

## Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy on Marital Life Satisfaction and Maladaptive Schemas Married Student Women

Mansooreh Nasirharand\*

Behnam Makvandy\*\*

Sasan Bavi\*\*\*

Reza Pasha\*\*\*\*

### Introduction

The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy on marital life satisfaction and maladaptive schemas. Marital relationships are the most basic and important interpersonal relationships that create the basic structure for establishing family relationships and raising children. One of the common concepts to show the level of happiness and stability of this marital relationship is the concept of marital satisfaction. Another variable that can affect women's performance is early maladaptive schemas. Early maladaptive schemas are beliefs that people have about themselves, others, and the environment, and typically stem from the satisfaction of basic needs, especially emotional needs, in childhood. Various factors can affect and change the variables of early maladaptive schemas and marital satisfaction of women. Schema therapy and compassion-focused therapy play an important role in this satisfaction.

### Methods

The present study was an experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population included married women students of Ahvaz Azad University in 2019 60 of them with a history of marriage between 1 to 5 years were selected by purposeful method and then randomly divided into two experimental groups

---

\* Ph.D Students in General Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

\*\* Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. *Corresponding Author.* [makvandi\\_b@yahoo.com](mailto:makvandi_b@yahoo.com)

\*\*\* Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

\*\*\*\* Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

(20 people each) and one control group (20 people). The research tools were the marital satisfaction questionnaire and the initial maladaptive schemas questionnaire. The schema experimental group received eight 90-minute schema therapy sessions and the compassion experimental group received eight 90-minute compassion-focused treatment sessions based on Gilbert's concepts. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance.

### Results

The results showed that schema therapy is effective in marital satisfaction of married women and also in four of the five domains of primary maladaptive schemas and treatment focused on compassion for marital satisfaction and on all five domains of primary maladaptive schemas. Also, comparing the means of schema therapy and compassion-focused therapy in the dependent variable of marital satisfaction in the post-test and follow-up stages showed that there is no significant difference between schema therapy and compassion-focused therapy in terms of effectiveness on marital satisfaction. Schematic therapy and compassion-focused therapy in the dependent variable of maladaptive schemas showed that the difference between the means of these two groups in none of the five areas of early maladaptive schemas in the post-test and follow-up stages was significant. Therefore, it can be said that there is no significant difference between schema therapy and compassion-focused therapy in terms of the effect on initial maladaptive schemas in the post-test phase and the follow-up phase.

### Conclusion

According to the obtained results, schema therapy and compassion-focused therapy can be used to improve marital satisfaction and early maladaptive schemas in married female students.

**Keywords:** Compassion-focused therapy, Incompatible schemas, Married women, marital satisfaction, Schema therapy

**Author Contributions:** In the current research, Behnam Makvandy, as a supervisor, was responsible for supervising and strategizing the overall process of the research and compiling and finalizing the corrections of the article. In developing the research plan, Mansoureh Nasirharand was in charge of the process of gathering, analyzing and interpreting the findings and writing the text of the article, and in general, drawing conclusions from the findings and expanding and interpreting them jointly and with the discussion and exchange of opinions of all colleagues and with the support of Reza Pasha and Sasan Bavi. It was done as thesis advisor professors.

**Conflict of interest:** The authors acknowledge that there is no conflict of interest in this article.

**Funding:** The current research did not receive financial support from any institution and institution, and all expenses during the research implementation process were borne by the researchers.

**Acknowledgments:** The present research would not have been possible without the cooperation of the professors, the participants in the implementation of the research, and the Islamic Azad University of Ahvaz branch; We hereby acknowledge and thank all the participants.

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زنانی و طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی

منصوره نصیرهرند\*

بهنام مکوندی\*\*

ساسان باوی\*\*\*

رضا پاشا\*\*\*\*

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زنانی و طرحواره‌های ناسازگار انجام شد. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز در سال ۱۳۹۸ بود که با روش هدفمند، ۶۰ نفر از آنها با سابقه تأهل بین ۱ تا ۵ سال، انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر کدام ۲۰ نفر) و یک گروه گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه رضایت زنانی و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. گروه آزمایشی طرحواره در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی و گروه آزمایشی شفقت، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر میزان رضایت زنانی زنان متأهل و همچنین بر ۴ حوزه از ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زنانی و بر هر ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است. همچنین

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

makvandi\_b@yahoo.com

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران.

\*\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نتایج حاکی از آن بود که بین طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان از طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان متأهل دانشجو استفاده کرد.

