عنوان فکر در نظر گیرند؛ بدون آنکه با این افکار درآمیخته شوند. بنابراین نقش این طرحواره‌ها در ایجاد مشکلات زناشویی کاهش یافته و بر این اساس شفقت به خود زنان نیز افزایش می‌یابد. علاوه بر این شفقت سبب برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود شده و فرد را نسبت به برخورد مهربانانه با خود و دیگران تشویق می‌کند (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس می‌توان اظهار کرد درمان

متمرکز بر شفقت سبب می‌شود تا زنان حاضر در پژوهش از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردار شده، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمند گشته و به شکل مطلوب‌تری بتوانند ادراکات منفی و آزاردهنده را در فرایندهای پردازشی شناختی و هیجانی خود کاهش دهند. بر حسب این روند، نیز می‌توان افزایش در شفقت به خود زنان حاضر در پژوهش را تبیین نمود. محدود بودن دامنه تحقیق به زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند علل تعارضات زناشویی زنان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان، کنترل عوامل ذکر شده، روش نمونه‌گیری تصادفی و با اجرای مرحله پیگیری اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های

منابع

- اصغری، ف.، صادقی، ع.، زارع خاکدوست، س.، و انتظاری، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار با تعارضات زناشویی و بی‌ثباتی زناشویی در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی، مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۱۱(۱): ۴۶-۵۸.
- ایزدی، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خودقضاوتی، روان پرستاری، ۵(۲): ۱۵-۲۲.
- آرین‌فر، ن.، و پورشهریاری، م. (۱۳۹۶). مدل معادلات ساختاری پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و متغیر میانجی سبک‌های عشق‌ورزی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲۹(۱): ۳۷-۲۴.
- بابایی گرمخانی، م.، کسایی، ع.، زهراکار، ک.، و اسدپور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۹(۲): ۹۲-۷۳.
- بشیری، ط.، گل محمدیان، م.، و حجت‌خواه، س.م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۷): ۱۷۱-۱۸۸.
- تقی‌یار، ز.، پهلوان‌زاده، ف.، و سماوی، س.ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، زن و مطالعات خانواده، ۹(۳۴): ۴۹-۶۳.
- چهرآبوالحسنی، م.، و هنرپروران، ن. (۱۳۹۶). تبیین رابطه تعارضات زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نگرش به روابط فرا زناشویی در زوجین، اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد و حسابداری و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- حسروی، ص.، صادقی، م.، یابنده، م.ر. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS)، روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۴(۱۳): ۴۷-۵۹.

دیگر کارآیی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر شفقت به خود در دیگر جامعه‌های آماری همچون زنان مطلقه، زوجین دارای تعارضات زناشویی، زوجین نابارور و .. نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود الگوی درمانی حاضر طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمان‌گران حوزه خانواده در سطح مراکز مشاوره سطح شهر و دادگستری‌ها ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری این الگوی درمانی برای زنان متعارض، جهت افزایش شفقت به خود آنان گامی عملی برداشته باشند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی فرناز عمادی‌فر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد بود. بدین وسیله از تمام رزنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

