

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق

نسرين يگانه راد^۱، دکتر حسن توزنده جانی^{۲*}، زهرا باقر زاده گلمکانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۲ صص: ۸۹-۱۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۷

چکیده

نقش خانواده به عنوان کوچک ترین واحد اجتماعی می تواند هم در جنبه مثبت و هم در جنبه منفی، بسیار تأثیرگذار باشد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق بود. این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۸۵ نفر از زنان متقاضی طلاق می باشد که در ۳ ماه اول سال ۹۷-۹۸ به مراکز مشاوره در سطح شهر نیشابور مراجعه کردند. که تعداد ۳۶ نفر از آنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به سپس به تصادف در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (۱۲ نفره)، و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه اول طرحواره درمانی، گروه دوم شفقت درمانی را دریافت کردند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، و پرسشنامه تحمل ابهام مک لین (۲۰۰۸)، استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. یافته ها نشان داد که با توجه به F محاسبه شده که نسبت به F معیار در سطح ۰/۰۵ کوچک تر بود، هر دو نوع درمان در شاخص تاب آوری و تحمل ابهام اثربخش بوده است. اثربخشی شفقت درمانی در مقایسه با طرحواره در متغیر تاب آوری محسوس و معنادار است، اما اثربخشی طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شفقت ورزی در متغیر تحمل ابهام برتری داشته است (p<0/05).

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، شفقت ورزی، تاب آوری، تحمل ابهام

^۱ دانشجوی دکتری، رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

^۲ دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران.

^۳ استادیار، روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران.

* نویسنده مسول مقاله: h.toozandehjani@ymail.com

مقدمه

طلاق پدیده‌ای است که اکثر کشورها به خصوص کشورهای در حال گذار با آن مواجه می‌باشند که با پیامدهای منفی روانشناختی و هیجانی همچون افسردگی و اضطراب برای زوجها و فرزندان همراه است (Leopold, Kalmijn, 2016). به عبارت دیگر طلاق پدیده‌ای است که نه تنها نهاد خانواده را با تهدید جدی مواجهه می‌سازد، بلکه سلامت جامعه را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (Sbarra, 2017). بر هم خوردن روابط عاطفی و احساس ناامنی منتج از طلاق عاطفی و تعارضات زناشویی می‌تواند امنیت شخصی و روابط زوجین را به خطر اندازد و منجر به طلاق گردد (Qiong & et al, 2018). از سوی دیگر، تعارضات زناشویی و طلاق تهدیدهایی جدی برای خانواده هستند که ثبات و کیفیت ازدواج را به چالش کشیده و باعث بروز پیامدهای منفی روانی، جسمانی، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند (Michalitsianos, 2014). طلاق یکی از عوامل ایجاد کننده اختلال و آشفتگی در زندگی انسان‌هاست. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف رخ دهد (Rossi, Holtzworth-Munroe & Rudd, 2016). در رویکرد مبتنی بر هیجان، طلاق و تعارضات زوجین هنگامی بروز می‌کنند که زوجین در رفع نیازهای دلبستگی امنیت، ایمنی، رضایت یکدیگر قصور ورزند، یعنی ابهام و آشفتگی روابط زناشویی نمایانگر قصور زوجین در برقراری یک رابطه برخوردار از سبک دلبستگی ایمن می‌باشد (Ubaidi, 2017). شواهد نشان می‌دهند که نرخ بالایی از همبودی بین تعارضات های زناشویی با حالت اضطرابی وجود دارد (Lopez, 2017). یکی از متغیرهایی که در افراد دارای تعارض و متقاضی طلاق دارای اهمیت می‌باشد تحمل ابهام است (Perczel, Kresznertis, 2017). دوگاس و ساوارد (۲۰۰۷)، تحمل ابهام را باورهایی در مورد نگرانی، جهت گیری مسئله منفی و سبک مقابله‌ای اجتنابی تعریف می‌کنند و بر این عقیده‌اند که این سه عامل با شدت مشکل فرد رابطه دارند. تحمل آشفتگی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودسنجی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. در پژوهشی که توسط الی، لنگ، کمبل و کلنر (۲۰۱۷)، تحت عنوان تحمل ابهام و تاب آوری با ویژگی‌های شخصیتی در زنان متقاضی طلاق نشان داده شد که بین تحمل ابهام و تاب آوری این افراد رابطه وجود دارد.

بر طبق نظریه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تحمل ابهام را به عنوان توانایی فرد برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی مفهوم سازی کردند. و آن را دارای ماهیت چند بعدی می‌دانند. ابهام و آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که در اغلب موارد با تمایل به انجام عمل در جهت رهایی از آن تجربه هیجانی مشخص می‌گردد

(Arco, 2015). تحمل ابهام از عوامل مهم در کنار آمدن با سختی ها است. تحمل ابهام که به معنای ظرفیت تجربه و تحمل حالت روانی منفی است می تواند نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد و به صورت یک حالت هیجانی تجربه شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می شود (Razurel et al, 2017). پژوهش امین الرعایا؛ کاظمیان و اسمعیلی (۱۳۹۲)، نشان دادند که زنان مطلقه و دارای تعارض نسبت به زنان غیر مطلقه از نظر تحمل ابهام در سطح پایین تری بودند.

انسان ها راه حل های بالقوه متنوعی را جهت مقابله با مسائل بین فردی چاره اندیشی می کنند (Fincham, 2015). تاب آوری در روانشناسی، اشاره به تمایل افراد برای مقابله با تنیدگی و دشواری ها دارد (Masten, 2009). به طور بنیادی تاب آوری به سازگاری مثبت، با توانایی حفظ کردن و به دست آوردن مجدد سلامت روانی علی رغم تجربه سختی و مصیبت اشاره دارد (Herrman et al, 2011). فرد تاب آور کسی است که قادر است با ناملایمات و تغییرهای زندگی موفق شود (نامداری و نوری، ۱۳۹۷). تاب آوری به عنوان توانایی افراد برای مقابله با رویدادهای آسیب زا، توانایی برای حفظ نسبتاً پایدار سطوح سلامت روانشناختی، عملکرد فیزیکی، تولید و به وجود آوردن تجارب و احساسات مثبت تعریف شده است (Keyhani, Taghvaei, Rajabi, Amirpour, 2015). تاب آوری یکی از پیش بینی کننده های سلامت روان، کیفیت زندگی، افسردگی و امیدواری در انسان ها محسوب می شود (Foster et al, 2015) بر طبق نظر کانر و دایویدسون (۲۰۰۳)، تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده و سازنده محیط نیست. بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال پیرامونی خود است. تاب آوری نوعی ترمیم خود، که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. از این رو نمی توان آن را معادل بهبودی دانست چون در بهبودی، فرد پیامدهای منفی و مشکلات هیجانی-عاطفی را تجربه می کند. بر طبق نظر مک الیستر^۱ (۲۰۰۹)، ۵ بعد برای تاب آوری مطرح شده که عبارت است از: ۱. پیوستگی با خانواده، ۲. پیوستگی با محیط اجتماعی، ۳. پیوستگی با محیط فیزیکی، ۴. پیوستگی با خرد درونی. ۵. ذهنیت حمایتگر ارزش های فردی این ابعاد فرد را قادر می سازد در موقعیت های تهدید کننده و چالش برانگیز، مهارت های مقابله ای مناسب را توسعه دهد.