**کلید واژگان:** طرحواره‌درمانی، درمان متمرکز بر شفقت، رضایت از زندگی، طرحواره‌های ناسازگار، زنان متأهل.

### مقدمه

ازدواج یکی از بنیادهای جهان شمول بشری است که صرفاً پیوند دو نفر با یکدیگر نیست، بلکه معرف دگرگونی در دو نظام خانوادگی و تکوین یک خرده نظام در داخل هر یک از آنها است که طرز فکر زنان و مردان و انتظار آنها از زندگی زناشویی با توجه به خانواده‌های مبدا و تجاربشان با یکدیگر تفاوت دارد (Masumi Tabar et al., 2021). همه زوج‌ها به امید یک زندگی درازمدت و توأم با آرامش و خوشبختی پیوند می‌بندند و هیچ زوجی با هدف جدایی ازدواج نمی‌کند. اما در گذر زمان و تحولات جریان زندگی، مشکلات شدید و فراگیری در برقراری و حفظ روابط زناشویی تجربه می‌شود (Taqi Yar et al., 2017). روابط زناشویی، اساسی‌ترین و مهم‌ترین روابط بین فردی است که ساختار بنیادی جهت برقراری و ایجاد ارتباط خانوادگی و تربیت کودکان را ایجاد می‌کند (Berger et al., 2013). یکی از مفاهیم رایج برای نشان دادن میزان شادی و پایداری این رابطه زناشویی، مفهوم رضایت زناشویی است (Shams Mofreha et al., 2010). Ellis رضایت زناشویی را یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد می‌داند که می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از خشنودی‌بودن بواسطه بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد (Hoseyni & khajoooyi zadeh, 2015). مطالعات نشان داده‌اند که سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد و روابط زناشویی رضایت‌بخش، زیربنای عملکرد خوب خانواده است و باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری در بین کودکان نیز می‌شود (Khan Mohammadi & Partovi, 2017).

متغیر دیگری که می‌تواند بر عملکرد زنان تأثیر گذار باشد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهایی هستند که افراد، درباره خود، دیگران و محیط

دارند و به طور معمول از ارضانشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (Zhang & He, 2010). فردی که از سلامت روان برخوردار است، می‌تواند این نیازهای هیجانی اساسی را به طور سازگارانه‌ای ارضا کند (Young et al., 2003). وقتی مراقبان، دستیابی به یک یا تعداد بیشتری از اهداف را مشکل سازند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه رشد می‌یابند (Wang et al., 2010). یانگ هجده طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه شناسایی و معرفی کرده است که عبارتند از: الف) بریدگی و طرد، ب) خودمختاری و عملکرد مختل، پ) محدودیت‌های مختل، ت) دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (Young, 2003).

عوامل مختلفی می‌توانند موجب تأثیرگذاری و تغییر در متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان شوند. در این میان طرحواره درمانی نقش بسزایی دارد. رویکرد طرحواره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است. رویکرد طرحواره‌درمانی که یانگ معرفی کرده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است (Young, 2003). در مداخله طرحواره درمانی سعی می‌شود تا با به کارگیری مبانی و روش‌های درمان شناختی و رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند دل‌بستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر، یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. هدف درمان این است که بیماران به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، از سبک‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند (Sangani & Dasht, 2018). بر اساس رویکرد طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند پنهان بمانند تا زمانی که بر اثر هرگونه رویداد، موقعیت و یا تعامل در دوران بزرگسالی تحریک شوند، و می‌توانند هنگام تحریک، احساسات منفی شدیدی ایجاد کنند (Wegener et al., 2013). افراد به سه روش مختلف نسبت به احساسات منفی ایجاد شده توسط طرحواره‌های ناسازگار، واکنش نشان می‌دهند. یانگ و همکاران این سه مکانیسم واکنش ناسازگار را به عنوان اجتناب از طرحواره، تسلیم طرحواره و جبران طرحواره شناسایی کرده‌اند (Young et al., 2003). این سه مکانیسم به عنوان مکانیسم‌های ناکارآمد دیده می‌شوند، زیرا وجود طرح‌های ناسازگار را حفظ و تقویت می‌کنند (Terapinin, 2018).

متغیر مرتبط دیگر، سازه شفقت به خود است. شفقت به خود، گرایش به آرام کردن خود با مهربانی و درک غیرقابل قضاوت در مواقع سختی و رنج است (Wilson et al., 2019). شفقت به خود، به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (Saadati et al., 2017). اصول اساسی در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (Gilbert, 2006). بیماران با این روش می‌آموزند که از هیجان‌های یا احساسات دردناک خود، دوری و حتی آنان را نیز سرکوب نکنند (Bahadori et al., 2022). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد این روش درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت متوسط در شفقت و سایر نتایج سلامت روان می‌شود (Kirby et al., 2017).

پایداری خانواده‌ها و در گرو بهداشت روانی همسران و فرزندان است. طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تأثیر در کنش‌ورزی رابطه می‌شوند. نظر به اهمیت محیط خانواده به عنوان خاستگاه طرحواره‌های ناسازگارانه می‌توان انتظار داشت روابط زناشویی فضایی برای بازنمایی این طرحواره‌ها باشد. با توجه به مطالب بیان شده در اثرگذاری طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر متغیرهای روان‌شناختی پژوهش از آنجایی که تأثیرپذیری این متغیرها در کنار یکدیگر با استفاده از طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و مقایسه این دو تأثیر در پژوهش‌های دیگر بررسی نشده‌اند؛ بنابراین حاضر قصد دارد به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز بپردازد.

## روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی، و از لحاظ روش گردآوری داده از نوع تحقیقات آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز تشکیل دادند.

بنابراین، در این پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم ابتلا به اختلالات روانی، سابقه ازدواج بین ۱ تا ۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم. شرایط عمده عدم ورود به مطالعه شامل دریافت هرگونه مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای و مصرف داروهای اعصاب و روان بود.

