

The Effectiveness of Integrated Mindfulness and Schema Group Therapy on Self-Compassion and Early Maladaptive Schemas on Women with Interpersonal Problems

Seyghalzanan Mashhadi, N., Mashhadi, *A., Shareh, H.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of integrated schema and mindfulness group therapy on self-compassion, level of mindfulness and early maladaptive schemas of women with interpersonal problems.

Method: This research had semi-experimental format with a pre-post test and a two-month follow-up and a control group. The research population was women (18 to 30 years old) suffering from interpersonal problems. The sample group consisted of 22 women who were selected by purposive sampling and randomly assigned to two groups of 11 people: the intervention group and the control group (waiting list). Data were analyzed by analysis of variance with repeated measurements and SPSS software.

Results: The results showed that the integrated schema and mindfulness group therapy has a significant effect on increasing self-compassion ($p \leq 0.001$), increasing mindfulness ($p \leq 0.01$) and reducing primary maladaptive schemas ($p \leq 0.001$).

Conclusion: the integrated mindfulness and schema group therapy can be effective and practical in improving self-compassion and mindfulness as well as reducing maladaptive schemas. Proving the effectiveness of this time-limited protocol is promising for its use in different mental health centers, and it can be efficient and economical in the financial and time costs of treating common psychological problems such as interpersonal problems.

Keywords: integrated schema and mindfulness group therapy, self-compassion, level of mindfulness, early maladaptive schemas.

اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر شفقت‌ورزی با خود و طرحواره‌های ناسازگار زنان با مشکلات بین‌فردی

نگین صیقل‌زنان مشهدی^۱، علی مشهدی^۲، حسین شماره^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۱

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر شفقت‌ورزی با خود، سطح ذهن‌آگاهی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان با مشکلات بین‌فردی بود.

روش: این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی و همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از ۲ ماه و گروه لیست انتظار بود. جامعه پژوهش زنانی (۱۸ تا ۳۰ ساله) بودند که با شکایت عمده مشکلات بین‌فردی به پلی‌کلینیک دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرده بودند. گروه نمونه ۲۲ نفر از این زنان بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه ۱۱ نفره مداخله و کنترل (لیست انتظار) بصورت تصادفی گمارده شدند. گروه مداخله ۱۰ جلسه درمان دریافت نمودند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی بر افزایش شفقت‌ورزی با خود ($p \leq 0.001$)، افزایش ذهن‌آگاهی ($p \leq 0.01$) و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($p \leq 0.001$) اثربخشی معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی در افزایش شفقت‌ورزی با خود و ذهن‌آگاهی و همچنین در کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار مؤثر و کاربردی است. اثبات اثربخشی بودن این پروتکل کوتاه‌مدت نویدبخش استفاده آن در مراکز درمانی و بهداشت روانی مختلف است و می‌تواند در هزینه‌های مالی و زمانی درمان مشکلات روانشناختی بسیار رایجی همچون مشکلات میان‌فردی، صرفه و کارایی بالایی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی، شفقت‌ورزی با خود، سطح ذهن‌آگاهی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه.

مقدمه

از مهمترین عوامل مؤثر بر بهزیستی و سلامت روان افراد، که در سال‌های اخیر در پژوهش‌ها فراوان مورد بررسی قرار گرفته‌اند، می‌توان به دو مؤلفه شفقت‌ورزی باخود و ذهن آگاهی اشاره نمود. تاحدی که طبق ادبیات پژوهشی، بهبود و ارتقاء سطح ذهن آگاهی و شفقت‌ورزی به خود در افراد، ارتباط معناداری با افزایش سطح بهزیستی روانشناختی، بهزیستی عاطفی و بهزیستی شناختی در آنان، دارد (۱،۲).

شفقت به خود به معنی رفتار مهربانانه با خود- در زمانی است که در شرایط سختی قرار می‌گیریم، شکست می‌خوریم یا متوجه چیزی می‌شویم که در مورد خود دوست نداریم. همچنین در شفقت‌ورزی با خود، به جای نادیده گرفتن درد و رنج خود، به دنبال راه‌هایی برای درک خود و مراقبت از خود در هنگام مشکلات، می‌باشیم. این مفهوم شامل ۳ مؤلفه کلی می‌شود: ۱. مهربانی با خود در مقابل قضاوت‌گری و انتقاد نسبت به خود؛ یعنی گرم و پذیرا بودن نسبت به خود در زمان‌هایی که ما رنج، شکست و یا احساس ناکافی بودن را تجربه می‌کنیم؛ در مقابل انتقادگر و قضاوت‌گر بودن نسبت به خود، نادیده‌انگاری درد و رنج شخصی و برخورد خشن و منتقدانه با خود در مواقع سختی‌ها. افراد خودشفقت‌ورز قادر به تشخیص واقع‌نگرانه‌ی این مسئله هستند که نقص داشتن، شکست و تجربه دشواری در زندگی اجتناب‌ناپذیر است. ۲. احساس انسانیت مشترک در مقابل احساس انزوا؛ وقتی افراد در زندگی ناکامی تجربه می‌کنند و یا نمی‌توانند چیزی که می‌خواهند را بدست بیاورند، اغلب دچار احساس غیرمنطقی اما شدید انزوا می‌شوند چرا که با خود احساس می‌کنند که "فقط من هستم که رنج می‌کشم/ فقط من هستم که اشتباهات زیادی مرتکب می‌شوم". این درحالی است که همه انسان‌ها رنج، اشتباه، نقص و شکست را تجربه می‌کنند. ۳. ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی؛ یعنی داشتن یک نگرش شفاف، پذیرا و ملایم، و اتخاذ رویکرد مشاهده‌گری نسبت به هیجانات منفی خود در مقابل نگرشی که سرکوب‌گرانه یا اغراق‌کننده و تشدیدکننده‌ی این هیجانات منفی، می‌باشد (۳).

در تعریف متغیر ذهن آگاهی بیشاپ و همکاران (۴) ذهن آگاهی را "پیوستاری از فرآیندهای ذهنی که برای درک چگونگی ظهور افکار، هیجانات، رفتارهای سازگارانه و

غیرسازگارانه، به کار می‌رود و هدف آن نیز تقویت و برجسته کردن فرآیندهای کارآمد و سازگارانه فکر و رفتار، و تضعیف فرآیندهای ناسازگار است"، تعریف کرده‌اند. طبق این نگاه، ذهن آگاهی بر دو مؤلفه اساسی استوار است: ۱. خودتنظیمی و خودکنترلی توجه؛ حفظ آگاهی قصدمندانه نسبت به افکار و احساسات جسمانی و عاطفی که در حال پدیدار شدن هستند. برخی از راه‌های معمول حفظ توجه فراگیر، تمرکز بر واکنش‌های هیجانی بدن، معطوف کردن توجه بر روی تنفس و تجربه حاصل از تنفس در بدن و... می‌باشد. ۲. گرایش به تجربه‌پذیری (گشودگی نسبت به تجارب): ایجاد، تمرین و تقویت نگرشی باز و پذیرا در برابر احساسات عاطفی، هیجانات جسمانی، افکار مختلف و واکنش‌های بدنی. این حالت زمانی تجربه می‌شود که فرد به ناراحتی و احساسات آزاردهنده بدون ارزیابی و قضاوت یا تلاش برای محدودسازی و متوقف کردن آن‌ها، اجازه بروز، تجربه شدن و درک شدن می‌دهد. در واقع به نوعی خروج از حالت دائمی و خودکار "انجام دادن/شدن" (و تمرکز دائمی بر حل مسئله) و ورود به حالت "بودن" (و تمرکز بر تجربه کردن و پذیرش) می‌باشد.

