

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر

Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental Health in Women after Betrayal

Firozeh Najari

Ph.D Student. Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Dr. Mojgan Niknam*

Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. nicknam.mojgan@gmail.com

Dr. Farideh Dokaneifard

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

فیروزه نجاری

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر مژگان نیکنام (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

دکتر فریده دوکانه‌ای فرد

دانشیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on mental health in women affected by betrayal. The current study was practical and semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population included all women affected by the betrayal of their husbands in Tehran in 2022-2023 who were referred to counseling centers. 60 people were selected by the available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. All of them completed the General Health Questionnaire (GHQ) of Goldberg and Hiller (1979) in three phases: pre-test, post-test, and follow-up, and the experimental groups received schema therapy interventions and acceptance and commitment-based therapy. After collecting the data, the data was analyzed using the variance analysis method of repeated measurements. The results showed that in the post-test and follow-up phase, there is a significant difference between the schema therapy and acceptance and commitment-based therapy groups with the control group in the mental health variable ($P<0.05$) and the therapeutic interventions improved the mental health of betrayed women. This was despite the fact that there was no significant difference between the two groups of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in any of the post-test and follow-up stages ($P<0.05$). Therefore, it can be said that the methods of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment were effective on mental health in women after betrayal.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Betrayal, Mental Health, Schema Therapy, Women.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر بود. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که به مراکز مشاوره مراجعه کردند. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. همه آن‌ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبیرگ و هیلر (۱۹۷۹) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند و گروه‌های آزمایش مداخلات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در متغیر سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0.05$) و مداخلات درمانی باعث ارتقای سلامت روان زنان خیانت‌دیده شدند. این در حالی بود که بین دو گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچ‌کدام از مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0.05$). بنابراین می‌توان گفت روش‌های طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر اثربخش بودند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خیانت، سلامت روان، طرحواره‌درمانی، زنان.

مقدمه

خانواده نخستین و مهم‌ترین عامل جامعه‌پذیری افراد و حلقه اتصال و انسجام فرهنگ و نظم اجتماعی و در واقع نهادی است که مسئولیت سامان بخشیدن به سلامت اخلاقی جامعه را بر عهده دارد (الیاسی و همکاران، ۱۳۹۹). از سویی به نظر می‌رسد که خانواده ایرانی با چالش‌های بسیار روبروست. تغییر تنش و جایگاه زنان، افزایش میزان طلاق، کاهش میزان ازدواج، تغییر نگاه به نقش همسر، مرکزیت تصمیم‌گیری خانواده در جامعه که به مجموعه‌ای از نقش‌های متعارض انجامیده است، وضعیت تعارضی حوزه مطالعات در ایران را به طرح فروپاشی خانواده، روابط فرازنashوی، مضيقه ازدواج و طلاق کشانیده است. توجه به دوام یا فروپاشی خانواده به دلیل نفوذ مدرنیته در جامعه ایران، دل نگرانی‌هایی را برای کارشناسان در حوزه خانواده در ایران بوجود آورده است و مهم‌ترین دلیل این دل نگرانی، تحولات و دگرگونی‌های فراوانی است که به مرور تقریباً در تمامی ابعاد و زوایای ساختی-کارکردی خانواده به وجود آمده است (یوسفی افراسته و حیاتی، ۱۴۰۰). می‌توان گفت روابط خوب و باشیات در خانواده تأثیرات مثبت گسترده‌ای بر استرس، تنظیم هیجانی، سلامت جسمی و روانی و امید به زندگی افراد دارد (جنارا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از مهم‌ترین عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند خیانت زناشوی است (فیف^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). خیانت زناشوی از دید درمانگران بیشتر بر مفهوم پیمان‌شکنی در روابط زناشویی، تنواع طلبی در روابط جنسی یا خیانت عاطفی تأکید دارد که می‌تواند در دنیای مجازی هم معنا پیدا کند که از آن تحت عنوان خیانت زناشویی آنلاین یاد می‌شود (وسلر و مولر^۳، ۲۰۲۰). همچنین خیانت زناشویی کلیه رفتارهای جنسی و غیرجنسی یک فرد متاهل با جنس مخالف، خارج از چارچوب و قواعد خانواده است و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد (کولوسی و فالک^۴، ۲۰۱۹). عوامل متعددی تحت تأثیر خیانت زناشویی قرار دارند.