گروه آزمایشی طرحواره‌درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره درمانی، و گروه آزمایشی شفقت درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم گیلبرت قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه رضایت از زندگی زناشویی انریچ (Enrich Marital satisfaction Inventory):** در این پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی (Enrich (1983) که فرم ۳۵ سؤالی آن که توسط Fowers and Olson (1989) تهیه شده، استفاده شد. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس است که شامل تحریف آرمانی، رضایت، ارتباطات، و حل تعارض می‌باشد. (Soleimani (1994) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی تفکرات غیرمنطقی برنارضایتی زناشویی»، برای بررسی روایی این پرسشنامه، پس از ترجمه سؤالات، آن را به رؤیت متخصصین روان‌شناسی رساند و روایی محتوایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد، پرسشنامه روی یک گروه ۱۱ نفری اجرا گردید و ضریب اعتبار آن از طریق ضریب آلفا محاسبه شد که عدد ۰/۹۳ به دست آمد. این پرسشنامه زوجی توسط David Elson and Amy Elson (2000) روی ۲۵۵۰۱ زوج متاهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ بوده است. ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش (Assodeh (2010) با تعداد ۳۶۵ زوج "۷۳۰ نفر" به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۷۸، ۰/۶۲، و ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر، به منظور بررسی همسانی درونی ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۸۲ به دست آمد.

## ۲- پرسشنامه طرحواره ناسازگار یانگ (Young) Schema Questionnaire): پرسشنامه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط Young (1998) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سوالی برای سنجش ۱۵ طرحواره ناکارآمد اولیه است. این طرحواره‌ها عبارتند از رهاشدگی/بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی/بد رفتاری؛ بیگانگی اجتماعی، انزوای اجتماعی؛ نقص/شرم؛ محرومیت هیجانی؛ وابستگی/بی‌کفایتی؛ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر؛ خود تحول نیافته/خودگرفتار؛ شکست جویی یا ناکامی؛ استحقاق بزرگ منشی؛ خودانضباطی ضعیف/خودکنترلی ضعیف؛ فداکاری/از خودگذشتگی؛ بازداري هیجانی؛ کمال‌گرایی/معیارهای سرسختانه سنجیده می‌شود. پایایی این مقیاس برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ می‌باشد (Waller et al., 2001). (Sadoughi et al., 2010) با عنوان تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی، آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین چهارده طرحواره ناسازگار اولیه از پانزده طرحواره ناسازگار اولیه فرض شده توسط Young به عنوان عامل‌های مستقل به دست آمدند که نشان از روایی سازه این مقیاس است (Rahimi et al., 2019). در پژوهش حاضر، به منظور بررسی همسانی درونی ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن برای خرده مقیاس‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی و بازداري بیش از حد، به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به دست آمد.

### شرح مختصر دوره آموزشی

طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. این برنامه از بسته آموزشی طرحواره درمانی (Young et al., 2003) مفهوم‌سازی شده است. درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این پکیج آموزشی برگرفته از پروتکل درمانی (Gilbert 2010) می‌باشد. در ادامه توضیحات و شرح مختصری از جلسات ارائه می‌شود.

### ملاحظات اخلاقی زیر در مورد شرکت‌کنندگان رعایت شد:

کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه با استفاده از فرم رضایت آگاهانه، طی کلیه‌ی مراحل قانونی و کسب مجوزهای لازم جهت هر مرحله از تحقیق، معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح روشن، قابل فهم و کافی در مورد هدف



Table 1.  
Description of schema therapy training sessions

جلسه	عنوان جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	- برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن، شناخت مشکل فعلی
جلسه دوم	آموزش در مورد طرح واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	- آموزش طرح واره‌های ناسازگار، اولیه، انواع و مشخصات آن، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، - برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی، فعلی و طرح واره‌ها
جلسه سوم	راهبردهای شناختی	- ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، اجرای آزمون اعتبار طرح واره، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح واره
جلسه چهارم	تکنیک‌های شناختی	- ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای افراد، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان، آموزش تدوین و ساختارهای آموزشی
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	- ارائه منطق تکنیک تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، - ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی
جلسه ششم	الگو شکنی رفتاری	- ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای، خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی رفتارها برای الگو شکنی، و مشخص کردن مشکل سازترین، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار
جلسه هفتم	تکنیک‌های رفتاری	- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی
جلسه هشتم	جمع بندی و اختتام	- خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام شده، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس آزمون مربوط، تشکر و خداحافظی

مطالعه، نحوه‌ی همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، و هدف از تکمیل پرسشنامه، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در مورد حفظ حریم خصوصی، محرمانه ماندن اطلاعات، و نگهداری اطلاعات حاصل از پژوهش در مکانی امن و مطمئن و دور از دسترس سایرین، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت کلی و رعایت اصول اخلاقی در تحلیل و گزارش و نشر اطلاعات، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان جهت خودداری از شرکت در مطالعه در هر زمان در صورت تمایل آنان و آزاد بودن برای خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش، استفاده از اطلاعات حاصل از پژوهش فقط در راستای اهداف علمی، ارائه نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان در صورت تمایل آنان به صورت حضوری یا تلفنی.

داده‌ها به دست آمده با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل می‌شوند و شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و شاخص آمار استنباطی شامل بررسی پیش فرض‌های آزمون واریانس و آزمون‌های تحلیل واریانس شامل تحلیل واریانس

چند متغیری (مانکوا) و در متن مانکوا تک متغیری (آنکوا) استفاده شد.

