

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (TCA) و درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل

محبوبه عمویی^۱، محمد قمری^۲، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۳

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر ذهنیت در معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل بود.

روش بررسی: این پژوهش از نظر طرح پژوهش نیز نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۴۵ نفر از زنان شاغل در شرکت‌های گروه صنعتی ایران خودرو سال ۱۴۰۰ که به صورت هدفمند در سه گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره (۱۵ نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) قرار داده شدند. افراد به پرسشنامه‌های پژوهش (معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض) پاسخ دادند. در این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری به لحاظ وجود مفروضه‌های کاربرد آزمون‌های پارامتریک و آزمون تحلیل واریانس با طرح آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثر تعاملی برای سبک‌های حل تعارض یکپارچه ($F = ۰/۱۸۰$ ، $P = ۰/۰۰۲$ ، $F = ۴/۶۳$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، سبک اجتنابی ($F = ۵/۲۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۵/۹۷$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، سبک مسلط ($F = ۰/۲۲۱$ ، $P = ۰/۰۰۱$)، سبک مصالحه ($F = ۴/۶۸$ ، $P = ۰/۰۰۲$ ، $F = ۳/۹۵$ ، $P = ۰/۰۰۶$) و سبک ملزم شده ($F = ۰/۱۵۸$ ، $P = ۰/۰۰۶$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره‌ای، معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره، سبک‌های حل تعارض، معنویت‌گرایی.

۱. گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول، گروه مشاوره، ریال واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اصلی در جامعه است؛ سلامت یک جامعه به سلامت خانواده‌های آن جامعه بستگی دارد و برای داشتن یک خانواده‌ی سالم، اعضای خانواده باید از سلامت روانی و روابط بین فردی مطلوبی برخوردار باشند (۱). بنیان خانواده بر اساس پیمان زناشویی میان زن و شوهر شکل می‌گیرد تا در کنار هم زندگی آرام و سعادت‌مندی را تجربه نمایند، ولی متأسفانه شواهد فراوانی گویای آن هستند که زوجها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و دوستانه به مشکلات شدید و فراگیری دچارند (۲). یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی در جامعه کنونی انسان‌ها تعارض‌های خانوادگی است؛ بنابراین، پرداختن به موضوع تعارض زناشویی به‌منظور دست یافتن به راهبردهای پیشگیری، یکی از مهم‌ترین ضروریات آموزش خانواده است (۳). تعارض زناشویی^۱ و آشفتگی رابطه را می‌توان به‌عنوان نارضایتی حداقل یکی از زوجین نسبت به رابطه تعریف نمود که به‌سرعت افزایش می‌یابد. با مشخص شدن ارتباط تعارض زناشویی با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، اختلالات هیجانی، بیماری مزمن و فرزند پروری ضعیف، بررسی و مطالعه آن مهم است. مشکلاتی که از طریق تعارض زناشویی به وجود می‌آید خسارت جبران‌ناپذیری به پیکر خانواده وارد می‌کند (۴).

در این راستا، نتایج پژوهش حاضر (۵) نشان داد که سبک‌های حل تعارض سازنده در جهت مثبت و سبک‌های حل تعارض غیر سازنده در جهت منفی در رابطه آگاهی هیجانی و ثبات ازدواج نقش تعدیل‌کننده دارند. (۶) نیز نشان دادند که آموزش و فراگیری مهارت‌های ارتباطی و نیز توانمندی‌های مبتنی بر حل تعارضات زناشویی، به زوجینی

که در روابط و تعاملات خود دچار مشکلاتی هستند، یاری رسانده و بهبود روابط زناشویی، کاهش تضادهای و ارتقا سلامت روان را برای آن‌ها به ارمغان آورده است.

از آنجاکه برخی عوامل بر رضایت زناشویی مؤثر است و می‌تواند زندگی زوجین را کاملاً تحت تأثیر قرار دهد. به همین دلیل بررسی معنویت^۲ افراد و عوامل مربوط به آن‌ها که در این مورد دخالت دارند مهم‌ترین مسئله این پژوهش است. در دهه‌های اخیر به نقش پررنگ معنویت در کاهش تنیدگی‌های روانی و تحمل پریشانی در افراد اشاره شده است (۷). علاقه به بررسی رابطه معنویت و سلامت روانی و تأثیر آن در زندگی افراد، در سال‌های اخیر افزایش یافته و باعث شناسایی و درک روابط میان اقدامات معنوی و نقش آن در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمانی افراد شده است (۸). پژوهش‌های انجام‌شده مشخص کردند افراد مذهبی و معنوی از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت بهتری قرار دارند. این افراد از معنویت به‌عنوان یک سازوکار مقابله‌ای برای مواجهه با فشارهای روانی بهره می‌برند (۹). مقابله مثبت معنوی با کاهش افسردگی و اضطراب همراه است و منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود. به‌عبارتی دیگر، اشخاص با استفاده از اعمال مذهبی به رنج و درد معنا می‌بخشند و آن‌ها را قابل تحمل‌تر می‌کنند (۱۰). معنویت به‌عنوان یک درمان مکمل در مراقبت‌های بهداشتی و عاملی کلیدی در کاهش اختلالات روانی به‌ویژه اضطراب، شناخته می‌شود. در واقع، معنویت با توجه به قدرت ایمان و اعمال مذهبی افراد را از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت مناسبی قرار می‌دهد (۱۱).

