



Comparing the Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion-Focused Therapy” and “Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy” on Communication Patterns of Married Women Suffering from Depression and Marital Conflicts

Mahdiah Sadat Mousavi¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Hossein Mahdian³

1- Ph. D Student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Corresponding author: Abolfazl Bakhshipour, Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Email: Abboj@gmail.com

Received: 12 June 2022

Accepted: 27 Oct 2022

Abstract

Introduction: Effective communication is the foundation of a healthy and successful family. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) and "Compassion Focused Therapy" (CFT) and "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" on communication patterns of married women suffering from depression and marital conflicts referred to counseling and psychological centers in Mashhad.

Methods: The method of the current research was semi-experimental of type pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of the study included married women suffering from depression and marital conflicts who referred to counseling and psychological centers in Mashhad in 2019. 60 people were selected by sampling in convenience method. Then by simple randomization (lottery), they were divided into 4 groups: "Acceptance and Commitment Therapy", "Compassion-Focused Therapy", "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" and the control group. (15 people in each group). Data collection instruments were demographic questionnaire, "Communication Patterns Questionnaire", "Beck Depression Inventory-II" and "Marital Conflict Questionnaire". Content validity was calculated by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient of the instruments. The first intervention group received "Acceptance and Commitment Therapy" and the second intervention group "Compassion-Focused Therapy" and the third intervention group "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" in 8 90-minute training sessions, and the control group was on the waiting list for received intervention. Data analysis was done with SPSS. 21.

Results: There is a significant difference between the pre-test, post-test and follow-up communication patterns in the intervention and control groups ($P < 0/01$). The results of the Bonferroni pairwise comparison test indicate that the significance level of the test of all 3 intervention groups with the control group is less than 0.05 ($P < 0/01$) and this difference is more for the "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" group.

Conclusions: "Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion Focused Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" are effective on communication patterns and "Acceptance and Commitment Therapy Enriched with Compassion" has been more effective in improving communication patterns over time. Therefore, it is suggested that the principles of this type of therapy be used in cultural and family centers such as family cultural centers of the country to prevent conflict in the future relationships of couples by using short-term training courses.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion, Communication Patterns, Depression, Marital Conflict.



مقایسه اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" و "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی

مهديه سادات موسوی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، حسین مهدیان^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

نویسنده مسئول: ابوالفضل بخشی پور، استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
ایمیل: Abboj@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۲

چکیده

مقدمه: ارتباط موثر زیر بنای خانواده‌ی سالم و موفق است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" بر الگوهای ارتباطی زنان متأهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد می باشد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متأهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود. ۶۰ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند سپس به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی در ۴ گروه، "درمان پذیرش و تعهد" و "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" و گروه کنترل قرار گرفتند. (هر گروه ۱۵ تن). ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه الگوهای ارتباطی" (Communication Patterns Questionnaire)، "سیاهه افسردگی بک -۲" (Beck Depression Inventory-II) و "پرسشنامه تعارضات زناشویی" (Marital Conflict Questionnaire) بود. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ابزارها محاسبه شد. گروه مداخله اول "درمان پذیرش و تعهد" و گروه مداخله دوم "درمان متمرکز بر شفقت" و گروه مداخله سوم "درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" را در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار داشت. تحلیل داده ها با نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته ها: بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری الگوهای ارتباطی در گروه های مداخله و کنترل تفاوت معنا داری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج آزمون مقایسه زوجی بنفرونی حاکی از آن است که سطح معناداری آزمون هر ۳ گروه مداخله با گروه کنترل کمتر از ۰/۰۵ است ($P < 0/01$) و این تفاوت برای گروه "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" بیشتر است.

نتیجه گیری: "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان متمرکز بر شفقت" و "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" بر الگوهای ارتباطی اثر بخش است و "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت" اثربخشی بیشتری بر بهبود الگوهای ارتباطی در طول زمان داشته است. لذا پیشنهاد می شود که از این درمان در مراکز فرهنگی و خانوادگی مانند فرهنگسراهای خانواده کشور با هدف پیشگیری از تعارض در روابط آتی زوجین با بهره گیری از دوره های آموزشی کوتاه مدت استفاده شود.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، شفقت، الگوهای ارتباطی، افسردگی، تعارضات زناشویی.

خانواده کانون صمیمانه ترین روابط بین افراد و هسته اصلی بهداشت جامعه شناخته شده است که در آن روابط زن و شوهر، عامل اصلی سلامت خانواده می باشد (۱). زندگی زناشویی همواره با مسائل مختلفی همراه است که منجر به فعال سازی هیجانات مختلف می شود. اگر این هیجانات به شیوه کارآمدی ابراز نشوند می توانند زمینه ناسازگاری و تعارض را فراهم سازند (۲). تعارضات زناشویی (marital conflict) مشکلات فراوانی برای زوجین به وجود می آورد (۳). مطالعات نشان دادند که رضایتمندی و یا نارضایتمندی زناشویی، بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی تأثیر می گذارد (۴). همچنین رضایتمندی و نارضایتی از زندگی زناشویی، نقش مهمی در سلامت و یا بیماری روانی زوج ها دارد، برای مثال، نارضایتمندی زناشویی معمولاً با افسردگی (depression)، اختلالات تغذیه، برخی از انواع الکلیسم و نیز بیماری های جسمانی و روانی همسران همراه است (۵). افسردگی از شایعترین اختلالات خلقی و عاطفی و بزرگترین اختلالات روانی قرن حاضر است (۶). مطالعات نشان داده است که زنان با میزان بالاتر نسبت به مردان تحت تأثیر اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder) قرار دارند (۷). مطالعات اخیر نشان می دهد که تعارضات زوجین با افزایش علائم افسردگی همراه است (۸). Laurent و همکاران ارتباط طولی میان تعارضات زناشویی و افسردگی را بررسی نمودند و دریافتند که درگیر شدن زوج ها با یکدیگر و پرخاشگری فیزیکی در طول تعارض با بروز افسردگی در زن مرتبط بود (۹). لذا تعارضات زناشویی به ایجاد شرایط نامناسب روانشناختی در زوج ها منجر می شود (۱۰). از طرف دیگر، روابط مثبت با دیگران برای بهزیستی فرد مهم بوده و موجب شادکامی و عملکرد بهتر در فرد می شود (۱۱).

ارتباط موثر زیر بنای خانواده سالم و موفق است. به عبارتی دیگر، در صورتی که اعضای خانواده از الگوهای ارتباطی (communication patterns) موثر استفاده کنند، انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد هر پیامی دارند، نیازهای روانی یکدیگر را ارضا می کنند و ارتباط و شرکت در اجتماع را تداوم می بخشند (۱۲). فراگیری مهارت های ارتباطی باعث ایجاد درک متقابل، برابری و مساوات در روابط، ابراز عشق، صمیمیت، حل منطقی تعارضات و تنش های موجود در تعاملات، تعهد و اطمینان نسبت به هم، همکاری، ارزش قائل شدن برای یکدیگر، داشتن انتظارات واقعی و انعطاف

پذیری زوج ها می شود (۱۳).

