

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش تعارضات زناشویی در زنان متقاضی طلاق در شهرستان مرن

ندا احمدی زنون^۱، جعفر محمودی^۲

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده

^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده علامه طباطبائی- مدرس مدعو دانشگاه

نویسنده مسئول:

جعفر محمودی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در متقاضیان طلاق در شهرستان مرن انجام شد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی از طریق دادسرا و دادگاه شهرستان مرن بود که در طول سال ۱۳۹۵ به مرکز اورژانس اجتماعی مراجعه کرده بودند. پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، در نهایت تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای گروه آزمایش، و ۲۰ نفر برای گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد. پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه (فرم کوتاه) یانگ بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد: اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه مراجعان متقاضی طلاق معنادار است ($p \leq 0/01$). همچنین نتایج نشان داد: اثربخشی آموزش گروهی به روش پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تعارضات زناشویی متقاضیان طلاق معنادار است. نتیجه گیری می شود رویکرد پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش تعارضات زناشویی و تحکیم نهاد خانواده موثر است.

واژگان کلیدی: رویکرد پذیرش و تعهد، طرحواره، تعدیل طرحواره، تعارض زناشویی، طلاق.

مقدمه

رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختارهای اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می سازد [۱]. یکی از بزرگ ترین خطراتی که جامعه و زندگی خانواده ایرانی را تهدید می کند طلاق^۱ است، متأسفانه در جامعه ما، زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت همسر یا طلاق) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبه روست از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی و ناامیدی و همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در رابطه اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیده ای روبرو می کند [۲] (قاسمی و ساروخانی، ۱۳۹۳). طبق آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می شود و ایران، چهارمین کشور جهان از نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است [۳]. در بررسی علل تعارض های زناشویی و در نهایت طلاق افزون بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی علل فردی و روانشناختی از جمله طرحواره ها از اهمیتی ویژه برخوردارند [۱]. از نظر ویکس^۲ برای درمان تعارضات زناشویی^۳ و پیشگیری از طلاق بهترین راه، کارکردن روی باورهای ناکارآمد زوجین و تغییر دادن آنهاست [۴]. به باور یانگ^۴، طرحواره ها^۵ سازه هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می دهند [۵]. طرحواره های ناسازگار اولیه^۶ اساساً مضامین ناآشکار و ناهشیارند که توسط افراد حفظ می شوند. این طرحواره ها به عنوان الگویی برای پردازش تجارب به کار می روند نتیجتاً در سرتاسر زندگی گسترش می یابند و رفتارها، افکار، احساسات و روابط بین شخصی را تعیین می کنند. طرحواره های ناسازگار اولیه غالباً ناکارآمد و پایدارند. طرحواره ها مطابق با پنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه ی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم شده اند که هر کدام شامل چند طرحواره است [۵]. درمان های زیادی تاکنون در حوزه طرحواره و بهبود آنها متمرکز بوده است. یکی از درمان های جدید رواندرمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد^۷ می باشد [۶]. رویکرد پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند و عبارتند از: گسلش^۸، پذیرش^۹، تماس با لحظه حاضر^{۱۰}، مشاهده خود^{۱۱}، ارزشها^{۱۲}، و عمل متعهدانه^{۱۳} [۷]. در این درمان به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز به فرد تحمیل شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه^{۱۴}، استعاره های زبانی و روش هایی چون مراقبت ذهنی است [۸]. نتایج پژوهش ها نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲] و کاهش تعارضات زناشویی [۳، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] تاثیر گذار بوده است. حال با توجه به آنچه در پیشینه تحقیقی اشاره شد و نیز افزایش آمار طلاق و مشکلات همراه با آن برای زنان مطلقه و بالا رفتن میزان تعارض و نارضایتی از زندگی و شیوع پدیده هایی از قبیل طلاق، طلاق عاطفی، ارتباطات ناسالم چند گانه در جامعه از یک طرف و نیز ادعای رویکرد پذیرش و تعهد مبنی بر افزایش میزان احتمال موفقیت، شادکامی، رضایت مندی از خود و دیگر جنبه های مثبت ماهیت انسان به صورت مسئولیت پذیری و افزایش میزان کنترل درونی و همینطور با عنایت به کمبود پژوهش در این زمینه، لزوم به کارگیری مداخلات جدید در این حوزه را نمایان می سازد.

^۱ divorce^۲ - Vix^۳ conflict couple^۴ Young^۵ schemas^۶ early maladaptive schema^۷ - Acceptance and Commitment Therapy^۸ - Defusion^۹ - Acceptance^{۱۰} - Contact^{۱۱} - Self Observing^{۱۲} - Values^{۱۳} - Action Committed^{۱۴} - exposure based

روش مطالعه

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. متغیر مستقل این پژوهش عبارتست از: اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (X1) و متغیرهای وابسته عبارتند از: طرحواره های ناسازگار و تعارض زناشویی.

جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی از طریق دادسرا و دادگاه شهرستان مرند بود که در طول سال ۱۳۹۵ به مرکز اورژانس اجتماعی مراجعه کرده بودند. پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، در نهایت تعداد ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای گروه آزمایش، و ۲۰ نفر برای گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد.

شیوه اجرا

جهت تعیین نمونه آماری، از مسولین مراکز مشاوره درخواست شد با افرادی (زنان) که در طول سال ۱۳۹۵ جهت مشاوره زناشویی مراجعه کرده بودند، جهت توجیه و شرکت در کلاس های آموزشی تماس برقرار کنند به همین منظور فراخوانی برای ثبت نام جهت شرکت در کلاس های آموزشی زده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، در نهایت حجم نمونه آماری انتخاب شد. انتخاب افراد نمونه برای شرکت در جلسات آموزشی به این صورت بود که افرادی که در پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ نمره بالاتر از ۱۵۰ و در آزمون تعارض زناشویی نمره بالاتری را کسب کرده بودند، معیار لازم را برای شرکت در کلاس های آموزشی داشتند و از بین آنها تعداد حجم نمونه برای جایگزینی در گروه های آزمایش و کنترل انتخاب شد. ابتدا از هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون به عمل آمد، سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه (هفته ای ۱ جلسه) تحت آموزش رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. جلسات ۵/۱ ساعته (نود دقیقه) بود و بعد از ۸ جلسه، تکمیل پرسشنامه طرحواره یانگ و تعارض زناشویی (ثنائی) بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل به صورت همزمان انجام شد (پس آزمون). نداشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، جدا زندگی کردن از همسر به علت تعارض شدید، داشتن بیماری مزمن بدنی یا اختلالات روانی و غیبت بیش از سه جلسه به عنوان معیارهای حذف در نظر گرفته شد. به علاوه، برای کنترل متغیرهای مداخله گر به این نکته توجه شد که آزمودنی ها به طور همزمان هیچ گونه درمان روانشناختی دیگری به صورت فردی یا گروهی دریافت نکنند.

خلاصه جلسات آموزشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه اول: آشنایی گروه با همدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، تشریح برنامه های گروه، سنجش کلی، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم: تشریح برنامه درمانی ACT، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT: تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مساله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل.
جلسه سوم: شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم: بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی
جلسه پنجم: تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم: تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم: ذهن آگاهی و تاکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم: بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. مرور تکمیلی جلسات قبل، اجرای پس آزمون.

ابزار گردآوری داده ها

جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF) (فرم کوتاه) استفاده شد. این پرسشنامه بوسیله یانگ و براون در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، ۷۵ جمله دارد و از پنج سوالی که در فرم بلند، بیشترین بار تحلیل عاملی را داشتند، تشکیل شده است. فرم کوتاه، برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرحواره در ۵ حوزه شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری قرار می گیرد. هر پرسش بر اساس یک مقیاس ۶ درجه ای (۱=کاملاً غلط، ۲=تقریباً غلط، ۳=بیشتر درست تا غلط، ۴=اندکی درست، ۵=تقریباً درست، ۶=کاملاً درست) نمره گذاری می شود و هر ۵ پرسش، یک طرحواره را می سنجد. نمره هر فرد در طرحواره، با جمع نمرات ۵ سوال مربوط به آن طرحواره حاصل می شود. نمره بالا نشان دهنده حضور پررنگ تر طرحواره ناکارآمد و حداقل نمره برای هر طرحواره، ۵ و حداکثر آن نمره ۳۰ می باشد. می توان برای هر پرسشنامه نیز یک

نمره کلی تعریف نمود که حاصل جمع نمرات فرد در ۱۵ طرحواره بوده و دامنه آن بین ۷۵ تا ۴۵۰ می باشد [۱۸] بررسی های متعددی درباره ویژگیهای روان سنجی پرسشنامه (YSQ-SF) انجام شده است. اولین پژوهش جامع درباره ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه توسط اسمیت و همکاران^{۱۵} (۱۹۹۵) انجام شده است. در این پژوهش برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای ۱ از ۸۳/۰ (برای طرحواره خود تحول نیافته/ گرفتار) تا ۹۶/۰ (برای طرحواره نقص/ شرم) به دست آمد و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیربالینی بین ۵۰/۰ تا ۸۲/۰ بود. همچنین آنها نشان دادند که این پرسشنامه با مقیاس های ناراحتی روان شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داده است. پژوهشهای آویی و بارانف^{۱۶} (۲۰۰۷)، لی، تایلور و دان^{۱۷} (۱۹۹۹)، ریچ کبور و واندر برگ^{۱۸} (۲۰۰۶)، صدوقی، وفایی طباطبایی، اصفهانی (۱۳۸۶)، آهی، محمدی فر و بشارت (۱۳۸۶) ساختار عاملی و روایی سازه آن را تایید کرده اند [۱۹]. ذوالفقاری، فاتحی فر و عابدی [۲۰] فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ را روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا کردند. در پژوهش آنان ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۴/۰ و برای ۵ حوزه آن به این شرح به دست آمد: بریدگی و طرد: ۹۱/۰، خودگردانی و عملکرد مختل: ۹۰/۰، محدودیت های مختل: ۷۳/۰، دیگر جهت مندی: ۶۷/۰ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری: ۷۸/۰.

همچنین برای سنجش تعارض زناشویی از پرسشنامه تعارض زناشویی ۴۲ سؤال الی ثنائی استفاده شد [۲۱]. این پرسشنامه هفت بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش و اکتش هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. این پرسشنامه از روایی محتوای خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاسهای آن، ۱۳ سؤال از ۵۵ سؤال اولیه حذف گردید. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه روی یک گروه ۳۰ نفری بابر ۹۴/۰، و برای ۷ خرده مقیاس آن به این شرح بدست آمد: کاهش همکاری ۷۰/۰، کاهش رابطه جنسی ۷۲/۰، افزایش واکتش هیجانی ۷۳/۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۸۱/۰، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۷۵/۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۶۹/۰، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۶۸/۰. هر سؤال بر اساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت تنظیم شده است که متناسب با پاسخ ها، نمرات ۱ تا ۵ به آن ها اختصاص می یابد که در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است. مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه های طرحواره یانگ و تعارض زناشویی در پژوهش حاضر در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه های طرحواره یانگ و تعارض زناشویی

مقیاس	مقدار آلفای کرونباخ
طرحواره های ناسازگار (کل)	۷۵/۰
تعارض زناشویی (کل)	۸۳/۰

به منظور رعایت مسائل اخلاقی ابتدا به کلیه نمونه های پژوهش درباره هدف و نحوه پژوهش توضیحات لازم داده شد. از افراد حاضر در پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اصل رازداری و محفوظ بودن اطلاعات شخصی رعایت خواهد شد. همچنین مشارکت آنان در پژوهش به صورت داوطلبانه بود، به طوری که در هر مرحله از تحقیق می توانستند از مطالعه خارج شوند. لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

^{۱۵} - Schmidt , Joiner , Young , Telch

^{۱۶} - Oei, Baranoff

^{۱۷} - Lee , Taylor , Dunn

^{۱۸} - Rijkeboer , Vanden Bergh

یافته ها

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره های طرحواره های ناسازگار اولیه و تعارض زناشویی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
طرحواره های ناسازگار	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۳۷۰	۴۳۸	۴۰۷/۹۵	۱۹/۴۷
		کنترل	۲۰	۳۶۰	۴۲۲	۳۸۷/۹	۱۷/۶۶
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۳۲۵	۳۶۰	۳۴۳/۵	۲۴/۶۵
		کنترل	۲۰	۳۶۱	۴۲۴	۳۸۸/۵۵	۱۷/۷۶
تعارض زناشویی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲۰۶	۲۵۳	۳۰/۲۳۰	۵۳/۱۳
		کنترل	۲۰	۹۸	۱۴۹	۶۵/۱۲۷	۷۹/۱۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۸۴	۱۲۵	۸۰/۱۰۵	۴۷/۸
		کنترل	۲۰	۹۵	۱۳۸	۲۵/۱۲۰	۴۷/۱۶

یافته های استنباطی

در این بخش جهت تحلیل داده های تحقیق از آمار استنباطی استفاده می شود. آمار استنباطی مشخص می کند که آیا الگوهای توصیف شده در نمونه، کاربردی در مورد جمعیتی که نمونه از آن انتخاب شده دارد یا نه. به صورت صحیح تر، آمار استنباطی ما را قادر به استنباط ویژگی های جمعیت از روی ویژگی های نمونه می کند.

پیش فرض های تحلیل کوواریانس

پیش فرض اول: طبیعی یا بهنجار بودن توزیع نمرات

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد آن در گروه آزمایش (پیش آزمون - پس آزمون) و کنترل (پیش آزمون - پس آزمون) از آزمون کولموگوروف - اسمیرنف تک نمونه ای^{۱۹} استفاده شد، چون سطح معنی داری به دست آمده از ۰/۰۵ بزرگتر است، لذا توزیع متغیرهای وابسته نرمال است و لذا پیش فرض نرمال بودن نمرات تأیید می شود.

جدول شماره (۳): خروجی آزمون کولموگوروف - اسمیرنف متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
طرحواره های ناسازگار	پیش آزمون	آزمایش	۴۰۷/۹۵	۱۹/۴۷	۰/۹۶۹
		کنترل	۳۸۷/۹	۱۷/۶۶	۰/۹۷۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۴۳/۵	۲۴/۶۵	۰/۰۸۷
		کنترل	۳۸۸/۵۵	۱۷/۷۶	۰/۹۸۱
تعارضات زناشویی	پیش آزمون	آزمایش	۳۰/۲۳۰	۵۳/۱۳	۹۷۲/۰
		کنترل	۶۵/۱۲۷	۷۹/۱۳	۷۸۹/۰
	پس آزمون	آزمایش	۸۰/۱۰۵	۴۷/۸	۰۹۹/۰
		کنترل	۲۵/۱۲۰	۴۷/۱۶	۶۷۹/۰

پیش فرض دوم: همگنی واریانس ها

یکی دیگر از پیش فرض های تحلیل کوواریانس، همگونی واریانس ها است. می توان با استفاده از آزمون لون (Leven) فرض برابری یا همگونی واریانس را بررسی نمود.

جدول (۴): نتایج آزمون لون جهت برابری واریانس ها

متغیرها	آماره لون	سطح معنی داری
طرحواره های ناسازگار	۳/۹۶۱	۰/۰۵۸
تعارضات زناشویی	۹۲/۰	۳۴/۰

همان گونه که در جدول (۴) مشاهده می شود از آنجا که سطح معنی داری آزمون لون (F) بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض برابری واریانس نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد آن در دو گروه کنترل و آزمایش در مراحل پس آزمون پذیرفته شده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است.

فرضیه ها

فرضیه اول: آموزش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق در شهرستان مرنند تاثیر دارد.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۷۰۰۱۹۸/۴۲۵	۲	۳۵۰۰۹۹/۱۲۳	۸۷۷/۵۳۲	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۴۶۴/۱۰۷	۱	۴۶۴/۱۰۷	۱/۱۶۳	۰/۲۸۸
پیش آزمون	۲۷۱۰/۳۲۵	۱	۲۷۱۰/۳۲۵	۶/۷۹۳	۰/۰۱۳
گروه	۵۶۸۰۵۶/۸۷۰	۱	۵۶۸۰۵۶/۸۷۰	۱۴۳/۸۴۹	۰/۰۰۰
خطا	۱۴۷۶۱/۴۷۵	۳۷	۳۹۸/۹۵۹	-	-
کل	۳۳۲۷۱۹۲	۴۰			
کل تصحیح شده	۷۱۹۵۹/۹	۳۹			

در جدول شماره (۵)، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۱۴۳/۸۴۹) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بین زوجین متقاضی طلاق تاثیر داشته است.

فرضیه دوم: آموزش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارض زناشویی در مراجعان متقاضی طلاق در شهرستان مرند تاثیر دارد.

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین های تعدیل شده نمرات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل تصحیح شده	۱۸۸/۲۹۳۸	۲	۰۹۴/۱۴۶۹	۴۳۶/۹	۰/۰۰۰
عرض از مبدا	۱۴۱/۱۹۷۳	۱	۱۴۱/۱۹۷۳	۶۷۳/۱۲	۰۰۱/۰
پیش آزمون	۱۶۳/۸۵۰	۱	۱۶۳/۸۵۰	۴۶۰/۵	۰۲۵/۰
گروه	۴۰۴/۲۳۳۸	۱	۴۰۴/۲۳۳۸	۰۱۹/۱۵	۰/۰۰۰
خطا	۷۸۷/۵۷۶۰	۳۷	۶۹۷/۱۵۵	-	-
کل	۰۱/۵۱۹۶۸۵	۴۰	-	-	-
کل تصحیح شده	۹۷/۸۶۹۸	۳۹	-	-	-

در جدول شماره (۶)، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق، مقدار F به دست آمده (۰۱۹/۱۵) برای تفاوت بین گروه ها در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ و با اطمینان ۹۹ درصد معنی داری است. در نتیجه می توان گفت آموزش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی متقاضیان طلاق نقش داشته است.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش تعارضات زناشویی در متقاضیان طلاق در شهرستان مرند انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) در تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه مراجعان (زنان) متقاضی طلاق تأثیر آماری معناداری داشته است. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش های استیلز، [۹]؛ زارلینگ و همکاران، [۱۰]؛ نیمانی و همکاران [۱۲] همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت که، به باور یانگ، طرح واره ها هسته خودپنداره هر فرد را شکل می دهند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می گذارند و این طرح واره های گوناگون می توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب پذیر کنند. در واقع طرح واره ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می شوند. به این ترتیب طرح واره ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می کنند، ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم بخش طرح واره ها در سراسر زندگی ادامه می یابد [۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش به مراجع این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می شود. به گونه ای که واکنش پذیری، ترس و قضاوت های بی جا کاهش یابد. چرا که نشان داده شده است این حالتها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می دهند، انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد، می باشد. چندین مداخله می تواند برای تحقق این هدف استفاده شود [۲۲]. آموزش روانی- اجتماعی به مراجعین کمک می کند تا ماهیت تجارب درونی شان (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی می تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی شان داشته باشد، بفهمند. پایش خود می تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می یابد که راه های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می کند [۲۳]. در نهایت رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. این درمانها ارزش بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می دهد. این ارزشها می تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می کند. مولفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزشها اتفاق می افتد و اقدام به انجام این ارزشها است. همه روش هایی که دو هدف اول را تحقق می بخشند، رسیدن به این هدف را نیز عملی می کند [۲۴]. از سوی دیگر این درمان به فرد این فرصت را می دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت گرانه بپردازد و بیشتر تمرکز درمانگر هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشیاری کامل است. درمانگر افراد را تشویق می کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آنها را سرکوب کند، و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید [۲۵].

همچنین نتایج نشان داد که؛ آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تعارضات زناشویی مراجعان متقاضی طلاق تأثیر آماری معناداری داشته است. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش های [۳، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸] همسویی دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسعه و نگهداری تعارض و فاصله عاطفی در زوج ها، ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هر یک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه ی منفی و عمل بر طبق آنها، چرخه رابطه منفی زوج ها را حفظ می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج های غیر ضروری زوج هاست که بوسیله اجتناب های تجربی هریک از آنها ناشی می شود. هدف اصلی این نوع از زوج درمانی کمک به هریک از زن و شوهر است برای اینکه از فرایندهای شناختی و واکنش های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند. ارزشهایی که آنها را در رابطه نگه داشته است را روشن کنند و به عمل در روشهایی که بطور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. معمولاً زوجها از موقعیتهای مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج ها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی ها و الگوهای ارتباط را آموزش می دهد. بطور واضح نشان داده می شود که وقتی یکی از زوجها از لحاظ عاطفی احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می کند به فاصله عاطفی روی می آورد. هر چند فاصله عاطفی از افراد محافظت می کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می دهد. با

یادگیری مهار این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روشهایی که ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می دهد، تمرین می شود. همانطور که زوجها شروع به بکارگیری این مهارتها و راهبردها می کنند، بیشتر تمایل پیدا می کنند و قادر می شوند به موقعیت های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه ای که رضایت از رابطه را بهبود می بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می دهد داده می شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می کند تا ارتباط قوی تری را فراهم کنند [۱۵].

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی است که ایجاب می نماید در تعمیم نتایج به آنها توجه شود. تحقیق حاضر بر روی زوج های مرتد (یکی از شهرهای استان آذربایجان شرقی) انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به زوج های دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیتهای دیگر این مطالعه، این مساله بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری انجام نشد. شیوه نمونه گیری در دسترس، حجم نمونه کم و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی نیز از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر است. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی به جهت تعیین دقیق تر اثرات درمانی رویکرد پذیرش و تعهد مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. در پایان می توان چنین بیان کرد که با داشتن مدلی کارآمد براساس طرحواره های ناسازگار اولیه ی منفی و متغیرهای جمعیت شناختی، از میزان طلاق کاست، اثربخشی درمان و مداخله را در اختلافات زناشویی افزایش داده و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد زیرا وقتی زوجین از طرحواره های ناسازگار اولیه ی منفی اطلاع یابند، بینش شان بالا رفته و برای همدیگر قابل پیش بینی تر می شوند و همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اختلاف زناشویی به حداقل برسد. نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زوجین ناسازگار، فواید بسیاری برای مشاوران خانواده در مرحله ی قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد که درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به طرحواره ی ناسازگار اولیه ی منفی را از نظر دور بدارند بلکه باید از این مدل برای کمک به زوجین دارای مشکل و متقاضی طلاق، بهره گرفته و از این طریق اثربخشی درمان خود را افزایش دهند.

منابع و مآخذ:

- [۱] یوسفی، ر؛ عابدین، ع؛ تیرگری، ع و فتح آبادی، ج. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره ها در ارتقاء رضایت زناشویی. مجله روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره ۳ (پیاپی ۷). صص: ۱۸-۳۱.
- [۲] قاسمی، ع؛ ساروخانی، ب. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی طلاق و سلامت روانی- اجتماعی در زوجین متقاضی طلاق توافقی و غیر توافقی. فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده. سال هشتم، شماره ۲۶، صص: ۸۳-۹۵.
- [۳] محمدی، ا؛ کشاورزی ارشدی، ف؛ فرزاد، و. و صالحی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال هفدهم، شماره ۲، (پیاپی ۶۴). صص: ۲۶-۳۵.
- [۴] نامنی، ا؛ نامنی، ا. (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار. پژوهش های مشاوره، جلد ۱۵، شماره ۵۷، صص: ۶۲-۷۸.
- [۵] Young, J.E. (2003). Schema therapy. New York: Guilford. 123-218.
- [۶] Harris R. (2009). ACT with love. Oakland, New Horbinger publication.
- [۷] Roditi D, Robinson ME. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. Psychol Res Behav Manage; 4:41-49.
- [۸] مرشدی، م؛ داورنیا، ر؛ زهراکار، ک؛ محمودی، م. ج؛ شاکرمی، م. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها، نشریه پژوهش پرستاری، دوره ۱۰، شماره ۴، صص: ۷۶-۸۷.
- [۹] Stiles OE. (2004). Early maladaptive schemas and intimacy in young adults. Ph.D. Dissertation. San Francisco: Alliant International University, 2004, 5-67
- [۱۰] Zarling, A. Lawrence, D & Marchman, O. E. (2014). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couple: a case study with tow couples. Cognitive and Behavior practice. 16(4). 18-32.
- [۱۱] Larmar, Stephen., Wiatrowski, Stanislaw. & Lewis-Driver, Stephen. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. Journal of Service Science and Management, 7, 216-221.
- [۱۲] انریمانی، م؛ ملکی پیربازاری، م؛ میکائیلی، ن؛ ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازسازی از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران وسواسی، - مجله روانشناسی بالینی سال هشتم، شماره ۱ (پیاپی ۲۹)، صص: ۱-۱۳.
- [۱۳] Baruch D. Kanker J, Busch A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. Journal of Clinical Case Studies. 8 (3): 241-257.
- [۱۴] Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. (2011). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. Journal of Consult Clin Psychol. 72(2): 176-191.
- [۱۵] Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. Cogn Behav Pract, 16(4): 430-442.
- [۱۶] Baslet G, Hall J. (2011). Case report: Brief mindfulness based psychotherapeutic intervention during inpatient with conversion and dissociation. Clinical Case Studies; 10(2): 95-109.

[McCracken LM, Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther*; 49(4):267-74.

[۱۸] مکوند حسینی، ش؛ رضایی، ع. م؛ عزالدین، م. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. *مجله روانشناسی بالینی*، سال ششم، شماره ۲ (پیاپی ۲۲). صص: ۵۴-۶۷.

[۱۹] نجفی، م؛ بیطرف، م؛ محمدی فر، م. ع، زارعی مته کولایی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و بینش شناختی در زنان متقاضی طلاق و عادی. *فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه*، سال ششم، شماره چهارم. صص: ۴۱-۵۸.

[۲۰] ذوالفقاری، م؛ فاتحی زاده، م. و عابدی، م. ر. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه خانواده پژوهی*، سال چهارم، شماره ۱۵. صص: ۲۶-۳۹.

[۲۱] ثنایی، ب. (۱۳۹۲). مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.

[Roemer L, Orsillo SM, (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6): 1083-1089.

[Roemer L, Lee JK, (2009). Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther*, 40(2): 142-154.

[Roemer L, Orsillo SM. (2005). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. *Acceptance- and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York, NY: Springer, p. 213-240.

[Forman EM, Herbert JD. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken , NJ: Wiley, 4 (1): 263-265.