در سال‌های اخیر کمک به زوجها برای بهبود روابط زناشویی خود با استفاده از روش‌های مختلف درمان موردتوجه قرار گرفته است. لازمه کمک به زوجها برای حل

مشکلات زناشویی شناخت عوامل و علل مؤثر بر نارضایتی و رضایت زناشویی است (۱۲). این گونه به نظر می‌رسد که رضایت زناشویی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه داشته باشد، درحالی‌که مشخص شده است نارضایتی از ازدواج منجر به تنش و اضطراب و درنهایت انحلال واحد خانواده می‌شود (۱۳). یکی از روش‌های درمانی اخیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هدف آن، کمک به زوجین برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است، در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود به همراه دارد (۱۴). دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان انعطاف‌پذیری روانی^۱ و اجتناب تجربی^۲ است (۱۵). این رویکرد به‌جای اینکه شیوه‌های جدیدی را برای دستیابی به سازگاری و تعهد زوجین را بیاموزد، روش‌هایی برای کاهش مواردی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه کنونی را به افراد می‌آموزد. از این دیدگاه، سازگاری و تعهد به معنای، داشتن زندگی غنی، پربار و پرمعناست (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد؛ بدین‌صورت یادگیری پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روش‌هایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت عاطفی، سازگاری و تعهد زوج‌ها را هدف قرار می‌دهد با زوجین تمرین می‌شود. همان‌طور که زوجین شروع به کارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیت‌های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌هایی داده می‌شود که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد. نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب

1. Mental flexibility
2. Experimental avoid

قبلی و عمل در جهت سازگاری با ارزش‌های رابطه دوطرفه، این فرصت را برای زوج‌ها فراهم می‌کند تا ارتباط قوی‌تری با یکدیگر برقرار کنند که باعث افزایش سازگاری و تعهد زوجین می‌شود (۱۷).

درمان گروهی مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای به‌صورت مستقل توسط (۱۸) ایجاد و در قالب زوج‌درمانی، توسط (۱۹) به‌طور مبسوطی تدوین، تشریح و به‌کاربرده شده است. وقتی که طرح‌واره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، حالات شدیدی ظاهر می‌شوند که در طرح‌واره درمانی، ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای نام دارد. ذهنیت، شامل ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری شخصیت است (۲۰). ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای مؤلفه پیشرفته طرح‌واره درمانی است که هدفش کمک به شکل‌گیری ذهنیت سالم است. امروزه طرح‌واره درمانی عمدتاً روی ذهنیت‌ها کار می‌کند، چراکه ذهنیت‌ها برای ما قابل مشاهده است. کار با نقشه ذهنیت آسان است و باعث فهم‌پذیری و دقت بیشتر می‌شود. همچنین، راهنمایی قابل‌اعتماد برای پاسخ‌های لازم از جانب درمانگر است. پایش و مدیریت مفهوم‌سازی بر اساس ذهنیت، هم برای درمانگر و هم برای زوج بسیار آسان‌تر است. در این مدل، احساسات کنونی ما می‌توانند به‌جای محیط بیرونی، توسط طرح‌واره‌ها تحریک شوند. طرح‌واره‌ها زمینه بروز ذهنیت‌ها هستند. در داخل کشور نیز، (۲۱) نشان دادند که طرح‌واره درمانی ذهنیت مدار در افزایش عزت‌نفس نا آشکار آن‌ها مؤثر واقع می‌شود.

شیوع روزافزون تعارضات زناشویی در عصر حاضر و در نتیجه افزایش طلاق و تأثیرات مخرب آن بر سلامت زوجین، فرزندان و بروز مشکلات اجتماعی، موجب شده است که درمانگران و روانشناسان نظریه‌ها و طرح‌هایی را جهت کمک به زوجین متعارض ارائه دهند. از این‌رو جهت

مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل است.

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف در گروه پژوهش‌های کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیز نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان شاغل در شرکت‌های گروه صنعتی ایران‌خودرو سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از این جامعه ۴۵ نفر از زنان شاغل در شرکت‌های گروه صنعتی ایران‌خودرو سال ۱۴۰۰، به صورت هدفمند انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (-SF36) بین زنان شاغل پخش گردید؛ سپس زنانی که نمره پایینی را از پرسشنامه کیفیت زناشویی کسب نمودند، شناسایی شدند و به صورت تصادفی در سه گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره (۱۵ نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) قرار داده شدند؛ تعداد افراد نمونه ۴۵ نفر بود که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر را شامل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از کارمندان خانم شاغل در شرکت‌های گروه صنعتی ایران‌خودرو، داشتن کیفیت زندگی پایین، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روان‌پزشکی (بر اساس سؤال در مورد سوابق روان‌پزشکی)؛ ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه و مصرف قرص‌های روان‌پزشکی. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا زنانی که از کیفیت زندگی زناشویی خود ناراضی هستند را شناسایی، سپس به پرسشنامه‌های پژوهش (معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض) پاسخ دادند و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه‌ها کسب کردند به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. سپس برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل)

اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی و کاهش تعارض زوجین اثربخشی رویکردهای درمانی متعددی مورد بررسی قرار گرفته و در تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در افزایش ارزش‌های فرهنگی، معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. رویکرد طرح‌واره درمانی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رویکرد متفاوت هستند که هرکدام با دیدگاهی متفاوت به مسائل و مشکلات افراد می‌نگرند و به شیوه‌های متفاوت به تبیین مشکلات می‌پردازند. رویکرد طرح‌واره درمانی با شناخت و تعدیل طرح‌واره‌های ناکارآمدی که رابطه دوفره را به چالش می‌کشد و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف‌پذیری و انجام عمل متعهدانه نسبت به ارزش‌ها در کاهش تعارضات و افزایش ارزش‌های فرهنگی، معنویت‌گرایی در زوجین مؤثرند. هدف اصلی ترکیب کار طرح‌واره با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوجینی که به دنبال مشاوره هستند؛ نه تنها مفهوم‌سازی سریع و واضح مشکلات بین فردی است بلکه کمک به آن‌ها در افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و روان‌شناختی است؛ بنابراین انتظار می‌رود با تلفیق رویکرد طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش صمیمیت زناشویی اثربخشی مضاعفی را شاهد باشیم. لذا بر اساس تمهیدات یادشده و جستجوی پژوهش‌های انجام‌شده نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی مبنی بر اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در افزایش ارزش‌های فرهنگی، معنویت‌گرایی و سبک‌های حل تعارض در زنان شاغل انجام نشده است. لذا هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان

پیش‌آزمون بر روی آنان اعمال شد، سپس آموزش مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه آزمایش اعمال شد اما برای گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر دو گروه اجرا شد؛ بعد از ۲ ماه از اجرای پس‌آزمون به‌منظور سنجش ماندگاری اثر درمان آموزش مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرسشنامه پژوهش باهدف آزمون پیگیری بین آزمودنی‌های پژوهش پخش شد و داده‌های موردنیاز جمع‌آوری گردید. در این پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری به لحاظ وجود مفروضه‌های کاربرد آزمون‌های پارامتریک و آزمون تحلیل واریانس با طرح آمیخته استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه استاندارد معنویت هال و ادواردز (۲۰۰۲):^۱

این پرسش‌نامه (۲۲) به‌منظور ارزیابی دو بعد رشد معنویت یعنی آگاهی از وجود خداوند متعال و کیفیت رابطه باخدا طراحی شده است. نسخه اولیه آزمون دارای ۵ زیرمقیاس آگاهی، پذیرش واقعی، ناامیدی، بزرگنمایی و بی‌ثباتی بود. در سال ۲۰۰۲، هال و ادواردز مقیاس را مورد تجدیدنظر قرار داده و زیر مقیاس مدیریت برداشت را به آن افزودند. بنابراین نسخه فعلی دارای ۶ زیرمقیاس است. پرسشنامه سنجش معنویت یک ابزار خود-گزارشی و دارای ۴۷ سؤال است که برخی از عبارات‌های آن از دو بخش تشکیل شده است. این پرسشنامه توسط (۲۳) اعتباریابی شده است. (۲۴) آلفای کرونباخ زیرمقیاس آگاهی، پذیرش واقعی، ناامیدی، بزرگنمایی و بی‌ثباتی و مدیریت برداشت به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۳، ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی پرسشنامه در پژوهش (۲۴) از طریق تحلیل

عاملی مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه (۲۳) برای به دست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شده است؛ و از آن‌ها در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسش‌های تحقیقاتی مناسب است و آن‌ها را مورد سنجش قرار می‌دهد، نظرخواهی شد و اصطلاحات موردنظر در پرسشنامه اعمال گردید.

پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم (ROCI-II):^۲

پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم (ROCI-II) در سال ۱۹۸۳ جهت اندازه‌گیری سبک‌های حل تعارض طراحی شد. این پرسشنامه پنج سبک حل تعارض را می‌سنجد و شامل ۲۸ ماده است. هدف آن ارزیابی سبک‌های حل تعارض افراد در رابطه با همسر (سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم شده، سبک اجتناب‌کننده، سبک مصالحه) است. طیف پاسخگویی این پرسشنامه آن از نوع لیکرت بود.

در پژوهش (۲۵) بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم و پرسشنامه CRQ همبستگی مثبت و منفی مشاهده شد که بیانگر روایی همگرا و واگرای مطلوب این پرسشنامه است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم و مؤلفه‌های سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم شده، سبک اجتناب‌کننده و سبک مصالحه به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۲ و ۰/۷۵ به دست آمد.

خلاصه پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد:

جلسات درمانی در قالب هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طی ۲ ماه (هر هفته یک جلسه) طبق کتاب (۲۶) برگزار شد.

2. Rahim Organizational Conflict Inventory-II

1. The Spiritual Assessment Inventory Hall & Edwards

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ...

جلسه	هدف	شرح	زمان
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	۱. فراهم کردن فرصتی برای مراجعین تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند. ۲. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرینات برآگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»	۴۵ دقیقه
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	۱. ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعین ۲. تمرین ذهن آگاهی	۴۵ دقیقه
جلسه سوم	ارزش ها	۱. پذیرش ۲. ارزش ها ۳. تکلیف	۴۵ دقیقه
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش ها و اهداف	۱. شفاف سازی ارزش ها ۲. بررسی موانع ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن» ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند	۴۵ دقیقه
جلسه پنجم	گسستگی	۱. مرور تکالیف ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان ۳. ذهن آگاهی ۴. تکلیف	۴۵ دقیقه
جلسه ششم	عمل متعهدانه	۱. مرور درمان ۲. عمل متعهدانه ۳. ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری ۴. تکالیف	۴۵ دقیقه
جلسه هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه ۲. تعهد و موانع شکل گیری رضایت ۳. ذهن آگاهی در پیاده روی ۴. تکالیف	۴۵ دقیقه
جلسه هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری	۱. شفاف سازی ارزش ها ۲. عود و پیشامدها- آمادگی نه پیشگیری ۳. خداحافظی ۴. تکلیف مادام العمر.	۴۵ دقیقه

پروتکل زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی: جلسات هفته یک جلسه) طبق کتاب (۲۷) برگزار شد. درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طی ۱/۵ ماه (هر

جلسه	هدف	زمان
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه	۴۵ دقیقه
جلسه دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	۴۵ دقیقه
جلسه سوم	فنون شناختی (آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای)	۴۵ دقیقه
جلسه چهارم	بیرون ریختن عواطف بلوکه شده	۴۵ دقیقه
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی	۴۵ دقیقه
جلسه ششم	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر	۴۵ دقیقه
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن	۴۵ دقیقه
جلسه هشتم	معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر	۴۵ دقیقه
جلسه نهم	الگو شکنی رفتار	۴۵ دقیقه
جلسه دهم	ادامه الگو شکنی رفتار	۴۵ دقیقه

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های معنویت‌گرایی (آگاهی، پذیرش، بزرگنمایی، عدم ناامیدی، عدم بی‌ثباتی و مدیریت برداشت) در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های معنویت‌گرایی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