در طی ۲ دهه اخیر تعدادی از روان درمانی ها به عنوان موج سوم توسعه یافته اند که «درمان پذیرش و تعهد» (Commitment Therapy Acceptance and) از جمله آن ها است. از منظر «درمان پذیرش و تعهد» رنج انسان ها ریشه در انعطاف ناپذیری روانی دارد که بوسیله تلفیق شناختی و اجتناب از تجارب به عنوان تلاش برای کنترل و یا تغییر تجارب درونی مانند افکار، احساسات، خاطرات و یا احساسات بدنی آزار دهنده و عدم تمایل برای حفظ ارتباط خود با این تجارب درونی و تلاش برای کنترل آن ها و یا رهایی از آن ها ایجاد می شوند (۱۴). «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش اثر افکار آزار دهنده و هیجانات ناخوشایند تأکید دارد، اما نه به شیوه استدلال و واقعیت آزمایی که در درمان های موج اول و دوم رفتار درمانی وجود داشت، بلکه در این روش درمانی، هدف افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است تا اثر افکار آزار دهنده و هیجانات ناخوشایند به حداقل ممکن کاهش پیدا کنند (۱۵). این درمان، اجتناب از افکار و احساسات منفی ناشی از درد تنش را مشکل اصلی بیماران می داند که سبب ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می شود. بنابراین، شیوه اصلی «درمان پذیرش و تعهد» مواجهه سازی بیمار با موقعیت هایی است که بیشتر از آن ها اجتناب شده است (۱۶). نتایج مطالعه Christensen و همکاران نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» موجب ارتقای رضایت زناشویی و سلامت روان می شود (۱۷). همچنین نتایج این پژوهش در راستای پژوهش Baruch و همکاران (۱۸) حیدریان و همکاران (۱۹)، Peterson و همکاران (۲۰)، سبوحی و همکاران (۲۱) مبنی بر اثر بخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر بهبود الگوهای ارتباطی می باشد.

«درمان متمرکز بر شفقت» (Compassion Focused Therapy) از جمله درمان هایی است که می تواند جریان روان درمانی را برای «درمان پذیرش و تعهد» تسهیل نماید در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می شود. از نتایج این نوع درمان مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویر سازی احساس و حس

کردن شفقت آمیز است (۲۲). «درمان متمرکز بر شفقت» با ۳ مولفه اینگونه تعریف می شود: مهربان بودن و درک فرد نسبت به خود در شرایط درد و رنج و شکست به جای خود انتقادگری سخت گیرانه، اشتراک های انسانی به جای انزوا و ذهن آگاهی به جای همانند سازی افراطی (۲۳). محور اصلی «درمان متمرکز بر شفقت» پرورش ذهن شفقت ورز است. در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت ها و ویژگی های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می دهد (۲۲). در نتیجه این فرایند، ذهن فرد همان واکنشی که در برابر عوامل شفقت ورزانه بیرونی داشته است از خود نشان می دهد و به آرامش و تسکین می رسد. در واقع «درمان متمرکز بر شفقت» منجر به ایجاد و رشد ذهن با شفقت می شود و تغییر را در فرد تسهیل می کند (۲۳). در این راستا، نتایج پژوهش یوسفی و کریم زاه (۲۴) نشان داد «درمان متمرکز بر شفقت» نقش موثری بر بهبود الگوهای ارتباطی داشته است. همچنین نتایج پژوهش یاراحمدی و همکاران (۲۵) نشان داد مداخله آموزشی «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» به روش گروه درمانی بر تنظیم هیجان، دلدزدگی زناشویی، مثبت نگری و الگوهای ارتباطی بین زوجین تاثیر معنادار داشته است علاوه رضایی و همکاران (۲۶) با هدف مقایسه اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی نشان دادند که بین ۲ گروه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» با گروه کنترل، در بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص سیستم ایمنی بدن، تفاوت معنادار وجود دارد. «درمان متمرکز بر شفقت» در بعد روانی کیفیت زندگی، تاثیر بیشتری نسبت به «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» داشته است. در خصوص سایر متغیرها، تفاوت معناداری بین این ۲ روش درمانی یافت نشد. در مطالعه دیگری غیبی و همکاران (۲۷) به مقایسه تأثیر «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند و نشان دادند هر ۲ درمان در بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است و هیچ تفاوتی بین آن ها وجود ندارد. مطابق با جستجوهای انجام شده، تاکنون پژوهشی که به بررسی مقایسه اثربخشی این ۳ روش درمانی بر بهبود الگوهای

ارتباطی پرداخته باشد، یافت نگردید. بر این اساس با توجه به افزایش تعارضات زوجین و شیوع اختلال افسردگی در زنان بررسی مقایسه اثر بخشی این مداخلات درمانی در تعارضات زناشویی، نمایان تر شده تا بتواند راهگشای مسیرهای جدید در حل تعارضات زناشویی و مشکلات جانبی آن گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر الگوهای ارتباطی زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان افسرده دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل می دادند. تعداد ۶۰ تن مبنی بر کفایت در پژوهش های نیمه تجربی برای هر گروه ۱۵ تن، انتخاب شدند (۲۸). پس از غربالگری با «پرسشنامه تعارضات زناشویی» (Marital Conflict Questionnaire) افرادی که از نقطه برش ۱۱۵، نمره بیشتری گرفته بودند و بر اساس مصاحبه ساختاریافته راهنمای تشخیصی و آماری ویراست پنجم (DSM-5) و «سیاهه افسردگی بک -۲» (Beck Depression Inventory-II) تشخیص اختلال افسردگی در حد متوسط برایشان داده شده بود (مطابق با معیار های ورود)، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی در ۴ گروه، «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ تن) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل اعتیاد به هر گونه مواد، شروع یا ادامه حضور در درمان های روانشناختی دیگر به غیر از «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» از ۳ ماه قبل از شرکت در پژوهش، کسب نمره ۱۱۵ در «پرسشنامه تعارضات زناشویی» (Conflict Questionnaire)، (حداقل نمره ۴۲ و حداکثر نمره ۲۱۰)، تشخیص اختلال افسردگی در حد متوسط طبق مصاحبه ساختاریافته راهنمای تشخیصی و آماری ویراست پنجم (DSM-5) و کسب نمره ۲۰ و بالاتر در «سیاهه افسردگی بک -۲» (Beck Depression Inventory-II)، (حداقل نمره صفر و

و ۰/۶۱ به دست آمد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق برای زنان ۰/۸۴ و مردان ۰/۸۱ گزارش کردند. Noller & White (۳۱) روایی سازه به روش روایی افتراقی، «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» را روی ۹۶ زوج با دامنه سنی ۲۱-۶۱ سال را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها آزمودنی‌های خود را به ۳ گروه از زوجین با درجات بالا، متوسط و پایین رضایت زناشویی تقسیم نمودند. نتایج نشان داد که ۲۷ عبارت از ۳۵ عبارت به طور معناداری توانایی افتراق زوجین با سازگاری بالا، از زوجین با سازگاری پایین را دارد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی، ۴ عامل اصلی از قبیل اجبار (coercion)، تقابل (mutuality)، پریشانی پس از تعارض (post-conflict distress) و فرایند مخرب (destructive process) را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ عامل‌های مذکور بر روی نمونه فوق به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۷۳، ۰/۷۹، گزارش شد.

صمدزاده و همکاران (۳۲) در جمعیت ۴۰۱ تن از کارمندان متأهل شهر تهران (۱۴۸ زن، ۲۵۳ مرد) روایی سازه به روش روایی همگرای «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» را با «پرسشنامه پرخاشگری» (Aggression Questionnaire)، «مقیاس زوجی انریچ» (Enrich Couple Scale)، «مقیاس عاطفه مثبت و منفی» (Positive and Negative Affect Scale)، «مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر» (Dyadic Adjustment Scale)، «مقیاس عزت نفس آیزنک» (Spanier Eyzekn Self-Esteem Scale) و «شاخص رضایتمندی زناشویی هودسن» (Index of Hudson Marital Satisfaction) اندازه‌گیری کرد. نتایج روایی همگرای ابزارهای فوق از ۰/۳۰ تا ۰/۹۵ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۷۶ گزارش شد. عبادت پور (۳۳) به منظور تعیین روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» را روی ۴۰۰ تن شامل ۲۰۰ تن زن و ۲۰۰ تن مرد در شهر تهران مورد بررسی قرار داد. همبستگی بین «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» و «پرسشنامه رضایت زناشویی» (Marital Satisfaction Questionnaire) برای ۳ مولفه ارتباط سازنده متقابل ۰/۵۸، ارتباط اجتنابی متقابل ۰/۵۸، نمره کل ارتباط تقاضا/کناره‌گیری ۰/۳۵ گزارش کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق محاسبه گردید و یافته‌ها ارتباط سازنده متقابل ۰/۵۰، ارتباط اجتنابی

حداکثر ۰/۶۳)، طول مدت ازدواج بین ۵-۲۵ سال، دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، موافقت و رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش و قرار نداشتن آزمودنی تحت درمان دارویی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش بود.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن و طول مدت ازدواج و سطح تحصیلات و ابزارهای زیر انجام شد.