از دیگر مؤلفه‌های اساسی و بسیار مؤثر بر سلامت روان، می‌توان از طرحواره‌ها نام برد. طبق ادبیات پژوهشی طرحواره‌های ناسازگار با انواعی از آسیب‌های روانی مثل افسردگی، اضطراب، اختلال‌های خوردن، اختلال‌های شخصیت و... ارتباط معنادار و قوی دارند (۵). طرحواره‌ها باورهای ناهشیار و ناسازگار درباره‌ی خودمان، دیگران و دنیا هستند و آنقدر برایمان واقعی و بدیهی‌اند که آن‌ها را واقعیت محض می‌پنداریم و افسار افکار و هیجانات و رفتارهای ما را در دست می‌گیرند و باعث آشفته‌گی و ناراضیتی در روابط عاطفی و بین‌فردی و شغلی می‌شوند. در طرحواره درمانی، به طور مشخص منظور از طرحواره، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌اند که الگوهای معیوب از ادراک، هیجان، احساسات فیزیکی و جسمی و حتی حالات عصب شناختی، در طول عمر فرد هستند و همچون عینک یا فیلتری عمل می‌کنند که مردم از طریق آن‌ها به دنیا، روابطشان، دیگران و از همه مهمتر به خودشان، نگاه می‌کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوعی

1. Doing mode

2. Being mode

طرحواره درمانی روشی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه‌گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی - رفتاری^۱ (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط موضوعی، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلال‌های دیرپایی مثل اختلال‌های شخصیت و اختلال‌های مزمن محور یک ارائه دهد(۳).

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و موج سوم (MBTW^۲)، با رویکردهای معمول شناختی - رفتاری متفاوت است؛ چرا که هدف در این درمان‌ها تغییر محتوای افکار یا تغییر شدت و فراوانی افکار نیست! بلکه هدف زمینه و بافتی است که این افکار در آن‌ها شکل می‌گیرد، و همچنین نحوه عملکرد این افکار و نگرش و موضع فرد در ارتباط با این افکار است. همچنین افزایش میزانی که این افکار توسط انعطاف روانشناختی فرد، نگهداری و مدیریت می‌شوند از اهداف درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. در درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ویژگی‌هایی همچون توجه آگاهانه، پذیرش، توسعه و کاربست ارزش‌های شخصی، رابطه، بافتی که شناخت، هیجان و رفتار فرد در آن رخ می‌دهد و... قابل مشاهده است(۱۷). توجه آگاهی بعنوان یک حالت ذهنی عمل می‌کند که به افکار و هیجانات امکان ورود به فضای تجربه آگاهانه و هشیارانه را می‌دهد. از مؤلفه‌های اساسی اثرگذاری کاربردی ذهن‌آگاهی می‌توان به این اشاره کرد که به فرد توانمندی تشخیص الگوهای هیجانی و واکنشی خودکار، دیرین و غالباً ناسازگارانه را می‌دهد و همچنین او را قادر می‌کند تا با ورود تدریجی این الگوها به ساحت آگاهی‌اش، به پذیرش آن‌ها و در نتیجه سازگاری رفتاری، دست بیابد(۲۱).

طی سال‌های اخیر تحولات زیادی در طرحواره درمانی رخ داده است. از مهمترین این تحولات، این بود که با رایج شدن فراگیر درمان‌های موج سوم، تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و حتی تکنیک‌های درمان اکت (ACT^۳) به طور فزاینده‌ای در طرحواره درمانی ادغام شدند و هدف اصلی این

آسیب‌پذیری روانشناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیشتر می‌کنند و هرچقدر آن‌ها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند بیشتر احتمال دارد که افراد دچار آن‌ها به نشانگان استرس دچار شوند. به نظر می‌رسد در هر زمان خاص و جدید بسته به مسائل اجتماعی که فرد با آن مواجه است طرحواره‌های خاصی فعال می‌شوند(۶).

ادبیات پژوهشی تاکنون ارتباطات معنادار و مهمی بین این ۳ متغیر را نشان داده است(۱۰-۷). همچنین پژوهش‌ها حاکی از وجود احتمالی ریشه‌های سبب‌شناختی مشترک در شکل‌گیری آسیب‌های مربوط به این متغیرها می‌باشند. بعنوان مثال سطح ذهن‌آگاهی پایین و سطح شفقت‌ورزی با خود پایین، می‌توانند راهبردهای ناسازگارانه‌ای برای مقابله با طرحواره‌های ناسازگار موجود در زندگی یک فرد باشند(۷). از طرف دیگر اما این دو متغیر می‌توانند خود از عوامل سبب‌ساز یا تقویت‌کننده‌ی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در فرد باشند. در طرحواره درمانی پیش‌فرض این است که تجربه روابط نزدیک متناقض و آسیب‌زا در کودکی مانند طرد شدن، آزار و اذیت جسمی یا روحی، حمایت افراطی و بیش از حد، تروماها و... منجر به طرحواره‌های ناسازگار می‌شوند(۷). از طرفی بین تجربه‌ی مداوم انتقادگری و سرزنش‌گری مادر در کودکی فرد، با شفقت‌ورزی با خود در بزرگسالی فرد، ارتباط منفی قوی و معناداری وجود دارد(۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح پایین ذهن‌آگاهی در افراد با تجربه‌ی طرد از طرف والدین در کودکی و با سبک دلبستگی ناایمن، ارتباط معنادار دارد(۸). علاوه براینکه بین طرحواره‌های ناسازگار با ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی با خود در افراد، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد؛ همچنین ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی با خود، ارتباط بین طرحواره‌ها با مشکلات و ناراحتی روانشناختی را نیز میانجی‌گری می‌کنند(۷).

طرحواره درمانی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی دو دسته از درمان‌های موج سوم در فضای روانشناسی هستند که امروزه کاربرد و محبوبیت بسیار زیادی را بین متخصصان حوزه سلامت‌روان کسب کرده‌اند و پژوهش‌های فراوانی در حیطه‌های مختلف اختلال‌ها از جمله اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های شخصیت، اختلال‌های خوردن و... اثربخشی آن‌ها را تأیید کرده‌اند(۲۰-۱۱).