معنویت‌گرایی	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
آگاهی	پذیرش و تعهد	۴۳/۰۷ (۸/۰۵)	۵۹/۰۰ (۱۰/۸۸)	۵۶/۷۳ (۹/۶۸)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۴۰/۷۳ (۷/۰۴)	۶۲/۰۷ (۹/۲۲)	۶۵/۷۳ (۱۱/۶۰)
	کنترل	۴۱/۸۷ (۹/۵۱)	۴۳/۴۰ (۹/۳۴)	۴۴/۷۳ (۹/۵۲)
پذیرش	پذیرش و تعهد	۶/۴۰ (۱/۸۱)	۹/۴۰ (۲/۷۲)	۱۰/۰۷ (۲/۴۶)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۵/۶۷ (۱/۶۸)	۸/۶۷ (۲/۷۷)	۹/۲۰ (۲/۴۰)
	کنترل	۵/۹۳ (۱/۶۷)	۶/۰۷ (۱/۸۳)	۵/۴۷ (۱/۹۶)
بزرگنمایی	پذیرش و تعهد	۲۱/۶۷ (۴/۲۴)	۱۲/۷۳ (۲/۴۰)	۱۳/۲۷ (۲/۸۹)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۲۰/۰۷ (۴/۴۶)	۱۴/۶۰ (۲/۹۹)	۱۵/۲۰ (۲/۸۳)
	کنترل	۱۹/۲۷ (۳/۷۹)	۲۰/۵۳ (۳/۹۶)	۱۹/۳۳ (۳/۶۴)
عدم ناامیدی	پذیرش و تعهد	۱۶/۵۳ (۳/۴۸)	۲۶/۰۷ (۵/۳۹)	۲۵/۷۳ (۵/۷۰)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۱۵/۶۰ (۳/۸۹)	۲۳/۰۷ (۵/۵۰)	۲۲/۰۰ (۵/۰۶)
	کنترل	۱۷/۰۷ (۳/۶۵)	۱۷/۷۳ (۳/۶۲)	۱۷/۲۷ (۳/۴۷)
عدم بی‌ثباتی	پذیرش و تعهد	۲۱/۶۰ (۵/۲۲)	۳۳/۳۳ (۷/۴۰)	۳۴/۴۰ (۶/۲۵)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۲۱/۰۷ (۴/۸۲)	۲۸/۶۷ (۶/۰۷)	۲۸/۴۰ (۵/۳۸)
	کنترل	۲۰/۵۳ (۴/۰۵)	۲۲/۸۷ (۵/۴۹)	۲۰/۶۰ (۴/۸۰)
مدیریت برداشت	پذیرش و تعهد	۱۰/۸۰ (۳/۲۶)	۲۰/۴۷ (۳/۰۷)	۱۹/۸۰ (۳/۵۵)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۱۰/۹۳ (۳/۰۱)	۱۶/۰۷ (۲/۶۹)	۱۷/۲۷ (۳/۳۱)
	کنترل	۱۱/۴۰ (۳/۲۵)	۱۱/۹۳ (۳/۲۲)	۱۲/۸۰ (۳/۹۳)



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ...

استاندارد) سبک‌های حل تعارض (سبک یکپارچه، سبک اجتناب‌کننده، سبک مسلط، سبک مصالحه و سبک ملزم شده) را در سه گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد

جدول ۱. نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایش میانگین مؤلفه‌های آگاهی، پذیرش، بزرگنمایی، عدم ناامیدی، عدم بی‌ثباتی و مدیریت برداشت معنویت‌گرایی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش و نمرات مربوط به مؤلفه بزرگ‌نمایی کاهش یافته است. جدول ۲. میانگین (انحراف

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) سبک‌های حل تعارض در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

سبک حل تعارض	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
سبک یکپارچه	پذیرش و تعهد	۱۸/۲۰ (۳/۳۶)	۲۵/۲۰ (۵/۱۴)	۲۶/۱۷ (۴/۵۳)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۱۸/۱۳ (۳/۱۶)	۲۲/۶۷ (۴/۵۵)	۲۲/۲۰ (۴/۳۰)
	کنترل	۱۷/۴۰ (۳/۵۶)	۱۷/۶۷ (۳/۴۲)	۱۸/۶۰ (۳/۷۹)
سبک اجتناب‌کننده	پذیرش و تعهد	۲۲/۲۰ (۴/۳۶)	۱۴/۶۰ (۲/۹۵)	۱۵/۶۰ (۲/۹۰)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۲۳/۰۰ (۴/۳۶)	۱۵/۶۰ (۳/۳۸)	۱۶/۵۳ (۳/۸۰)
	کنترل	۲۱/۲۰ (۴/۴۱)	۲۰/۷۳ (۳/۵۵)	۲۱/۵۳ (۳/۳۹)
سبک مسلط	پذیرش و تعهد	۲۰/۰۷ (۳/۷۵)	۱۳/۰۰ (۳/۷۵)	۱۳/۷۳ (۲/۶۰)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۱۹/۸۷ (۴/۳۶)	۱۴/۲۰ (۲/۶۰)	۱۴/۷۳ (۳/۰۸)
	کنترل	۲۱/۲۰ (۳/۱۹)	۲۰/۳۳ (۴/۷۹)	۲۰/۳۳ (۳/۹۸)
سبک مصالحه	پذیرش و تعهد	۲۱/۴۰ (۴/۱۰)	۱۶/۴۷ (۳/۱۶۰)	۱۵/۹۳ (۳/۰۸)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۲۱/۴۰ (۴/۰۳)	۱۶/۸۷ (۳/۲۰)	۱۷/۰۷ (۴/۷۷)
	کنترل	۲۰/۶۰ (۳/۶۴)	۲۲/۵۳ (۳/۲۹)	۲۰/۸۰ (۴/۰۶)
سبک ملزم شده	پذیرش و تعهد	۱۰/۴۰ (۳/۰۹)	۱۶/۰۰ (۲/۵۹)	۱۶/۰۷ (۲/۵۲)
	ذهنیت طرح‌واره‌ای	۱۱/۴۰ (۲/۹۷)	۱۴/۵۳ (۳/۴۰)	۱۵/۴۷ (۳/۰۷)
	کنترل	۱۰/۴۷ (۳/۱۱)	۱۰/۷۳ (۲/۱۲)	۱۰/۲۷ (۳/۰۶)