Table 2.  
General structure of compassion-based therapy based on Gilbert's concepts

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان آزار عاطفی و خودشفقتی اعضا، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آوزش خود شفقتی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیت افراد دارای شفقت و مروری بر خود شفقتی اعضا
جلسه سوم	آموزش و پرورش خود شفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، شرم، همدردی با خود؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
جلسه چهارم	خود شناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب از مودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان "فرد دارای شفقت" یا "تعیین شفقت"، شناسایی و کاربرد تمرین‌های "پرورش ذهن شفقت‌آمیز" (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
جلسه پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد "تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه"، (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره انفولانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
جلسه ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته)، و به کار گیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
جلسه هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش‌های ثبت و یادداشت‌های روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت‌ها
جلسه هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به از مودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

### یافته‌ها

تعداد ۲۰ نفر از زنان متأهل دانشجوی دانشگاه اهواز در سال ۱۳۹۸ در این پژوهش شرکت

کردند. دامنه سنی آنها بین ۲۹ تا ۳۷ سال با میانگین ۳۳/۸ و انحراف معیار ۱/۰۳ بود. هفت نفر از افراد نمونه (۳۵) بدون فرزند، یازده نفر از افراد نمونه (۵۵ درصد) دارای یک فرزند و دو نفر از آنها (۱۰ درصد) دارای دو فرزند بودند. ۹ نفر (۴۵ درصد) از دانشجویان در مقطع تحصیلی کارشناسی، ۸ نفر (۴۰ درصد) از دانشجویان در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱۵ درصد) از آنها در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش آن در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۳، میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی در پس آزمون و پیگیری، نسبت به پیش آزمون تغییر یافته است. اما در گروه گواه، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. بنابراین، به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها بین دو گروه، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های آن، بررسی شدند. پیش فرض خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون این متغیرها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۰، ۰/۸۲، ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۸۹ به دست آمد که مورد تأیید است. همچنین، در این پژوهش، ضرب همبستگی بین پیش آزمون‌ها محاسبه گردید و همبستگی‌های به دست آمده همگی زیر ۰/۴ بودند. با توجه به همبستگی به دست آمده، از مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریتها) اجتناب شده است. نتایج غیر معنی‌دار آزمون لوین برای متغیر رضایت زناشویی ( $F=1/55$  و  $p=0/22$ )، بریدگی و طرد ( $F=0/46$  و  $p=0/63$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F=0/26$  و  $p=0/76$ )، محدودیت‌های مختل ( $F=0/97$  و  $p=0/38$ )، دیگر جهت‌مندی ( $F=0/52$  و  $p=0/59$ )، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ( $F=0/49$  و  $p=0/61$ ) نشان‌دهنده رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. همچنین با غیرمعنی‌دار شدن نتایج تعامل پیش آزمون با گروه برای متغیر رضایت زناشویی ( $F=2/28$  و  $p=0/11$ )، بریدگی و طرد ( $F=2/99$  و  $p=0/06$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F=0/93$  و  $p=0/40$ )، محدودیت‌های مختل ( $F=1/09$  و  $p=0/34$ )، دیگر جهت‌مندی ( $F=0/80$  و  $p=0/45$ )، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ( $F=2/61$  و  $p=0/08$ ) می‌توان دریافت پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مورد تأیید قرار گرفته است. در نهایت، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، غیرمعنی‌دار بود که نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها دارد.

Table 3.  
Mean and standard deviation of research variables in control and experimental groups

Variable	group	Statistical indicators	Pre-test	Post-test	Follo w up
Marital Satisfaction	Compassion-focused treatment	Average	52.33	61.66	56.66
		Standard deviation	20.60	14.71	13.41
	Schema therapy	Average	51.66	60.33	53.33
		Standard deviation	25.54	19.49	19.00
	Control	Average	57.00	56.33	51.26
		Standard deviation	19.25	17.47	16.64
Disconnection and Rejection Domain	Compassion-focused treatment	Average	54.66	66.53	41.40
		Standard deviation	8.49	5.79	5.34
	Schema therapy	Average	63.40	50.80	48.79
		Standard deviation	10.06	10.33	11.13
	Control	Average	53.80	54.26	52.93
		Standard deviation	7.67	7.84	6.87
Impaired Autonomy and Performance Domain	Compassion-focused treatment	Average	40.06	37.00	32.86
		Standard deviation	7.69	5.16	4.30
	Schema therapy	Average	49.00	41.40	35.06
		Standard deviation	10.75	9.94	7.64
	Control	Average	44.06	45.06	42.73
		Standard deviation	8.06	4.86	7.01
Impaired Limits Domain	Compassion-focused treatment	Average	27.66	21.40	2.80
		Standard deviation	4.18	5.28	4.84
	Schema therapy	Average	21.40	18.33	15.00
		Standard deviation	4.10	6.00	5.63
	Control	Average	22.00	22.13	19.46
		Standard deviation	5.31	5.42	5.08
Other-Directedness Domain	Compassion-focused treatment	Average	26.33	21.80	19.85
		Standard deviation	5.19	5.58	5.24
	Schema therapy	Average	24.20	20.53	18.33
		Standard deviation	7.23	5.91	5.47
	Control	Average	22.73	23.20	21.20
		Standard deviation	7.09	6.28	6.03
Overvigilance and Inhibition Domain	Compassion-focused treatment	Average	24.46	21.20	18.13
		Standard deviation	5.76	5.42	4.64
	Schema therapy	Average	25.46	22.13	19.20
		Standard deviation	6.49	6.12	5.69
	Control	Average	20.20	20.86	18.20
		Standard deviation	5.79	6.72	5.91

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه از سه گروه طرحواره درمانی، درمان متمرکز بر شفقت و گواه، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته شامل رضایت زناشویی، بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر

جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان می‌دهد.