1. Cognitive behavioural therapy
2. Mindfulness-based and "third wave" interventions
3. Acceptance and commitment therapy

پژوهش مقدماتی که به امکان‌سنجی و بررسی اثربخشی برنامه مداخله تلفیقی اکت و طرحواره (شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) بر روی جمعیت مراقبین سلامت روان پرداخته‌اند، نتایج این پژوهش نشان داد که حوزه‌های اصلی مشکلات بین‌فردی شامل سلطه‌گری / کنترل، سردی / فاصله، عدم ابراز وجود و قاطعیت، سازگاری بیش از حد / ایثارگری و نمره کلی مشکلات بین‌فردی، در هفته آخر نسبت به هفته اول مداخله، کاهش معنی‌داری یافته است. اما از محدودیت‌های این پژوهش نداشتن گروه کنترل و همچنین ریزش اندکی در شرکت‌کنندگان مداخله بوده است (۱۶).

در پژوهش دیگری به مقایسه اثربخشی دو مداخله گروهی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مداخله بخشش درمانی، بر پاسخ‌ها و واکنش‌های هیجانی، تحریفات شناختی و شفقت‌باخود در زنان آسیب‌دیده از خیانت، پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله در بهبود معنادار مؤلفه‌های ذکر شده، مؤثر بود؛ اما در مقام مقایسه بین دو مداخله، بخشش درمانی در پاسخ‌های هیجانی به خیانت و در افزایش شفقت‌به‌خود تأثیر بیشتری نشان داد؛ درحالی‌که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر تحریفات شناختی بین‌فردی نشان داد. همچنین شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی از درمان‌ها رضایت نشان دادند و رابطه درمانی خوبی را در طی این دو مداخله درمانی برقرار کردند؛ هر چند گروه بخشش درمانی نسبت به گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رضایت بیشتر و رابطه درمانی بهتری را نشان دادند (۲۴).

دیگر پژوهشی که در حوزه تلفیق دو درمان طرحواره و اکت یافت می‌شود، پژوهشی است که در آن به بررسی تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر غنی‌سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی، روی صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارضات زناشویی، پرداخته شده است. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بوده و دارای دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل (مجموعه ۳۰ نفر) بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که این برنامه غنی‌سازی ارتباطی در تمامی مؤلفه‌های نام برده، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بهبود و افزایش ایجاد کرده و همچنین تعارضات زناشویی را در گروه آزمایش، کاهش داده است (۲۵).

ادغام افزایش آگاهی درمانجو از فرآیندهای طرحواره‌ای و فعالیت ذهنیت‌ها و طرحواره‌هایش، بهبود توجه آگاهانه‌ی مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و مشاهده و تجربه‌ی بدون قضاوت و بدون انتقاد نسبت به حالات و هیجانات درونی‌اش، بوده است (۲۱، ۲۲). از دلایل اثرگذاری بیشتر تلفیق این دو رویکرد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که طرحواره درمانی مانند بسیاری از دیگر درمان‌ها، دارای دو مرحله ۱. سنجش و تشخیص، ۲. بهبود و تغییر، می‌باشد. اما با تلفیق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با این درمان، مرحله سوم نیز به آن اضافه می‌شود: توجه بدون قضاوت نسبت به تجارب درونی و ایجاد فرصتی برای استفاده از راهبردهای سازگارانه‌تر و روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی (۲۱).

اما بعلاوه بر رویکرد تلفیق شده طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی، پژوهش‌های محدود و اندکی در حوزه امکان‌سنجی و اثربخشی آن بر مشکلات روانشناختی و اختلال‌های مختلف، تاکنون انجام شده است. به طور خاص اغلب پژوهش‌های محدود این حیطه نیز بر جمعیت‌های بالینی (مثلاً افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت، اختلال افسردگی اساسی و...)، و نه عموم افراد جامعه با مشکلات روانشناختی زیر آستانه‌ای یا مشکلات بین‌فردی شایع، متمرکز بوده‌اند (۱۲، ۲۳). دیگر پژوهش‌ها نیز متمرکز بر مقایسه این درمان‌ها در بهبود مشکلات روانشناختی مشترکی، بوده‌اند؛ مثلاً در پژوهشی به بررسی تأثیر دو درمان طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار بیماران پسوریازیس که دارای علائم پاتوفیزیولوژیک تشخیص داده شده‌اند، پرداخته‌اند. طراحی این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نمونه آن شامل ۳ گروه ۸ نفره: گروه طرحواره، گروه ذهن‌آگاهی و گروه کنترل (با چینش تصادفی و شامل هر دو جنسیت زن و مرد) بوده است. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که هر دو درمان طرحواره و ذهن‌آگاهی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار بیماران پسوریازیس بصورت معنادار اثربخش بودند؛ اما در مقام مقایسه، این دو درمان تفاوت معناداری را در میزان اثربخشی نشان ندادند (۱۴).

اما در حوزه اثربخشی مدل‌های درمانی تلفیق شده از دو مداخله طرحواره درمانی و اکت، به برخی پژوهش‌های اندکی که تاکنون صورت گرفته است، اشاره می‌کنیم: در یک

طرحواره‌های ناسازگار اولیه بودند. در این پژوهش به یک گروه درمان ذکر شده بصورت کامل ارائه شد، و به گروه لیست انتظار، هیچ درمانی ارائه نشد، هرچند به منظور رعایت اخلاق پژوهش، بعد از اتمام فرآیند پژوهش این افراد به کلینیک و مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد جهت دریافت خدمات بهداشت روانشناختی، معرفی شدند.

آزمودنی‌ها: جامعه این پژوهش، زنان جوان ۱۸ تا ۳۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی دانشگاه فردوسی مشهد، با شکایت عمده در حوزه مشکلات بین‌فردی، بوده‌اند. نمونه مورد نیاز برای پژوهش به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین همین افراد و با توجه به ملاک‌های ورود، انتخاب شدند. طبق اصول ذکر شده در کتاب پروتکل مربوط به گروه درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی، این درمان برای ۸ تا حداکثر ۱۲ نفر در یک گروه نسبتاً یک‌دست، مناسب و قابل اجرا می‌باشد (۲۱). فلذا مجموعاً ۲۲ نفر برای نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. با توجه به خروج دو نفر از دو گروه، تعداد هر یک از گروه‌ها به ۱۰ نفر تقلیل یافت این نمونه به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و لیست انتظار، قرار گرفتند.