سلامت‌روان به عنوان یکی از سازه‌های اساسی، تحت تأثیر خیانت زناشویی قرار دارد که این امر به میزان چشمگیری در کیفیت زندگی زوج آسیب‌دیده مؤثر است (لthonهارت^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب، افسردگی، تکانشگری، حالت‌های شبه سایکوز و انتقام در زوجین آسیب‌دیده به وقوع می‌پیوندد. از سویی عواقب این حالت‌های هیجانی- خلقی تا مدت‌های زیادی پابرجاست و گاه‌آماً اقدام به خودکشی در زوج آسیب‌دیده مشاهده می‌شود (باریارو^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). از نظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷)، سلامت افراد به حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی گفته می‌شود که بین این سه بعد تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. همچنین بیان شده است که سلامتی یک مفهوم چندبعدی است که علاوه‌بر بیمار نبودن، احساس شادکامی و رضایت از زندگی را در بر می‌گیرد. اغلب روانشناسان و محققان بحث‌هایی مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوی سنتی سلامتی صورت گرفته، گرچه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً بیماری) فراهم ساخته، کافی نیست. الگوی جدید سلامت به طور عمده بر ویژگی‌های منفی تأکید دارد و در آن‌ها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت با مشکلات بدنی (درد و خستگی)، مشکلات روانی (افسردگی و اضطراب) و مشکلات اجتماعی (مشکلات زناشویی) سر و کار دارد (مک‌کارتی^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات متعدد نشان از آن دارد که زوجینی که مورد خیانت واقع شدند، دچار انزوا، افسردگی، اضطراب می‌شوند و به صورت کلی مشکلاتی در سلامت جسمی و روانی دارند (شروع و ویگل^۸، ۲۰۱۸).

شواهد پژوهشی نتایج ضد و نقیضی را در خصوص اثربخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان خیانت‌دیده نشان داده‌اند که مقایسه این دو رویکرد در قالب یک پژوهش مغفول مانده است و در این پژوهش سعی در پرداختن به این مورد شد تا مشخص شود که این دو رویکرد چه تفاوت‌هایی دارند. لذا در ادامه این دو رویکرد مورد بررسی قرار گرفته و به پژوهش‌هایی چند در خصوص اثربخشی آن‌ها اشاره می‌شود. یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد طرحواره درمانی^۹ است.

1. Gennara
2. Fife
3. Vossler & Moller
4. Colossi & Falcke
5. Leonhardt
6. Barbaro
7. McCartney
8. Shroud & Weigel
9. Schema therapy

طرحواره‌ها چارچوب‌های ذهنی هستند که نشان‌دهنده دانش و مفروضات افراد درباره جهان می‌باشد (جانووسکی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان باورهای که ریشه در ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی دارد و عامل آسیب‌پذیر بالقوه‌ای در بروز بسیاری از مشکلات زناشویی، اختلالات روانپردازی همچون اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود (چن^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). می‌توان گفت طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند مانند درمان شناختی-رفتاری، روان‌تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی حاصل شده است (پوزا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داد که طرحواره درمانی بر سلامت روان اثربخش است. سنگانی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که طرحواره درمانی به طور معنی داری باعث ارتقای سلامت روانی و کاهش نشخوارفکری و احساس تنها‌ی اجتماعی و عاطفی زنان مطلقه شد. همچنین شخمگر (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر مولفه‌های سلامت روان تفاوت وجود دارد. همچنین بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ سلامت روان تفاوت معنی داری وجود دارد که نشان از اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن بود.

یکی دیگر از رویکردهای جدید در حوزه حل مشکلات زوجین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ یا همان اکت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباطی را به زوجین آموزش می‌دهد (کوینلان^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان پذیرش و تعهد یک شکل از درمان موج سوم است که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است و هدف آن شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (مک‌کلوره^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی در درمان پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (ورنر^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). ژانگ و همکاران^۸ (۲۰۱۸) اذعان می‌دارند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتواه تفکرات و عواطف تأکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود داشته و بر آن متعهد باشند. شواهد پژوهشی نشان از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان است. رحمانی سامانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند تفاوت معنی دار میان میانگین‌های پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه بود، بدین معنی که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان کیفیت زندگی و سلامت روان مردان خیانت دیده را بهبود می‌بخشد. نتیجه این پژوهش حاکی از کارایی این روش درمان شناختی رفتاری است. همچنین عازمی زینال و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی بیان کرده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در بیماران همودیالیزی اثربخش می‌باشد. غفوریان و حسن‌آبادی (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کنترل فکر و همچنین باورهای فراشناختی زنان تجربه کننده خیانت زناشویی شد. نتایج پژوهش واین^۹ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح استرس و افزایش سلامت عمومی می‌شود.

با توجه به آنچه گفته شد، خیانت زناشویی به عنوان مساله‌ای فراگیر که سایر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد مطرح است. در این زمینه، درباره افزایش عملکرد مطلوب زوجین، دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش دو رویکرد اکت و طرحواره‌درمانی مورد بررسی قرار گرفتند. در پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص موضوع پژوهش حاضر، به صورت مجزا به بررسی اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر طرحواره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت‌زنادی و گرایش به روابط فرازناشویی پرداخته شده اما در این پژوهش به صورت یک جا به بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر طرحواره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان زنان بعد از خیانت همسر پرداخته شد. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر بود.