جدول ۲. نشان می‌دهد که از بین سبک‌های حل تعارض میانگین نمرات سبک‌های مصالحه و یکپارچه در شرکت کنندگان دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش و میانگین نمرات سبک‌های ملزم شده، مسلط و اجتناب‌کننده کاهش یافته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های معنویت‌گرایی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
آگاهی	اثر گروه	۴۰۱۴/۹۹	۴۴۸۷/۳۸	۱۸/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲
	اثر زمان	۴۳۱۲/۵۴	۴۱۸۷/۵۳	۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۷
	اثر تعاملی گروه* زمان	۲۳۶۱/۹۰	۶۹۱۱/۵۶	۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵
پذیرش	اثر گروه	۱۸۸/۰۲	۱۸۲/۳۷	۲۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
	اثر زمان	۱۱۳/۳۴	۱۷۴/۴۰	۲۷/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
	اثر تعاملی گروه* زمان	۸۷/۴۱	۴۱۸/۴۲	۴/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۱۷۳
بزرگنمایی	اثر گروه	۳۷۰/۳۳	۷۴۴/۲۷	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
	اثر زمان	۴۳۵/۶۰	۴۸۷/۱۳	۳۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲
	اثر تعاملی گروه* زمان	۴۶۰/۲۵	۸۲۷/۸۷	۱۱/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
عدم ناامیدی	اثر گروه	۶۶۲/۲۴	۸۷۰/۵۳	۱۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
	اثر زمان	۶۲۴/۱۰	۸۱۹/۲۰	۳۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
	اثر تعاملی گروه* زمان	۴۲۸/۸۷	۱۶۹۲/۴۰	۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲
عدم بی‌ثباتی	اثر گروه	۱۶۱۱/۶۲	۱۷۷۳/۶۹	۱۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
	اثر زمان	۱۰۲۰/۱۰	۹۳۹/۳۳	۴۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	اثر تعاملی گروه* زمان	۶۵۸/۱۶	۲۱۴۱/۷۸	۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۵
مدیریت برداشت	اثر گروه	۵۵۸/۹۹	۷۳۸/۵۳	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
	اثر زمان	۷۰۰/۰۱	۳۷۳/۴۷	۷۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲
	اثر تعاملی گروه* زمان	۳۶۷/۱۴	۶۰۷/۷۳	۱۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷

جدول ۴. نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه* زمان، برای سبک‌های حل تعارض یکپارچه ($\eta^2 = ۰/۱۸۰$ ، $\eta^2 = ۰/۰۰۲$)، سبک اجتنابی ($F = ۴/۶۳$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۰۰$)، سبک مسلط ($F = ۵/۲۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۲۱$)، سبک مصالحه ($F = ۵/۹۷$ ، $P = ۰/۰۰۲$ ، $\eta^2 = ۰/۱۸۲$)، سبک ملزم شده ($F = ۴/۶۸$ ، $P = ۰/۰۰۶$ ، $\eta^2 = ۰/۱۵۸$) و سبک ملزم شده ($F = ۳/۹۵$) در سطح $۰/۰۱$ معنادار است.

جدول ۳. نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه* زمان برای مؤلفه‌های آگاهی ($F = ۷/۱۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۵۵$)، پذیرش ($F = ۴/۳۹$ ، $P = ۰/۰۰۳$ ، $\eta^2 = ۰/۱۷۳$)، بزرگنمایی ($F = ۱۱/۶۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۵۷$)، ناامیدی ($F = ۱۱/۶۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۵۷$)، عدم بی‌ثباتی ($F = ۵/۳۲$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۰۲$)، عدم بی‌ثباتی ($F = ۶/۴۵$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۳۵$) و مدیریت برداشت ($F = ۱۲/۶۹$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۷۷$) در سطح $۰/۰۱$ معنادار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر سبک‌های حل تعارض

مؤلفه	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
سبک یکپارچه	اثر گروه	۶۹۲/۴۶	۸۲۲/۰۹	۱۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
	اثر زمان	۴۸۵/۳۴	۶۱۳/۳۳	۳۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	اثر تعاملی گروه* زمان	۲۶۹/۶۷	۱۲۲۴/۴۴	۴/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۱۸۰
سبک اجتناب‌کننده	اثر گروه	۲۹۸/۳۳	۸۱۴/۸۹	۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
	اثر زمان	۲۳۰/۴۰	۶۷۱/۷۳	۱۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵
	اثر تعاملی گروه* زمان	۲۴۷/۹۹	۹۹۳/۳۸	۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰۰
سبک مسلط	اثر گروه	۳۳۲/۲۷	۶۶۵/۶۹	۱۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
	اثر زمان	۴۰۵/۳۴	۶۱۸/۳۳	۲۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶
	اثر تعاملی گروه* زمان	۳۲۲/۳۱	۱۱۳۴/۲۵	۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۱
سبک مصالحه	اثر گروه	۳۶۸/۱۱	۳۰۹/۰۲	۲۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	اثر زمان	۲۲۷/۲۱	۵۳۱/۳۳	۱۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۰
	اثر تعاملی گروه* زمان	۱۶۸/۲۱/۲۱	۷۵۴/۱۸	۴/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۱۸۲
سبک ملزم شده	اثر گروه	۶۶۹/۵۷	۶۲۲/۸۴	۲۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸
	اثر زمان	۳۸۰/۲۸	۶۳۷/۴۰	۲۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴
	اثر تعاملی گروه* زمان	۱۸۹/۷۲	۱۰۰۹/۱۶	۳/۹۵	۰/۰۰۶	۰/۱۵۸

بحث و نتیجه‌گیری

به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است یا نه ارزیابی کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، خود مشاهده‌گری و آگاهی فرد از وضع اندامش تقویت می‌شود. در این راستا در جهت افزایش پذیرش افکار، باورها و احساسات تلاش می‌شود؛ بنابراین افراد خود را از نشخوارهای فکری که منتج از ناامیدی است، نجات می‌دهند؛ به عبارتی دیگر می‌توان گفت این درمان با کاهش هم‌جوشی با افکار و احساسات ناکارآمد، به افراد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران با ماندن در انزوا، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن روبه‌رو شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم پذیرش و تعهد، فرد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که از این طریق معنویت در زندگی‌شان افزایش می‌یابد.