«پرسشنامه الگوهای ارتباطی» (Communication Patterns Questionnaire)، توسط Christensen & Sullaway در دانشگاه کالیفرنیا در سال ۱۹۸۴ با ۳۵ عبارت به منظور برآورد ارتباط زناشویی طراحی شده است (۲۹). این پرسشنامه رفتارهای زوجین را، در طی ۳ مرحله از تعارض زناشویی برآورد می‌کند. ۱- هنگامی که مشکل در رابطه زوجین بوجود می‌آید. ۲- مدت زمانی که درباره مشکل بحث می‌شود ۳- بعد از بحث در مورد مشکل زوجین. این پرسشنامه از ۳ مولفه: ارتباط سازنده متقابل (mutual constructive communication)، ارتباط اجتنابی متقابل (mutual avoidance communication)، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری (demand/retiring communication) تشکیل شده است. این ابزار در قالب طیف لیکرت از (۱=اصلاً امکان ندارد تا ۹=خیلی امکان دارد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه برای هر فرد ۳۵ و حداکثر آن ۳۱۵ و حد متوسط آن نیز ۱۶۵ است. نمره بالا ارتباط سازنده متقابل بیانگر ارتباط مناسب و نمره پایین نشان دهنده ارتباط نامناسب تقاضا/کناره‌گیری نمره بالا نشان دهنده ارتباط نامناسب و نمره پایین نشان دهنده ارتباط مناسب است (۲۹). سطح بندی نمره‌ها ذکر نشده است.

در مطالعه Heavy و همکاران (۳۰) روایی ملاکی «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» در ۷۰ زوج متأهل در کالیفرنیا با نمره گذاری‌های حاصل از مشاهده زوجین در آزمایشگاه به هنگام بحث درباره مشکل ارتباطی بررسی شد. ضریب همبستگی به دست آمده برابر با ۰/۷۲ بود. همچنین روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه الگوهای ارتباطی»، با بررسی همبستگی نمره مولفه‌های این پرسشنامه با «مقیاس سازگاری زناشویی» (Dyadic Adjustment Scale) محاسبه شد که این همبستگی برای مردان و زنان به ترتیب ۰/۵۴

۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کردند. در مطالعه حاجی حسینی و همکاران (۳۷) روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک-۲» با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران انجام و ۰/۸۱ گزارش شد. پاهری تنجانی و همکاران (۳۸) با اجرای «سیاهه افسردگی بک-۲» روی ۲۳۳ تن از سالمندان منطقه یک شهر قم روایی سازی به روش روایی همگرا را با «پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸» (General Health Questionnaire-28) ۰/۸۰ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف با نمونه فوق به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ گزارش شد. «پرسشنامه تعارضات زناشویی» (Marital Conflict Questionnaire) توسط براتی و ثنایی در ایران و در سال ۱۳۷۵ تهیه شد (۳۹). ابزار دارای ۴۲ عبارت می باشد که ۷ مولفه تعارضات زناشویی را می سنجد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری (decrease in cooperation)، کاهش رابطه جنسی (decreased sexual intercourse)، افزایش واکنش های هیجانی (increasing hysterical reactions)، افزایش جلب حمایت فرزندان (increasing children gain support)، افزایش رابطه فردی با خانواده خود (Increasing personal relationship with your relatives)، کاهش رابطه با خویشان همسر (decreased family relationship with the partner's relatives) و جدا کردن امور مالی از یکدیگر (finances separating from each other). این مقیاس در قالب طیف لیکرت ۵ گزینه ای (هرگز=۱ تا همیشه=۵) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۴۲ و ۲۱۰ می باشد که نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر است. کسانی که آن ها در دامنه ۴۲ تا ۱۱۴ قرار گیرد دارای روابط زناشویی بهنجار و کسانی که نمره آن ها در دامنه ۱۱۵ تا ۱۳۴ قرار گیرد از نظر میزان تعارض در حد بهنجار کمی بالاتر هستند و نمره ۱۳۵ و بالاتر نشان دهنده تعارض شدید در روابط زناشویی می باشد (۳۹).

در پژوهش ثنایی و براتی (۳۹) روی یک گروه ۱۱۱ تن متشکل از (۵۳ مرد و ۵۸ زن) مراجعه کننده به مراکز قضایی و یا مشاوره شهر تهران «پرسشنامه تعارضات زناشویی» استفاده شد. روایی محتوا به روش کیفی توسط گروهی از استادان

متقابل ۰/۵۱، ارتباط تقاضا/کناره گیری برای نمونه فوق مرد متقاضی/زن کناره گیر ۰/۵۳ و همچنین در نمونه فوق زن متقاضی/مرد کناره گیر ۰/۵۵ گزارش کردند.

«سیاهه افسردگی بک-۲» (Beck Depression Inventory-II) توسط Beck در مرکز درمان شناختی فیلادلفیا در سال ۱۹۶۷ طراحی شده است (۳۴). این سیاهه دارای ۲۱ عبارت است که علائم روانی و جسمانی افسردگی را به صورت خودگزارشی ارزیابی می کند. ابزار دارای ۳ مولفه علائم انگیزشی-عاطفی (symptoms motivational-emotional) ۷ عبارت (شامل عبارت های ۱، ۵، ۱۱، ۱۸، ۲۰، ۲۱)، علائم شناختی (cognitive symptoms) ۶ عبارت (شامل عبارت های ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸) و علائم نباتی افسردگی (vegetative symptoms of depression) ۶ عبارت (شامل عبارت های ۴، ۶، ۷، ۱۵، ۱۶، ۱۷) را می باشد. دامنه نمره برای هر عبارت از صفر تا ۳ است. نمره صفر، بیانگر عدم علائم افسردگی و نمره ۳ نشانگر شدت افسردگی است. نمره کل پس از جمع کردن نمره ها ۲۱ عبارت محاسبه می شود حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صفر و ۶۳ می باشد. نمره صفر تا ۱۳ نشان دهنده فقدان افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ نشان دهنده افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ نشان دهنده افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ نشان دهنده افسردگی شدید می باشد (۳۴).

مطالعه Stefan-Dabson و همکاران (۳۵) بر روی نمونه ۳۵۴ تن در شهر تهران از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشته و در زمان مطالعه در بهبودی نسبی به سر می بردند، انجام گردید. روایی سازی به روش روایی همگرا با «مقیاس ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale)، «مقیاس افکار خودکشی بک» (Beck Suicide Ideation Scale) و «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) سنجیده شد و همبستگی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۳۷ و ۰/۶۰ گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۸۷ گزارش شده است. Osman و همکاران (۳۶) در یک نمونه غیر بالینی ۵۴۷ تن از نوجوانان آمریکایی روایی سازی به روش روایی همگرا «سیاهه افسردگی بک-۲» را با «سیاهه اضطراب بک» ۰/۵۷ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در یک نمونه ۲۴۳ تن از بیماران روانپزشکی سرپایی برای مولفه های علائم شناختی ۰/۸۴، علائم انگیزشی-عاطفی ۰/۸۱، علائم نباتی افسردگی

شده در کتاب عشق در عمل (۴۲) و زوج درمانی با «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» (۴۳) ترجمه و تهیه گردید. روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط ۳ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت. مداخله توسط یک روانشناس در مقطع دکتری تخصصی مشاوره و آموزش دیده در زمینه «درمان پذیرش و تعهد» در مرکز مشاوره سروش شهر مشهد انجام شد. محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است.