1. Janovsky
 2. Chen
 3. Pozza
 4. acceptance and commitment
 5. Quinlan
 6. McClure
 7. Werner
 8. Zhang
 9. Wynne

روش

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دوماهه بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ شهر تهران بودند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ خانم بوده (دلیل انتخاب ۶۰ نفر بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه ۳ G Power) و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = 0.40 ؛ ضریب آلفا = 0.05 ؛ توان آزمون = 0.95 ؛ بود) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروههای آزمایش و گواه گمارده شدند. بدین صورت که از بین زنان خیانت‌دیده که ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، داشتن رضایت در آگاهانه از مشارکت در پژوهش، آسیب‌دیده از خیانت همسر، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، توانایی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، عدم ابتلا به بیماری روانی مانند افسردگی، اسکیزوفرنی و ...)، داشتن بیماری جسمی و یا تحت مراقبت دارویی بودن) و خروج (غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمتربقه در زندگی افراد، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر) به پژوهش را داشتند، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و در سه گروه طرحواره‌درمانی (۲۰ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. نحوه اجرا به این صورت بود که پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و پروتکل طرحواره‌درمانی در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته (هفت‌های ۲ جلسه) برگزار شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر مد نظر قرار داد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS^{۱۹} استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ): گلدبگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرند کردن اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده است. این ابزار داری ۲۸ آیتم است که وضعیت سلامت افراد را در ۴ مؤلفه افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی مورد سنجش قرار می‌دهد. هر کدام از این مؤلفه‌ها داری ۷ گویه می‌باشد. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار خرده مقیاس فرعی به دست می‌آید. همچنین نمره کلی وضعیت سلامت فرد از حاصل جمع هر ۴ خرده مقیاس بدست می‌آید. از این رونمehr بالاتر از ۶ در مقیاس فرعی و بالاتر از ۲۲ در کل پرسشنامه بیانگر اختلال در سلامت است؛ به عبارت دیگر در این پرسشنامه نمره پایین‌تر حاکی از بهداشت عمومی و یا روان بهتر است و به هر یک از حیطه‌های چهارگانه این پرسشنامه یک نمره و به کل آن نیز یک نمره تعلق می‌گیرد. نمره‌گزاری پرسشنامه بر روی یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای = هیچ، ۱ = خفیف، ۲ = متوسط و ۳ = شدید قرار دارد. گلدبگ و ماری (۱۹۸۸) روایی محتوای این پرسشنامه را $CVR=0.77$ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ $\alpha=0.80$ گزارش کرده‌اند. تقوی (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه را به روش تحلیل عاملی انجام و ساختار ۴ عاملی آن را در نمونه ایرانی تأیید کرده است. همچنین پایایی این ابزار را در دانشجویان دانشگاه شیراز مورد بررسی قرار داد و این میزان را به روش آلفای کرونباخ $\alpha=0.90$ ، بازآزمایی با فاصله ۴ هفته $\alpha=0.70$ و تصنیفی $\alpha=0.93$ گزارش کرده است. میزان پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ $\alpha=0.66$ بدست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیر با اقتباس از ولر و سورل^۳ (۲۰۰۷) ترجمه مسگریان، (۱۳۹۱) بوده که در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته ۱ جلسه در طی یکماه به شرکت کنندگان عرضه شد. محتوای جلسات به شرح زیر خواهد بود.

1. general health questionnaire

2. Goldberg & Hiller

3. Vowles & Sworel

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	شرح
اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	۱. فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند. ۲. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	۱. ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته از طریق استعارة و پرسش از مراجعن، ۲. تمرین ذهن آگاهی
سوم	ارزش‌ها	۱. پذیرش، ۲. ارزش‌ها، ۳. تکلیف
چهارم	شفافسازی ارزش‌ها و اهداف	۱. شفافسازی ارزش‌ها، ۲. بررسی موانع، ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن - آگاهی «اسکن بدن»، ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	گستاخی	۱. مرور تکالیف، ۲. گستاخی از تهدیدهای زبان، ۳. ذهن آگاهی، ۴. تکلیف
ششم	عمل متعهدانه	۱. مرور درمان، ۲. عمل متعهدانه، ۳. ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری، ۴. تکالیف
هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه، ۲. تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، ۳. ذهن آگاهی در پیاده‌روی، ۴. تکالیف
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری	۱. شفافسازی ارزش‌ها، ۲. عود و پیشامدها، آمادگی نه پیشگیری، ۳. خداخافلی، ۴. تکلیف مادام عمر.

پروتکل طرحواره درمانی: پس از اجرای آزمون‌های پژوهش و معیارهای ورود و برگزاری جلسات توجیهی و جلب رضایت آگاهانه افراد، جلسات خط پایه برای آزمودنی‌ها برگزار شد. پروتکل طرحواره درمانی زیر بر اساس نظریه جفری یانگ^۱ (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۴) بوده که در قالب ۱۰ جلسه به شرکت کنندگان عرضه شد. محتوای جلسات به شرح زیر خواهد بود.