اشکال مختلفی از درمان های روان شناختی برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین شده است که می توان به رفتاردرمانی، رواندرمانی بین فردی، و شناخت درمانی اشاره کنیم. در این پژوهش از طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت استفاده شد. با توجه به اهمیت مؤلفه های تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق و با توجه به این که آسیب های روانشناختی ناشی از طلاق در زنان،

¹ McAllister

به صورت مزمّن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روانشناختی را مطرح می‌کند (Tamborini, Couch & Reznik, 2015). با توجه به اینکه که آسیب‌های روانشناختی ناشی از طلاق در زنان بیشتر نمود پیدا می‌کند، لزوم مداخله‌های روانشناختی را ضروری می‌سازد. یکی از مداخلات جدید در زمینه مشکلات روانشناختی و آسیب‌های خانودگی، رویکرد طرحواره درمانی است (Tapia, 2018). یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روان شناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی رویکرد طرحواره درمانی است. طرح‌واره درمانی یانگ، به مثابه یک رویکرد یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان مشکلات زناشویی کارایی دارد (Young, Klosko & Weishaar, 2015). همچنین، رویکرد طرحواره درمانی از طریق استفاده از راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت مراجع و همچنین به واسطه کاهش رفتارهای مخل زندگی و مداخله‌کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ذهن آگاهی یا هشیاری فراگیر)، به فرد کمک می‌کند تا آنها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد تا بتواند تعارض‌های زناشویی خود را کاهش داده است (2017, Hakim, Crouch). محمدی نژاد و ربیعی (۲۰۱۵)، در پژوهش خود این یافته را نشان دادند که به کارگیری رویکرد طرحواره درمانی در بین زنان مطلقه منجر به بهبود کیفیت زندگی آنان گردید. در پژوهشی که توسط شوکماگر (۲۰۱۷)، انجام شد نشان داده شد که طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامتی روحی و کاهش مشکلات ارتباطی در بین زوجین مؤثر می‌باشد.

یکی دیگر از راه‌هایی که می‌توان به فرد برای کنترل هیجان‌ها برای مقابله با مشکلاتی که در روابط خود دارند کمک کند رویکرد خود شفقت‌ورزی^۱ است. خود شفقت‌ورزی به معنای تجربه‌پذیری و تأثیرپذیر بودن از رنج دیگران به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر می‌کند (Neff, Prommier, 2013) (Neff, Germer, 2017). درمان متمرکز بر شفقت، درمانی چند وجهی است که بر پایه‌ی طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است (Feizi, Esbati, 2019). در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ و افراد در مرحله‌ی اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند، سپس نگرش مشفقانه به خود داشته باشند (Gilbert, 2010). در این درمان تأکید بر تجربه ناخوشایند از آنهاست. فنون مختلف این مدل درمانی برای درونی‌سازی شفقت به خود شامل تصویرسازی، نوشتن نامه‌ی شفقت‌گونه به خود و یادگیری دانش روانشناختی شفقت به خود است (Pour Abdol, 2020). در تمرین‌های این مدل درمانی بر آرمیدگی، ذهن آرام و مشفق و توجه آگاهی تأکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش اضطراب و استرس نقش

¹ self-compassion therapeutic approach

بسیاری دارد (Neff, Germer, 2017). رویکرد خود شفقت‌ورزی بعنوان یک سازه خودمراقبه‌ای، سلامت هیجانی زوجین طلاق را ترمیم می‌کند و رویکرد شفقت‌ورزی در حل صدمات هیجانی افراد به خصوص طلاق ثمربخش است (Gilbert, 2014). کاپاچ و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهشی که توسط نشان داده شد که شفقت درمانی برفرآیندهای بالقوه تغییرموثر می‌باشد. همچنین شاهار، زیسنول، زیلچا-مانو، هیم، زمیر و لویت بینوم^۱ (۲۰۱۵)، دریافتند که درمان متمرکز برشفقت می‌تواند خود انتقادی و افسردگی بیماران را کاهش و هیجانات مثبت و تاب آوری را در آن‌ها افزایش دهد. بنابراین، رویکردهای خود شفقت‌ورزی و طرحواره درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از تعارضات زناشویی، در زنان آسیب دیده از طلاق می‌تواند بسیار کمک دهنده باشد. از این نظر دارای اهمیت فراوانی هستند. این دو رویکرد حتی از پیامدهای منفی تعارضات زناشویی می‌کاهد و توان فرد را برای رویارویی با مشکلات و ترمیم رابطه زناشویی یاری می‌دهد (Morin, et al 2015).

با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع طلاق و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله طرحواره درمانی و شفقت درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شد. از آنجا که هر روز، افزایش مراجعان به ویژه زنان به کلینیک‌های مشاوره خانواده را مشاهده می‌کنیم و با توجه به اینکه مطالعات طرحواره درمانی و شفقت درمانی در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات انجام گرفته است، کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر واقع شود بیشتر جلب توجه می‌کرد. با توجه به این موارد، لزوم طراحی و اجرای مداخلاتی با هدف بهبود سلامت روان افراد ضرورت داشت. با توجه به این موارد و از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی مقایسه طرحواره درمانی و خود شفقت‌ورزی بر تاب آوری و تحمل ابهام زنان متقاضی طلاق نپرداخته بود. با توجه به اهمیت این رویکردها در بازسازی روانی، سلامت روحی این زنان و نبودن پژوهشی در مورد اثر بخشی ترکیب این دو روش ضرورت مطالعه این امر به عنوان یک دغدغه پژوهشی برای پژوهشگر شد تا بر اساس آن در پی دستیابی به این سؤال شد که کدامیک از روش‌های آموزش مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی و خود شفقت‌ورزی بر تاب آوری و تحمل ابهام اثربخش‌تر است؟

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی برشفقت بربخشودگی زنان متقاضی طلاق تفاوت معنادار دارد.