محتوای جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»
جلسه اول: در این جلسه به برقراری ارتباط و آشنایی اولیه اعضای گروه و بیان قوانین شرکت در جلسات و اهداف درمانی و اجرای پیش آزمون پرداخته شد.

جلسه دوم: در این جلسه به بررسی مسایل و روابط اعضا، بررسی میزان اراده آن ها برای ماندن در رابطه و میزان تلاش برای بهبود رابطه، بحث درباره تجربیات و شیوه پاسخگویی (پاسخ های اجتنابی)، تفاوت درد و رنج هیجانی، ایجاد ناامیدی خلاق، معرفی کنترل درد طرحواره ای غیر قابل اجتناب به عنوان مساله و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پیامدهای آن پرداخته شد.

جلسه سوم: در این جلسه به معرفی پذیرش در مقابل پاسخ های اجتنابی و دعای آرامش پرداخته شد.

جلسه چهارم: در این جلسه به توضیح لایه های روانشناختی و موانع شناختی و معرفی گسلش، کاربرد فن های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف و پر کردن جدول قلاب افتادن درون ذهن در خارج از جلسه پرداخته شد.

جلسه پنجم: در این جلسه به معرفی آمیختگی شناختی همراه با تمرکز درمانی بر انواع خود و چسبندگی به انواع خود (در مورد افکار، احساس، علائم بدنی و اجزای رفتاری) و مشاهده افکار از طریق استعاره مهمان ناخوانده پرداخته شد.

جلسه ششم: در این جلسه کاربرد روش ذهن آگاهی در انعطاف پذیری روانشناختی و اجرای تمرین تنفس آگاهانه انجام شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر شرح روشن سازی ارزش های فردی در حوزه زناشویی به عنوان قطب نمای زندگی - پر کردن جدول ارزش ها در حوزه زناشویی و بررسی و سنجش رفتارهای متناسب با ارزش ها قرار گرفت.

راهنما و مشاور حوزه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران بررسی و تأیید شده است (تعداد ذکر نشده است). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی یک گروه ۳۲ تن در شهر تهران برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۵۳ و برای ۷ مولفه شامل، کاهش همکاری ۰/۳۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۶۰، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۴، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۴۹ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شد. در مطالعه دهقان (۴۰) روی یک گروه ۵۰ تن از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران، روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه تعارضات زناشویی» با استفاده از نظر گروهی از مدرسین و متخصصان حوزه روانشناسی دانشگاه تهران، مطلوب گزارش شد (تعداد ذکر نشده است). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۰ تن از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر تهران برابر ۰/۷۱ و برای ۷ مولفه آن به ترتیب: کاهش همکاری ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۰، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷۴، افزایش جلب حمایت از فرزندان ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۱، و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه الگوهای ارتباطی»، «سیاهه افسردگی بک - ۲»، «پرسشنامه تعارضات زناشویی» بر اساس نظر ۵ تن از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد بجنورد بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۶۰ زن متاهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی انجام شد. نمره کل «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» ۰/۷۶، «سیاهه افسردگی بک - ۲» ۰/۸۱، «پرسشنامه تعارضات زناشویی» ۰/۷۲ و برای ۷ مولفه آن به ترتیب: کاهش همکاری ۰/۷۱، کاهش رابطه جنسی ۰/۶۲، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷۵، افزایش جلب حمایت از فرزندان ۰/۸۳، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۶۷، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۳ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ محاسبه شد.

«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» براساس برنامه درمانی برگرفته از پروتکل درمانی کتاب «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به زبان ساده (۴۱) و نیز اصول و استعاره های مطرح

واقعی مبتنی بر شفقت و شیوه عملکرد در آن موقعیت قرار گرفت.

جلسه هشتم: در این جلسه به مرور مطالب مطرح شده در جلسات قبل و جمع بندی جلسات پرداخته شد. سپس پس از آزمون اجرا و تاریخ اجرای پرسشنامه جهت پیگیری با مراجعان هماهنگ شد.

محتوای جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت»

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت از تلفیق جلسات ۲ رویکرد فوق تهیه گردید. روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط ۳ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

مداخله توسط روانشناس در مقطع دکتری تخصصی مشاوره و آموزش دیده در زمینه «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» در مرکز مشاوره سروش شهر مشهد انجام شد. محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است.

جلسه اول: در این جلسه برقراری ارتباط، آشنایی اولیه اعضای گروه، بیان قوانین شرکت در جلسات و اهداف درمانی و پیش آزمون انجام شد.

جلسه دوم: در این جلسه به بررسی مسایل و روابط اعضا، بررسی میزان اراده آن ها برای ماندن در رابطه و میزان تلاش برای بهبود رابطه، بحث درباره تجربیات و شیوه پاسخگویی (پاسخ های اجتنابی)، تفاوت درد و رنج هیجانی، ایجاد ناامیدی خلاق، معرفی کنترل درد طحاره ای غیر قابل اجتناب به عنوان مساله و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پیامدهای آن پرداخته شد. همچنین در این جلسه به تعریف و تبیین ذهن، انواع تولیدات ذهن و روش های غیر موثر در برخورد با مسائل و مشکلات پرداخته شد.

جلسه سوم: در این جلسه به معرفی پذیرش در مقابل پاسخ های اجتنابی، دعای آرامش و معرفی ۳ سیستم تنظیم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت)، ویژگی سیستم ها و نقش سیستم امنیت در بهزیستی روانشناختی پرداخته شد.

جلسه چهارم: در این جلسه به توضیح لایه های مه روانشناختی و موانع شناختی و معرفی گسلش، کاربرد فن های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف و پر کردن جدول قلاب افتادن درون ذهن در خارج از جلسه،

جلسه هشتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر ایجاد آمادگی برای عمل متعهدانه و پر کردن برگه تعهد در مسیر زندگی ارزشمدارانه قرار گرفت. سپس پس از آزمون اجرا و تاریخ اجرای پرسشنامه جهت پیگیری با مراجعان هماهنگ شد. «درمان مبتنی بر شفقت» بر اساس برنامه درمانی برگرفته از کتاب «درمان متمرکز بر شفقت» (۴۴) و کتاب «درمان متمرکز بر شفقت» برای درمانگران اکت (ACT) (۴۵) ترجمه و تهیه گردید. روایی جلسات درمانی به روش محتوایی توسط ۳ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، مورد بررسی و تایید قرار گرفت. مداخله توسط یک روانشناس در مقطع دکتری تخصصی مشاوره و آموزش دیده در زمینه «درمان متمرکز بر شفقت» در مرکز مشاوره سروش شهر مشهد انجام شد. محتوای جلسات مداخله به شرح زیر است.

محتوای جلسات «درمان متمرکز بر شفقت»

جلسه اول: در این جلسه برقراری ارتباط و آشنایی اولیه اعضای گروه و بیان قوانین شرکت در جلسات و اهداف درمانی و پیش آزمون انجام شد.

جلسه دوم: در این جلسه به تعریف و تبیین ذهن، انواع تولیدات ذهن و روش های غیر موثر در برخورد با مسائل و مشکلات پرداخته شد.

جلسه سوم: در این جلسه به معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت) و ویژگی سیستم ها و نقش سیستم امنیت در بهزیستی روانشناختی پرداخته شد.

جلسه چهارم: در این جلسه مفاهیم رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم های تنظیم هیجان و سه مغز (قدیم، تحلیل گر و آگاه) بیان شد.