جدول ۲: خلاصه پروتکل طرحواره درمانی

جلسه	محتواهای جلسه
اول	معارفه و آشنایی و ارائه قواعد گروهی، ایجاد روابط دوستانه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی، بیان مشکلات مراجعن در قالب طرحواره درمانی مورد بررسی قرار گرفت.
دوم	شواهد عینی تأکیدکننده یا ردکننده طرحواره بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
سوم	تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزايا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
چهارم	مفهوم بزرگ‌سال سالم در ذهن فرد تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راه‌کارهای بیرون ریختن عواطف بلوک شده آموزش داده شد.
پنجم	در این جلسه برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
ششم	تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده شد.
هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.
هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفاده نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راه‌کارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
دهم	مطلوب جلسات قبل به صورت اجمالی مورو و راه‌کارهای یاد گرفته شده تمرین شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ خانم خیانتدیده حضور داشتند که میانگین و انحراف معیار سن برای گروه طرحواره درمانی $10/29 \pm 35/80$ و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $9/06 \pm 35/35$ ، برای گروه گواه $8/96 \pm 35/35$ و برای کل نمونه $9/30 \pm 35/83$ بود. همچنین در این

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر
Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental ...

پژوهش تعداد ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم (۵ نفر گروه گواه و ۴ نفر گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۴۱ نفر (۶۸/۳٪) دارای مدرک فوق دیپلم و لیسانس (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد) بودند و ۵ نفر (۸/۳٪) دارای مدرک ارشد و بالاتر (۲ نفر گروه گواه، ۲ نفر گروه طرحواره درمانی و ۱ نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بودند. افزون بر آن در این پژوهش ۳۵ نفر (۵۸/۳٪) از زنان شاغل و ۲۵ نفر (۴۱/۷٪) غیر شاغل بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار \pm میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار \pm میانگین)	پیگیری (انحراف معیار \pm میانگین)
علائم	طرحواره درمانی	۱۵±۱/۹۷	۹/۱۵±۳/۶۶	۹/۶۰±۳/۷۲
جسمانی	پذیرش و تعهد	۱۵/۲۰±۲/۰۹	۸/۴۰±۳/۴۷	۸/۸۵±۳/۰۱
گواه	گواه	۱۵/۳۰±۲/۳۶	۱۴/۶۰±۲/۰۹	۱۴/۹۵±۱/۶۴
اضطراب	طرحواره درمانی	۱۴/۷۵±۲/۴۰	۹/۰۸±۲/۶۶	۹/۴۵±۲/۱۴
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۱۴/۵۰±۳/۲۸	۸/۵۵±۱/۹۶	۹/۲۰±۲/۱۴
گواه	گواه	۱۴/۳۰±۱/۸۹	۱۳/۹۵±۱/۴۷	۱۴/۲۵±۱/۷۷
کارکرد	طرحواره درمانی	۱۳/۶۵±۲/۳۰	۹/۰۵±۱/۸۵	۹/۴۵±۲/۵۲
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۱۳/۴۰±۲/۵۶	۸/۷۵±۲/۴۲	۹/۱۰±۳/۶۵
اجتماعی	گواه	۱۳/۵۰±۲/۳۰	۱۳/۱۰±۲/۰۷	۱۳/۲۰±۱/۵۴
طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	۱۴/۴۰±۹/۱۰	۹/۰۲±۲/۱۹	۹/۷۵±۳/۴۶
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۱۴/۴۵±۳/۰۳	۸/۸۰±۳/۵۳	۹/۲۵±۳/۷۴
افسردگی	گواه	۱۴/۶۵±۳/۳۹	۱۴/۲۵±۲/۱۰	۱۴/۵۵±۲/۵۶