¹ Shahar.Szepesnwol,Zilcha,Haim

فرضیه دوم: بین اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق تفاوت معنادار دارد.

روش، جامعه و نمونه آماری پژوهش

پژوهش حاضر پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق شامل زنان متقاضی طلاق که ۱۸۵ نفر می‌باشد که در ۳ ماه اول سال ۹۷-۹۸ به مراکز مشاوره در سطح شهر نیشابور مراجعه کردند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۶ نفر از این زنان بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱ و ۲ (۱۲ نفره)، و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابتدا، کلیه شرکت کنندگان جهت سرندسازی وضعیت سلامت روانی مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند تا وجود هر گونه اختلال روانی رد شود. سپس هر سه گروه را تحت پیش آزمون قرار دادیم. گروه آزمایش اول برنامه طرحواره درمانی برمبنای مدل درمانی یانگ (۲۰۰۵) طی ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته دریافت کردند و گروه دوم درمان مبتنی بر شفقت برمبنای مدل درمانی گیلبرت (۲۰۰۹)، را طی ۸ جلسه یک و نیم ساعته دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. جلسات هر دو نوع مداخلات درمانی توسط محقق اجرا گردید. پس از پایان دوره آزمایش هر سه گروه مورد پس آزمون قرار داده شدند و سپس دوماه بعد از پس آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارتند از: تمایل به شرکت در تحقیق، سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن تعارض زناشویی، عدم وجود بیماری‌های روانی یا جسمی مزمن نداشتن سابقه دریافت درمان‌های مربوط به طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: اعلام انصراف از شرکت در پژوهش، پایین‌تر از سن ۲۵ و بالاتر از ۵۰ سال، دریافت درمان‌های روان‌شناختی بطور همزمان، دارا بودن اختلال روانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه. ملاحظات اخلاقی: کسب رضایت کتبی، بیان اهداف و شیوه اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان، حفظ اطلاعات شخصی، محرمانه نگه داشتن اطلاعات آنها، رعایت کلیه اصول انسانی به هنگام اجرای آزمونها و اجرای درمان، برگزاری جلسات انفرادی در صورت نیاز هر یک از شرکت کنندگان. در پایان دوره پژوهش، درمان مبتنی بر شفقت به گروه کنترل ارائه شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه می‌باشد و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، تهیه شده است و توسط محمدی (۱۳۸۴) در ایران هنجار یابی شده است. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گره‌های

مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است (Conner, Davidson, 2003) روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) پرسشنامه توسط سازندگان آزمون در گره‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است (Conner et al, 2003) محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آورد. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۷ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۳ بود. و در این پژوهش پایایی پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ می‌باشد.

پرسشنامه تحمل ابهام: به دلیل ایراداتی که بر نظریه بودن وارد بود باعث شد مک‌لین در سال ۱۹۹۳ پرسشنامه‌ای را برای ارزیابی تحمل ابهام تهیه کند این پرسشنامه ۱۳ آیتم دارد و با عنوان پرسشنامه تحمل ابهام نوع دوم شناخته می‌شود (McLain, 1993). در نمره گذاری حداقل امتیاز ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ باشد. نمره بین ۱۵ تا ۳۰: تحمل ابهام پایین است. نمره بین ۳۰ تا ۴۵: تحمل ابهام متوسط است. نمره بالاتر از ۴۵: تحمل ابهام بالا است. روایی و پایایی: مک‌لین (۱۹۹۳) پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم ۲۲ آیتمی و ۱۳ آیتمی گزارش کرد (به عنوان مثال آلفای کرونباخ فرم ۱۳ آیتمی: ۰/۸۲؛ و فرم ۲۲ آیتمی: ۰/۸۶ می‌باشد. همچنین همبستگی مقیاس تحمل ابهام فرسیو و همکاران (۱۹۹۴)، ۰/۷۵ است (Narimani, Abolqasemi, 2005).

درمان هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که طبق پروتکل اتخاذ شده بر اساس مدل گیلبرت (۲۰۰۹)، اجرا شد.

جلسات آموزش مبتنی بر شفقت

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، منطبق درمان مبتنی بر شفقت و تفهیم شفقت و شفقت به خود
جلسه دوم: از زوجها خواسته می‌شود که سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان شناسایی کنند.

جلسه سوم: استفاده از مهارت تصویرپردازی شفقت‌گونه و استفاده از فن تنفس تسکین بخش
جلسه چهارم: استفاده از فن به هوشیاری برای زوجین و نحوه ابراز نگرش‌های صمیمانه جلسه
جلسه پنجم: در این جلسه فن نوشتن نامه شفقت روزانه و ارتقا شفقت خود به وسیله تخلیه هیجانی صورت گرفت.

جلسه ششم: در این جلسه آسیب‌شناسی عواملی که موجب ترس و دافعه زنان نسبت به شفقت خود می‌شود جلسه هفتم: آموزش‌های روش‌های مقابله با عوامل شفقت خود و استفاده از فن آرام‌سازی

جلسه هشتم: جمع بندی جلسات، ارائه پیشنهاد نهایی و نهایتاً اجرای پس آزمون. درمان دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای است که طبق پروتکل اتخاذ شده بر اساس مدل یانگ و همکاران (۲۰۰۵)، اجرا شد.