جلسه پنجم: در این جلسه ویژگی های فرد مشفق بیان شد و از شرکت کنندگان خواسته شد تا به بررسی شخصیت خود به عنوان فرد مشفق بپردازند (درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند)

جلسه ششم: در این جلسه به معرفی شش مهارت پرورش ذهن مشفق و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاه پرداخته شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر خود مهربان، استدلال مهربانانه و رفتارهای مهربانانه و تمرینات مربوطه مثل تصویرسازی در مورد انواع خود و خودمهربان و انجام تمرین های حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران، یادداشت نامه های مشفقانه برای خود و دیگران و ثبت روزانه موقعیت های

نیمه دوم سال ۱۳۹۹) انتخاب شدند. بدین روش که پس از غربالگری با «پرسشنامه تعارضات زناشویی» افرادی که نمره ۱۱۵ (حداقل نمره ۴۲ و حداکثر نمره ۲۱۰) گرفته بودند و همچنین بر اساس مصاحبه ساختار یافته راهنمای تشخیصی و آماری ویراست پنجم (DSM-5) حداقل نمره ۲۰ و بالاتر (حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳) در «سیاهه افسردگی بک-۲» و مطابق با ملاک های ورود انتخاب و به شیوه تصادفی ساده به روش قرعه کشی، در ۴ گروه درمان، «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ تن) قرار گرفتند. از هر ۴ گروه پیش آزمون با استفاده از «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» دریافت شد. گروه مداخله اول «درمان پذیرش و تعهد» و گروه مداخله دوم «درمان متمرکز بر شفقت» و گروه مداخله سوم «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» را در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای در مرکز مشاوره سروش دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت مداخله قرار داشت. پس از اتمام جلسات از هر ۴ گروه پس آزمون با استفاده از «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» دریافت شد. پس از ۳۰ روز آزمون پیگیری مجدداً از هر ۴ گروه دریافت شد. پس از اجرای آزمون پیگیری با استفاده از «پرسشنامه الگوهای ارتباطی» گروه کنترل به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش تحت مداخله «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» قرار گرفت. با توجه به اینکه مداخلات در روزهای متفاوت اجرا می شد، امکان مواجهه گروه ها به حداقل کاهش یافت. جمع آوری داد ها در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ و به مدت ۲ ماه انجام شد.

ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش به این صورت بود که با آزمودنی ها در مورد فرآیند و اهداف جلسات آموزشی صحبت شد و آن ها رضایت آگاهانه خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش اعلام کردند و سپس در جلسه ارزیابی اولیه این رضایت مکتوب گردید. همچنین به آزمودنی ها گفته شد که این برنامه آموزشی، یک کار پژوهشی است. و در صورت اثر بخش بودن نتایج، پس از پایان برنامه پژوهشی جلسات آموزشی به جهت رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین به آزمودنی ها اطمینان داده شد که داده های بدست آمده، به صورت محرمانه خواهد ماند و این نکته مورد توجه قرار داده شد که هر زمان که آزمودنی خواستار عدم شرکت در

مفاهیم رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم های تنظیم هیجان و سه مغز (قدیم، تحلیل گر و آگاه) پرداخته شد. جلسه پنجم: در این جلسه به معرفی آمیختگی شناختی همراه با تمرکز درمانی بر انواع خود و چسبندگی به انواع خود (در مورد افکار، احساس، علائم بدنی و اجزای رفتاری) و مشاهده افکار از طریق استعاره مهمان ناخوانده پرداخته شد. ویژگی های فرد مشفق بیان شد و از شرکت کنندگان خواسته شد تا به بررسی شخصیت خود به عنوان فرد مشفق بپردازند (درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند).

جلسه ششم: در این جلسه کاربرد روش ذهن آگاهی در انعطاف پذیری روانشناختی و اجرای تمرین تنفس آگاهانه انجام شد. همچنین به معرفی ۶ مهارت پرورش ذهن مشفق و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاه پرداخته شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر شرح روشن سازی ارزش های فردی در حوزه زناشویی به عنوان قطب نمای زندگی - پر کردن جدول ارزش ها در حوزه زناشویی و بررسی و سنجش رفتارهای متناسب با ارزش ها قرار گرفت. همچنین در این جلسه تمرکز درمانی بر خود مهربان، استدلال مهربانانه و رفتارهای مهربانانه و تمرینات مربوطه مثل تصویرسازی در مورد انواع خود و خودمهربان و انجام تمرین های حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران، یادداشت نامه های مشفقانه برای خود و دیگران و ثبت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و شیوه عملکرد در آن موقعیت قرار گرفت.

جلسه هشتم: در این جلسه تمرکز درمانی بر ایجاد آمادگی برای عمل متعهدانه و پر کردن برگه تعهد در مسیر زندگی ارزشمدارانه قرار گرفت. سپس پس آزمون اجرا و تاریخ اجرای پرسشنامه جهت پیگیری با مراجعان هماهنگ شد. برای جمع آوری داده ها، پس از دریافت کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد دریافت و به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد ارائه شد. بعد از انجام هماهنگی های لازم با مسئولین مربوطه، از بین مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد، به روش در دسترس ۳ مرکز (سروش، مهربانی، آستان مهر) انتخاب شدند. با توجه به معیارهای ورود تعداد ۶۰ تن از میان زنان مبتلا به افسردگی و تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد (در بازه زمانی

جلسات باشد، می تواند از گروه خارج شود. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد کل شرکت کنندگان در پژوهش ۶۰ تن زن بودند. ۱۲ تن (۲۰ درصد) با دامنه سنی ۳۰-۲۵ سال، ۱۵ تن (۲۵ درصد) با دامنه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۱۴ تن (۲۳/۳ درصد) با دامنه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۱۹ تن (۳۱/۶۶ درصد) با دامنه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۱۰ تن (۱۶/۶۶ درصد) با طول مدت ازدواج ۵-۱۰ سال، ۱۷ تن (۲۸/۳۳ درصد) با طول مدت ازدواج ۱۱-۱۵ سال، ۱۲ تن (۲۰ درصد) با طول مدت ازدواج ۲۰-۱۶ سال و ۲۱ تن (۳۵ درصد) با طول مدت ازدواج ۲۱-۲۵ سال بودند. در نهایت از

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل در متغیر سن و طول مدت ازدواج تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل از نظر وضعیت تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$) و گروه ها از نظر این متغیرها همگون می باشند. بر این اساس نقش مخدوش کننده ای در تاثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ندارند.