باتوجه به ادبیات پژوهشی محدود و بسیار ناکافی در حوزه سنجش کارآیی و اثربخشی این رویکرد تلفیقی درمانی (طرحواره و ذهن‌آگاهی) (۲۱)؛ و اینکه این رویکرد درمانی تاکنون درباره بسیاری از حوزه‌های رایج و شایع مشکلات روانشناختی، مورد سنجش قرار نگرفته است و همچنین با توجه به خلاء زیادی که در حوزه سنجش اثربخشی پروتکل‌های کوتاه‌مدت درمانی موج سوم (که صرفه زمان و هزینه هم برای مؤسسات بهداشت و هم مراجعان دارند) خصوصاً در ایران وجود دارد، در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال بودیم که آیا گروه درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی در بهبود متغیرهای شفقت‌ورزی باخود، سطح ذهن‌آگاهی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نمونه‌های دچار مشکلات بین‌فردی، مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش، از نوع پژوهش‌های کاربردی و از دسته پژوهش‌های آزمایشی می‌باشد و با روش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه لیست انتظار اجرا شد. متغیر مستقل در این پژوهش گروه درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی بود و متغیرهای وابسته سطح ذهن‌آگاهی، شفقت‌ورزی با خود و

ملاک‌های ورود پژوهش	ملاک‌های خروج پژوهش
۱. جنسیت مؤنث. ۲. سن حداقل ۱۸ سال کامل و حداکثر ۳۰ سال کامل. ۳. دریافت نمره‌ی بالاتر از ۹۰ در پرسشنامه مشکلات بین‌فردی (IIP-32) در مرحله پیش‌آزمون. ۴. عدم دریافت هیچ نوع روان‌درمانی دیگر در طی مدت پژوهش. ۵. داشتن حداقل مدرک دیپلم.	۱. بیماری یا هر مشکل شخصی دیگر که امکان شرکت بدون دشواری و آسیب را در جلسات، از فرد سلب کند. ۲. دریافت همزمان هر نوع خدمات روانشناختی حرفه‌ای و روان‌درمانی دیگر. ۳. داشتن ۳ یا بیشتر از ۳ جلسه غیبت در جلسات درمان.

۰/۸۷ گزارش شده است (۲۶). آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی این پرسشنامه در یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان، ۰/۸۱ محاسبه شده است و از اعتبار و روایی قابل قبول برای اهداف بالینی و پژوهشی برخوردار است (۲۷).
۲. پرسشنامه شفقت با خود (SCS): این پرسشنامه توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. که شامل ۲۶ گویه و ۶ مؤلفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیراری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً

ابزار

۱. مقیاس ذهن‌آگاهی - توجه آگاهی (MAAS): این پرسشنامه توسط براون و رایان در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل ۱۵ ماده است، و دامنه پاسخ آن توسط یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً همیشه)، تا ۶ (تقریباً هیچوقت) می‌باشد. حداقل نمره دریافتی از این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ است. در این مقیاس هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد یعنی سطح ذهن‌آگاهی او کمتر است. همسانی درونی این پرسشنامه توسط مؤلفان آن، ۰/۸۰ تا

2. Self-Compassion Scale (SCS)

1. The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

اول ۳۹۴ نفر و مرحله دوم ۱۸۵ نفر بررسی شد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه توسط دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶ (در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱) به دست آمد و میزان آلفای کرونباخ برای تمامی عامل‌ها بالاتر از ۰/۸۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. بالاترین میزان آلفای کرونباخ مربوط به عامل انزوای اجتماعی/بیگانگی بود (۰/۹۱) و پایین‌ترین میزان نیز مربوط به عامل خویشنداری و خود انضباطی ناکافی بود (۰/۸۱). عامل‌های استخراج شده به طور کلی از قابلیت اعتماد بالا و پایایی رضایت‌بخشی برخوردار بودند.

۴. پرسشنامه مشکلات بین‌فردی (IIP-32):^۲ این پرسشنامه دارای یک فرم ۳۲ سؤالی و یک ابزار خودگزارش‌دهی می‌باشد. ماده‌های این آزمون در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین‌فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران به عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی ۱۲۷ سؤالی به منظور استفاده آن در خدمات بالینی طراحی شده است (۳۰). این فرم دارای ۸ زیرمقیاس می‌باشد: مردم‌آمیزی، جرأت‌ورزی، مشارکت با دیگران، حمایت از دیگران، پرخاشگری، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، وابستگی به دیگران. روایی و اعتبار این پرسشنامه بسیار بالا گزارش شده و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای فرم ۳۲ سؤالی در حدود ۰/۸ قرار گرفته است.

بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران از هشت عامل موردنظر، وجود ۶ عامل را تأیید کرد. سه مورد از گویه‌های مرتبط با خرده مقیاس‌ها بار عاملی مناسب را به دست نیاوردند و یا با چند عامل دیگر بار عاملی مشابه داشتند. این گویه‌ها از مجموعه ۳۲ گویه کنار گذاشته شدند. طبق این پژوهش عوامل مردم‌آمیزی و جرأت‌ورزی به یک عامل با عنوان صراحت و مردم‌آمیزی تبدیل شدند و عوامل حمایت‌گری و مشارکت به یک عامل و تحت عنوان حمایت‌گری و مشارکت تبدیل شدند. بقیه عوامل مانند نسخه اصلی تکرار شد. بر اساس پژوهش بحث شده، اعتبار کلی نسخه فارسی، ۰/۸۲ و ضریب تنصیف (همسانی درونی) کلی آن نیز، ۰/۸۳ بدست آمده است. روایی سازه محاسبه

موافقم = ۵ نمره‌گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند (۲۸). در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، به‌شیری یا ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است (۳۳).

۳. پرسشنامه طرحواره‌های یانگ، فرم کوتاه (ویرایش سوم) YSQ-S3: پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پرسشنامه‌ای استاندارد و از نوع خودگزارش‌دهی است که توسط یانگ در سال ۱۹۹۰ ساخته شد و چندین بار مورد ویرایش قرار گرفت (۲۹). این نسخه از پرسشنامه دارای ۹۰ ماده است، که شامل ۵ حوزه و ۱۸ حیطه مختلف طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. هر کدام از آیت‌های این پرسشنامه توسط یک مقیاس درجه‌بندی ۶ تایی نمره‌گذاری می‌شود. (۱) کاملاً نادرست، (۲) تقریباً نادرست، (۳) بیشتر درست است تا غلط، (۴) اندکی درست، (۵) تقریباً درست، (۶) کاملاً درست. نمره دهی این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید؛ به عبارت دیگر هر مقیاس دارای پنج ماده است که نوع طرحواره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد، که نمره بالای آن نشان دهنده بیشترین سطح طرحواره ناسازگار اولیه در آزمودنی هاست. اسچی و همکاران در سال ۱۹۹۵ ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را روی ۵۶۴ دانشجوی آمریکایی بررسی کرده و پایایی آن را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ به دست آوردند (۲۹).

البته پژوهشگران دیگری نیز تاکنون اعتبار و ویژگی‌های روانسنجی این آزمون را مورد بررسی قرار داده و به اعتبار بالایی دست یافته‌اند. همچنین در ایران این پرسشنامه توسط یوسفی و همکاران در سال ۱۳۸۹ از نظر اعتبار و روایی بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری در دو مرحله، مرحله

2. A Short version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)

1. Young Schema Questionnaire – Short Form – 3rd version (YSQ-S3)

دادند و یک بار نیز پس از آخرین جلسه پیگیری درمان (دهمین جلسه) و بعنوان سنجش پیگیری به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. گروه لیست انتظار نیز همین ۳ مرحله از پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش را همزمان با گروه آزمایش انجام دادند، اما مداخله‌ای دریافت نکردند. از مجموع ۱۰ جلسه درمان گروهی ارائه شده به گروه مداخله، ۹ جلسه آن پیوسته و بصورت هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعته از اوایل خرداد ۱۴۰۱ تا انتهای تیرماه ۱۴۰۱ برگزار شد. جلسه آخر (دهم) نیز با بیش از یک‌ماه و نیم فاصله و در نیمه دوم شهریور ۱۴۰۱ برگزار گردید. تمامی جلسات گروه درمانی، در پلی‌کلینیک مرکزی دانشگاه فردوسی مشهد و با مجوز کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد (کد اخلاق این پژوهش به شناسه: IR.U.M.REC.1401.041)، برگزار شد.