همچنین در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت

آزمون تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره‌ای روش مؤثرتری برای افزایش میانگین مؤلفه‌های عدم ناامیدی، عدم بی‌ثباتی و مدیریت برداشت معنویت‌گرایی در زنان شاغل است. این پژوهش با یافته‌های (۲۸-۲۹-۳۰) همسو است. در خصوص تبیین اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنویت زنان می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد تمرین‌های پذیرش و بحث‌های پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد همگی باعث کاهش ناامیدی می‌شود؛ به عبارتی در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود که چگونه عقاید اجتنابی خود را کنار بگذارند و به‌جای تلاش برای کنترل، آن‌ها را بپذیرند. اگر اجتناب تجربه‌ای، در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد؛ ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود (۳۱). در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا استراتژی‌هایی که

که مدل درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره، مدلی یکپارچه است که از رویکردهای شناختی - رفتاری، روان‌پویشی، گشتالت، دلبستگی و روابط موضوعی استفاده کرده است؛ بنابراین، نگرشی کامل به روابط بین فردی دارد. هر فرد دارای ابعاد شناختی، تجربی، هیجانی و رفتاری است. نقش طرح‌واره‌ها در شکل‌گیری باورها، هیجانات و رفتارها و همچنین به‌عنوان الگویی برای پردازش تجارب مشخص است؛ به‌طوری‌که افکار، احساس‌ها و نوع ارتباط ما با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند و تعیین‌کننده سبک مقابله‌ای ما در برابر موقعیت‌ها هستند. بین شی که در این مدل درمان اتفاق می‌افتد، آگاهی عمیق نسبت به ساختارهایی (طرح‌واره‌ها) است که در تعبیر و تفسیر موقعیت و در نتیجه بر معنویت‌گرایی تأثیر دارد. با اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، زنان می‌توانند با تغییر ارزیابی از موقعیت و سبک مقابله‌ای خود در آن موقعیت، نوع ارتباط خود را با دیگران بهبود بخشند که منجر به بهبود عملکرد در سطح خانواده می‌شود. از سوی دیگر می‌دانیم که با ایجاد تغییر در حوزه خودمختاری، احساس کفایت افزایش می‌یابد و افراد در هنگام مواجهه با مشکل، از یکدیگر حمایت می‌کنند و باتدبیر و منطق به انتخاب بهترین راه حل مشکل می‌پردازند؛ بنابراین، با تغییر در باورهای بنیادین، عملکرد زنان در حوزه‌های نقش در خانواده، ارتباط و حل مسئله بهبود می‌یابد و عملکرد کلی خانواده که حاصل برآیند این زیر مقیاس‌هاست بهتر می‌شود که با بهبود این مقیاس‌ها، معنویت در خانواده افزایش می‌یابد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره‌ای روش مؤثرتری برای افزایش استفاده از سبک حل تعارض یکپارچه در زنان شاغل است. این یافته‌ها با تحقیقات (۳۲-۳۳-۳۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود که زوجین با انجام تعهدات و رفتارهای ارزشمند به جای افکار مربوط به طلاق

و پایان رابطه، بیشتر به بازسازی و بهبود آن فکر کنند (۳۵). نتایج بعدی پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی بر تعارضات زناشویی مؤثر است. این نتایج با یافته‌های (۳۶-۳۷) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در طرح‌واره درمانی راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات، رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. این درمان با به چالش کشیدن طرح‌واره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرح‌واره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب هم چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به‌طورکلی باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد و کاهش تعارضات زناشویی آن‌ها شده است (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر تأثیر بیشتر طرح‌واره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش دلزدگی و تعارضات زناشویی نشان می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های (۳۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق فنون طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود زوجین طرح‌واره‌های مشکل‌آفرین در رابطه زوجی را به‌خوبی بشناسند و به‌جای رفتارهای اجتنابی و مقابله‌ای منفی پاسخ مناسبی همسو با ارزش‌های خود بیابند و این امر سبب کاهش تعارضات در روابط زوجین می‌شود. یکی از راهبردهای اجتناب در زوجها کناره‌گیری از تعاملاتی است که قبلاً منجر به تعارض شده است. چنین کناره‌گیری‌هایی نه تنها مانع از تعارضات جدید نمی‌شود بلکه باعث می‌شود که خاطره تعارضات همیشه در ذهن طرفین باقی بماند و مانع از بهبود روابط زوجین شود (۴۰).

رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فرمول‌بندی و شناخت طرح‌واره‌ها با شناسایی الگوهای



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ...

بزرگ‌تر (طرح‌واره‌ها) به زوجین کمک می‌کند تا با تفکر بیشتری به رفتارشان نگاه کنند و در جستجوی راه‌هایی برای ایجاد شکل‌های جدید سازگاری توانمند شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را ترغیب می‌کند که فرایندهای فکری را به‌عنوان یک عملکرد لازم و واقعی برای سازگاری روان‌شناختی بپذیرند و در نتیجه منجر به کاهش طرح‌واره‌های شناختی منفی در زوجین می‌شود. بنا بر گزارش‌های زوجین شرکت‌کننده؛ پی بردن به طرح‌واره‌های قدیمی و نقش آن‌ها در تخریب روابط، روشن شدن ارزش‌ها به‌ویژه ارزش‌های مشترک در رابطه زناشویی و گام برداشتن در جهت ارزش‌ها نقش مهمی در کاهش تعارضات زناشویی آن‌ها داشته است. همچنین به نظر می‌رسد که آموزش طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود که زوجین درک بهتری از رفتارهای طرح‌واره خواست خود داشته باشند و بر واکنش‌های طرح‌واره خواست که منجر به دورتر شدن از ارزش‌ها می‌شوند بیشتر تسلط داشته باشند. همچنین با انجام تعهدات و رفتارهای ارزشمند به‌جای افکار مربوط به طلاق و پایان دادن رابطه؛ بیشتر به بازسازی و بهبود آن فکر کنند.