Table 4.

Summary of the results of multivariate analysis of covariance on the mean post-test scores of research variables in three groups with control of pre-tests

Test	Value	F	Degree of Hypothesis Freedom	Degree of error freedom	p-value	Effect size
Pill's Trace	0.94	3.14	16	56	0.00	0.47

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

Table 5.

The results of one-way covariance analysis on the mean posttest scores of the research variables in three groups with predecessor control

The dependent variable	Total squares	Degrees of freedom	Average squares	F	p-value	Eta coefficient
Marital Satisfaction	423.53	2	211.76	3.54	0.04	0.17
Disconnection and Rejection	646.74	2	323.37	10.16	0.00	0.37
Impaired Autonomy and Performance	259.73	2	129.86	9.13	0.00	0.34
Impaired Limits	225.71	2	112.85	9.84	0.00	0.36
Other-Directedness	154.48	2	77.24	6.76	0.00	0.28
Overvigilance and Inhibition	114.56	2	57.28	11.86	0.00	0.41

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه در متغیر وابسته رضایت زناشویی ( $F=3/54$  و  $P \leq 0/04$ )، بریدگی و طرد ( $F=10/16$  و  $p \leq 0/00$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F=9/13$  و  $p \leq 0/00$ )، محدودیت‌های مختل ( $F=9/84$ ) و دیگر جهت مندی ( $F=6/76$  و  $p \leq 0/00$ )، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ( $F=11/86$  و  $p=0/00$ ) معنی دار می‌باشد. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نسبت F در مورد همه متغیرهای مورد بررسی معنی دار می‌باشد؛ اما با توجه به اینکه در این پژوهش سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی دار وجود دارد لذا از آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته بونفرنی (Bonferroni) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

Table 6.  
Results of Bonferroni follow-up test to compare the means of groups in the post-test stage

Variables	Comparisons	difference in averages	Standard error	p-value	
Marital Satisfaction	Compassion-focused treatment	Schema therapy	2.31	3.79	1
		Control	8.39	3.34	0.05
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-2.31	3.79	1
		Control	6.07	3.44	0.25
	Control	Compassion-focused treatment	-8.39	3.34	0.05
		Schema therapy	-6.07	3.44	0.25
Disconnection and Rejection	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-0.08	2.76	1
		Control	-9.29	2.44	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	0.08	2.76	1
		Control	-9.20	2.51	0.00
	Control	Compassion-focused treatment	9.29	2.44	0.00
		Schema therapy	9.20	2.51	0.00
Impaired Autonomy and Performance	Compassion-focused treatment	Schema therapy	3.12	1.85	0.30
		Control	-3.89	1.63	0.06
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-3.12	1.85	0.30
		Control	-7.02	1.67	0.00
	Control	Compassion-focused treatment	3.89	1.63	0.05
		Schema therapy	7.02	1.67	0.00
Impaired Limits	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-3.05	1.66	0.22
		Control	-6.43	1.46	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	3.05	1.66	0.22
		Control	-3.38	1.50	0.09
	Control	Compassion-focused treatment	6.43	1.46	0.00
		Schema therapy	3.38	1.50	0.09
Other-Directedness	Compassion-focused treatment	Schema therapy	1.21	1.65	1
		Control	-3.85	1.46	0.03
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-1.21	1.65	1
		Control	-5.06	1.50	0.00
	Control	Compassion-focused treatment	3.85	1.46	0.03
		Schema therapy	5.06	1.50	0.00
Overvigilance And Inhibition	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-1.03	1.07	1
		Control	-4.31	0.95	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	1.03	1.07	1
		Control	-3.27	0.97	0.00
	Control	Compassion-focused treatment	4.31	0.95	0.00
		Schema therapy	3.27	0.97	0.00

نتایج مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین طرحواره درمانی با گروه کنترل در متغیر وابسته رضایت زناشویی معنادار می‌باشد؛ همچنین تفاوت میانگین‌های این دو گروه در ۴ حوزه از ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار است که عبارت هستند از: بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه طرحواره درمانی و گروه کواه از لحاظ تاثیر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه غیر از حوزه محدودیت‌های مختل تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته رضایت زناشویی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه برابر با ۲/۳۱ و سطح معنی‌داری آن  $p \geq 0/05$  می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته طرحواره‌های ناسازگار نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در هیچکدام از ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار نیست. بنابراین می‌توان گفت که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ تاثیر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

جهت بررسی فرضیه‌ها تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش انجام گرفت. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان می‌دهد.

Table 7.

Summary of the results of multivariate analysis of covariance on the mean scores of follow-up of research variables in three groups with control of pre-tests

Test	Value	F	Degree of Hypothesis Freedom	Degree of error freedom	p-value	Effect size
Pill's Trace	0.95	3.17	16	0.56	0.001	0.47

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه از سه گروه طرحواره درمانی، درمان متمرکز بر شفقت و کنترل، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۸ ارائه شده است.