جلسات طرحواره درمانی

جلسه اول: خوش آمدگویی و آشنایی اعضای گروه، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی و منطق کلی درمان، اجرای پیش آزمون

جلسه دوم: تعریف (طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی طرحواره ها)

جلسه سوم: توضیح در مورد عملکردهای طرحواره، شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره

جلسه چهارم: معرفی سبکها و پاسخهای مقابله ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره ها می شوند، تعریف مفهوم ذهنیت های طرحواره ای

جلسه پنجم: تصویرسازی هیجانی خلق و خوی هیجانی و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره، ایجاد آمادگی برای تغییر

جلسه ششم: به چالش گرفتن طرحواره (قداست زدایی)، نامه معرفی خود

جلسه هفتم: بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره، به چالش گرفتن شواهد تأییدکننده طرحواره

جلسه هشتم: ایجاد برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین و ساخت کارت-های آموزشی به کمک آزمودنی ها، آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره

جلسه نهم: ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک هایی در درمان، انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، نوشتن نامه به والدین، گفتگوی خیالی با والدین

جلسه دهم: آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار، اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی

جلسه یازدهم: آموزش متناسب با خواسته های مراجع شیوهی صحیح رسیدن به خواسته هایش

جلسه دوازدهم: آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده در این تحقیق علاوه بر پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌های پژوهش‌شغل، میزان تحصیلات، داشتن یا نداشتن فرزند و رده سنی خود را در پرسشنامه پژوهش بیان نموده‌اند. در هر یک از سه گروه ۱۲ زن شرکت نموده‌اند که بر اساس مدرک تحصیلی در سه گروه کمتر از دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر از آن رده بندی شده‌اند و تقریباً به لحاظ میزان تحصیلات همگن می‌باشند و تفاوت بسیار اندکی داشته‌اند. افراد بر اساس رده سنی در سه طبقه جای داده شده‌اند که از مجموع ۳۶ نفر، ۱۶ نفر در رده سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال بوده‌اند و هم‌مین تعداد از افراد شاغل بوده‌اند. همگن بودن نمونه مورد مطالعه از لحاظ جمعیت شناختی باعث مطلوب بودن اعتبار نتایج خواهد شد و در حقیقت دو عامل میزان تحصیلات و سن تأثیر بر نتایج هر یک از گروه‌ها نخواهد گذاشت و کنترل شده است.

یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که هر دو نوع درمان طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود وضعیت زنان شرکت‌کننده در پژوهش در متغیر تحمل ابهام می‌گردد؛ در حقیقت میانگین تحمل ابهام در گروه آزمایش (۱) متناظر با طرحواره درمانی در مرحله پیش‌آزمون از (۶۷/۴۴) به (۴۷/۵۸) در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است و در مرحله پیگیری میانگین به (۴۷/۱۶) تغییر یافته است. بنابراین اثربخشی شفقت‌درمانی بر تحمل ابهام زنان متقاضی طلاق که شفقت‌درمانی را دریافت نموده‌اند به صورت توصیفی مشهود است، ضمناً در مرحله پیگیری میانگین به اندکی کاهش داشته است و تقریباً وضعیت زنان شرکت‌کننده در پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی نداشته است. در حقیقت میانگین در گروه آزمایش (۱) متناظر با طرحواره درمانی در معیار تاب‌آوری میانگین در مرحله پیش‌آزمون (۶۷/۴۱) و در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش (۲) (۷۴/۱۶) می‌باشد لذا تاب‌آوری در گروه آزمایش که طرحواره درمانی را دریافت نموده‌اند اختلاف قابل توجه‌ای با پیش‌آزمون گروه آزمایش دوم داشته و همچنین با توجه به میانگین گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون (۶۷/۴۱) اینگونه استنباط می‌گردد که اختلاف گروه آزمایش مذکور و گروه کنترل محسوس می‌باشد.

۱. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			SD	M	SD	M	SD	M
	گواه	۱۲	۴۴/۸۳	۴/۳۸	۴۵	۴	۴۴/۵۸	۳/۸۷
تحمل ابهام (نمره کل)	آزمایش ۱	۱۲	۴۴/۶۷	۶/۴۷	۴۷/۵۸	۵/۲۴	۴۷/۱۶	۵/۱۸
	آزمایش ۲	۱۲	۴۵/۶۶	۵/۳۶	۵۰/۲۵	۵/۶۱	۴۹/۷۵	۵/۷۵
	گواه	۱۲	۶۷/۳۳	۶/۶۵	۶۷/۴۱	۶/۵۵	۶۶/۶۶	۷/۶۰
تاب آوری (نمره کل)	آزمایش ۱	۱۲	۶۷/۰۸	۵/۱۹	۷۲/۶۶	۵/۲۹	۷۱/۳۳	۵/۰۱
	آزمایش ۲	۱۲	۶۷/۴۱	۵/۹۴	۷۴/۱۶	۵/۶۵	۷۱/۶۷	۶/۲۷

نتایج جدول (۲) با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات متغیر تاب آوری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه یا کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). با انجام آزمون تعقیبی توکی مشخص شد که اختلاف معناداری بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش اختلاف معناداری وجود دارد.

۲. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر متغیر تاب آوری

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا طرحواره درمانی
مرحله-گروه	مرحله	۳۱۵/۳۸	۱/۶۱۳	۱۹۵/۴۸	۱۷۶/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
	گروه	۱۷۲/۲۲	۳/۲۲۷	۵۳/۳۷	۴۸/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
تاب آوری	خطا	۵۹/۰۵	۵۳/۲۴	۱/۱۰۹			
	گروه	۷۵/۵۲۱	۱	۷۵/۵۲۱	۹۱/۳۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	خطا	۲/۱۷/۴۵۸	۲۲	۰/۷۹۴			

—: $P < 0/05$ ، —: $P < 0/01$

نتایج جدول (۳) بر اساس نتایج آزمون تعقیبی در نمرات پیگیری تاب آوری در جدول فوق در صورتی میانگین گروه‌ها در یک ستون قرار گیرد بدان معناست که تفاوت معناداری بین آن دو گروه وجود ندارد. بر همین اساس در نمرات پس آزمون تاب آوری بین شفقت درمانی و طرحواره درمانی وضعیت آزمودنی‌های اختلاف معناداری وجود داشته و در هر دو روش درمانی اثربخشی نسبت به گروه کنترل محسوس و معنادار است. این موضوع در نمرات پیگیری نیز صادق است البته بر اساس نمرات شاخص فوق بین دو روش درمانی اختلاف معناداری در مرحله یادداری وجود ندارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش " بین اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر تاب آوری در زنان متقاضی طلاق تفاوت دارد " تأیید می‌شود.