جدول ۱: میانگین وانحراف معیار نمره های متغیر الگوهای ارتباطی، افسردگی و تعارضات زناشویی در گروه های مداخله و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان متمرکز بر شفقت	درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت	کنترل
		میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد
ارتباط سازنده متقابل	پیش آزمون	۱/۴۱ \pm ۳/۵۳	۱/۵۳ \pm ۲/۷۳	۱/۴۷ \pm ۳/۲۰	۱/۱۲ \pm ۳/۶۰
	پس آزمون	۱/۴۷ \pm ۹/۸۰	۱/۷۱ \pm ۸/۲۷	۱/۴۷ \pm ۱۳/۲۰	۰/۸۸ \pm ۲/۷۳
	پیگیری	۱/۵۱ \pm ۱۱/۰۰	۱/۴۹ \pm ۹/۹۳	۱/۵۵ \pm ۱۷/۱۳	۰/۸۸ \pm ۱/۷۳
ارتباط تقاضا/کناره گیری	پیش آزمون	۳/۴۰ \pm ۳۳/۸۷	۴/۴۱ \pm ۳۳/۸۰	۲/۷۲ \pm ۳۴/۱۳	۰/۲۲ \pm ۳۴/۲۷
	پس آزمون	۲/۵۸ \pm ۲۳/۹۳	۳/۷۰ \pm ۲۳/۵۳	۲/۶۴ \pm ۱۵/۴۷	۲/۵۶ \pm ۳۹/۱۳
	پیگیری	۲/۶۱ \pm ۲۰/۶۰	۳/۲۲ \pm ۲۰/۶۰	۱/۵۳ \pm ۱۰/۲۷	۲/۲۳ \pm ۴۱/۱۳
ارتباط اجتنابی متقابل	پیش آزمون	۲/۰۵ \pm ۲۳/۷۳	۱/۷۲ \pm ۲۲/۶۰	۱/۷۵ \pm ۲۳/۲۷	۱/۶۸ \pm ۲۲/۶۷
	پس آزمون	۱/۸۵ \pm ۲۰/۵۳	۱/۷۲ \pm ۱۹/۶۰	۰/۹۹ \pm ۱۴/۶۰	۱/۴۱ \pm ۲۴/۱۳
	پیگیری	۲/۰۳ \pm ۱۷/۶۰	۱/۶۸ \pm ۱۶/۵۳	۷/۲۱ \pm ۱۰/۴۰	۱/۲۴ \pm ۲۴/۶۰
افسردگی	پیش آزمون	۸/۴۱ \pm ۴۴/۸۰	۱۰/۰۵ \pm ۴۲/۲۷	۷/۱۴ \pm ۴۵/۴۰	۹/۰۲ \pm ۴۵/۲۰
	پس آزمون	۷/۱۵ \pm ۳۱/۶۷	۸/۷۱ \pm ۲۸/۸۰	۶/۴۵ \pm ۳۴/۶۰	۸/۷۷ \pm ۴۶/۶۷
	پیگیری	۷/۳۲ \pm ۳۰/۲۰	۸/۸۹ \pm ۲۷/۳۳	۶/۴۷ \pm ۲۰/۰۷	۸/۳۲ \pm ۴۸/۴۰
تعارضات زناشویی	پیش آزمون	۷/۶۵ \pm ۱۳۱/۵۳	۱۳/۳۹ \pm ۱۲۵/۹۳	۷/۴۳ \pm ۱۳۰/۵۳	۹/۴۸ \pm ۱۳۰/۲۰
	پس آزمون	۷/۶۵ \pm ۱۰۶/۵۳	۱۰/۵۸ \pm ۱۰۰/۹۳	۱۰/۷۶ \pm ۹۴/۰۷	۹/۴۸ \pm ۱۴۰/۲۰
	پیگیری	۶/۹۴ \pm ۹۸/۰۷	۱۰/۰۴ \pm ۹۴/۱۳	۱۰/۷۳ \pm ۸۴/۰۷	۹/۴۸ \pm ۱۴۵/۲۰

همچنین نمره پیگیری تغییر محسوس نکرده است که نشان دهنده آن است که درمان ماندگار بوده است. در ادامه برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار

نتایج جدول ۱ حاکی از آن است که در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین ها در گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل محسوس می باشد که نشان دهنده آن است که مداخلات بر الگوهای ارتباطی زنان تاثیر داشته است.

مهدیه سادات موسوی و همکاران

آزمودنی‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شد. بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که مقدار P این آزمون در مولفه ارتباط سازنده متقابل ($X^2=6/12$, $W=0/89$)، درجه آزادی=۲، $P=0/05$)، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری ($X^2=4/42$, $W=0/92$)، درجه آزادی=۲، $P=0/11$) و ارتباط اجتنابی متقابل ($X^2=0/77$, $W=0/97$)، درجه آزادی=۲، $P=0/67$) معنادار نمی‌باشد ($P>0/05$). بنابراین، با توجه به نتایج، پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر رعایت شده است. با توجه به جدول ۲ و از آنجا که مقدار به دست آمده برای f چند متغیره لامبدای ویلکز در سطح $0/05$ معنادار است، لذا بین گروه‌های مداخله و گروه کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته که شامل الگوهای ارتباطی می‌باشد و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمره و همگنی واریانس‌ها است که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد در این آزمون سطح معناداری متغیر مورد نظر از $0/05$ بزرگتر می‌باشد ($P>0/05$) و به معنا آن است که متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد همگنی واریانس‌های گروه‌های مداخله و کنترل برای الگوهای ارتباطی معنا دار نمی‌باشد ($P>0/05$). بنابراین، واریانس‌های گروه‌های مداخله و کنترل یکسان است. جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های درون

جدول ۲: نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت الگوهای ارتباطی

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال
لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۲/۴۶	۶	۵۶	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری الگوهای ارتباطی (ارتباط سازنده متقابل، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری، ارتباط اجتنابی متقابل) در گروه مداخله «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، «درمان متمرکز بر شفقت»، «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. ارتباط سازنده متقابل ($f=1833/92$, $p<0/01$)، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری ($f=1945/44$, $p<0/01$)، ارتباط اجتنابی متقابل ($f=2272/52$, $p<0/01$) می‌باشد. همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه‌های مداخله در الگوهای ارتباطی (ارتباط سازنده متقابل، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری، ارتباط اجتنابی متقابل) حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین الگوهای ارتباط تقاضا/

کناره‌گیری، ارتباط اجتنابی متقابل پایین‌تر و الگوی ارتباط سازنده متقابل به طور معنا داری بالاتر از گروه کنترل می‌باشد. ارتباط سازنده متقابل ($f=411/99$, $p<0/01$)، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری ($f=670/40$, $p<0/01$)، ارتباط اجتنابی متقابل ($f=650/28$, $p<0/01$). بین میزان ارتباط سازنده متقابل، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری، ارتباط اجتنابی متقابل آزمودنی‌ها گروه‌های مداخله و گروه کنترل ارتباط سازنده متقابل ($f=109/71$, $p<0/01$)، ارتباط تقاضا/کناره‌گیری ($f=105/67$, $p<0/01$)، ارتباط اجتنابی متقابل ($f=56/67$, $p<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج بیانگر اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، «درمان متمرکز بر شفقت»، «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر الگوهای ارتباطی (افزایش ارتباط سازنده متقابل، کاهش ارتباط تقاضا/کناره‌گیری، ارتباط اجتنابی متقابل) است.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر روی میانگین نمره های مولفه های الگوهای ارتباطی گروه های مداخله و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P-value	میزان تاثیر	توان آزمون
مرحله	۱۴۸۳/۱۴	۲	۷۴۱/۵۷	۱۸۳۳/۹۲	۰/۰۰	۰/۹۷	۱
مرحله*گروه	۹۹۹/۵۷	۶	۱۶۶/۵۹	۴۱۱/۹۹	۰/۰۰	۰/۹۶	۱
گروه	۱۶۶۷/۰۸	۳	۵۵۵/۶۹	۱۰۹/۷۱	۰/۰۰	۰/۸۵	۱
خطا	۲۸۳/۶۴	۵۶	۵/۰۷				
مرحله	۳۹۱۸/۷۱	۲	۱۹۵۹/۳۶	۱۹۴۵/۴۶	۰/۰۰	۰/۹۷	۱
مرحله*گروه	۴۰۵۱/۱۶	۶	۶۷۵/۱۹	۶۷۰/۴۰	۰/۰۰	۰/۹۷	۱
گروه	۷۸۷۹/۶۶	۳	۲۶۲۶/۵۵	۱۰۵/۶۷	۰/۰۰	۰/۸۵	۱
خطا	۱۳۹۲	۵۶	۲۴/۸۶				
مرحله	۱۰۱۱/۸۱	۲	۵۰۵/۹۱	۲۲۷۲/۵۲	۰/۰۰	۰/۹۸	۱
مرحله*گروه	۸۶۸/۵۹	۶	۱۴۴/۷۶	۶۵۰/۲۸	۰/۰۰	۰/۹۷	۱
گروه	۱۳۶۳/۵۱	۳	۴۵۴/۵۰	۵۶/۶۸	۰/۰۰	۰/۷۵	۱
خطا	۴۴۹/۰۷	۵۶	۸/۰۲				

جهت بررسی دقیق تر و تعیین گروه هایی که با هم تفاوت دارند از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرالگوهای ارتباطی (پس آزمون-پیگیری) در گروه های مداخله و گروه کنترل

