رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱، شماره پیاپی ۸۲، فروردین ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(1), 2023

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

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 دوکانه ای فرد
دانشیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

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

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 ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که به مراکز مشاوره مراجعه کردند. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. همه آن‌ها پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ 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<۰/۰۵) 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>۰/۰۵). 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.*

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : بهمن ۱۴۰۱** | **پذیرش: فروردین ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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 فرازناشویی، مضیقه 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 افراشته و حیاتی، ۱۴۰۰). می‌توان گفت روابط خوب و باثبات در خانواده تأثیرات مثبت گسترده‌ای بر استرس، تنظیم هیجانی، سلامت جسمی و روانی و امید به زندگی افراد دارد (جنارا[1] و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از مهمترین عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند خیانت زناشویی است (فیف[2] و همکاران، ۲۰۲۰). خیانت زناشویی از دید درمانگران بیشتر بر مفهوم پیمان‌شکنی در روابط زناشویی، تنوع‌طلبی 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[3]، ۲۰۲۰). همچنین خیانت زناشویی کلیه رفتارهای جنسی و غیرجنسی یک فرد متأهل با جنس مخالف، خارج از چارچوب و قواعد خانواده است و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد (کولوسی و فالک[4]، 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 (لئونهاردت[5] و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب، افسردگی، تکانشگری، حالت‌های شبه سایکوز و انتقام در زوجین آسیب‌دیده به وقع می‌پیوندد. از سویی عواقب این حالت‌های هیجانی- خلقی تا مدت‌های زیادی پابرجاست و گاهاً اقدام به خودکشی در زوج آسیب‌دیده مشاهده می‌شود (باربارو[6] 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 بهداشت روانی، جنبه‌های 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 (مک‌کارتنی[7] 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 (شروت و ویگل[8]، 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[9] است.

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

طرحواره‌ها چارچوب‌های ذهنی هستند که نشان‌دهنده دانش و مفروضات افراد درباره جهان می‌باشد (جانووسکی[1] و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان باورهای که ریشه در ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی دارد و عامل آسیب‌پذیر بالقوه‌ای در بروز بسیاری از مشکلات زناشویی، اختلالات روانپزشکی همچون اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود (چن[2] 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[3] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داد که طرحواره‌درمانی 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 تنهایی 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[4] 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[5] 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[6] و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی در درمان پذیرش و تعهد، هدف کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد می‌شود (ورنر[7] و همکاران، ۲۰۲۰). ژانگ و همکاران[8] (۲۰۱۸) اذعان می‌دارند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتوای 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 معنی‌دار 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 کردند 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 تجربه‌کننده خیانت زناشویی شد. نتایج پژوهش واین[9] 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 رضایت زناشویی 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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 G Powe 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۴۰؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵؛ بود) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. بدین صورت که از بین زنان خیانت‌دیده که ملاک‌های ورود (جنسیت مؤنث، داشتن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، آسیب‌دیده از خیانت همسر، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، توانایی پاسخگویی به سؤالات 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 غیرمترقبه 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 SPSSV19 استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی[1] (GHQ): گلدبرگ و هیلر[2] (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 رو نمره 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 ۰=هیچ، ۱=خفیف، ۲=متوسط و ۳= شدید قرار دارد. گلدبرگ و ماری (۱۹۸۸) روایی محتوایی این پرسشنامه را CVR=۰/۷۷ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ 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 ۰/۹۰، بازآزمایی با فاصله ۴ هفته ۰/۷۰ و تصنیفی ۰/۹۳ گزارش کرده است. میزان پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ بدست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیر با اقتباس از ولز و سورل[3] (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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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 یکدگیر 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 راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان، ۲. تمرین ذهن آگاهی
سوم	ارزش‌ها	۱. پذیرش، ۲. ارزش ها، 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	گسستگی	۱. مرور تکالیف، ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان، ۳. ذهن‌آگاهی، ۴. تکلیف
ششم	عمل متعهدانه	۱. مرور درمان، ۲. عمل متعهدانه، ۳. ذهن‌آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری، ۴. تکالیف
هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه، ۲. تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، ۳. ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی، ۴. تکالیف
هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری	۱. شفاف‌سازی ارزش‌ها، ۲. عود و پیشامدها، آمادگی نه پیشگیری، ۳. خداحافظی، ۴. تکلیف مادام العمر.