مداخله گروه درمانی تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی یک درمان گروهی شامل ۸ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای و دو جلسه پیگیری می‌باشد. این درمان برای ۸ الی نهایتاً ۱۲ نفر زن یا مرد ۱۸ تا ۶۵ ساله قابل اجرا بوده و ترجیحاً برای گروه‌های یکدست و همخوان مناسب‌تر است. در این دستورالعمل درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و تمرینات ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی بصورت منسجم و هدفمندی تلفیق شده اند. محتوای ارائه شده در جلسات درمان پژوهش حاضر، در جدول ۱ قابل مشاهده است.

شده نیز ۰/۸۵ گزارش شده است. طبق این پژوهش، نسخه فارسی پرسشنامه از اعتبار و روایی قابل قبول برای اهداف بالینی و پژوهشی برخوردار است (۳۱).

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش حاضر به پخش اعلامیه‌های مجازی در شبکه‌های اجتماعی پرداخته شد. سپس از داوطلبین درخواست شد که پرسشنامه مشکلات بین‌فردی را پاسخ دهند. از بین پاسخ‌دهندگان، ۲۲ نفر از افرادی که طبق نمره‌گذاری این پرسشنامه، دارای مشکلات بین‌فردی تشخیص داده شدند و نمره بالاتر از ۹۰ دریافت کردند انتخاب شده و جهت شرکت در طرح اصلی پژوهش رضایت‌نامه‌ای از آن‌ها دریافت گردید. سپس این ۲۲ نفر با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اما بعد از اولین جلسه درمان، یکی از اعضای گروه مداخله بدلیل ابتلا به بیماری و دشواری جسمی که در رفت و آمد به محل جلسات با آن مواجه بود، اعلام کرد که امکان شرکت در ادامه جلسات را ندارد. در نتیجه از افراد گروه کنترل نیز یک نفر را بصورت تصادفی حذف نمودیم، تا تعداد دو گروه برابر بماند. در ادامه روند پژوهش ۱۰ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه کنترل تا انتهای پژوهش باقی ماندند.

گروه ۱۰ نفره آزمایش یک بار قبل از شروع فرآیند مداخله به دیگر پرسشنامه‌های پژوهش حاضر پاسخ دادند، یک بار بعد از فرآیند ۹ جلسه‌ای مداخله به همه پرسشنامه‌ها پاسخ

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسات	تیترو محتوای ارائه شده و تمرینات
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> - همه شرکت‌کنندگان خودشان را به یکدیگر معرفی نمودند. - توضیح قوانین گروه - توضیح اهداف درمانی به زبان ساده - معرفی ذهن‌آگاهی و توضیح مختصر کارکردها و فواید ذهن‌آگاهی. - توضیح درباره طرحواره‌ها همراه مثال‌های روزمره. - پاسخگویی به سؤالات اعضای گروه درباره طرحواره‌ها و ذهن‌آگاهی. - انجام تمرین ذهن‌آگاهی "کشمش". - توضیح درباره تکالیف و تمرین خانگی.
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> - بحث و بررسی پیرامون تکالیف خانگی و تمرین "توجه آگاهانه به امور روزمره" که اعضای گروه طی هفته گذشته در منزل انجام داده‌اند. - انجام تمرین ذهن‌آگاهی "وارسی بدن". - توضیح درباره مشکلات بین‌فردی و حیطه‌های شایع آن. - پاسخ به سؤالات اعضای گروه درباره مشکلات بین‌فردی. - اجرای تمرین "توجه آگاهانه به محیط پیرامون". - توضیح درباره تکالیف خانگی.

جلسات	تیتیر محتوای ارائه شده و تمرینات
جلسه سوم	<p>- بررسی تکالیف هفته اخیر (جدول مربوط به طرحواره‌ها و مشکلات بین فردی) و تمرین "وارسی بدن" که اعضای گروه طی هفته گذشته در منزل انجام داده‌اند.</p> <p>- انجام تمرین ذهن آگاهی "فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای".</p> <p>- انجام تمرین "توجه آگاهانه به خاطرات دردناک".</p> <p>- انجام تمرین "تصویرسازی فضای امن".</p> <p>- توضیح درباره تکالیف خانگی.</p>
جلسه چهارم	<p>- بررسی و بحث درباره تکالیف "فرم ثبت وقایع ناراحت کننده بین فردی" اعضای گروه و طرحواره‌هایی که متعاقب این وقایع فعال شده‌اند.</p> <p>- بحث درباره تمرین "راه رفتن توجه آگاهانه" که اعضای گروه طی هفته گذشته اجرا کرده‌اند.</p> <p>- توضیح درباره رویکردهای مقابله‌ای و روش‌های رفتاری رایج افراد هنگام فعال شدن طرحواره‌ها.</p> <p>- پاسخ به سؤالات اعضای گروه درباره رویکردهای مقابله‌ای.</p> <p>- انجام تمرین "شیرین کاری و بازی توجه آگاهانه".</p> <p>- توضیح درباره تکالیف خانگی.</p>
جلسه پنجم	<p>- صحبت درباره دو تمرین "آشنایی آگاهانه با طرحواره‌ها" و "توجه آگاهانه به فعالیت طرحواره" که اعضای گروه طی هفته اخیر در منزل انجام داده‌اند.</p> <p>- انجام تمرین "توجه آگاهی ۳ دقیقه‌ای نسبت به طرحواره".</p> <p>- توضیح درباره پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران و رهایی از وضعیت دائمی قضاوت‌گری.</p> <p>- بحث گروهی درباره مطلب بالا.</p> <p>- توضیح درباره تکالیف خانگی.</p>
جلسه ششم	<p>- بررسی و خواندن تمرین "توضیح شفقت‌ورزانه، بالغانه و پذیراتر درباره طرحواره‌ها و رویکرد مقابله‌ای" توسط اعضای گروه که طی هفته اخیر آن را برای خودشان یادداشت کرده‌اند.</p> <p>- توضیح درباره تفاوت واقعیت با برداشتهای ذهنی ما و همچنین توضیح درباره مفهوم "قصد و عمل".</p> <p>- انجام تمرین ذهن آگاهی "رها کردن طرحواره به حال خود".</p> <p>- توضیح درباره تمرین خانگی.</p>
جلسه هفتم	<p>- بحث و بررسی تمرین "توجه آگاهانه به پیاده‌روی" که اعضای گروه طی هفته گذشته در یک محیط باز آن را انجام داده‌اند.</p> <p>- انجام تمرین "فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای".</p> <p>- معرفی و توضیح مفاهیم "مراقبت از خود بعنوان یک بزرگسال بالغ و مهربان و بعنوان یک کودک شاد".</p> <p>- انجام تمرین "توجه آگاهانه به بزرگسال سالم و کودک شاد".</p> <p>- توضیح درباره تکالیف خانگی.</p>
جلسه هشتم	<p>- بررسی تمرین "آماده شدن برای آینده" که اعضای گروه طی هفته اخیر آن را انجام داده‌اند و خواندن یادداشت‌های مربوط به این تمرین در گروه.</p> <p>- بحث و بررسی در گروه درباره اینکه بزرگسال سالم و کودک شاد به چیزهایی نیاز دارند؟</p> <p>- انجام تمرین "توجه آگاهانه به خویشتن بعنوان یک کودک و بعنوان یک بزرگسال".</p> <p>- صحبت درباره چگونگی تعامل توجه آگاهانه با عزیزانمان در آینده.</p>
جلسه نهم	<p>- انجام تمرین "فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای".</p> <p>- انجام تمرین "شیرین کاری و بازی دونفره توأم با آگاهی نسبت به طرحواره‌ها و رویکردهای رفتاری".</p> <p>- توضیح درباره تداوم جهت‌گیری توجه آگاهانه در زندگی.</p> <p>- انجام تمرین ذهن آگاهی "بزرگسال سالمی که توجه آگاهی را وارد زندگی روزمره‌اش می‌کند".</p>
جلسه دهم	<p>- ارزیابی گروهی درباره این برنامه درمانی.</p> <p>- توضیح درباره راه‌های تشخیص و پایش مداوم طرحواره‌ها و رویکردهای مقابله‌ای در آینده.</p> <p>- انجام تمرین ذهن آگاهی "بزرگسال سالمی که بر آسیب‌پذیر بودن انسان اشراف دارد، پس با ملاحظت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار باقی می‌ماند".</p> <p>- توضیح درباره اجرای تمرین "طرح‌ریزی برای آینده توجه آگاهانه" در منزل و بعد از اتمام فرآیند مداخله.</p>