I	تفاوت میانگین ها (پس آزمون)	مقدار احتمال (پس آزمون)	تفاوت میانگین ها (پیگیری)	مقدار احتمال (پیگیری)
درمان متمرکز بر شفقت	۱/۵۳*	۰/۰۳	۱/۰۷*	۰/۲۴
"درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد"	۳/۴۰*	۰/۰۰	۶/۱۳*	۰/۰۰
گواه	۷/۰۷*	۰/۰۰	۹/۲۷*	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۵۳*	۰/۰۳	۱/۰۷*	۰/۲۴
"درمان متمرکز بر شفقت"	۴/۹۳*	۰/۰۰	۷/۲۰*	۰/۰۰
گواه	۵/۵۳*	۰/۰۰	۸/۲۰*	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۴۰*	۰/۰۰	۶/۱۳*	۰/۰۰
"درمان متمرکز بر شفقت"	۴/۹۳*	۰/۰۰	۷/۲۰*	۰/۰۰
گواه	۱۰/۴۷*	۰/۰۰	۱۵/۴۰*	۰/۰۰
درمان متمرکز بر شفقت	۰/۴۰*	۱	۰/۰۰*	۱
درمان پذیرش و تعهد	۸/۴۷*	۰/۰۰	۱۰/۳۳*	۰/۰۰
گواه	۱۵/۲۰*	۰/۰۰	۲۰/۵۳*	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۴۰*	۱	۰/۰۰*	۱
"درمان متمرکز بر شفقت"	۸/۰۷*	۰/۰۰	۱۰/۳۳*	۰/۰۰
گواه	۱۵/۶۰*	۰/۰۰	۲۰/۵۳*	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۴۷*	۰/۰۰	۱۰/۳۳*	۰/۰۰
"درمان متمرکز بر شفقت"	۸/۰۷*	۰/۰۰	۱۰/۳۳*	۰/۰۰
گواه	۲۳/۶۷*	۰/۰۰	۳۰/۸۷*	۰/۰۰

درمان متمرکز بر شفقت	*۰/۹۳	۰/۶۰	*۱/۰۷	۰/۵۴
«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»	*۵/۹۳	۰/۰۰	*۷/۲۰	۰/۰۰
گواه	*۳/۶۰	۰/۰۰	*۷/۰۰	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*۰/۹۳	۰/۶۰	*۱/۰۷	۰/۵۴
«درمان متمرکز بر شفقت»	*۵/۰۰	۰/۰۰	*۶/۱۳	۰/۰۰
گواه	*۴/۵۳	۰/۰۰	*۸/۰۷	۰/۰۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*۵/۹۳	۰/۰۰	*۷/۲۰	۰/۰۰
«درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت»	*۵/۰۰	۰/۰۰	*۶/۱۳	۰/۰۰
گواه	*۹/۵۳	۰/۰۰	*۱۴/۲۰	۰/۰۰

ارتباط سازنده متقابل

کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آن‌ها را گزارش دادند. مطالعه Peterson و همکاران (۲۰) اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر سازگاری زوجین را نشان داد. سبوحی و همکاران (۲۱) در پژوهشی نشان دادند که «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» می‌تواند اسنادهای زناشویی زوجین را بهبود بخشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بهزیستی آدمیان، به توانایی در همسویی و ارتباط با دیگران بستگی دارد. کیفیت این ارتباط مهمترین عامل موثر در شادکامی است (۴۷). زمانی که روابط ثابت و غیر قابل تغییر نگه داشته شوند، احتمال بروز تعارض و ناراحتی افزایش می‌یابد. در مقابل در یک حالت ذهن آگاه، عقاید و نگرش‌ها در همسر و رابطه منعطف تر و قابل تغییر است (۴۸). از نظر «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»، توسعه و نگهداری تعارض و فاصله عاطفی در زوج‌ها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایده هر یک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب‌تجربی در رابطه زن و شوهر است. هدف اصلی این نوع از زوج‌درمانی کمک به هریک از زن و شوهر است تا بتوانند از فرایندهای شناختی و واکنش‌های 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. همانطور که زوج‌ها شروع به بکارگیری این مهارت‌ها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل پیدا می‌کنند و قادر می‌شوند به موقعیت‌های اجتناب‌قبلی نزدیک شوند و به آن‌ها فرصت رفتار به شیوه‌ای که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می‌دهد داده می‌شود و

با توجه به جدول ۴ سطح معناداری در همه الگوهای ارتباطی گروه «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۰۵ است. در نتیجه بین الگوهای ارتباطی در گروه مذکور اختلاف معناداری وجود دارد و این تفاوت برای گروه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بیشتر است. در نتیجه تاثیر آموزش «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر الگوهای ارتباطی بیشتر می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر الگوهای ارتباطی زنان متاهل دچار افسردگی و تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد انجام گردید. نتایج بیانگر اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر الگوهای ارتباطی موثر است. همچنین «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر بهبود الگوهای ارتباطی زنان موثرتر است.

نتایج مربوط به تاثیر «درمان پذیرش و تعهد» در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها در نمونه‌های متعدد، همسو است. در پژوهشی نجفی و همکاران (۴۶) نشان داده شد که «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به شیوه‌گروهی یک مداخله موثر بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین می‌باشد. حیدریان و همکاران (۱۹) موثر بودن «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر بهبود

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 (۲۰).

بعلاوه، نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که «درمان متمرکز بر شفقت» نقش موثری بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین داشته است. در این زمینه یوسفی و کریم زاده (۲۴) در پژوهش خود نشان دادند آموزش همسرمداری مبتنی بر شفقت یک مداخله موثر بر بهبود روابط خانوادگی، تعارضات زناشویی، بخشش و صمیمیت در زوجین ناشنوا می باشد که همسو با نتیجه پژوهش حاضر است. در تبیین اثربخشی «درمان متمرکز بر شفقت» می توان گفت وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن ها کمک می کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند. بنابراین، افرادی که مهارت های شفقت ورزی را دریافت می کنند، در تجربه وقایع ناخوشایند مثل پرخاشگری در روابط بین فردی احساسات منفی کمتر و بخشودگی بیشتری را تجربه می کنند و تحمل ابهام بالاتری دارند (۴۹). در واقع این درمان می تواند با آموزش کنترل عواطف و نشخوارگری به افراد کمک کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند (۵۰). در نتیجه می توان گفت که فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود یک امنیت هیجانی به وجود می آورد که بتواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند (۵۱). در تمرین های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنش و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (۵۲).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» نیز نقش موثری بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین داشته است. در بررسی پیشینه، مطالعه ای یافت نشد که به مقایسه این ۲ رویکرد درمانی و تلفیق این ۲ رویکرد بپردازد. بنابراین، تحلیل نتایج با محدودیت همراه است. در تبیین اثر بخشی «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» نسبت به «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» بر بهبود

الگوهای زوجین، می توان گفت، ارتباط نقش بسزایی در کمک به زوج ها جهت تداوم یا افزایش روابطشان بازی می کند. یک رابطه صمیمی سالم رابطه ایست که در آن دو شخص به گونه ای مرتبط و وابسته اند که این وابستگی هم به عنوان «فرد» و هم به عنوان زوج به آن ها معنا بخشیده و آن را پر بار و سرزنده کند. یکی از جنبه های کلیدی چنین رابطه ای داشتن حس دلسوزی و شفقت نسبت به طرف مقابل است (۵۳). «درمان متمرکز بر شفقت» به دنبال شفاف سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توام با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی است و روش «درمان پذیرش و تعهد» بر آزادسازی افراد از تله های ذهنی تأکید میکند. در واقع «درمان پذیرش و تعهد» بر کلماتی تمرکز می کند که افراد در توصیف تجربیات خود استفاده می کنند. در این روش درمانی، شناخت ها تصحیح می گردند (۵۴). به عبارتی، فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف پذیری روانشناختی به هم مرتبط هستند و از آنجا که «درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد» بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است و «درمان متمرکز بر شفقت» بر هیجان بیشتر، متمرکز هستند، تلفیق این ۲ رویکرد «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» نقش موثرتری در جهت انعطاف پذیری افراد در بهبود الگوهای ارتباطی در پی دارد.