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[1] (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	محتوای جلسه
اول	معارفه و آشنایی و ارائه قواعد گروهی، ایجاد روابط دوستانه، اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی، بیان مشکلات مراجعان در قالب طرحواره‌درمانی 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 مزایا 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 بلوکه شده آموزش داده شد.
پنجم	در این جلسه برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
ششم	تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین 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 ایفای 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	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور 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 ۱۰/۲۹±۳۵/۸۰، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۹/۰۶±۳۶/۳۵، برای گروه گواه ۸/۹۶±۳۵/۳۵ و برای کل نمونه ۹/۳۰±۳۵/۸۳ بود. همچنین در این

1. Jeffrey Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

پژوهش تعداد ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) دارای مدرک دیپلم و زیر دیپلم (۵ نفر گروه طرحواره، 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 طرحواره، ۱۱ 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 طرحواره‌درمانی 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 به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
علائم جسمانی	طرحواره درمانی	۱۵±۱/۹۷	۹/۱۵±۳/۶۶	۹/۶۰±۳/۷۲
	پذیرش و تعهد	۱۵/۲۰±۲/۰۹	۸/۴۰±۳/۴۷	۸/۸۵±۳/۰۱
	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	۱۴/۵۰±۳/۲۸	۸/۵۵±۱/۹۶	۹/۲۰±۲/۱۴
	گواه	۱۴/۳۰±۱/۸۹	۱۳/۹۵±۱/۴۷	۱۴/۲۵±۱/۷۷
کارکرد اجتماعی	طرحواره درمانی	۱۳/۶۵±۲/۳۰	۹/۰۵±۱/۸۵	۹/۴۵±۲/۵۲
	پذیرش و تعهد	۱۳/۴۰±۲/۵۶	۸/۷۵±۲/۴۲	۹/۱۰±۳/۶۵
	گواه	۱۳/۵۰±۲/۳۰	۱۳/۱۰±۲/۰۷	۱۳/۲۰±۱/۵۴
افسردگی	طرحواره درمانی	۱۴/۴۰±۹/۱۰	۹/۰۲±۲/۱۹	۹/۷۵±۳/۴۶
	پذیرش و تعهد	۱۴/۴۵±۳/۰۳	۸/۸۰±۳/۵۳	۹/۲۵±۳/۷۴
	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 قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود. به منظور بررسی یکسانی ماتریس‌های کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود (M=۳۰۸/۱۵۳باکس، P=۰/۰۰۲ و F= ۱/۳۶۶). برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر نقص در علائم جسمانی (p=۴۵۵ و W=۰/۹۷۲موچلی) برقرار بود اما برای متغیر اضطراب (p=۰/۰۰۰۱ و W=۰/۶۸۱موچلی)، نقص در کارکرد اجتماعی (p=۰/۰۲۳ و W=۰/۸۷۴موچلی) و افسردگی (p=۰/۰۰۰۱ و W=۰/۵۳۳موچلی) برقرار نبود. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون برای متغیر علائم جسمانی در مرحله پیش‌آزمون (p=۰/۴۲۲ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۰/۸۷۷)، پیگیری اضطراب (p=۰/۱۶۴ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۱/۸۶۷)، پیش‌آزمون (p=۰/۷۱۴ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۰/۳۳۹) و پس‌آزمون (p=۰/۲۹۰ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۱/۲۶۶) نقص در کارکرد اجتماعی، پیش‌آزمون (p=۰/۹۵۳ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۰/۰۴۸)، پس‌آزمون (p=۰/۰۹۶ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۲/۴۳۸) و پیگیری (p=۰/۴۹۶ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۰/۷۱۰) افسردگی برقرار بود. این در حالی بود که در مراحل پس‌آزمون (p=۰/۰۱۲ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۴/۸۰۱) و پیگیری علائم جسمانی (p=۰/۰۲۷ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۳/۸۴۴)، پیش‌آزمون (p=۰/۰۲۷ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۰/۸۴۵) و پس‌آزمون اضطراب (p=۰/۰۰۳ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۶/۳۳۲) و پیگیری نقص در کارکرد اجتماعی (p=۰/۰۰۴ و $F_{(۱ و ۳۸)}$=۶/۱۹۳) 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 هوین‌فلت استفاده نمود. در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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