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که دامنه سنی شرکت کنندگان پژوهش بین ۱۸ تا ۳۰ سال با میانگین ۲۴/۱۵ و انحراف معیار ۲/۸ بودند. نسبت تأهل ۱۰ نفر مجرد (۵۰ درصد) و ۱۰ نفر (۵۰ درصد) متأهل بودند. همچنین ۳ نفر (۱۵ درصد) از آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم، ۱۱ نفر (۵۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۶ نفر (۳۰ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. همچنین تنها یک نفر از آن‌ها خانه‌دار (۵ درصد) و تمامی دیگر شرکت کنندگان شاغل پاره‌وقت یا تمام‌وقت بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها، در متغیرهای پژوهش، در سه مقطع زمانی سنجش یعنی پیش آزمون - پس‌آزمون - پیگیری، ارائه شده است. همانطور که قابل مشاهده است میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه مداخله در دو متغیر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌های ناسازگار در طی زمان کاهش نشان می‌دهد (در این پرسشنامه‌ها کاهش نمرات شرکت‌کنندگان به معنای بهبود و افزایش سطح ذهن‌آگاهی و کاهش شدت و میزان طرحواره‌های ناسازگار شرکت‌کنندگان می‌باشد) و در متغیر شفقت‌ورزی باخود افزایش نشان می‌دهد (در این پرسشنامه افزایش نمرات شرکت‌کنندگان به معنای بهبود سطح شفقت‌ورزی با خود آنان می‌باشد).

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه مداخله			گروه لیست انتظار		
	پیش‌آزمون M (SD)	پس‌آزمون M (SD)	پیگیری M (SD)	پیش‌آزمون M (SD)	پس‌آزمون M (SD)	پیگیری M (SD)
شفقت‌ورزی باخود	۶۱/۷ (۱۵/۱)	۸۸/۷ (۱۰/۹۲)	۸۴ (۱۴/۶۳)	۶۷/۷ (۸۸.۲/۲)	۷/۶ (۱۲/۳۲)	۷۰/۳ (۱۲/۳۴)
ذهن‌آگاهی و توجه‌آگاهی	۴۹/۴ (۱۰/۹۵)	۴۱/۴ (۵/۰۸)	۴۰/۴ (۸/۴۴)	۴۴/۶ (۸/۱۸)	۴۸ (۹/۳۳)	۴۸/۱ (۱۱/۱۱)
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۲۹۹ (۴۰/۴۳)	۲۲۷/۶ (۳۷/۹۸)	۲۲۶/۱ (۳۳/۶۳)	۲۷۵/۸ (۷۰/۳)	۲۸۳/۷ (۷۲/۴)	۲۹/۸ (۷۵/۱)

به منظور پاسخگویی به سؤال پژوهش، از روش آماری تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌های مکرر استفاده شد. این روش آماری از نوع پارامتریک می‌باشد. پیش از ارائه نتایج حاصل از تحلیل آماری ذکر شده، پیش‌فرض‌های آماری مربوطه مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش، از آزمون لون استفاده شده است. نتایج آزمون لون برای متغیر شفقت‌ورزی باخود، حاکی از برقراری این مفروضه در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون ($P=0/11$) و پس‌آزمون ($P=0/78$) و پیگیری ($P=0/67$) می‌باشد؛ لذا می‌توان این مفروضه را پذیرفت. نتایج آزمون لون برای متغیر ذهن‌آگاهی نیز، حاکی از برقراری این مفروضه در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون ($P=0/421$) و پس‌آزمون ($P=0/08$) و مرحله پیگیری ($P=0/254$) می‌باشد؛ لذا می‌توان این مفروضه را نیز پذیرفت. و در متغیر طرحواره‌های ناسازگار نیز می‌توان مفروضه لون را در هر سه مرحله‌ی پیش‌آزمون

($P=0/13$) و پس‌آزمون ($P=0/52$) و پیگیری ($P=0/5$) پذیرفت. جهت بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه در متغیر شفقت‌ورزی باخود بود ($W=0/48, P=0/02$). همچنین نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه در متغیر طرحواره‌ها بود ($W=0/57, P=0/008$). اما در متغیر ذهن‌آگاهی نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($P=0/153$). در هر صورت می‌توان مفروضه کرویت را برای شفقت‌ورزی با خود و طرحواره‌های ناسازگار نیز پذیرفت و برای مقایسه‌های این دو متغیر از اندازه اثر گرین‌هاوس گیسر استفاده نمود. همچنین جهت بررسی یکسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شده است. نتایج حاکی از برقراری این مفروضه در متغیر شفقت‌ورزی باخود بود ($M=13/44$ ، $P=0/09$ ، $F=1/83$). اما در متغیر ذهن‌آگاهی نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ($M=17/39$ ، $P=0/03$ ،

است، اثر زمان سنجش، تعامل گروه با زمان، و گروه به تنهایی، بر ترکیب خطی متغیر مورد بررسی قابل مشاهده است.