در انتها لازم به ذکر است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ با توجه به حساسیت موضوع زناشویی برای افراد،

دسترسی به گروه نمونه و جلب رضایت آن‌ها برای انجام مصاحبه حضوری و نیز ضبط صوتی مصاحبه‌ها بسیار دشوار بود و به زمان بسیار زیادی نیاز داشت. برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه استفاده شد. یکی از محدودیت‌های پرسشنامه وجود انگیزه و علاقه لازم جهت پاسخگویی دقیق و صحیح به سؤالات است. اگرچه مورد خاصی مبنی بر بی‌دقتی یا پاسخ‌دهی غیرواقعی مشاهده نشد اما لازم است در تفسیر نتایج این نکته نیز مورد توجه قرار گیرد. نتایج تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در معنویت‌گرایی زنان شاغل تأثیر دارد که این آموزش‌ها، جهت ارتقاء معنویت‌گرایی ضروری به نظر می‌رسد، چه زوجین کمک می‌نمایند که طبق اصول کل‌گرایی و داشتن یک حس حرفه‌ای برای یک هدف بالاتر، معنای واقعی اتفاقات و وقایع اطراف را تفسیر نموده و در نتیجه به رضایت زناشویی پایدارتری دست یابند. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنیت طرح‌واره در سبک‌های حل تعارض زنان شاغل تأثیر دارد؛ که با توجه با اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها، مراکز مداخله در بحران خانواده، مراکز مشاوره و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

References

1. Darbani, S.A., Farrokhzad, P., Lotfi Kashani, F. (2019). Effectiveness of short-term strategic family therapy on marital conflicts. *Applied Family Therapy Quarterly*, 1(1), 54-68.
2. Alirezaie, M. (2015). Relationship between attachment styles and family functioning and marital intimacy. MSc thesis. Allameh Tabatabai university.
3. Papp, L M. (2018). Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple & Relationship Therapy*.17 (1): 7-24. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302377>
4. Hibel, L C., & Mercado, E. (2019). Marital conflict predicts mother-to-infant adrenocortical transmission. *Child development*; 90 (1): e80-e95. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001396>
5. Ghamari, Z (2018). Prevalence of lung cancer in Isfahan Province, Iran. 2018. *J Egypt Natl Canc Inst*, 30(2): 57-9. <https://doi.org/10.1016/j.jnci.2018.03.001>
6. Bulanda, JR., Brown, JS., Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*.165:119 -27. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.07.025
7. Krause, N., Pargament, KI., Ironson, G. (2018). In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety. *The Journals of Gerontology: Series B*.73(4):696-703. DOI: 10.1093/geronb/gbw039
8. Chow, SK., Francis, B., Ng, YH., Naim, N., Beh, HC., Ariffin, MA, et al. (2021). Religious coping, depression and anxiety among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a Malaysian perspective. *Healthcare*; 9(1): 79. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010079>
9. Fardin, MA. (2020). COVID-19 epidemic and spirituality: A Review of the benefits of religion in times of crisis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care* 2020; 9(2): e 104260. doi: 10.5812/jjcdc.104260.
10. Prazeres, F., Passos, L., Simões, JA., Simões, P., Martins, C., Teixeira, A. (2021). COVID-19-Related fear and anxiety: Spiritual-religious coping in healthcare workers in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(1): 220-231. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010220>
11. Rias, YA., Rosyad, YS., Chipojola, R., Wiratama, BS., Safitri, CI., Weng, SF. (2020). Effects of spirituality, knowledge, attitudes, and practices toward anxiety regarding COVID-19 among the general population in Indonesia: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*; 9(12): 3798. <https://doi.org/10.3390/jcm9123798>
12. Ciarrochi, J., Chan, A.Y., & Bajgar, J. (2019). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119. DOI:10.1016/S0191-8869(00)00207-5
13. Shackelford, T.K., Besser, A., & Goetz, A. T. (2018). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. *Individual Differences Research*, 6(1), 13–25. <https://doi.org/10.4148/1944-9771.1159>
14. Izadi, R., Neshat Doost, HT., Asgari, K., Abedi, MR. (2014). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Science Research*, 12(1), 19-33. (In Persian). <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1963-en.html>
15. Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2018). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 77–101). John Wiley & Sons, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/2009-02305-005>.
16. Hayes, SC., & Strosahl, KD. (2020). Acceptance and commitment therapy: An experiential. <https://doi.org/10.1037/14295-001>
17. Aman Lahi, A., Heydarian Far, N., Blessed Mehr, R., & Imani, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy in the treatment of couples' distress. *Two practical counseling quarterly*. No. 7:795 to 779. 10.22055/JAC.2015.12561
18. Farrell, J., & Shaw, A. (2012). Group schema therapy for borderline personality disorder. Translated by Leila Porsmer (2016). Tehran: Arjamand Publication.
19. Simone, Ch. D., Rudiger, A., & Bruce, E. (2015). *Schema Therapy for Couples, A Practical Guide for Clinicians*. Translated by Kobri Haji Alizadeh and Hadi Salimi (2017). Tehran: Ibn Sina Publications.
20. Farrell, J., Reyes, N., & Shaw, A. (2014). *A Clinical Guide to Schema Therapy*. Translated by Maryam Hedayati and Adele Samimi (2015). Tehran: Arajmand Publications
21. Khodabandelow, S., Najafi, M., & Rahimian