۳. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین متغیر تاب آوری در گروه‌ها

پس آزمون		پیگیری		گروه	متغیر
زیر مجموعه $\alpha = 5\%$		زیر مجموعه $\alpha = 5\%$			
۱	۲	۳	۱	۲	۳
۶۷/۴۱			۶۶/۶۶	کنترل	تاب آوری
	۷۲/۶۶			شفقت درمانی	
		۷۴/۱۶		طرحواره درمانی	

نتایج جدول (۴) با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پس آزمون و پیگیری نمرات متغیر تحمل ابهام در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. ($p < 0/05$). با انجام آزمون تعقیبی توکی می‌توان مشخص نمود که آیا اختلاف معناداری بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و هر یک از گروه‌های آزمایش در شاخص تحمل ابهام وجود دارد یا خیر؟

۴. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر متغیر تحمل ابهام

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
تحمل ابهام	مرحله	۱۳۴/۲۲	۱/۱۵۲	۱۱۶/۴۸۴	۴۵/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
	مرحله-گروه	۷۸/۲۷۸	۲/۳۰۵	۳۳/۹۶۷	۱۳/۳۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
	خطا	۹۶/۸۳۳	۳۸/۰۲۵	۲/۵۴۷			
	گروه	۵۷/۶۹۴	۲	۲۰/۸۴۷	۱۲/۱۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۵
	خطا	۷۸/۰۸۳	۳۳	۲/۳۶۶			

-. $P < 0/05$ ، - ($P < 0/01$)

جدول (۵) بر اساس نتایج آزمون تعقیبی در نمرات پس آزمون تحمل ابهام در گروه آزمایش متناظر با طرحواره درمانی بهبود وضعیت زنان بیشتر از شفقت درمانی بوده است. نمودار تحلیل روند نمرات هر دو گروه درمان و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار زیر کاملاً مشخص است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش " بین اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر تاب آوری در زنان متقاضی طلاق تفاوت وجود دارد " تأیید می‌شود.

۵. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین متغیر تحمل ابهام در گروه‌ها

پس آزمون		پیگیری		گروه	متغیر
زیر مجموعه $\alpha = 5\%$		زیر مجموعه $\alpha = 5\%$			
۱	۲	۳	۱	۲	۳
۴۵	۴۷/۵۸	۴۴/۵۸	۴۷/۱۶	کنترل	تحمل ابهام
			۴۹/۷۵	شفقت درمانی	
		۵۰/۲۵		طرحواره درمانی	

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شفقت درمانی بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق بود. این پژوهش نشان داد در نمرات پس آزمون بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت وضعیت آزمودنی‌ها اختلاف معناداری وجود داشته است. نتایج حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد بر متغیرهای فوق بود و در بهبود وضعیت زنان در متغیرهای تحمل ابهام و تاب آوری گروه آزمایش که طرحواره درمانی دریافت کرده‌اند شرایط مناسب تری نسبت به گروه درمانی شفقت درمانی داشته‌اند.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های نامنی، سادات، کشاورز افشار و عسکر ابادی (۲۰۲۰)، تأثیر مشاوره گروهی بر اساس طرحواره درمانی بر کیفیت روابط زناشویی، تمایز و مقاومت در زنان متقاضی طلاق مورد بررسی قرار داد همسو و همخوانی دارد. رنر و همکاران (۲۰۱۸)، اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در زنان مطلقه مورد تأیید قرار دادند همخوانی دارد. شوکماگر (۲۰۱۷)، طرحواره درمانی را بر کاهش مشکلات سلامتی روحی و کاهش مشکلات ارتباطی در بین زوجین بررسی کردند و نشان دادند که طرحواره درمانی را بر کاهش مشکلات سلامتی روحی و کاهش مشکلات ارتباطی در بین زوجین مؤثر می‌باشد. نیمادیک و همکاران (۲۰۱۷)، اثر طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی در بیماران دارای اختلال شخصیت مورد بررسی قرار داد همسو و همخوانی دارد. پژوهش عرفان، نور بالا، کربسی، محمدی و ادیبی (۲۰۱۸)، اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی و تنظیم هیجان تأیید نمود این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است. در پژوهش

طاهر کرمی، حسینی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)؛ اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوارذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه، مشخص نمود که نتایج همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. اگر چه این دو رویکرد درمانی تا اندازه‌ای متفاوت به نظر می‌رسند، اما این فرض را در ذهن بر می‌انگیزند که دستکاری رفتار اکتسابی درمانجو همراه با اصلاح تحریفات و تغییرات فرایندهای شناختی و تغییرات زیست شیمیایی زیر ساخت این رفتار احتمالاً به پیامدهای مثبت تری می‌انجامد (2014, Ekers, et al). درمان مبتنی بر طرحواره با بکار گرفتن تکنیک های ثبت برنامه هفتگی، رسیدگی به خود و جستجوی حمایت اجتماعی، تکنیک فعالیت‌های لذتبخش و سودمند، غلبه بر الگوهای اجتنابی و جرات‌مندی بر متغیر تاب آوری اثربخشی معناداری داشته است (Makvandi, Naderi, Hafezi, 2016). Heydari, Bakhtiarpour) طرحواره درمانی با تمرکز بر شناخت‌های افراد، خلق منفی و تفکر منفی (Susan, Ronald 2016) تغییراتی در تجربه‌های موجود، ایجاد نگرش و شیوه نوینی در مشاهده تجارب شناختی باعث کاهش رفتارهای هیجانی ناسازگارانه و افزایش سطح تاب آوری می‌شود (Shaffer, 2017) Bornstein, VanDellen & در واقع، درمان مبتنی بر طرحواره موجب قطع چرخه تجارب منفی درونی یک رویداد در گذشته می‌شود و از این طریق توانمندی زنان در معرض طلاق را در میزان تاب آوری افزایش می‌دهد (Bastaits, Pasteels & Mortelmans 2018).

طرحواره‌درمانی با وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست درمانجو، تغییر خاطرات آسیب‌زا و اطلاعات ناراحت کننده، تغییر همزمان احساسات، افکار و هیجانها (2013, Denise, Benporath)، قطع چرخه تجارب منفی درونی، تمرکز بر شناخت‌های افراد، پیشگیری از خلق منفی و تمرکز بر اصلاح الگوهای تفکر منفی سبب کاهش معنادارتر تحمل ابهام شده است (2005, Narimani, Abolqasemi). اثر طرحواره درمانی بر تحمل ابهام به خاطر تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، عدم ارزیابی منفی و اجتنابی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (2016, Mehrabi & Kalantri, Qaderi). طرحواره درمانی با برانگیختن طرحواره‌ها و مرتبط ساختن آنها با مسائل کنونی، زمینه را برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌کند. تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و جبران‌های افراطی می‌گردد. همچنین، سبب شناسایی طرحواره‌های اصلی، ریشه‌های تحولی آن و مرتبط ساختن این ریشه‌ها به زندگی فعلی می‌شود. بعلاوه، موجب حرکت از شناخت عقلانی به تجربه هیجانی می‌گردد. در تکنیک گفتگوی خیالی، ابراز هیجان‌هایی مانند خشم، موجب تخلیه هیجانی و فاصله گرفتن از طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. تکنیک نوشتن نامه فرصتی برای بیان حقوق و شناخت احساسات فراهم می‌آورد. بر اساس دیدگاه یانگ، طرحواره درمانی موجب ارضای هیجان‌ات ارضاء نشده می‌گردد و زمینه را

برای بهبود طرحواره‌های اولیه مهیا می‌سازد و بنابراین اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی در متغیر بخشودگی و تحمل ابهام در زوجین قابل توجه می‌باشد (Young et al, 2015).

اثر طرحواره درمانی بر تحمل ابهام با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را فراهم می‌آورد تا افراد متقاضی طلاق دست از ارزیابی منفی و اجتناب بردارند و به جای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند به بهبود ظرفیت روانی و قدرت حل مسئله و بخشودگی افراد منجر گردد و این فرایند سبب بهبود تحمل آشفتگی و ابهام در آن‌ها می‌شود (Qaderi et al, 2016).

از سوی دیگر، درمان شفقت‌ورزی سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌شود. این درمان چون مسبب شفقت خود به پذیرش، مهربانی و عدم قضاوت می‌شود، به هنگام مواجهه فرد با مشکلات زندگی، خود تنظیمی مثبتی نشان دهد و با افزایش عزت نفس باعث ارتقا نگرش‌های صمیمانه در جهت زندگی هدفمندتر گردد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پژوهش‌های بلاث و ایزنلوهر، ماول (۲۰۱۷)، مشخص شد درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی زوجین بررسی کردند و نشان دادند که این درمان می‌تواند بر بهبود بهزیستی روانشناختی افراد مؤثر واقع شود. پزیسکوازو (۲۰۲۰)، اثربخشی شفقت درمانی بر تاب آوری و رضایت از زندگی زوجین دارای تعارضات زناشویی مورد تأیید قرار دادند. احمد پور دیزجی، زهراکار و کیا منش (۱۳۹۶)، مشخص شد درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تنظیم هیجان بررسی کردند و نشان دادند که این درمان می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان افراد مؤثر واقع شود. این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو می‌باشد کاپیچ، بیرد گیبسون^۱ (۲۰۱۷)، که درمان متمرکز بر شفقت یک مداخله گروهی مؤثر برای برخی از مشکلات مربوط به سلامت روان تأیید قرار دادند همخوانی دارد. نتایج پژوهش طاهر کریمی و همکاران (۱۳۹۷)، در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری، خود گسستگی، امیدواری و بهزیستی روان شناختی زنان با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. همان گونه که نف (۲۰۰۷)، بیان داشت، درمان مبتنی بر شفقت به خود، سبب ایجاد یک برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود شده و از سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسندگی هاست. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی، رنج و شکست را از ابعاد اجتناب ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سر انجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های

¹ Cappage, Baird, Gibson

شفقت به خود می‌باشد. درمان شفقت‌ورزی با سلامت روان‌شناختی بیشتری همراه است و موجب عدم استمرار درد گریزناپذیر و احساس شکستی می‌شود. سرزنش خود بی‌رحمانه، احساس انزوا را کاهش می‌دهد. بنابراین، این نگرش حمایت‌گرا نه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارضات زناشویی، حل مسئله سازنده، تحمل آشفتگی و ابهام بالاتر ارتباط دارد (Neff, Germer, 2017).

درمان شفقت‌ورزی از بسیاری جهات می‌تواند نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور باشد، چرا که به آگاهی به هوشیارانه از هیجان‌های خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها نیازمند است. در واقع، افراد در درمان شفقت‌ورزی ابتدا با استفاده از بهوشیاری، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند. افزون بر آن، یافته‌های این پژوهش تا حدودی همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد به آنها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند. بنابراین، افرادی که مهارت‌های شفقت‌ورزی را دریافت می‌کنند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی احساسات منفی کمتر و بخشودگی بیشتری را تجربه می‌کنند و تحمل ابهام بالاتری دارند (Neff, McGheen, 2010). به طور کلی، رویکرد طرحواره‌درمانی با تأکید بر مهارت‌های ثبت برنامه‌فعالیت‌های روزانه جهت مواجهه با اجتناب‌ها و گنجانیدن فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بخش در برنامه مراجعان با همکاری خود آنها، آموزش و به کار بردن مهارت‌های ارزیابی^۱، انتخاب^۲، امتحان کردن^۳، الحاق^۴، مشاهده نتیجه^۵، هرگز تسلیم نشو^۶ غلبه بر الگوهای اجتنابی^۷ و همچنین، مهارت‌های رسیدگی به خود، ابراز وجود و جرأت‌مندی به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا بر اجتناب‌های خود غلبه نموده و این روند به درمان رفتار اجتنابی و افزایش تاب‌آوری آنها کمک نمود (Dugas, Ribchiud, 2007). از اینرو، برتری آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی در مقایسه با رویکرد شفقت‌ورزی بر تاب‌آوری قابل تبیین است.