بر اساس نتایج جدول فوق می‌توان گفت که در همه مؤلفه‌های سلامت روانی میانگین گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبلاً از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپiro-Wilkz مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($F=۱/۶۶$, $P=۰/۰۰۲$, $M=۳۰/۸$). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ($F=۱/۵۳$, $P=۰/۰۰۲$). موجلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر نقص در علائم جسمانی ($p=۰/۹۷۲$ و $W=۰/۶۸۱$)، پذیرش و تعهد ($p=۰/۰۰۰۱$)، نقص در کارکرد اجتماعی ($p=۰/۰۲۳$ و $W=۰/۸۷۴$) و افسردگی ($p=۰/۰۰۰۱$ و $W=۰/۵۳۳$) برقرار نبود. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطای مختلف زمان در مراحل مختلف آزمایش از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای متغیر علائم جسمانی در مرحله پیش‌آزمون ($p=۰/۰۴۲۲$ و $W=۰/۸۷۷$)، پیگیری اضطراب ($p=۰/۰۱۶۴$ و $W=۰/۶۸۱$), پیش‌آزمون ($p=۰/۰۷۱۴$ و $W=۰/۳۳۹$)، پیش‌آزمون ($p=۰/۰۲۹۰$ و $W=۰/۳۸۶$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیگیری اضطراب ($p=۰/۰۸۶۷$ و $W=۰/۰۱۱$), پیش‌آزمون ($p=۰/۰۲۷$ و $W=۰/۰۸۴۵$) و پیش‌آزمون ($p=۰/۰۰۲۷$ و $W=۰/۰۸۴۵$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیگیری علائم جسمانی ($p=۰/۰۲۷$ و $W=۰/۰۳۸$), پیش‌آزمون ($p=۰/۰۹۵۳$ و $W=۰/۰۰۴۸$) و پیش‌آزمون ($p=۰/۰۹۶$ و $W=۰/۰۴۳۸$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیگیری افسردگی ($p=۰/۰۴۹۶$ و $W=۰/۰۷۱۰$) و پیش‌آزمون ($p=۰/۰۹۵۳$ و $W=۰/۰۰۴۸$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیگیری علائم جسمانی ($p=۰/۰۲۷$ و $W=۰/۰۳۳۲$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیگیری افسردگی ($p=۰/۰۳/۸۴۴$ و $W=۰/۰۰۰۴$) نقص در کارکرد اجتماعی، پیش‌آزمون ($p=۰/۰۱۹۳$ و $W=۰/۰۱۹۳$) برقرار نبود. از این رو با توجه به عدم برقراری برخی از مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر می‌توان مفروضات را پذیرفت و برای مقایسه‌ها از اندازه اثر پیلایی و مقادیر تصحیح شده هوین فلت استفاده نمود. در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های سلامت روان در سه گروه

آزمون	منبع	F	Df فرضیه	Df خطای استاندارد	Sig	مجذور اتا
بین‌آزمودنی	گروه	۶/۶۷۶	۸	۱۱۰	.۰/۰۰۰۱	.۰/۳۲۷
درون	زمان	۰/۷۶۵	۸	۵۰	.۰/۰۰۰۱	.۰/۷۶۵
آزمودنی	زمان * گروه	۰/۵۶۱	۱۶	۱۰۲	.۰/۰۰۳	.۰/۲۸۰

نتایج ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهد با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری، اثر بین‌گروهی گروه ($F=6/676$, $p=.0/0001$) و F_{01} (اثر پیلای) و درون‌گروهی زمان ($F=.0/765$, $p=.0/0001$) و F_{05} (اثر پیلای) و تعامل زمان و گروه ($F=.0/003$, $p=.0/0003$) معنی‌دار می‌باشد. پس از بررسی نتایج فوق، اثر تعامل نیز با آزمون‌های پیگیری تک‌متغیری بررسی شد که نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تک‌متغیری هوین‌فلت در مورد اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه برای مؤلفه‌های سلامت روان در سه گروه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
علائم جسمانی	زمان	۳۷۶/۱۴۴	۲	۱۸۸/۰۷۲	۲۳/۴۳۳	.۰/۰۰۰۱	.۰/۲۹۱
اضطراب	زمان * گروه	۱۳۲/۲۲۲	۴	۳۳/۰۵۶	۴/۱۱۹	.۰/۰۰۰۴	.۰/۱۲۶
نقص در کارکرد	زمان	۲۸۵/۷۰۰	۱/۶۰۴	۱۷۸/۱۰۴	۲۲/۹۹۶	.۰/۰۰۰۱	.۰/۲۸۷
اجتماعی	زمان * گروه	۲۱۷/۳۷۸	۳/۲۰۸	۳۷/۶۵۳	۴/۸۶۲	.۰/۰۰۳	.۰/۱۴۶
افسردگی	زمان	۷۸/۴۲۲	۱/۸۹۳	۱۱۴/۰۸۰۳	۲۱/۱۳۷	.۰/۰۰۰۱	.۰/۲۷۱
تعقیبی بونفرونی	زمان * گروه	۳۱۸/۷۴۴	۳/۴۳۵	۲۲۲/۱۹۳	۲۲/۷۶۷	.۰/۰۰۰۱	.۰/۲۸۵
	زمان * گروه	۱۳۱/۲۲۲	۲/۸۶۹	۴۵/۷۳۷	۴/۶۸۶	.۰/۰۰۵	.۰/۱۴۱

نتایج آزمون تک‌متغیری هوین‌فلت در مورد اثر زمان و تعامل زمان و گروه حاکی از آن است که این میزان برای مؤلفه‌های سلامت روان در تعامل زمان و گروه معنی‌دار می‌باشد. نتایج مربوط به بررسی مقایسه زوجی اثر تعاملی زمان و گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول زیر آمده است.