آزمون	منبع	اثر پیلایی	F	Df فرضیه	Df خطا	Sig	مجذور اتا
بین‌آزمودنی	گروه	۰/۶۵۴	۶/۶۷۶	۸	۱۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۷
درون	زمان	۰/۷۶۵	۲۰/۳۲۲	۸	۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۵
آزمودنی	زمان * گروه	۰/۵۶۱	۲/۴۸۲	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 (p=۰/۰۰۰۱، $F_{(۸ و ۱۱۰.}$=۶/۶۷۶ و ۰/۶۵۴=اثر پیلایی) و درون‌گروهی زمان (p=۰/۰۰۰۱، $F_{(۸ و ۵۰)}$=۲۰/۳۲۲ و ۰/۷۶۵=اثر پیلایی) و تعامل زمان و گروه (p=۰/۰۰۳، $F_{(۱۶ و ۱۰۲)}$=۲/۴۸۲ و ۰/۵۶۱=اثر پیلایی) 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
	زمان*گروه	۱۳۲/۲۲۲	۴	۳۳/۰۵۶	۴/۱۱۹	۰/۰۰۴	۰/۱۲۶
اضطراب	زمان	۲۸۵/۷۰۰	۱/۶۰۴	۱۷۸/۱۰۴	۲۲/۹۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۷
	زمان*گروه	۱۲۰/۸۰۰	۳/۲۰۸	۳۷/۶۵۳	۴/۸۶۲	۰/۰۰۳	۰/۱۴۶
نقص در کارکرد اجتماعی	زمان	۲۱۷/۳۷۸	۱/۸۹۳	۱۱۴/۸۰۳	۲۱/۱۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۱
	زمان*گروه	۷۸/۴۲۲	۳/۷۸۷	۲۰/۷۰۹	۳/۸۱۳	۰/۰۰۷	۰/۱۱۸
افسردگی	زمان	۳۱۸/۷۴۴	۱/۴۳۵	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 جدول فوق 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		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
نقص در علائم جسمانی	پیش‌آزمون	طرحواره درمانی	گواه	۰/۳۰	۰/۶۸	۱
		پذیرش و تعهد	گواه	۰/۱۰	۰/۶۸	۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۲۰	۰/۶۸	۱
	پس‌آزمون	طرحواره درمانی	گواه	۳/۷۰	۱/۰۸	۰/۰۰۳
		پذیرش و تعهد	گواه	۴/۴۰	۱/۰۸	۰/۰۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۷۰	۱/۰۸	۱
	پیگیری	طرحواره درمانی	گواه	۳/۵۵	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	گواه	۴/۲۵	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۷۰	۰/۹۶	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	طرحواره درمانی	گواه	۰/۴۵	۰/۸۲	۱
		پذیرش و تعهد	گواه	۰/۲۰	۰/۸۲	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

متغیر	آزمون	گروه		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۲۵	۰/۸۲	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۳/۱۵	۰/۹۳	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	۳/۷۰	۰/۹۳	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۵۵	۰/۹۳	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۳/۱۵	۰/۸۶	۰/۰۰۲
	پیگیری	پذیرش و تعهد	گواه	۳/۴۰	۰/۸۶	۰/۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۲۵	۰/۸۶	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۰/۱۵	۰/۷۶	۱
	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	۰/۱۰	۰/۷۶	۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۲۵	۰/۷۶	۱
نقص در		طرحواره درمانی	گواه	۲/۹۰	۰/۸۲	۰/۰۰۱
کارکرد	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	۳/۲۵	۰/۸۲	۰/۰۰۱
اجتماعی		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۳۵	۰/۸۲	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۲/۵۰	۰/۸۳	۰/۰۱۱
	پیگیری	پذیرش و تعهد	گواه	۳/۰۵	۰/۸۳	۰/۰۰۲
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۵۵	۰/۸۳	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۰/۲۵	۱/۰۰	۱
	پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	۰/۲۰	۱/۰۰	۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۰۵	۱/۰۰	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۴/۰۵	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
افسردگی	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	گواه	۴/۳۰	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۲۵	۰/۷۶	۱
		طرحواره درمانی	گواه	۳/۶۵	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	پذیرش و تعهد	گواه	۴/۱۵	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
		پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	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>۰/۰۵). این در حالی بود که در نمرات پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه تفاوت معنی‌داری (p<۰/۰۱) 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 سویی نتایج نشان داد بین دو گروه طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری در سلامت روانی وجود نداشت (p>۰/۰۵).

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[1] 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 اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین

1. Nordh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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 (شخمگر، 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 بین‌فردی 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 کنونی 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 طرحواره درمانی 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 اساسا به خاطر برطرف نشدن نیازهای هیجانی ایجاد می‌شود و این، از علل تأثیر آموزش فنون طرحواره درمانی 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[1] و همکاران (۲۰۲۱) و لارسون[2] 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 فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌های‌شان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادربه 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 مفهوم‌سازی‌شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌های‌شان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند (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 لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی تنیدگی 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 دقیقا 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 شخمگر (۱۳۹۵)، عازمی زینال و همکاران (۱۳۹۵)، گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی (۱۳۹۹)؛ 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

1. Thompson
2. Larsson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

و همکاران، ۲۰۲۱). افزون بر آن تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کنند 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 ربط 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 عمده 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 مهم 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 تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور 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 فرآیند 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 بپردازند. به تعبیری 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 تنهایی 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 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، بردباری و اعتماد به پژوهشگران، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

منابع

تقوی، م (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله 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، میناب. 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 سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *مجله روانشناسی پیری*، ۶(۳)، ۲۰۳-۱۹۱. Doi:10.22126/jap.2020.5748.1470

شخمگر، ز (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازناشویی در زوجین. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۵(۱)، ۷-۱. 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. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ۴۱۸-۴۱۲. 10.22038/jfmh.2016.7859

ولز، ک و سورل، چ (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). شناسایی مولفه‌های خوشبختی 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

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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]

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

Pozza, A., Albert, U., & Dèttore, 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.1.9.3]