Table 8.  
Results of one-way analysis of covariance on the mean scores of follow-up of research variables in three groups with control of pre-tests

The dependent variable	Total squares	Degrees of freedom	Average squares	F	p-value	Eta coefficient
Marital Satisfaction	377.23	2	188.61	3.15	0.05	0.15
Disconnection and Rejection	1219.59	2	609.79	12.13	0.00	0.41
Impaired Autonomy and Performance	650.52	2	325.26	18.81	0.00	0.52
Impaired Limits	127.08	2	36.54	8.24	0.00	0.32
Other-Directedness	152.03	2	76.01	6.89	0.00	0.28
Overvigilance and Inhibition	113.38	2	56.69	8.38	0.00	0.33

نتایج مندرج در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه در متغیر وابسته رضایت زناشویی ( $F=3/16$  و  $P \leq 0/05$ ) و طرحواره‌های ناسازگار در مرحله پیگیری معنی‌دار می‌باشد. در ادامه آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته بونفرونی انجام می‌شود.

نتایج مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که سطح معناداری تفاوت میانگین طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر وابسته رضایت زناشویی معنی‌دار نمی‌باشد ( $P \geq 0/05$ ) می‌باشد؛ بنابراین این فرضیه مورد تایید قرار نگرفته است. همچنین مقایسه میانگین‌های گروه طرحواره درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته طرحواره‌های ناسازگار در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در هر ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار است که عبارت هستند از: بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری. بنابراین، می‌توان گفت که بین گروه طرحواره درمانی و گروه گواه از لحاظ تاثیر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته رضایت زناشویی در مرحله پیگیری نشان داد بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. همچنین مقایسه میانگین‌های طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در متغیر وابسته طرحواره‌های ناسازگار در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در هیچکدام از ۵ حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری معنی‌دار نیست. بنابراین، می‌توان گفت



که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از لحاظ تاثیر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

Table 9.

Results of Bonferroni follow-up test to compare the means of groups in the follow-up stage

Variables	Comparisons	difference in averages	Standard error	p-value	
Marital Satisfaction	Compassion-focused treatment	Schema therapy	1.69	3.79	1
		Control	7.76	3.34	0.07
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-1.69	3.79	1
		Control	6.07	3.44	0.26
		Compassion-focused treatment	-7.76	3.34	0.05
		Schema therapy	-6.08	3.44	0.26
Disconnection and Rejection	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-5.24	3.47	0.42
		Control	-14.60	3.06	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	5.24	3.47	0.42
		Control	-9.35	3.15	0.01
		Compassion-focused treatment	14.60	3.06	0.00
		Schema therapy	9.35	3.15	0.01
Impaired Autonomy and Performance	Compassion-focused treatment	Schema therapy	2.23	2.04	0.84
		Control	-8.06	1.80	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-2.23	2.04	0.84
		Control	-10.30	1.85	0.00
		Compassion-focused treatment	8.06	1.80	0.00
		Schema therapy	10.30	1.85	0.00
Impaired Limits	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-0.88	1.36	1
		Control	-4.47	1.20	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	0.88	1.36	1
		Control	-3.58	1.23	0.01
		Compassion-focused treatment	4.47	1.20	0.00
		Schema therapy	3.58	1.23	0.01
Other-Directedness	Compassion-focused treatment	Schema therapy	1.03	1.62	1
		Control	-3.93	1.43	0.03
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	-1.03	1.62	1
		Control	-4.96	1.47	0.00
		Compassion-focused treatment	3.93	1.43	0.03
		Schema therapy	4.96	1.47	0.00
Overvigilance and Inhibition	Compassion-focused treatment	Schema therapy	-1.44	1.27	0.79
		Control	-4.41	1.12	0.00
	Schema therapy	Compassion-focused treatment	1.44	1.27	0.79
		Control	-2.97	1.15	0.04
		Compassion-focused treatment	4.41	1.12	0.00
		Schema therapy	2.97	1.15	0.04

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی تأثیر معنی‌دار دارد. همچنین بررسی‌های انجام شده در گروه پیگیری، حاکی از آن بود که این روش درمانی در دراز مدت تأثیر معنی‌داری بر رضایت زناشویی ندارد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Amani et al. (2011) و Young (2003) مطابقت دارد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر گذار است و نتایج گروه پیگیری نیز حاکی از اثربخشی این روش درمانی در دراز مدت بر طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های (Aghili and Hejazi (2022)، Young et al. (2003) و Bidari et al. (2021) همسو است.

گروه دیگری از یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی زنان متأهل تأثیر دارد. همچنین بررسی‌ها در گروه پیگیری، حاکی از آن بود که درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی در مرحله پیگیری مؤثر است. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های (Shonin et al. (2017) و Khalatbari et al. (2018) مطابقت دارد. در ادامه، یافته‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره‌های ناسازگار زنان متأهل دانشجو تأثیر دارد و بین گروه شفقت درمانی و گروه کنترل از لحاظ تأثیر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های (Nouri and Naqvi (2017)، Valizadeh et al. (2018) و Shonin et al. (2017) همسو است.

در بررسی جهت مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایت از زندگی زناشویی نتایج نشان داد که تفاوتی بین اثربخشی روش‌های درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Namani et al. (2020)، Shokhmgar (2017)، Mohannad Nezhady and Rabiei (2015) و Shahr et al. (2020) مطابقت دارد. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد 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 مداخله کننده با درمان و آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های تحمل پریشانی، 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 بدهد (Hakim & Crouch, 2017). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می‌نماید تا به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی خویش، دست یابند. طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می‌شوند را درک کنند و همین امر باعث افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می‌شود (Ahmadi et al., 2020). از سوی دیگر، مداخله مبتنی بر خودشفقتی موجب افزایش گذشت، انعطاف‌پذیری و رضایت زناشویی افراد متاهل می‌شود. چرا که آموزش شفقت به خود، سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از انتقاد و قضاوت‌های ناگوار نسبت به خود می‌گردد. آموزش خودشفقتی با بهبود پذیرش، مهربانی و عدم قضاوت همسر، موجب می‌شود زوجین در هنگام تجربه شکست و ناتوانی، با هم صمیمیت بیشتری داشته باشند، خودتنظیمی مثبتی از خود نشان دهند و با افزایش عزت نفس زنان در روابط زناشویی باعث می‌گردد نگرش‌های صمیمانه زنان در جهت زندگی هدفمندتر ارتقا پیدا کند (Khalatbari et al., 2018). آموزش شفقت به خود در زنان، نگرش‌های صمیمانه زنان را تقویت می‌کند، بین زنان احساس به هم پیوستگی به وجود می‌آورد و باعث جدابیت، رفتار شایسته، مناسب و اعتماد بین افراد متاهل می‌شود. هرچه شفقت به خود بیشتر باشد، صمیمیت در روابط بین زنان بیشتر می‌گردد و زمینه خشنودی و رضایت، در رضایت از زندگی زناشویی زنان را فراهم می‌آورد (Dasht Bozorgi et al., 2017).

همچنین یافته‌ها نشان داد که در میزان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر طرحواره‌های ناسازگار زنان متاهل دانشجوی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش (Mohammad Nezhady and Rabiei, 2015) و (2020) Shahar et al. مطابقت دارد. در تبیین این نتایج باید عنوان کرد طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان طرحواره‌های ناسازگار شده است. تکنیک‌های رفتاری به زنان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره

خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم تری را جانشین سازند. همچنین به افراد کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم در نظر بگیرند. طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به افراد کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، اشخاص، طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند (Ghadery et al., 2016). از طرفی، 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. 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. در این درمان تاکید بر تجربه ناخوشایند از آنهاست. فنون مختلف این مدل درمانی برای درونی سازی شفقت به خود شامل تصویرسازی، نوشتن نامه‌ی شفقت گونه به خود و یادگیری دانش روان‌شناختی شفقت به خود است (Pourabdol, 2019). تمرین‌های این مدل درمانی بر آرمیدگی، ذهن آرام و مشفق و توجه آگاهی تاکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد، کاهش اضطراب و استرس نقش بسیاری دارد. رویکرد خود شفقت ورزی بعنوان یک سازه خودمراقبه‌ای، سلامت هیجانی زوجین طلاق را ترمیم می‌کند و رویکرد شفقت‌ورزی در حل صدمات هیجانی افراد به خصوص طرحواره‌های ناسازگار ثمربخش است (Yeganeh Rad et al, 2020). از این رو، با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان از طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت برای بهبود رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان متأهل دانشجوی استفاده کرد.

هر پژوهشی در بازه‌ی زمانی خود با محدودیت‌هایی مواجه است از جمله: تاثیر تعدادی از متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم و عدم کنترل تعدادی از آن‌ها بوسیله‌ی محقق، محدود بودن نمونه به زنان متأهل دانشجوی دانشگاه آزاد اهواز و عدم تعمیم دهی به سایرین، محدودیت در تعداد نمونه، زمان و تعداد جلسات، مدت زمان کوتاه اجرای پژوهش. با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود

مطالعاتی در زمینه‌ی شناسایی عوامل زیربنایی طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در حجم نمونه‌ی متفاوت و در بین دانشجویان متأهل مختلف انجام گیرد، پیشنهاد می‌گردد از ابزارهای دیگر گردآوری اطلاعات مثل مصاحبه و مشاهده به منظور اعتباریابی بهتر نتایج استفاده گردد. با توجه به محدودیت زمانی در اجرای این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های طولی در این حوزه انجام پذیرد.

**سهم مشارکت نویسندگان:** در پژوهش حاضر، بهنام مکوندی به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. منصوره نصیرهرند در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی رضاپاشا و ساسان باوی، به عنوان اساتید مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

**منابع مالی:** پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها در طول فرآیند اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بوده است.

**تشکر و قدردانی:** پژوهش حاضر بدون همکاری اساتید، شرکت کنندگان در اجرای پژوهش و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز امکان‌پذیر نبود؛ بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## References

- Aghili, M., & Hejazi, F. (2022). The effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas and perceived stress in the elderly of daily centers in Gorgan. *Journal of Clinical Psychology, 14*(1), 1-10. [Persian]
- Ahmadi, S., Maredpoor, A., & Mahmoudi, A. (2020). Effectiveness of Schema Therapy on Initial Incompatible Schemas, Increasing Quality of Life and Marital Satisfaction in Divorce Applicants in Shiraz. *Psychological Methods and Models, 11*(41), 53-70. [Persian]
- Amani, A., Sanaie Zaker, B., Nazari, A., & Namdari Pajeman M. (2011). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Attachment Therapy on Attachment Styles in Contractually Engaged Students. *Family Counseling and Psychotherapy, 1*(2), 171-191. [Persian]
- Asoudeh, M. H. (2010). *Factors of successful marriage from the perspective of happy couples*. thesis to receive a master's degree in family counseling, University of Tehran. [Persian]
- Bahadori, M., Mehrabizadeh honarmand, M., Askary, P., Ahadi, H., & Moradi, L. (2022). Comparison of the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Positive Psychology with Well-being Approach on Alexithymia, Adaptive Behavior and Adherence to Treatment of Patients with Diabetes Type 2. *Journal of Psychological Achievements, 29*(1), 161-188. [Persian]

- Berger, K. A., Lynch, J., Prows, C. A., Siegel, R. M., & Myers, M. F. (2013). Mothers' perceptions adults. *Journal of Family Issues*, 36, 212-231.
- Bidari, F., Amirfakhraei, A., & Zarei, E. (2021). Effectiveness of Schema Therapy on the Irrational Beliefs and Emotional Self-Regulation of the Women with Marital Conflict with Early Maladaptive Schemata. *Journal of Psychological Achievements*, 28(2), 241-264. [Persian]
- Dasht Bozorgi, Z, Askari M., & Askari, P. (2017). The Effectiveness of self-compassion on the intimacy attitudes and divorce tendency of Women referring to family counselling. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(1), 38-45. [Persian]
- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 6(24), 1-28. [Persian]
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Adv psychiatr treat*; 15, 199-208.
- Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy special issue. *Int J Cogn Therap*; 3, 197-201.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Hakim, E., & Crouch, T. (2017). Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *American Psychological Association*; 54(3), 237-244.
- Hoseyni, O., & Khajooyi zadeh, Z. (2015). The Relationship between Mindfulness and Marital Satisfaction among Married Women and Men Working in the Kurdistan. *Welfare Organisation. fpej*. 1(2), 14-24. [Persian]
- Khalatbari, J., Hemmati Sabet, V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *ijbd*. 11(3), 7-20. [Persian]
- Khan Mohammadi, F., & Partovi, L. (2017). The examination of the comparison of marital satisfaction among couples with traditional and modern styles and social factors related to it in Miandouab. *Sociological studies*, 10(34), 109-126. [Persian]
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48, 778-792.
- Masumi Tabar, Z., Afshariniya, K., Amiri, H., Hosseini, S. A. (2021). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life. *Journal of Psychological Sciences*, 19(95), 1497-1506. [Persian]
- Mohammad Nezhady, B., & Rabiei, M. (2015). The Effect of Schema Therapy on Quality of Life and Psychological Well-being in Divorced Women. *J Police Med*. 4(3), 179-190. [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. [Persian]
- Nikamal, M., Salehi, M., & Bermas, H. (2018). Effectiveness of Schema Therapy based on Emotional on Marital satisfaction, of Couple. *Journal of Psychological Studies*, 13(4), 157-174. [Persian]
- Nouri, H., & Naqvi, M. (2017). Evaluation of the effectiveness of compassionate mind training on modulating the initial maladaptive schemas in opioid addicts under methadone maintenance treatment. *Addiction Research*, 11(44), 187-207. [Persian]
- Pourabdol, S. (2019). The effect of compassion-focused therapy on improving social well-being students with specific learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 9(1), 32-52. [Persian]
- Rahimi, S., Kalantari, M., Abedi, M., & Modarres Gharavi, M. (2019). The role of early maladaptive schemas and difficulty in emotion regulation in predicting gender dissatisfaction in transgender men. *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 6(3), 144-155. [Persian]
- Saadati, N., Rostami, M., & Darbani, S A. (2017). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. *Ijfp*, 3(2), 45 -58. [Persian]
- Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M E, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. (2008). Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Iranian Sample. *IJPCP*. 14(2), 214-219. [Persian]
- Sangani, A., & Dasht Bozorgi, Z. (2018). The Effectiveness of Schema Therapy on General Health, Ruminating and Social Loneliness of Divorce Women. *Journal of Psychological Achievements*, 25(2), 201-216. [Persian]
- Shahar, B., Szepeswol, 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*. 22(4), 346-56.
- Shams Mofreha, Z., Shah Siah, M., Mohebbi, S., & Tabarai, Y. (2010). The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *Health System Research*, 6(3), 417-424. [Persian]
- Sharif Nia, Fariba. (2001). *The relationship between marital satisfaction and mothers' depression and the relationship between these variables and individual-social adjustment and academic performance of their middle school girls in Ahvaz*, M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University. [Persian]
- 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.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017).

- Can compassion help cure health-related disorders? *British Journal of General Practice*, 67, 177-178.
- Soleimani, A. A. (1994). *The effect of irrational thoughts on marital dissatisfaction*, M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences, Tehran Teacher Training University. [Persian]
- Taqi Yar, Z., Pahlavanzadeh, F., Samavi, S. A. W. (2017). The effectiveness of schema therapy on married women's marital relationship. *Women and Family Studies*, 9(34), 49-64. [Persian]
- Terapinin, S. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 10(4), 470-480.
- Valizadeh, M., Dortaj, F., Delavar, A., Hajjalizadeh, K. (2018). Evaluation of educational package focused on compassion and mindfulness and its impact on self-efficacy activation. *Quarterly of Educational Measurement*, 9(33), 1-21. [Persian]
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: core beliefs among bulimic and comparison woman, *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147.
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 389-396.
- Wegner, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., Conrad, R. (2013). Schema change without schema therapy: The role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76, 1-17.
- Wilson, A., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 979-995.
- Yeganeh Rad, N., Toozandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy in Resiliency and Ambiguity Tolerance in Divorce-Seeking Women. *Psychological Methods and Models*, 11(41), 89-112. [Persian]
- Young, J. E. (2003). *Schema therapy for borderline & narcissistic personality disorders*. Pittsfield, MA: New England Educational Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Zhang, D. H., & He, H. L. (2010) Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social behaviour and Personality*, 38(8), 1119-1122.