جدول ۶: نتایج مقایسه زوجی اثر تعاملی زمان و گروه برای متغیر سلامت روان در سه گروه

متغیر	آزمون	گروه	میانگین ها	تفاوت	خطای استاندارد	معنی‌داری
پیش‌آزمون	طرحواره درمانی	گواه	.۰/۳۰	.۰/۶۸	۰/۶۸	۱
پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	.۰/۱۰	.۰/۶۸	۰/۶۸	۱
پس‌آزمون	طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	.۰/۲۰	.۰/۶۸	۰/۶۸	۱
نقص در علائم جسمانی	طرحواره درمانی	گواه	.۳/۷۰	.۱/۰۸	.۰/۰۰۳	.۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	.۴/۴۰	.۱/۰۸	.۱/۰۰۰۱	.۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	.۰/۷۰	.۱/۰۸	.۰/۰۰۰۱	.۰/۰۰۰۱
پیگیری	طرحواره درمانی	گواه	.۳/۵۵	.۰/۹۶	.۰/۰۰۱	.۰/۰۰۱
پیگیری	پذیرش و تعهد	گواه	.۴/۲۵	.۰/۹۶	.۰/۰۰۱	.۰/۰۰۱
پیگیری	پذیرش و تعهد	طرحواره درمانی	.۰/۷۰	.۰/۹۶	.۰/۰۰۱	.۰/۰۰۱
اصطرباب	طرحواره درمانی	گواه	.۰/۴۵	.۰/۸۲	.۰/۰۰۲	۱
اصطرباب	پذیرش و تعهد	گواه	.۰/۲۰	.۰/۸۲	.۰/۰۰۲	۱

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر
Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental ...

متغیر	آزمون	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
پیگیری	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۲۵	۰/۸۲	۱
پیگیری	پس آزمون	طرحواره درمانی	۳/۱۵	۰/۹۳	۰/۰۰۴
پیگیری	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۳/۷۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۵۵	۰/۹۳	۱
پیگیری	پیش آزمون	طرحواره درمانی	۳/۱۵	۰/۸۶	۰/۰۰۲
نقص در کارکرد	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۳/۴۰	۰/۸۶	۰/۰۰۱
نقص در کارکرد	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۲۵	۰/۸۶	۱
نقص در کارکرد	پیش آزمون	طرحواره درمانی	۰/۱۵	۰/۷۶	۱
نقص در کارکرد	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۱۰	۰/۷۶	۱
نقص در کارکرد	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۲۵	۰/۷۶	۱
نقص در کارکرد	پس آزمون	طرحواره درمانی	۲/۹۰	۰/۸۲	۰/۰۰۱
نقص در کارکرد	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۳/۲۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱
اجتماعی	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۳۵	۰/۸۲	۱
اجتماعی	پیش آزمون	طرحواره درمانی	۲/۵۰	۰/۸۳	۰/۰۱۱
اجتماعی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۳/۰۵	۰/۸۳	۰/۰۰۲
اجتماعی	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۵۵	۰/۸۳	۱
افسردگی	پس آزمون	طرحواره درمانی	۰/۲۵	۱/۰۰	۱
افسردگی	پیش آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۲۰	۱/۰۰	۱
افسردگی	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۰/۰۵	۱/۰۰	۱
افسردگی	پس آزمون	طرحواره درمانی	۴/۰۵	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پس آزمون	پذیرش و تعهد	۴/۳۰	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۰/۲۵	۰/۷۶	۱
افسردگی	پیگیری	طرحواره درمانی	۳/۶۵	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۴/۱۵	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۰/۵۰	۰/۹۴	۱

نتایج ارائه شده در جدول فوق مبین این بوده که در نمرات پیش‌آزمون هیچ‌کدام از مؤلفه‌های سلامت روان بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه تفاوت معنی‌داری ($p < 0.01$) بدست آمده که حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر است. از سوی نتایج نشان داد بین دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری در سلامت روانی وجود نداشت ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر بود. نتایج نشان داد رویکرد طرحواره‌درمانی در سلامت زنان بعد از خیانت همسر اثربخش بوده است. این یافته با پژوهش‌های شخمگر (۱۳۹۵)، گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی (۱۳۹۹) و نورده^۱ و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثربداری آن‌ها در پردازش و روپارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین

کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود سلامت روان در افراد فراهم آورده است (شخمنگر، ۱۳۹۵). از آنجایی که تأکید عمده طرحواره‌درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردي و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه‌تر مهیا سازد (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹). در واقع در طرحواره‌درمانی فرد با کمک تکنیک‌های تجربی، خاطرات تلخ کودکی آن‌ها مجدد بازسازی می‌شود، به صورتی که نیاز کودک در آن تصویر ذهنی با کمک درمانگر برطرف شود. فرد می‌آموزد در زندگی کوتوله خویش نیز این نیازها را چگونه برطرف کند. همچنین با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان و نیازهای رفع نشده‌شان می‌یابند. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران هدف طرحواره‌درمانی کمک به رفع نیازهای هیجانی بیمار است و زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی برطرف می‌شود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد، چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر برطرف نشدن نیازهای هیجانی ایجاد می‌شود و این، از علل تأثیر آموزش فنون طرحواره‌درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد است.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی زنان گروه نمونه اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش عازمی زینال و همکاران (۱۳۹۵)، رحمانی سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، تامپسون^۱ و همکاران (۲۰۲۱) و لارسون^۲ و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. بر اساس این نتایج می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازنند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند (رحمانی سامانی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع هدف افزایش انعطاف روان‌شناختی این افراد بود. این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی‌داری در افسردگی، اضطراب، نقص در کارکرد اجتماعی و نقص در علائم جسمانی شد. در واقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازنند (تامپسون و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لروم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی تئیدی و افزایش سلامت روان در زنان آسیب‌دیده از خیانت می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد در راستای تجربه کردن افکار آزاردهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان است لذا، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه می‌کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند می‌شوند.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که بین دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سلامت روانی زنان بعد از خیانت همسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پژوهشی که دقیقاً به مقایسه این دو رویکرد در متغیر سلامت روان بپردازد یافت نشد اما در پژوهش‌های دیگری که به صورت جداگانه به بررسی این دو رویکرد در سلامت روان پرداختند می‌توان گفت نتایج این مطالعه با پژوهش‌های شخمنگر (۱۳۹۵)، عازمی زینال و همکاران (۱۳۹۵)، گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)، رحمانی سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، تامپسون و همکاران (۲۰۲۱)، نورده و همکاران (۲۰۲۱) و لارسون و همکاران (۲۰۲۲) همسو بودند. بر اساس این نتایج می‌توان گفت طبق اصول طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب می‌شوند که این آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگی‌های مخاطره-انگیز سلامت هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و به شکل مشکل در سلامت روان گسترش می‌یابد (نورده

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر
Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental ...

و همکاران، ۲۰۲۱). افزون بر آن تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. پس کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی افراد داشته باشد. تکنیک‌های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود بربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می‌شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمدۀ تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرحواره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند. این نیازهای آن‌ها در کودکی در مقابل افراد مهمن زندگی مانند والدین برطرف نشده است. این در حالی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشنan به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند که آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با استفاده از این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش داد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی را در بر خواهد داشت (لارسون و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع در فرایند این درمان، به زنان آسیب دیده از خیانت همسر آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازنند. به تعییری دیگر می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان آسیب‌دیده از خیانت، یاد گرفتند که به جای تلاش برای توقف افکار و احساسات‌شان، آن‌ها را تجربه کرده و با مجموعه اهداف تعریف شده و نظام ارزشی خویش پیوند برقرار کرده و با آن‌ها به طور مستمر در ارتباط باشد و زندگی خود را بر اساس آن‌ها تنظیم کنند که این خود گامی مؤثر در کاهش افسردگی، اضطراب، نقص در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی و ارتقای سلامت روان آنان بود. بدین جهت می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ارتقای سلامت روان زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر مؤثر است و نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر نیز مؤید همین مطلب است.

به صورت کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی زنان بعد از خیانت همسر بود. این درمان‌ها هر کدام توانستند به تنها یکی باعث کاهش مؤلفه‌های سلامت روانی و در نتیجه ارتقای سلامت روان زنان گروه نمونه شوند. بنابراین هر کدام از این درمان‌ها در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری را نشان داد، این در حالی بود که در مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و می‌توان گفت هر دو رویکرد تقریباً به یک اندازه در سلامت روانی زنان بعد از خیانت همسر مؤثر بودند.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت. محدود بودن قلمرو مکانی و زمانی به زنان خیانت‌دیده شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱، روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از پرسشنامه به عنوان یک ابزار خودگزارشی و همراستایی مطالعه با همه‌گیری ویروس کرونا از محدودیت‌های این مطالعه بود. بر اساس نتایج این مطالعه و اثربخشی دو رویکرد درمانی در سلامت روانی زنان بعد از خیانت همسر، پیشنهاد می‌شود به تکنیک‌ها و تمرین‌های این دو رویکرد توجه ویژه شود و متخصصان حوزه درمان از این رویکردها در قالب کارگاه آموزشی، سخنرانی و درمان افراد مختلف جامعه را از اهمیت این رویکردها در سلامت روان آگاه سازند. انجام متغیرهای این پژوهش بر روی گروه‌های دیگر که قابلیت اجرا داشته و مقایسه با نتایج این مطالعه، انجام دوره پیگیری بلندمدت‌تر برای ماندگاری اثر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه به ویژگی‌های شخصیتی و فرهنگی افراد از جمله پیشنهادات این پژوهش می‌باشد. در نهایت پژوهشگران بدین‌وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر صبر، بردیاری و اعتماد به پژوهشگران، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