همچنین، رویکرد طرحواره‌درمانی نسبت به رویکرد شفقت‌ورزی ساختار روشن‌تری دارد و از فنون رفتاری و اعتباربخشی به طور همزمان استفاده می‌کند. آن شامل اصول و فونونی (مانند خود

¹ Assess

² Choose

³ Try

⁴ Integrate

⁵ Observe Result

⁶ Never Give Up

⁷ Avoidance Pattern

مشاهده‌گری) است که منجر به ثبات تغییرات می‌گردد. افراد آسیب دیده از طلاق در فاصله‌گیری و بیرون آمدن از احساسات و خلق خود خوب عمل نمی‌کنند و طی فرایند درمان از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق افسرده خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازند و علاوه بر تلاش برای پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزند و با پرآموزی این تمرینات، آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کنند. انجام این تمرینات منجر به فاصله‌گیری از خلق افسرده و مضطرب می‌شود و افراد آسیب دیده از طلاق می‌آموزند ارزیابی‌های منفی نسبت به خود و دیگران یا حوادث، را فقط به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند مورد مشاهده قرار داده و به این طریق آنها را کاهش دهند. همچنین، می‌توان به مشارکت سطح بالاتر مراجع در درمان و آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی اشاره کرد. در طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، به واسطه کاهش رفتارهای مداخله‌کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری به افراد کمک می‌کند تا آنها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم دهد تا این زنان بتوانند تعارض‌های زناشویی خود را کاهش دهند (Hakim, Crouch, 2017). از اینرو، برتری آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی در مقایسه با رویکرد شفقت‌ورزی بر تحمل ابهام قابل تبیین است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر یک از رویکردهای طرحواره درمانی و شفقت درمانی می‌توانند بر تاب آوری و تحمل ابهام زنان مطلقه مؤثر باشند. از اینرو مقایسه اثر بخشی این رویکردها در حوزه بر تاب آوری و تحمل ابهام زنان مطلقه از نوآوری‌های این تحقیق می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان مدت زمان کوتاه اجرا پژوهش، دشواری در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر بجز جامعه آماری، اثر اجرای مکرر آزمون‌ها، عدم انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها و ... اشاره نمود. بنابراین، توصیه می‌شود این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت تر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود، با توجه به این که اثر آموزش‌ها و تکنیک‌های آموزشی برای پاسخ‌دهی به زمان بیشتری نیاز دارند، به نظر می‌رسد که نتایج باید با احتیاط بیشتری تفسیر شوند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده سطوح شناختی مختلف به صورت مستقل مورد توجه قرار گیرند و طرح‌های پژوهشی مناسبی در این زمینه طرح‌ریزی گردد. توصیه می‌شود دوره طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی را به صورت برنامه‌ریزی شده در خانواده‌ها اجرایی کنند. توصیه می‌شود کتابچه طرحواره درمانی و شفقت‌ورزی را در بین خانواده‌ها انتشار دهند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر یک از رویکردهای طرحواره درمانی و شفقت درمانی می‌توانند بر تاب‌آوری و تحمل ابهام زنان مطلقه مؤثر باشند. از اینرو مقایسه اثر بخشی این رویکردها در حوزه بر تاب‌آوری و تحمل ابهام زنان مطلقه از نوآوری‌های این تحقیق می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مقاله از کد اخلاق دانشگاه آزاد مشهد دارای کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1399.024 است و به منظور رعایت اخلاق پژوهش به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات بدست آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر حاصل پژوهش در شهر نیشابور می‌باشد و مشتق از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور است که بدین وسیله از کلیه افرادی که در این طرح مشارکت داشتند سپاسگزاری می‌گردد. بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد. همچنین مقاله از حمایت مالی برخوردار نبود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Ahmad Pouriziji, J., Zaharakar, K. And Kiamanesh, A. (1396). Comparative Efficacy of Compassion_Focused Therapy (CFT) and Well_Being Therapy (WT) on Psychological Capital in Female College Students with romantic Failure, 8, 31: 21-7. [Persian].
- Aminorroaya, R., Kazemian, S., & Esmaeili, M. (2016). Predicting distress tolerance based on communication components of family of origin in divorced and non-divorced women. *Journal of Women and Society*; 7 (4): 91-105. [In Persian].
- Arco, L. (2015). A case study in treating chronic comorbid obsessive-compulsive disorder and depression with behavioral activation and pharmacotherapy, *Psychotherapy (Chic)*; 278-86.

- Bastaitis, K., Pasteels, I., & Mortelmans, D. (2018). How do post-divorce paternal and maternal family trajectories relate to adolescents' subjective well-being?. *Journal of Adolescence*; 64: 98-108.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, selfcompassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Bornstein, J.X. VanDellen, M.R. & Shaffer, A. (2017). Examining trait self-control and communication patterns in romantic couples using the actor-partner interaction model. *Personality and Individual Differences*; 106: 222-5.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cuppige, j., Baird, K., Gibson, j., Booth, R., Hevey, D. (2017). Compassion Focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group potential processes of change. *British journal of clinical psychology*; wiley online library.
- Denise, D. & Ben-Porath, P. (2013). Dialectical behavior therapy applied to parent skills training: adjunctive treatment for parents with difficulties in affect regulation. *Cogn & Behav Pract.*; 17(4): 458-46
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice 2007*; New York: Taylor & Francis Group.
- Dugas, M. & Savard, P. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of disorders, 38(2), 169-178.
- Ekers, D. Webster, L. Straten AV. (2014). Cuijpers P. Richards D. Gilbody S. Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *Ploese One*; 237-244.
- Eley, D.S., Leung, J.K., Campbell, N., Cloninger, C.R. (2017). Tolerance of ambiguity, perfectionism and resilience are associated with personality profiles of medical students originated to rural practice. *Med Teach*: 39(5):512-9.
- Erfan, A., Ali Noorbala, A., Karbasi Amel, S., Mohammadi, A., & Adibi, P. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design, *National Health Journal*, 7: 72, doi: 10.4103/abr.abr_113_16. [Persian].