- خونساری، م.، تاجری، ب.، سرداری پور، م.، حاتمی، م.، و حسین‌زاده تقوایی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۳): ۱۷-۲۷.
- دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۶). تاثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۸(۴): ۷۹-۷۲.
- روحی، ع.، جزایری، ر.، فاتحی‌زاده، م.، و اعتمادی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۲۹): ۱۳۵-۱۵۹.
- زمانی مزد، ر.، گرافر، ا.، داورنیا، ر.، و بابایی گرمخانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. مجله تصویر سلامت، ۹(۴): ۲۴۳-۲۳۳.
- شفیعی، ز.، جزایری، ر. (۱۳۹۶). پیش‌بینی شادمانی زناشویی بر اساس شفقت به خود و شکفتگی در زنان متأهل، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۳): ۵۶-۶۴.
- صدوقی، ز.، آگیلار-وفایی، م.، رسوول‌زاده طباطبایی، س.ک.، و اصفهانیان، ن. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲): ۲۱۹-۲۱۴.
- صدیقی، س.ر.، و جعفری، ا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین جوان، دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- صفاری‌نیا، م.، و عزیزی، ز. (۱۳۹۸). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان، مطالعات روان‌شناختی، ۱۵(۱): ۱۴۷-۱۶۳.
- عسگری، ا.، و گودرزی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق، مطالعات ناتوانی، ۸(۱): ۳۵-۲۳.
- فتوحی، س.، میکاییلی، ن.، عطادخت، ا.، و حاجلو، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دلزدگی زناشویی در همسران دارای تعارض، ۱۲(۳۹): ۶۴-۴۵.
- قرلسفلو، م.، جزایری، ر.، بهرامی، ف.، محمدی، ر. (۱۳۹۵). رابطه سلامت خانواده اصلی و شفقت خود با تعهد زناشویی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۳۹): ۱۴۸-۱۳۷.
- محمدی، ح.، سپهری شاملو، ز.، و اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۵۱): ۳۶-۲۷.
- محمودپور، ع.، فرحبخش، ک.، بلوچ‌زاده، ا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تعهد زناشویی زنان بر اساس شیوه‌های دل‌بستگی، خودشفقتی و تحمل پریشانی، دوفصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱۸(۱): ۸۴-۶۵.
- مقتدر، ل.، و حلاج، ل. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی هیجانی و شادکامی در زنان با و بدون تعارضات زناشویی، مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۲(۲): ۱۴۵-۱۳۸.
- یوسف‌زاده، م.، طالبی، ه.، و نشاط دوست، ح.ط. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۷(۲): ۶۹-۸۱.
- Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaheer, B., Jaffar, A., Sundas, J., Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affective Disorders*, 244: 231-238.
- Barry, C.T., Loflin, D.C., Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77: 118-123.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30: 28-32.
- Bayerman, S., Kleveron, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2 (11): 223-232.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*. 57: 108-118.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 37(4): 735-746.

- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C.J.H., Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46: 109-114.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Frankel, L.A., Umemura, T., Jacobvitz, D., Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40: 73-83.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1):6-41 .
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41 .
- Jones, K.M., Brown, L., Houston, E.E., Bryant, C. (2021). The role of self-compassion in the relationship between hot flushes and night sweats and anxiety. *Maturitas*, 144, 81-86.
- Khasho, D.A., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14: 321-330.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143: 36-41.
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, L., Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105: 22-27.
- Neff KD, Pommier E. (2012). The Relationship between Self-compassion and Other focused Concern among College Under graduates, Community Adults, and Practicing Mediators. *Self and Identity*, 1-17.
- Nenadic, I., Lamberth, S., Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140: 470-475.
- Orue, I., Calvete, E., Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8): 1281-1291.
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hammer, L.B., Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4): 361-86.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39: 30-41.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58: 97-105.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10): 1540-1541.
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2): 137-147.
- Wang X, Chen Z, Poon K, Teng F, Jin S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 106: 329-333.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*. 106: 329-333.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85: 6-13.
- Young, J.E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.

*Original Article***Efficiency of Therapeutic Model Based on Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy on the Self-Compassion in Conflicting Women with Early Maladaptive Schemas Related to Disconnection and Rejection Domain**

Received: 16/12/2020 - Accepted: 02/06/2021

Farnaz Emadifar¹
 Mohammad Hosein Fallah
 Ayakhdani^{2*}
 Saeid Vaziri Yazdi³
 Zahra Chaboki Nejad⁴

¹ PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

² Associate Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

³ Faculty member, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

⁴ Member of Psychology and Counseling Department, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.

Email: fallahyaazd@iauyazd.ac.ir

Abstract

Introduction: Marital conflicts cause psychological damage to couples by destroying their relationships. according to this the present study was conducted with the purpose of investigating the efficiency of therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy on the self-compassion in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain.

Method: The present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the present study included conflicting women with early maladaptive schemata related to disconnection and rejection domain who attended consultation centers in the city of Isfahan in the summer of 2020. 30 women were selected through non-random purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups. The experimental group received therapeutic model intervention based on therapeutic schema and compassion-focused therapy (10 sessions) during two-and-half months. The applied questionnaires in the current study include marital conflict, early maladaptive schemas questionnaire, self-compassion questionnaire. The data from the study were analyzed through ANCOVA method via SPSS23 statistical software.

Results: The results showed that the therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy has effect on the self-compassion in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain ($p < 0.0001$) such that this therapy led to the increase of the women's self-compassion (0.51).

Conclusion: According to the findings of the present study, therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy can be used as an efficient therapy to increase self-compassion in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain through employing the concepts of therapeutic schema and compassion-based therapy.

Keywords: Therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy, self-compassion, early maladaptive schemas, conflicting women

conflict of interest: There is no conflict of interest.