- تقوی، م (۱۳۸۰). بررسی روابط و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *محله روانشناسی*، ۵(۴:پیاپی ۲۰)، ۳۹۸-۳۸۱.
- <https://www.sid.ir/paper/54489/fa>
- رحمانی سامانی، ز؛ ایزدی‌فر، پ؛ صادقیات دهکردی، ن و کیانی، ع (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و سلامت روان مردان خیانت دیده همایش ملی پژوهش‌های حرفه‌ای در روانشناسی و مشاوره با رویکرد ازنگاه معلم، میتاب. <https://civilica.com/doc/1255773>
- گلستانی‌فر، س و دشت‌بزرگی، ز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالم‌مندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *محله روانشناسی پیری*، ۶(۳)، ۱۹۱-۲۰۳. [Doi:10.22126/jap.2020.5748.1470](https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470)
- شخمنگر، ز (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازنشویی در زوجین. *فصلنامه نسیم، تندرنستی*، ۵(۱)، ۱-۷. <https://www.sid.ir/paper/128330/fa>
- عازمی زینال، ا؛ غفاری، ع و شرقی، ا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی. *محله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ۴۱۸-۴۱۲. [10.22038/jfmh.2016.7859](https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7859)
- ولز، ک و سورل، ج (۲۰۰۷). *زندگی با درمان مزمن (رویکرد مبتنی بر پذیرش)*. ترجمه مسگریان، ف (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند. <https://3030book.ir/product>
- الیاسی، م؛ برادران خانیانی، م و حسن‌پور، ف (۱۳۹۹). تبیین سبک‌های هویت دانشجویان بر اساس خاطرات اولیه و عملکرد خانواده: یک مطالعه کیفی، *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۲)، ۱۱۸-۱۰۹. <http://frooyesh.ir/article-1-2232-fa.html>
- یانگ، ج (۲۰۰۳). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور*. ترجمه حمیدپور، ح و اندوز، ز (۱۳۸۴). تهران: انتشارات ارجمند. <https://www.gisoom.com/book/1937>
- یوسفی افراشته، م و حیاتی، م (۱۴۰۰). *شاخص‌سازی مولفه‌های خوشیختی زوجی در خانواده‌های ایرانی: رویکرد نظریه زمینه‌ای*. *رویش روان‌شناسی*، ۵(۱۰)، ۹۶-۸۷. <http://frooyesh.ir/article-1-2623-fa.html>
- Barbaro, N., Sela, Y., Atari, M., Shackelford, T. K., & Zeigler-Hill, V. (2019). Romantic attachment and mate retention behavior: The mediating role of perceived risk of partner infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 940-956. <https://doi.org/10.1177/0265407517749330>
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.009>
- Chen, K. H., Tam, C. W. C., & Chang, K. (2019). Early maladaptive schemas, depression severity, and risk factors for persistent depressive disorder: A cross-sectional study. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(4), 112-117. DOI: [10.12809/eaap1821](https://doi.org/10.12809/eaap1821)
- Fife, S. T., Stewart, C. M., & Hawkins, L. G. (2020). Family-of-Origin, Sexual Attitudes, and Perceptions of Infidelity: A Mediation Analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 48(2), 142-159. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1684218>
- Gennara, A., Peetz, J., & Milyavskaya, M. (2023). When more is less: Self-control strategies are seen as less indicative of self-control than just willpower. *Journal of Experimental Social Psychology*, 106, 104457. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2023.104457>
- Ghafoorian, P., & Hasanabadi, H. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Thought Control and Meta Cognitive Beliefs Among Females Experienced Extramarital Affairs Trauma. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 2(2), 20-24. DOI: [10.23937/2474-1353/1510020](https://doi.org/10.23937/2474-1353/1510020)
- Goldberg, D., & Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Me- 9139-145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., & Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 408-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>
- Leonhardt, N. D., Willoughby, B. J., Dyer, W. J., & Carroll, J. S. (2020). Longitudinal influence of shared marital power on marital quality and attachment security. *Journal of Family Psychology*, 34(1), 1-11. <https://doi.org/10.9788/TP2019.2-04>
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public health*, 172, 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- McClure, J. B., Bricker, J., Mull, K., & Heffner, J. L. (2020). Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(3), 354-362. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty268>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر سلامت روان در زنان بعد از خیانت همسر

Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Schema Therapy on Mental ...

- Nordh, M., Wahlund, T., Jolstedt, M., Sahlin, H., Bjureberg, J., Ahlen, J., ... & Serlachius, E. (2021). Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy vs internet-delivered supportive therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 78(7), 705-713. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0469](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0469)
- Pozza, A., Albert, U., & Dettore, D. (2020). Early maladaptive schemas as common and specific predictors of skin picking subtypes. *BMC psychology*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0392-y>
- Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2021). Types and severity of interpersonal problems in Australian mental health careers. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(2), 235-252. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1722611>
- Shrout, M. R., & Weigel, D. J. (2018). Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health, and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(8), 1067-1091. <https://doi.org/10.1177/0265407517704091>
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.07.002>
- Vossler, A., & Moller, N. P. (2020). Internet affairs: Partners' perceptions and experiences of internet infidelity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), 67-77. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1654577>
- Werner, H., Young, C., Hakeberg, M., & Wide, U. (2020). A behavioural intervention for young adults with dental caries, using acceptance and commitment therapy (ACT): treatment manual and case illustration. *BMC Oral Health*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01213-4>
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., ... & Mulcahy, H. E. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.030>
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>