- Esbati, M. & Feizi, A. (2019). *Compassion-focused therapy*. Tehran: Ibn Sina Publications.
- Fincham, F. D. (2015). Forgiveness, family relationships and health. In L. Toussaint, E. L. Worthington, Jr., & D. Williams (Eds.), *Forgiveness and health: Scientific evidence and theories relating forgiveness to better health*. New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-94-017-9993-5_17
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J.A., Furness, T. (2018). Resilience and mental health nursing: an integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*.
- Gilbert, P. (2009). The compassionate mind: A new approach to life challenges. London: Constable and The development of a new measure. *Addiction Research and Theory*; 19, 3-13.
- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy* ; 3(2): 97-201.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Hakim, E. & Crouch, T. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *American Psychological Association*; Vol. 54, No. 3: 237-244.
- Heydari, M., Bakhtiyarpour, S., Makvandi, B., Naderi, F., & Hafezi, F. (2016). The effectiveness of FRIENDS program training in children's anxiety in Shiraz. *Psychological methods and models*; 7(24): 89-100.
- Herrman, H., Stewart, D.E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian journal of psychiatry*, 56 (5), 258-265.
- Heydari, M., Bakhtiyarpour, S., Makvandi, B., Naderi, F., Hafezi, F. (2016). The effectiveness of FRIENDS program training in children's anxiety in Shiraz: *Psychological methods and models*; 7(24): 89-100. [Persian].
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., Amirpour, B. (2015). Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian journal of medical education*; 14 (10): 857-865 [Persian].
- Lopez-Mourello, O., Mur, E., Madrigal, I., Alvarez-Mora, M. I., Gomez-Anson, B., Pagonabarraga, J., Rodriguez-Revenga, L., & Mila, M. (2017). Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMR1 permutation carriers. *Clin Genet*; (3) 111-114

- Leopold, T., Kalmijn, M. (2016). Is Divorce More Painful When Couples Have Children? Evidence From Long- Term Panel Data on Multiple Domains of Well-being. *Demography*; 53(6):1717-42.
- Masten, A.S. (2009). Ordinary magic: lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49 (3), 28-32.
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today*; 29(4): 371-9.
- McLain, D.L. (1993). The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity, *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 53, pp183-193.
- Michalitsianos, N. (2014). Resiliency: a resource for promoting marriage satisfaction. M.A. dissertation in Marriage & Family Therapy. Kean University.
- Mohammadi, M. (2005). Investigating the factors affecting resilience in people at risk of substance abuse. Doctoral dissertation of Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. [Persian]
- Mohammadi Nezhady, B., Rabiei, M. (2015). The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine*; 4(3): 179-190. [Persian]
- Morin, C.M., Collechi, C., Stone, J., Sood, R., Brink, D. (2015). The effect of selfcompassion on the forgiveness, resiliency and marital satisfaction of couples *Journal of marital*, 7(1), 85-96.
- Namdari, A., Nouri, N. (2018). The Role of Perceived Support and Resilience in Post-Divorce Adjustment, *Clinical Psychology Studies*, Volume 9, Number 1, 50-25. [Persian].
- Nameni, E., Saadat, H., Keshavarz Afshar, H., Askarabady, F. (2020). Effectiveness of Group Counseling Based on Schema Therapy on Quality of Marital Relationships, Differentiation and Hardiness in Women Seeking Divorce in Families of War Veterans, *Journal of Military Medicine*, 21, 1, 91-99.
- Narimani, M., & Abolqasemi, A. (2005). Psychological tests. Ardabil: Baq-e Rezvan Publications; 2005: 220-261. [Persian].
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Selfcompassion and adaptive psychological functioning. *J Res Personality*. (41):139-154.
- Neff, K. D. McGhee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*; 9, 225-240.

- Neff, K. D., Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12, 160-176.
- Neff, K.D., & Germer, C. (2017). Self-Compassion and Psychological Wellbeing. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press.
- Nenadic, I., Lamberth, S. and Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12. doi.org/10.1016/j.psychres.01.093.
- Perczel-Forintos, D. & Kresznerits, S. (2017). Social anxiety and self-esteem: Hungarian validation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale - Straightforward Items. *ORV Hetil*; 843-850.
- Pyszkowska, A. (2019). Personality predictors of self-compassion, ego-resiliency and psychological flexibility in the context of quality of life, *Personality and Individual Difference*, 161, 25, 109-132.
- Pour Abdol, S. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy in improving the social well-being of students with special learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities Psychology*; 1(9): 32-51.
- Qiong, H., Mengyu, Z., Wei, T., Jing, L., Xiaomin, L., Xiaoyan, J. & Xiaoyi, F. (2018). Forgiveness, Marital Quality, and Marital Stability in the Early Years of Chinese Marriage: An Actor-Partner Interdependence Mediation Model. *Frontiers in psychology*, 1_11.
- Qaderi, F., Kalantari, M., Mehrabi, H. A. (2016). The effectiveness of group schema therapy in moderating early maladaptive schemas and reducing symptoms of social anxiety disorder: *Clinical Psychology Studies*; 6(22): 1-28. [Persian].
- Renner, F., Robert, D., Arnoud, A., Frenk, P., Marcus, J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 58, March, Pages 97-105.
- Rossi, F. S., Holtzworth-Munroe, A. and Rudd, B. N. (2016). Intimate partner violence and child custody. Parenting plan evaluations: applied research for the family court, 346-374.
- Razurel C, Kaiser B, Antonietti J P, Epiney M, Sellenet C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and

- parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support .
Women Health, 5(4), 154-172.
- Samani, S., Jokar, B., Sahragard, N. (2007). Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction . *IJPCP*; 13 (3) :290-295. [Persian]
- Sbarra, D. (2017). Divorce and Health: Current Trends and Future Directions. *Psychosom Med.*;77 (3):227–36.
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha, M., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., Levit-Binnun, N. (2015). A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism, *Clin Psychol Psychother.* Jul-Aug;22(4):346-56. doi: 10.1002/cpp.1893. Epub 2014 Mar 16.
- Shokhmgar, Z. (2017). Effectiveness of Schema Therapy on reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. *Nasim Health*, 5, 1 (17), 1-7.
- Simons, J. s, Gaher, R. M. (2005). The Distress tolerance scale: development and validation of a self report measure motivation and emotion; 83-102.
- Susan HS. Ronald MR. *Behavior Research and Therapy* :The etiology of social anxiety disorder .An evidence – based model 2016; 1100-1109.
- Taher Karami, Z.h., Hosseini, O., Dasht Bozorgi, Z.(2018). The effectiveness of compassion-focused therapy in resilience, self-dissociation, hope and psychological well-being in menopausal women: *Social Health*; 5(3): 189-197. [Persian].
- Tamborini, C. R., Couch, K. A. and Reznik, G. L. (2015). Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 26: 44-59.
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M. & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*; 23 (2), 199-205.
- Ubaidi, B.A. (2017). The Psychological and Emotional Stages of Divorce: *Family and Preventive family medicine*; 3(3), 1-4.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R.D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293.
- Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire– Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E, Klosko, J. S &. Weishaar, M. E. (2015). Translated by Hamidpoor, H & Andoz, Z. Schema Therapy: A Practical Guide, Tehran: Arjmand. (Text in Persian).