و همچنین در متغیر طرحواره‌ها نیز نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود ($F=2/369$ ، $P=0/009$ ، $M=20/83$)، $F=2/83$.

همانطور که در جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌های مکرر بر متغیرهای پژوهش ارائه شده

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس مکرر در متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان			گروه*زمان			گروه		
	F	سطح معناداری	ضریب اتا	F	سطح معناداری	ضریب اتا	F	سطح معناداری	ضریب اتا
شفقت ورزی باخود	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۴/۷۲	۰/۰۴	۰/۲۱
ذهن آگاهی و توجه آگاهی	۱/۱۵	۰/۳۰	۰/۰۶	۶/۳۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۸۸	۰/۳۲	۰/۰۴۶
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱۳/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱۴/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۱۲	۰/۳۰	۰/۰۶

تعاملی زمان و گروه، ولی تنها حدود ۶٪ بواسطه عامل گروه به تنهایی، تبیین می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی کوتاه مدت و تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر شفقت با خود، سطح ذهن آگاهی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان دچار مشکلات بین فردی انجام گرفت. نتایج نشان داد که این گروه درمانی در بهبود سطح ذهن آگاهی و شفقت‌ورزی با خود زنان با مشکلات بین فردی و همچنین در کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار این افراد موفق بود و همچنین این بهبود حاصل شده، در سنجش پیگیری نیز حفظ شده بود. این نتایج با دیگر پژوهش‌هایی که اثر مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی را بر متغیرهای شفقت‌ورزی با خود و سطح ذهن آگاهی افراد سنجیده بودند، همسو بود (۲۰، ۳۲، ۳۳). نتایج پژوهش حاضر با پژوهشی که اثر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را روی شفقت‌ورزی با خود زنان آسیب‌دیده از خیانت سنجیده بود نیز همسو بود (۲۴). همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهشی که اثربخشی دو نوع درمان طرحواره درمانی گروهی و گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر طرحواره‌های ناسازگار و بهزیستی روانی بیماران پسوریازیس سنجیده بود همسو بود، به این صورت که هر دو نوع درمان موفق به کاهش معنادار و برجسته طرحواره‌های ناسازگار افراد شده بودند (۱۴). و با نتایج دیگر پژوهشی که

باتوجه به جدول ۳، در متغیر شفقت‌ورزی باخود هر سه اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه و اثر گروه به تنهایی معنادار می‌باشد، اما دو اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در سطح $P=0/001$ اما اثر گروه به تنهایی در سطح $P=0/004$ معنادار شده است. همچنین با بررسی نتایج مجذور اتا، متوجه می‌شویم که حدود ۴۲٪ از تغییرات ایجاد شده در متغیر شفقت‌ورزی باخود، بوسیله عامل زمان سنجش، حدود ۳۹٪ بواسطه فاکتور تعاملی زمان و گروه، و حدود ۲۱٪ بواسطه عامل گروه به تنهایی، تبیین می‌شود. در متغیر ذهن آگاهی اما اثر زمان معنادار نمی‌باشد ($P=0/32$) ولی اثر تعاملی زمان و گروه در سطح $P=0/004$ معنی‌دار است. همچنین اثر گروه به تنهایی نیز معنادار نشده است ($P=0/30$). همچنین با بررسی نتایج مجذور اتا، متوجه می‌شویم که تنها حدود ۶٪ از تغییرات ایجاد شده در متغیر ذهن آگاهی، بوسیله عامل زمان سنجش، و حدود ۲۶٪ بواسطه فاکتور تعاملی زمان و گروه، و فقط حدود ۵٪ بواسطه عامل گروه به تنهایی، تبیین می‌شود. در متغیر طرحواره‌های ناسازگار نیز اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه معنادار می‌باشد، اما اثر گروه به تنهایی معنادار نشده است. دو اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در سطح $P=0/0001$ معنادار شده است. همچنین با بررسی نتایج مجذور اتا، متوجه می‌شویم که حدود ۴۳٪ از تغییرات ایجاد شده در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بوسیله عامل زمان سنجش، حدود ۴۴٪ بواسطه فاکتور

درونی، وجود دارد. این الگوی بزرگسال بالغ درون هرکدام از مراجعان وظیفه تشخیص، رسیدگی و اعتباربخشی به ابعاد مختلف نیازهای بنیادی جسمی، روانشناختی و هیجانی آنان و همچنین اتخاذ رویکردی باز و پذیرا نسبت به موقعیت‌های متنوع زندگی و چالش‌های آن، به جای اتخاذ دائمی الگوهای خودکار، عادت‌ی و ناسازگارانه مقابله‌ای را برعهده دارد.

از مکانیزم‌هایی که این برنامه درمانی برای ایجاد چنین حالتی در مراجعان استفاده می‌کند، می‌توان به تقویت پذیرش و مهربانی نسبت به نقائص موجود در خود فرد، نقائص موجود در روابط و دیگران و همچنین اتخاذ دیدگاهی واقع‌بینانه نسبت به این مسئله که همه افراد و همه روابط انسانی شامل نقص‌ها و کمبودهایی هستند که باید پذیرفته شده و درک شوند، اشاره کرد. همچنین تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری، تقویت و ایجاد آگاهی به فعالیت طرحواره‌های ناسازگار خود و ریشه‌های شکل‌گیری آن‌ها، کمک به مراجعان برای کنترل اثرات سوء طرحواره‌های ناسازگار بر روابط بین‌فردی و عملکرد روزمره‌شان، آموزش تمرین‌هایی برای تماس بیشتر با واقعیت و لحظه‌ی اکنون و تقویت رویکرد مشاهده‌گری و تجربه‌گری غیرقضاوت‌گرانه نسبت به هیجانات و افکار منفی در مراجعان، از دیگر عوامل اثربخشی این برنامه درمانی می‌باشند.

نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌هایی که تاکنون اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی را سنجیده‌اند، هم‌راستا و همسو بود و علاوه بر آن حاکی از اثربخشی مفید راهبردهای درمانی تلفیقی شده از این دو درمان بود. درمان‌هایی که بتوانند بطور همزمان بر چندین مورد از متغیرهای بنیادی و مشترک بین مشکلات و اختلال‌های مختلف روانشناختی، اثرگذار باشند و در عین حال در هزینه، زمان و انرژی متخصصین بهداشت روانی و مراجعان، صرفه‌جویی کنند، از ارزش و اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود از جمله این که بصورت تک‌جنسیتی و در بازه سنی جوانی (۱۸ تا ۳۰ سال) اجرا شد که این مسئله قابلیت تعمیم نتایج آن را به گروه‌های دیگر جامعه محدود می‌کند. همچنین از این جهت که ذهن‌آگاهی برای درونی، یکپارچه و تثبیت شدن در

اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش علائم افراد مبتلا به نوع ترکیبی اختلال شخصیت و کاهش ذهنیت‌های طرحواره‌ای این افراد سنجیده بود، نیز همسو بود (۱۸).