- Boogar, I. (2018). The effectiveness of schema Mode therapy on the self-esteem in narcissistic personality disorder: A single-subject research. *Clinical Psychology Studies*, 8(30), 65-101. (Persian). <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-358-en.html>
22. Hall, T. W., & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the Spiritual Assessment Inventory. *Journal of Psychology and Theology*, 24(3), 233-246... <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00121>
23. Jamshidian, S. (2011). Prediction of hope based on the components of spirituality with mediation of mental health in college students. Master's thesis in clinical psychology, Shiraz University.
24. Hall, T. W.; Edwards, K. J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A theistic model and measure for Assessing spiritual development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 2, 341-357. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00121>
25. Haghghi, H., Zarei, A., Qadri, F. (2011). Investigating the factor structure and psychometric properties of Rahim's conflict resolution style questionnaire (ROCI-II) among Iranian couples. *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly*, Year 1, Number 4.
26. Wells, K., and Sorrell, J. (2007). Living with chronic treatment (an acceptance-based approach). Translated by Mesgarian, Fatemeh. (2011). Respected publications.
27. Yang, J. Klosko, J. Vishar, M. (2006). Schema therapy (a practical guide for clinicians). Translated by Hamidpour, Indoz. Zahra. Tehran: Arjamand Publications (date of the work in original language 2003).
28. Aghili, S.M., & Malek, F. (2021). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy on spiritual health and blood pressure of hemodialysis patients in Gorgan city. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 8(5): 81-94.
29. Barqaei, S.S.; Roshan, R. (2019). Comparison of religious spiritual therapy and therapy based on acceptance and commitment in a group way and their effect on improving feelings of multiplicity and depression in women with obsessive compulsive disorder. *Psychology and religion*. Thirteenth year, 1 (consecutive 49).
30. Ghaseminejad Raini, F., Flower grower, M., & Aghaei, A. (1401). Comparison of the effectiveness of emotion-oriented therapy based on attachment trauma and integrated spirituality-oriented schema therapy on despair and mental health of women affected by husband's breach of contract. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 9, 3 (42).
31. Asghari, M., Falehkar, A., Zarei, A., Mirzahoseini, F., & Amani, O. (2018). [Comparison of the efficacy of acceptance acceptance commitment therapy and electrical stimulation with alternating current on mood symptoms in depressed patients (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 13(4):16-23. DOI: 10.21859/ijnr-13043.
32. Asadpour, A., Veisi, S. (2016). The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on sexual self-esteem and sexual performance of women with multiple sclerosis. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 20 (7), 1-12.
33. Neumann, A., Wagner, A., & Remor, E. (2018). Couple relationship education program "Living as Partners": evaluation of effects on marital quality and conflict. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 31, (26). <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0106-z>
34. Zhou, N., Buehler, C. (2019). Marital hostility and early adolescents' adjustment. *The Journal of Early Adolescence*, 39(1), 5-27. <https://doi.org/10.1177/0272431617725193>
35. Alami, M., Teymouri, S., Oh, Q., Bayazi, MH. (2021). The effectiveness of an integrated schema therapy approach based on acceptance and commitment and reducing marital conflicts and divorce Desire of divorced couples. *behavioural science research*, 18(1), 141-132. (In Persian).doi: 10.52547/rbs.18.1.13
36. Ardjmand Ghujur Eghbali, A. (2018). A Comparing of two schima therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) attitudes effectiveness on early maladaptive schema in metamphetamine addicts. *Rooyeshe-eRavanshenasi*, 7(1). (In Persian). doi: 20.1001.1.2383353.1397.7.1.4.3
37. Hajinia Esbo, A., Khalatbari, J., Mirzamani, S.M., Ghorban Shirodi, S., & Abolghasemi, S. (2020). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Induced by Marital Conflict in Women Affected by Domestic Violence. *MEJDS*; 10:130-130
38. Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, JJ. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482>
39. Hemmati, M., Madahi, M., Hosseinian, S., Khalatbari, J. (2018). Comparison of the effectiveness of couple therapy based on schema

- therapy and couple therapy based on acceptance and commitment in family resilience. Women and Family Studies Al-Zahra University Women's Research Institute, 6(2), 145-163. (In Persian)
40. Amirbeik, M., Akbari Amarghan, H., Fariborzi, E., Nejat, H. (2021). Comparison of the effectiveness

of eclectic and integrated behavioral couple therapy based on acceptance and commitment schema on tolerance of failure and marital satisfaction of women with multiple. Journal of Neyshabur university medical sciences, 72, 9(3), 57-72. (In Persian).

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Therapy Based on Schema Mentality in Spirituality and Conflict Resolution Styles in Working Women

Mahboobeh Amoei¹, Mohammad Ghamari^{2*}, Mehdi Zare Bahramabadi³

Abstract

Background and objective: The purpose of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) and schema-based therapy in spirituality and conflict resolution styles in working women.

Materials and methods: In terms of research design, this research was a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The statistical population includes 45 women working in the companies of Iran Khodro Industrial Group in 1400, who were purposefully divided into three control groups (15 people), an experiment based on schema mentality (15 people) and therapy based on acceptance and commitment (15 people). People answered the research questionnaires (spirituality and conflict resolution styles). In this research, the multivariate analysis of variance test was used in terms of the assumptions of the use of parametric tests and the analysis of variance test with a mixed design.

Findings: The findings showed that the interaction effect for integrated conflict resolution styles ($P = 0.002$, $\eta^2 = 0.180$), avoidance style ($\eta^2 = 0.200$, $0.001 = P$, $F = 5.24$), dominant style ($P = 0.221$, $P = 0.001$, $F = 5.97$), compromise style ($P = 0.24$, $P = 0.002$, $F = 4/4$) and required style ($\eta^2 = 0.158$, $P = 0.006$, $F = 3.95$) is significant at the 0.01 level.

Conclusion: The results showed that the implementation of therapy based on acceptance and commitment and therapy based on schema mentality, spirituality and conflict resolution styles have an effect on working women.

Keywords: Acceptance And Commitment Therapy (ACT), Therapy Based on Schema Mentality, Spirituality and Conflict Resolution Styles.

1. Counseling Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2*- (Corresponding Author): Counseling Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran