

Effectiveness of Schema and Commitment Therapy, Compassion-based Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Marital Conflict among Married Women in Social

Ehteram Ghasem-Abadi¹, Javad Khalatbari^{*2}, Shohreh Ghorban-Shiroudi²,
Mohammad-Ali Rahmani³

1. PhD student General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

***Corresponding Author:** Javad Khalatbari, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

Received: 2 November 2018

Accepted: 19 November 2018

Published: 23 February 2019

How to cite this article:

Ghasem-Abadi E, Khalatbari J, Ghorban-Shiroudi Sh, Rahmani MA. Effectiveness of Schema and Commitment Therapy, Compassion-based Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Marital Conflict among Married Women in Social. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(2):157-64. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23231>.

Abstract

Background and Objective: One of the main issues to be considered in solving couples' conflicts is the acquisition of communication skills towards each other. The aim of this study was to determine the effectiveness of schema and commitment therapy (not mentioned in Farsi version), compassion-based therapy and dialectical behavioral therapy (DBT) on marital conflicts among women referred to Social Emergency Services in cities of Tonekabon and Ramsar.

Materials and Methods: This applied research was a methodological perspective of a semi-experimental research project including pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study included all women who were referred to Tonekabon and Ramsar Social Emergency Services during spring and summer of 2017. Of the 100 respondents who answered the Marital Conflict Questionnaire, 60 were selected purposefully and randomly assigned into two experimental and control groups. Data were analyzed using SPSS.22 software and multivariate analysis of covariance analysis.

Results: The mean (SD) age of participants was 37.2 (5.5) years. The coordination score of the experimental group varied from 16.5 (3.1) in pre-test to 11.4 (2.7) in post-test; sexual intercourse score 10.8 (4.1) to 6.7 (3.7); emotional reactions score 53.3 (12.3) to 36.2 (11); children's protection score from 19.8 (4.8) to 24.6 (4.6), score of relationships with the spouse's relatives 36.2 (6) to 29.9 (6.3); the score for the separating finances from each other 24.2 (4.8) to 18.3 (4.2), $P < 0.001$. The mean (SD) score for subscales of marital conflicts in the control group was not significantly different in pre-test and post-test.

Conclusion: The study showed that the combination of schema therapy, compassion-based therapy, and dialectical behavioral therapy reduced marital conflicts.

Keywords: Schema therapy, Dialectical Behavior Therapy, Compassion Focused Therapy, Marital Conflict.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.TONIAU.REC.1396.412.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارضات زناشویی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان های تنکابن و رامسر

احترام قاسم آبادی^۱، جواد خلعتبری^{۲*}، شهره قربان شیرودی^۲، محمد علی رحمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

* نویسنده مسئول: جواد خلعتبری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: آبان ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عمده ترین مسایلی که در نحوه حل تعارضات زوجین مورد توجه قرار می گیرد، کسب مهارت های ارتباطی نسبت به یکدیگر است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارضات زناشویی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان های تنکابن و رامسر انجام گرفت.

روش و مواد: این پژوهش کاربردی از منظر روش شناختی طرح پژوهش نیمه آزمایشی با (پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان که به اورژانس اجتماعی تنکابن و رامسر می باشد که در بهار و تابستان ۱۳۹۶ مراجعه داشتند. از بین ۱۰۰ نفری که به پرسشنامه تعارضات زناشویی پاسخ دادند، ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند و برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی اجرا شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان (۵/۵) (۳۷/۲) سال بود. نمره همکاری در پیش آزمون گروه آزمایش از (۳/۱) (۱۶/۵) به (۲/۷) (۱۱/۴) در پس آزمون، نمره رابطه جنسی از (۴/۱) (۱۰/۸) در پیش آزمون به (۳/۷) (۶/۷) در پس آزمون، نمره واکنش های هیجانی در پیش آزمون از (۱۲/۳) (۵۳/۳) به (۱۱) (۳۶/۲) در پس آزمون، نمره جلب حمایت فرزندان در پیش آزمون گروه آزمایش از (۴/۸) (۱۹/۸) به (۴/۶) (۲۴/۶) در پس آزمون، نمره رابطه با خویشاوندان همسر در پیش آزمون از (۶) (۳۶/۲) به (۶/۳) (۲۹/۹) در پس آزمون رسید و نمره جدا کردن امور مالی از یکدیگر در پیش آزمون گروه آزمایش از (۴/۸) (۲۴/۲) به (۴/۲) (۱۸/۳) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$). میانگین (انحراف معیار) نمرات زیر مقیاس های تعارضات زناشویی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشته است.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که تلفیق طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش تعارضات زناشویی شده است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیکی، تعارضات زناشویی.

مقدمه

یکی از عمده ترین مسائلی که در نحوه حل تعارضات زوجین مورد توجه قرار می گیرد، کسب مهارت های ارتباطی نسبت به یکدیگر است. قرار گرفتن زوجین در جایگاه خواسته ها و نقطه نظرات متفاوت، تعارضاتی ایجاد می کند که باید حل شود. تصمیمات گرفته شده توسط زوجین مانند تصمیمات مالی و غیر مالی، پویایی های تصمیم گیری، توجه به خواسته های طرف مقابل و منطقی بودن خواسته های خود فرد، کیفیت و قدرت رابطه بین زوجین را تعیین می کند (۱). تعارض به عنوان فرایندی تعاملی است که با ناسازگاری و عدم توافق شناخته می شود و با توجه به اینکه مردم با نگاه های بسیار متفاوتی به جهان می نگرند و دارای اهداف متفاوتی هستند، تعارض جزء لاینفک و گریزناپذیر روابط انسانی و تعاملات بشری است. در حقیقت هر چه روابط صمیمانه تر باشد، احتمال تعارض بین فردی بیشتر می شود، لذا وجود تعارض در زندگی زناشویی امری اجتناب ناپذیر است (۲). از آنجا که نحوه حل تعارضات زوجین، به خصوصیات شخصیتی زوجین بستگی دارد. یکی از عمده ترین مسائلی که در این زمینه مورد توجه قرار می گیرد، کسب مهارت های ارتباطی نسبت به یکدیگر است. یکی از درمان های رایج، درمان های فراتشخیصی است.

منطق شکل گیری درمان های فراتشخیصی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در مورد وجود عوامل مشترک بین اختلال های هیجانی مبتنی بوده است که عمدتاً با هدف نشانه گرفتن این عوامل سبب ساز در گستره وسیعی از اختلال های روان-شناختی طراحی شدند (۳). این رویکرد در تلاش است تا چالش ها و معضلات درمانی ناشی از هم ابتلائی را با پرداختن به ابعاد مشترک اختلال های هیجانی به ویژه اختلال های اضطرابی و افسردگی و همچنین تدوین پروتکل درمانی یکپارچه برای این اختلال های همزمان برطرف کند. منظور از درمان های فراتشخیصی، آن دسته از پروتکل های درمانی است که براساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان های شناختی-رفتاری اختصاصی طراحی شده است (۴). از جمله درمان هایی که نقاط مشترک داشته و توانایی ترکیب با یکدیگر دارند، طرحواره درمانی، رفتار درمانی دیالکتیک و شفقت درمانی است. طرحواره درمانی، درمان ترکیبی است که با درمان شناختی رفتاری، نظریه ارتباط موضوعی، گشتالت درمانی و نظریه دلبستگی به صورت یک مدل درمانی سیستماتیک ادغام می شود (۵). در طرحواره درمانی، علاوه بر روش درمان شناختی رفتاری و به کارگیری تکنیک های تجربی با هسته مرکزی (۶) تکنیک های تجربی، مانند تصحیح تصورات و صندلی کار به کار گرفته می شود. دستاورد طرحواره درمانی تغییر در طرحواره ناسازگاری فرد به وسیله تکنیک های شناختی است (۷). از سوی دیگر، شفقت درمانی برای درمان مواردی همچون شرم و خود انتقادی، که به عنوان عوامل فرآیند تشخیصی دیده می شود در مشکلات سلامت روان می باشند، ارائه شده است (۸). ویژگی های بیماری زای خود انتقادی با احساس خشم، نفرت و تحقیر نسبت به خود ارتباط دارد. شفقت درمانی یک مدل مبتنی بر روان شناسی تکاملی، علم اعصاب، نظریه دلبستگی، رفتار درمانی شناختی رفتاری است (۹). هدف عمده شفقت درمانی این است که احساس شفقت را در فرد افزایش دهد. این رویکرد از طریق استفاده از تعدادی از مهارت ها همچون (تعادل تفکر متعهد، احساس شفقت و مهربانی در برابر خود و دیگران) امکان پذیر خواهد شد (۱۰ و ۱۱). شفقت درمانی در راستای سلامت فردی، حساسیت، تحمل دوری، همدردی، همدلی و عدم قضاوت صورت می گیرد. این مهارت ها از طریق یادگیری و تمرین مهارت ها در حوزه توجه، رفتار، استدلال، احساس و احساسات صورت می گیرد (۱۲).

در طرحواره درمانی سه مفهوم کلیدی وجود دارد که سنگ بنای آن محسوب می شوند: طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های مقابله ای و ذهنیت های طرحواره ای. طرحواره ها شامل اطلاعات خاصی هستند که درباره دنیای اطراف وجود دارد. پس شناخت این طرحواره ها به هنگام درمان ضرورت دارد. سبک های مقابله ای مورد استفاده در افراد به هنگام فعال شدن طرحواره ها عبارتند از اجتناب، تسلیم و جبران افراطی (۱۳). در واقع این سبک های مقابله ای، به تنظیم هیجانات فعال شده توسط طرحواره کمک می کند، پس می تواند با مضمون تنظیم هیجان در رفتار درمانی دیالکتیک یکی فرض شود. ذهنیت طرحواره ای بدین معناست که وقتی یک طرحواره فعال می شود و فرد از سبک مقابله ای خاصی استفاده می کند، در حالتی قرار می گیرد که به آن ذهنیت گفته می شود. بنابراین منظور از ذهنیت، حالتی است که فرد همین اکنون در آن قرار دارد که

می‌توان این مضمون ذهنیت را با ذهن آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیک و ذهن آگاهی در درمان شفقت به خود یکی دانست. مضامین مشترک این سه رویکرد درمانی عبارتند از: ذهن آگاهی و تنظیم هیجان که در شفقت به خود، از طریق مهربانی با خود صورت می‌گیرد و در طرحواره درمانی با مضمون سبک های مقابله ای مشخص می‌شود. بدین ترتیب مؤلفه‌های درمان فراتشخیصی را ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و رفتارهای مهربانی با خود که نوعی تنظیم هیجان به شمار می‌رود، تشکیل می‌دهند.

ضرورت پژوهش حاضر از این جهت است که اغلب مطالعات انجام گرفته در حوزه مسائل خانواده، چه مطالعاتی که به تعارضات زناشویی پرداخته‌اند و چه مطالعاتی که با هدف تبیین گسست در رابطه زناشویی و موضوع طلاق انجام گرفته‌اند، تقریباً از فرم و قالب یکسانی پیروی نموده‌اند. در صورتی که این تحقیق به دنبال ترکیب شیوه های درمانی در راستای کاهش تعارضات زناشویی زوجین است. با توجه به آن چه گفته شد، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارضات زناشویی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان های تنکابن و رامسر بود.

روش و مواد

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان که به اورژانس اجتماعی تنکابن و رامسر می‌باشد که در بهار و تابستان ۱۳۹۶ مراجعه داشتند. برای انتخاب آزمودنی های این پژوهش، ۱۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن و رامسر پرسشنامه های تعارضات زناشویی را پر کردند، پس از جمع آوری نتایج پرسشنامه، از میان ۱۶۰ نفر، ۱۰۰ نفری که در این پرسشنامه نمرات (۱۰۰ و بالاتر) به روش نمونه گیری تصادفی ساده از نوع قرعه کشی ۶۰ نفر انتخاب شدند و این ۶۰ نفر نیز به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، برای هر گروه تعداد ۳۰ نفر به دست آمد. بعد از کسب معرفی نامه و انجام هماهنگی های لازم با مسئولان اورژانس های اجتماعی شهرستان رامسر و تنکابن و اجازه رسمی، پژوهشگر با دادن توضیحات کافی در خصوص هدف پژوهش و آگاه نمودن شرکت کنندگان در خصوص مطالعه، پرسشنامه را در اختیار آنان قرار داده و پاسخ دهنده ها در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می نمودند. این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد و برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. معیارهای ورود نمونه ها به مطالعه شامل موارد زیر می باشد: دچار تعارض خانوادگی باشند، قرار داشتن در بازه سنی ۱۸-۴۵، رضایت کامل افراد، عدم اختلال روانی، عدم دریافت مداخلات روان شناختی همزمان بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیشتر از دو جلسه و عدم رضایت از شرکت در جلسات بود. برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی اجرا شد و گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که جلسات درمانی فراتشخیصی ترکیبی از درمان مبتنی بر شفقت، طرحواره درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بود که در جدول شماره ۱ ارایه گردید.

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه توسط بوستانی پور و ثنایی ذاکر (۱۴) هنجاریابی و ساخته شده است. این پرسشنامه هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارت اند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. محتوای مؤلفه های پرسشنامه به گونه ای تهیه شده که با متغیر مورد نظر ارتباط نزدیک و مستقیم دارد. بنابراین از نظر روایی پرسشنامه می‌توان به روایی محتوایی آن استناد کرد. لازم به ذکر است روایی محتوایی پرسشنامه توسط شش نفر از متخصصان روانشناسی و زوج درمانی مورد تایید قرار گرفت. علاوه بر تحلیل محتوایی مقیاس ها، برای سنجش روایی محتوایی همبستگی هر سوال با کل نمره های آزمون در هر مقیاس محاسبه شد. در مرحله آخر تحلیل مواد آزمون پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس های آن،

۱۳ سوال اولیه به دلیل معنادار نبودن همبستگی آنها با کل نمره های آزمون به کلی کنار گذاشته شدند و در مجموع از ۵۵ سوال اولیه، ۴۲ سوال که همبستگی با کل نمره داشتند باقی ماندند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد (۱۴). ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در این مطالعه، ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول شماره ۱- جلسات درمانی فرا تشخیصی

جلسات	هدف
اول	آشنایی اعضای یک گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات
دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
سوم	نام گذاری هیجان‌ها، شناخت اسطوره‌ها (بحث در مورد تفاسیری که فرد در مورد هیجان‌هاش دارد).
چهارم	توجه به نقش ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفسیر و پاسخ به هیجان‌هاش، مشاهده و توصیف هیجان‌ها (خود مشاهده گری)
پنجم	نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها
ششم	معرفی طرحواره‌ها و نحوه تأثیر گذاری آن بر رفتار، معرفی ذهنیت طرحواره ای
هفتم	آموزش بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها، بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته
هشتم	تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله ای
هشتم	آشنایی با مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مخاطب و تقویت آن، شناسایی نیازهای هیجانی‌ارضا نشده و راهکارهای برون ریزی عواطف مسدود شده.
نهم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، آموزش برقراری رابطه با افراد مهم زندگی
دهم	آموزش استفاده از مهارت تصویر پردازی شفقت گونه و استفاده از فن تنفس تسکین بخش
یازدهم	استفاده از فن به هوشیاری برای زوج‌ها و نحوه ابراز نگرش‌های صمیمانه به یکدیگر
دوازدهم	آموزش ارتقای شفقت به خود به وسیله تخلیه هیجانی، جمع بندی جلسات، برگزاری پس آزمون

از روش‌های آماری در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که در سطح آمار توصیفی از نمودار، میانگین (انحراف معیار) و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) با استفاده از SPSS-22 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مردان (۶/۹) (۳۸/۷) و سن زنان (۵/۵) (۳۷/۲) سال بود که دامنه سنی از ۲۹ تا ۵۳ سال را شامل می‌شد. از نظر تحصیلات، ۱۴ (۲۳/۳٪) نفر دیپلم، و ۳۱ (۵۱/۷٪) نفر کارشناسی و ۱۵ (۲۵٪) نفر کارشناسی ارشد بودند. از بین مقیاس‌های مربوط به تعارضات زناشویی، هیچ یک از مقیاس‌ها در آزمون Leven معنادار نیستند، بنابراین می‌توان گفت که هر دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند. بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که تمامی مقیاس‌های تعارضات زناشویی از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند. همچنین با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌های تعارضات زناشویی در بررسی همگنی رگرسیون، معنادار نبود. نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنی دار است. معنی داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. میانگین (انحراف معیار) نمره کاهش همکاری در پیش آزمون گروه آزمایش از (۳/۱) (۱۶/۵) به (۲/۷) (۱۱/۴) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$)، نمره کاهش رابطه جنسی از (۱۰/۸) (۴/۱) در پیش آزمون گروه آزمایش به (۳/۷) (۶/۷) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$)، نمره افزایش واکنش‌های هیجانی در پیش آزمون گروه آزمایش از (۱۲/۳) (۵۳/۳) به (۱۱) (۳۶/۲) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$)، نمره افزایش جلب حمایت فرزندان در پیش آزمون گروه آزمایش از (۴/۸) (۱۹/۸) به (۴/۶) (۲۴/۶) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$)، نمره کاهش رابطه با خویشاوندان همسر در پیش آزمون گروه آزمایش از (۶) (۳۶/۲) به (۴/۳) (۲۹/۹) در پس آزمون رسید ($P < 0/001$)، و نمره جدا کردن امور مالی از یکدیگر در پیش آزمون گروه آزمایش از (۴/۸)

۲۴/۲ به ۱۸/۳ (۴/۲) در پس آزمون رسید ($P < 0.001$)، میانگین (انحراف معیار) نمرات زیر مقیاس های تعارضات زناشویی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشته است.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	P
کاهش همکاری	آزمایش	۱۶/۵ (۳/۱)	۱۱/۴ (۲/۷)	۰/۰۰۱
	گواه	۱۵/۶ (۲/۵)	۱۵/۴ (۲/۷)	۰/۱۹
کاهش رابطه جنسی	آزمایش	۱۰/۸ (۴/۱)	۶/۷ (۳/۷)	۰/۰۰۱
	گواه	۱۲/۳ (۴/۲)	۱۲/۳ (۴/۵)	۰/۷۵
افزایش واکنش های هیجانی	آزمایش	۵۳/۳ (۱۲/۳)	۳۶/۲ (۱۱)	۰/۰۰۱
	گواه	۵۶/۲ (۱۱/۶)	۵۵/۵ (۱۱)	۰/۴۱
افزایش جلب حمایت فرزندان	آزمایش	۱۹/۸ (۴/۸)	۲۴/۶ (۴/۶)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۳/۴ (۵/۵)	۲۳/۲ (۵/۶)	۰/۳۳
افزایش رابطه با خویشاوندان خود	آزمایش	۳۳/۷ (۴/۶)	۳۹/۱ (۴/۴)	۰/۰۰۱
	گواه	۳۴/۶ (۳/۵)	۳۵ (۳/۸)	۰/۲۸
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	آزمایش	۳۶/۲ (۶)	۲۹/۹ (۶/۳)	۰/۰۰۱
	گواه	۳۲/۱ (۵/۸)	۳۱/۸ (۵/۷)	۰/۵۷
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	آزمایش	۲۴/۲ (۴/۸)	۱۸/۳ (۴/۲)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۲/۶ (۵/۲)	۲۱/۴ (۵/۳)	۰/۵۱

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) نمره کاهش همکاری از ۱۶/۵ (۳/۱) در پیش آزمون به ۱۱/۴ (۲/۷) در پس آزمون، کاهش رابطه جنسی از ۱۰/۸ (۴/۱) در پیش آزمون به ۶/۷ (۳/۷) در پس آزمون، افزایش واکنش های هیجانی از ۵۳/۳ (۱۲/۳) در پیش آزمون به ۳۶/۲ (۱۱) در پس آزمون، نمره افزایش جلب حمایت فرزندان از ۱۹/۸ (۴/۸) در پیش آزمون به ۲۴/۶ (۴/۶) در پس آزمون و افزایش رابطه با خویشاوندان خود از ۳۳/۷ (۴/۶) در پیش آزمون به ۳۹/۱ (۴/۴) در پس آزمون و کاهش رابطه با خویشاوندان همسر از ۳۶/۲ (۶) در پیش آزمون به ۲۹/۹ (۶/۳) در پس آزمون رسید با این حال، میانگین (انحراف معیار) نمرات زیر مقیاس های تعارضات زناشویی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون تفاوتی نداشته است. این مطالعه با نتایج پژوهش Kirby و Baucom (۱۵) مبنی بر تأثیر همزمان رفتار درمانی دیالکتیک و زوج درمانی شناختی-رفتاری در مهارت های ارتباطی زوجین، مختاری، بهرامی، پاداش، حسینیان و سلطانی زاده (۱۶) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، Karris و Caldwell (۱۷) مبنی بر تأثیر تلفیق درمان متمرکز بر هیجان، درمان شفقت به خود و درمان شفقت محور بر زوجین دارای تجربه آسیب همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت تلفیق سه مدل طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیک می تواند نقش بسزایی در عملکرد زوجین داشته باشد. ظاهراً ملاقات زوجین با یکدیگر باعث شد که مشکلات فردی مشابه که زوجین با هم داشتند و چگونگی رفع این مشکلات با یکدیگر تبادل نظر کنند و این امر موجب شد تا از تجربیات یکدیگر در راستای ارتباط مناسب در منزل در مواجهه با مسائل زناشویی موفقیت بیشتری کسب کنند. دریافت چنین بازخوردی که آنها تنها نیستند و افراد زیادی در اطراف آنها از دچار چنین مشکلاتی هستند باعث شد که افراد توانایی انتخاب مجدد برای رفتار

خاصی را داشته باشند و به ارزیابی مجدد رفتار خود بپردازند. بازخورد حمایتی از اعضای گروه، به تسهیل یادگیری اجتماعی افراد کمک کرده است و فرآیند که به طور طبیعی رخ داده در زمینه گروه درمانی است. همچنین از مهارت های که به زوجین آموزش داده می شود، مهارت شنیداری است. مدل های متعددی وجود دارد که نشان می دهد مهارت شنیداری بر احساسات فرد و شریک زندگی آنها تأثیرگذار است. به نظر می رسد این آموزش احساسات عاطفی طرفین را افزایش دهد. آموزش مهارت های ارتباطی نشان داد که زوجینی که مهارت های ارتباطی را در شرایط خاص زندگی به کار می گیرند، از تعارضات کمتری برخوردار بودند. بسیاری از زوجین مشکلات در برقراری ارتباط با همسران شان مشابه هم بود، به ویژه آنهایی که در شرایط زندگی مشابه مانند داشتن فرزندان کوچک یا مقابله با مشکلات شخصی مانند افسردگی مواجه بودند. این زوجین زمان کمتری را به خود یا همسران شان اختصاص می دادند.

می توان گفت تلفیق رفتار درمانی دیالکتیکی، شفقت درمانی و طرحواره درمانی به زوجین کمک می کند تا علی رغم داشتن تفاوت های فردی، روش هایی را برای مدیریت تعارضات خود و نزدیک شدن به یکدیگر بیاموزند. از این رو در تلفیق این سه درمان ابتدا به زوجین آموزش داده می شود تا بتوانند هیجان های خود را شناسایی کرده و ابتدا برای خودشان توصیف کنند و در مرحله بعد بتوانند هیجان های طرف مقابل را بشناسند و از دیدگاه همسرشان موضوع را ببینند، یعنی بلافاصله اقدام به واکنش برون ریزی هیجانی نکنند، چرا که این کار با اینکه احساس تخلیه آنی را به همراه دارد، باعث تداوم تنش و اختلاف ها شده و پیامدهای بدی را بدنبال دارد، یعنی زوجین بتوانند تنظیم هیجانی بیشتری داشته باشند. درمان فرا تشخیصی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به زوجین نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار می تواند به بهتر شدن یک رابطه یا تخریب آن منجر شود. رفتار درمانی دیالکتیک، این دو قطب را همراه با پیامدهای شان به زوجین نشان می دهد و از طریق آموزش ذهن آگاهی، مهارت های کنترل هیجانی، مهارت های ارتباط بین فردی و تحمل پریشانی به زوجین کمک می کند تا تعارض های شان را مدیریت کرده و آنها را به راهی برای شناخت بهتر یکدیگر و صمیمیت بیشتر تبدیل کنند (۱۸).

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش تعارضات زناشویی شده است.

تشکر و قدردانی

از تمامی زوجین شرکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی می گردد. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن و دارای کد کمیته اخلاق IR.TONIAU.REC.1396.412 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Gottman JM, Tabares A. The effects of briefly interrupting marital conflict. *Journal of marital and family therapy*. 2018 Jan;44(1):61-72.
2. Frankel LA, Umemura T, Jacobvitz D, Hazen N. Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*. 2015 Aug 31;40:73-83.
3. McHugh RK, Murray HW, Barlow DH. Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behav Res Ther*. 2009; 47(11):946-53.
4. Clark DA, Taylor S. The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *J Cogn Psychother*. 2009; 23(1):60-66.

5. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018 Jul 4;47(4):328-49.
6. Videler AC, van Alphen SP, van Royen RJ, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, Arntz A. Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging & mental health*. 2018 Jun 3;22(6):738-47.
7. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The Effect of Group Schema Therapy on Symptoms of Depression and Quality of Life among Nurses. *Journal of nursing education*. 6(23): 17-23. [Full text in Persian]
8. Ward M. Research topic: Managing compassionate therapy—the role of the virtual clinic. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2016 Jun;31:44-5.
9. Elliott MJ, Butler CR, Varanou-Jenkins A, Partington L, Carvalho C, Samuel E, Crowley C, Lange P, Hamilton NJ, Hynds RE, Ansari T. Tracheal Replacement Therapy with a Stem Cell-Seeded Graft: Lessons from Compassionate Use Application of a GMP-Compliant Tissue-Engineered Medicine. *Stem cells translational medicine*. 2017 Jun;6(6):1458-64.
10. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*. Karris M, Caldwell BE. Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. *The Family Journal*. 2015 Oct;23(4):346-57.
11. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015 Apr;45(5):927-45.
12. Steindl SR, Buchanan K, Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*. 2017 Jul;21(2):62-73.
13. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Zervas I. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2014 Sep 1;45(3):319-29.
14. Boostanipoor A, Zaker BS. The Questionnaire of Marital Conflicts: A Confirmatory Factor Analysis (CFA). *International Journal of Psychological Studies*. 2016 Jan 26;8(1):125.
15. Kirby JS, Baucom DH. Integrating dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral couple therapy: A couples skills group for emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007 Nov 1;14(4):394-405.
16. Mokhtari S, Bahrami F, Padash Z, Hosseinian S, Soltanizadeh M. The effect of schema therapy on marital satisfaction of couples with obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*. 2012;3(12):207.
17. Karris M, Caldwell BE. Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. *The Family Journal*. 2015 Oct;23(4):346-57.
18. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010 Dec;78(6):936.

پرسشنامه تعارضات زناشویی

پاسخگوی عزیز، لطفا هر یک از جملات زیر را به دقت بخوانید و به تمام آن ها پاسخ دهید. برای هر جمله پاسخ های "همیشه"، "اکثرا"، "گاهی اوقات"، "بندرت"، و "هرگز" در نظر گرفته شده است. لطفا با توجه به رابطه زناشویی خود، برای هر عبارت، آن را که متناسب است را انتخاب کنید.

گویه	همیشه	اکثرا	گاهی اوقات	بندرت	هرگز
هنگام دعوا با همسر، رابطه من با خانواده پدر و مادری او قطع می شود.					
من و همسر حساب های مالی جداگانه داریم.					
حرف های من و همسر بدون کنایه و بی پرده گفته می شود.					
همسر هر کاری از من بخواهد فراموش می کنم.					
هنگام دلخوری من و همسر، هیچ کدام برای رابطه جنسی پیش قدم نمی شویم.					
من و همسر کتک کاری می کنیم.					
همسر با اظهار نظرهای خود مرا تحقیر می کند.					
هنگام دلخوری، رابطه من با خانواده پدر و مادری خودم قطع می شود.					
برای جلب فرزند (فرزندانم) حاضرم انتظارات نامعقول او (آنان) را برآورده کنم.					
بدون اطلاع همسر، برای خود پس انداز شخصی دارم.					
هیچ وقت احساس بدی را که نسبت به او دارم به او نمی گویم، چون می ترسم عصبانی شود.					
وقتی همسر از من تقاضایی دارد، خودم را به کارهای دیگر مشغول می کنم.					
رابطه جنسی من با همسر ارضا کننده نیست.					
وقتی با همسر دعوا می کنم، اتاق یا خانه را برای مدتی ترک می کنم.					
به تنهایی با خانواده پدر و مادری خود و خواهر و برادرانم رابطه دارم.					
هنگامی که مشکل داریم، غالبا همسر در جواب من سکوت اختیار می کند.					
درآمد همسر را به بهانه های مختلف صرف خواسته های شخصی خود می کنم.					
همسر را با ناقص انجام دادن کارهایی که از من می خواهد تنبیه می کنم.					
همسر رابطه جنسی را به من تحمیل می کند.					
همسر را به رفتارهای غیر اخلاقی متهم می کنم.					
از اعضای خانواده پدری و مادری ام، برای حل اختلافات خود با همسر، کمک می گیرم.					
فرزند(یا فرزندانم)، اسرار همسر را به من می گویند.					
خانواده پدر و مادری همسر، به من بی احترامی می کنند.					

گوپه	همیشه	اکثرا	گاهی اوقات	بندرت	هرگز
خرج خانواده، در هر صورت (آشتی یا دعوا) در اختیار من است					
همسر من را با بی نظمی و نامرتب بودن، آزار می دهم.					
من و همسر بدون واسطه و مستقیم با هم صحبت می کنیم.					
وقتی با همسر دعوا می کنم، فریاد می زنم و ناسزا می گویم					
آرزو دارم همسر احساساتش را با من در میان بگذارد.					
خانواده پدر و مادری من، همسر را با دیگران مقایسه و به حال من دلسوزی می کنند					
از نحوه گفتگو با همسر بسیار راضی هستم.					
فرزند یا فرزندانم یکی از عوامل مهم حفظ و تداوم رابطه زناشویی من هستند.					
دوست یا دوستانم در جریان اختلاف من و همسر هستند.					
من و همسر با مشارکت و توافق یکدیگر پول و درآمد خانواده را خرج می کنیم.					
حوصله ام از همسر و خواسته هایش سر می رود.					
هنگام دعوا، تنها رابطه من با همسر رابطه جنسی است.					
هنگام نزاع، از همسر درخواست طلاق می کنم.					
خانواده پدری و مادری من، تمام گناه ها را به گردن همسر می اندازند.					
هنگام دعوا بین من و همسر، فرزند یا فرزندانم از من حمایت می کنند.					
حاضر نیستم برای بدهی های همسر از دیگران پول قرض کنم.					
هنگام دعوا، رابطه جنسی من و همسر قطع می شود.					
می ترسم خواسته های خود را با همسر مطرح کنم.					
با وجود داشتن همسر، از تنهایی رنج می برم.					