در تبیین این نتایج می‌توان به این مسئله اشاره نمود که در اکثر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شفقت‌ورزی با خود یکی از کلیدی‌ترین متغیرهای هدف می‌باشد و در اکثر پژوهش‌های دیگر نیز مشاهده می‌شود که تأثیر مثبت و برجسته‌ای از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی گرفته است (۳۲-۳۴). همانطور که در بخش مقدمه نیز مفصل‌تر اشاره شد، بین شفقت‌ورزی با خود و ذهن‌آگاهی، ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد و بین شفقت‌ورزی با خود، سطح ذهن‌آگاهی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین پژوهش‌ها حاکی از تأثیر منفی طرحواره‌های ناسازگار روی پذیرش و همدلی نسبت به خود، می‌باشد (۹-۷). می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که این متغیرها عوامل آسیب‌شناسی مشترکی برای طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی هستند و دارای زمینه‌های سبب‌شناسی مشابهی نیز می‌باشند. پس درمان‌هایی که بهبود در این متغیرها را بصورت همزمان هدف قرار می‌دهند، احتمالاً از اثربخشی بیشتری برای مراجعان برخوردارند. در نتیجه اثربخشی مثبت گروه درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر بر متغیرهای مذکور کاملاً قابل تأیید است. چرا که در درمان تلفیقی طرحواره و ذهن‌آگاهی، تمرین‌ها و تکنیک‌ها عموماً متمرکز بر افزایش درک، پذیرش و مهربانی نسبت به حالات مختلف هیجانات، افکار و روابط خود فرد به خصوص در موقعیت‌های سخت و چالش‌برانگیز زندگی فردی و اجتماعی او می‌باشند. ضمناً افزایش مهارت‌های ذهن‌آگاهانه مدیریت هیجانات و افکار در روابط بین‌فردی و همچنین ایجاد یک بُعد بالغانه در افراد که پاسخگوی نیازهای مختلف جسمی، روانشناختی و عاطفی فرد باشد، از دیگر اولویت‌ها در این برنامه درمانی است (۲۱).

بطور کلی بنظر می‌رسد که این درمان، از طریق راهبردهایی که در ادامه ذکر خواهد شد، منجر به بهبود مؤلفه‌های مذکور در افراد شده است. در این برنامه درمانی تأکید و تمرکز زیادی بر شکل‌دهی و تقویت یک ذهنیت و نگرش بالغانه، همدلانه و پذیرا در مراجعان و همچنین جایگزین‌سازی این بخش بالغانه با الگوهای ناکارآمد، خشن، انتقادگر و سرزنشگر

10. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity*. 2010;9:225–40.

11. Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Curr Opin Psychiatry*. 2018; 31(1): 43-49.

12. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*. 2022; 61(3):579–97.

13. Sempértegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(3): 426-47.

14. Gojani P, Masjedi M, Khaleghipour S, Behzadi E. Effects of the Schema Therapy and Mindfulness on the Maladaptive Schemas Hold by the Psoriasis Patients with the Psychopathology Symptoms. *Adv Biomed Res*. 2017;6(1).

15. Mahan RM, Swan SA, Macfie J. Interpersonal Psychotherapy and Mindfulness for Treatment of Major Depression With Anxious Distress. *Clin Case Stud*. 2018; 17(2), 104–19.

16. Quinlan E, Deane FP, Crowe T. Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *J Context Behav Sci*. 2018;9: 53-62.

17. Stynes G, Leão C, Mchugh L. Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: A systematic review. *J Context Behav Sci*. 2022;23: 174-89.

18. Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2015; 5:1-4.

19. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39: 30-41.

20. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J Context Behav Sci*. 2014;3(4): 248–57.

21. Vreeswijk, M., Broersen, Jenny., Schurink G. *Mindfulness and Schema Therapy: A Practical Guide*. 2014.

22. Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman R. *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications; 2018.

23. Jacob GA, Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *Int J Cogn Ther*. 2013; 6(2):171–85.

ساختار فکر، رفتار و هیجان فرد به تمرین و گذر زمان زیادی نیازمند است، این پروتکل درمانی به تنهایی موفق به ترغیب کافی همه شرکت کنندگان به ادامه روزانه تمرین‌ها و تکنیک‌ها بعد از اتمام دوره درمان، نشد. همچنین احتمالاً زمان سنجش پیگیری طولانی‌تری نیز برای این دست پژوهش‌ها و بررسی اثراشان نیاز باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این پروتکل درمانی روی افراد نمونه با گروه‌های سنی متفاوت، مردان و گروه‌های بالینی مختلف (بخصوص گروه‌هایی که در محور آسیب‌شناسی اختلال آن‌ها، الگوهای ناسازگار، عادت‌ی و خودکار فکر و رفتار نقش مهمی بازی می‌کند) نیز به اجرا دربیاید و اثرات آن بررسی شود. ضمن اینکه پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مدت زمان پیگیری طولانی‌تری را نیز برای بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تنظیم کنند.

منابع

1. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Appl Psychol Heal Well-Being*. 2015; 7(3):340–64.

2. Baer RA, Lykins ELB, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *J Posit Psychol*. 2012; 1;7(3):230–8.

3. Neff K. *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. HarperCollins; 2011.

4. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3): 230–41.

5. Nicol A, Mak AS, Murray K, Walker I, Buckmaster D. The Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Youth Mental Health: A Systematic Review. *Cognit Ther Res*. 2020;44(4):715–51.

6. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko MEW. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press; 2003.

7. Thimm JC. Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2017;17(1).

8. Pepping CA, Duvenage M. The origins of individual differences in dispositional mindfulness. *Pers Individ Dif*. 2016;93:130–6.

9. Hassani S, Tizdast T, Zarbakhsh M. The Role of Self-compassion and Hope in the Relationship Between Psychological Wellbeing, Maladaptive Schemas, Resilience, and Social Support in Women With Multiple Sclerosis. *J Client-centered Nurs Care*. 2021; 7:195–204.

24. Raftar Aliabadi MR, Shareh H. Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Res.* 2022; 32(1): 104–116.
25. Alizadeh Asli, Afsaneh & Jafar Nezhad Langroudi Z. The Effectiveness of Schema Therapy Based on Acceptance and Mindfulness in Intimacy, Adaptation and Resiliency in Persons with Marital Conflicts in Couples of City Karaj. *Alborz Univ Med J.* 2018; 7: 248–56.
26. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 84(4):822–48.
27. Ghorbani N, Watson PJ, Weathington BL. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Curr Psychol.* 2009; 28(4). 211–224.
28. NEFF KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity.* 2003;2(3): 223-250.
29. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res.* 1995;19(3):295–321.
30. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Clin Psychol.* 1996; 35(1): 21-35.
31. Fath N, Azadfallah P, Rasoolzadeh K, Rahimi Ch. Validity and Reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). 2013;5(3):69–80.
32. Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. *Mindfulness.* 2021;12(1):1–28.
33. Golden HL, Vosper J, Kingston J, Ellett L. The Impact of Mindfulness-Based Programmes on Self-Compassion in Nonclinical Populations: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness.* 2021;12(1):29–52.
34. Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A, Poli A. Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. *Front Psychol.* 2020; 11: 1-4.