نتیجه گیری

نتایج حاکی از اثربخشی هر ۳ روش «درمان پذیرش و تعهد» و «درمان متمرکز بر شفقت» و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» بر بهبود الگوهای ارتباطی در زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی بود و «درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت» اثربخشی بیشتری را نشان داد. هر ۳ روش با استفاده از راهکارهای کارآمد و کاربردی توانستند موجب بهبود الگوهای ارتباطی شوند. لذا پیشنهاد می شود که روانشناسان و درمانگران از اصول این نوع درمان در مراکز مشاوره و مراکز فرهنگی و خانوادگی مانند فرهنگسراهای خانواده کشور با هدف پیشگیری از آسفتگی در روابط آتی زوجین استفاده نمایند. از جمله محدودیت هایی پژوهش حاضر این است که نمونه پژوهش حاضر زنان دچار افسردگی و تعارضات زناشویی در مراکز مشاوره و روانشناختی شهر مشهد بودند، لذا در تعمیم

آزاد اسلامی واحد بجنورد رسیده است. همچنین IR.IAU.BOJNOURD. این پژوهش با کد اخلاق REC.1399.035 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد در تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ به تصویب رسیده و نمایه شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه حاضر صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Sajadi M, Zargham Hajebi M. [Correlation of cognitive emotion regulation and security feeling with couples' adjustment of couples in Qom]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022; 11 (1) :129-139 URL: <http://jhpm.ir/article-1-1378-fa.html>
2. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*. 2014; 14(1): 130-144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
3. Chan K S, Lam C B, Law N C W, Cheung R Y M. From child autistic symptoms to parental affective symptoms: A family process model. *Research in Developmental Disabilities*. 2018; 75(2): 22-31. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.005>
4. Brown SL, Sanchez LA, Nock SL, Wright JD. Links between premarital cohabitation and subsequent marital quality, stability and divorce: A comparison of covenant versus standard marriages. *Social Science Research*. 2006;35(2):454-470. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.03.001>
5. Ellison JK, Kouros CD, Papp LM, Cummings EM. Interplay between marital attributions and conflict behavior in predicting depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*. 2016;30(2):286-295. <https://doi.org/10.1037/fam0000181>
6. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience & Bio Behavioral Reviews*. 2006;30(4): 497-510. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.09.002>
7. Picco L, Yuan Q, Vaingankar JA, Chang S,

نتایج این پژوهش به مردان و سایر افراد در شهرهای مختلف باید جوانب احتیاط را رعایت نمود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته مشاوره مهدیه سادات موسوی و به راهنمایی آقای دکتر ابوالفضل بخشی پور می باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد تایید ۱۸۲۴۸۰۸۲۹۵۷۱۰۴۳۱۳۹۹۱۶۲۲۸۲۸۴۸ در تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۸ به تصویب معاونت پژوهش دانشگاه

- Abdin E, Chua HC, Chong SA, Subramaniam M. Positive mental health among health professionals working at a psychiatric hospital. *PloS One*. 2017;12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178359>
8. Uebelacker LA, Courtnage ES, Whisman MA. Correlates of depression and marital dissatisfaction: Perceptions of marital communication style. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2003;20(6):757-769. <https://doi.org/10.1177/0265407503206003>
9. Laurent HK, Kim HK, Capaldi DM. Longitudinal effects of conflict behaviors on depressive symptoms in young couples. *Journal of Family Psychology*. 2009;23(4):596-605. <https://doi.org/10.1037/a0015893>
10. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of Gerontology Series B*. 2014;69(3):482-492. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt165>
11. Diener E, Biswas-Diener R. *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth* Malden, MA: Blackwell. 2008:127-44. <http://doi.org/10.1002/9781444305159>
12. Oliver J, Miller SH. *Couple communication*. *Journal of Psychology & Christianity*. 1994; 13(2): 151-157.
13. Asadi M, Nazari AM, Sanaei Zaker B. [The effect of Satyr's Short-Term Family Therapy on couples' communication patterns]. *Journal of Research in Psychological Health*. 2009 ;3 (1) :76-65. URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-102-fa.html>
14. Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance

- and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*. 2012;43(4):801-811. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.004>
15. Nozari F, Mousavi S M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on stress symptoms in female high school students]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (4) :47-57 URL: <http://jhpm.ir/article-1-1284-fa.html>
 16. Hiratzka J, Rastegar F, Contag AG, Norvell DC, Anderson PA, Hart RA, Hart RA. Adverse event recording and reporting in clinical trials comparing lumbar disk replacement with lumbar fusion: A systematic review. *Global Spine Journal*. 2015; 5 (6):486-495. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1567835>
 17. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative Behavioral Couple Therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(2):176-91. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
 18. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskiewicz KL. Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*. 2009;8(3):241-57. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
 19. Heidarian A, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Zahraei K. [Effect of a group intervention based on Acceptance and Commitment Therapy on quality of life and communication patterns in patients with breast cancer and their spouses]. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2020;13(1):24-34. <http://ijbd.ir/article-1-767-en.html> <https://doi.org/10.30699/ijbd.13.1.24>
 20. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009 ;16(4):430-342. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
 21. Sobouhi R, Fatehizade M, Ahmadi A, Etemadi O. [The effect of counseling approach based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on improving marital attribution of women referred to Isfahan cultural centers]. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2016;6(2):53-64.
 22. Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
 23. Khayatan S, Aghaei A, Abedi M, Golparvar M. [Comparison of Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on depression and glycosylated hemoglobin in female with type II diabetes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (6) :127-140 URL: <http://jhpm.ir/article-1-1166-fa.html>
 24. Yousefi Z, Karimnezhad R. [The effectiveness of spouse treating based compassion training on improving family relations, marital conflicts, forgiveness and intimacy among deaf and semi-deaf couples]. *Journal of Woman and Family Studies*. 2018 23;6(2):199-223.
 25. Yarahmadi, MH, Javidipour N. [Determining the effectiveness of educational intervention based on commitment enriched with compassion through Group Therapy on emotion regulation, marital boredom, positivity and communication patterns between couples: Case study: Women with husbands addict in Yazd Province], Sixth International Conference on Psychology, Educational Sciences and Life Style .2020. <https://civilica.com/doc/1123028>
 26. Rezaei S, Khalatbari J, Kalthorniagolkar M, Tajeri B. [Comparison of the effectiveness of two models of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy on psychological well-being and quality of life of individuals with human immunodeficiency viruses]. *Journal of Health and Care*. 2020; 22 (3) :245-256. URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1246-en.html> <https://doi.org/10.52547/jhc.22.3.245>
 27. Gheibee A, Tajeri B, Kooshki S, Sobhi Gharamaleki N. [Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment and Compassion Therapy on psychological well-being in patient with multiple sclerosis]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021; 7 (2) : 63-73 URL: <http://ijrn.ir/article-1-582-en.html>
 28. Delavar A. [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. in Tehran: Roshd Publications. 2019.

- <http://www.roshdpress.ir/>
29. Christensen A, Sullaway M. Communication Patterns Questionnaire. Unpublished Manuscript, University of California, Los Angeles. 1984. <https://doi.org/10.1037/t02529-000>
 30. Heavey CL, Larson BM, Zumtobel DC, Christensen A. The Communication Patterns Questionnaire: The reliability and validity of a constructive communication subscale. *Journal of Marriage and the Family*. 1996; 58(3):796-800. <https://doi.org/10.2307/353737>
 31. Noller P, White A. The validity of the Communication Patterns Questionnaire. *Psychological assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;2(4):478-482. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.4.478>
 32. Samadzadeh M, Shaieri M, Javidi N. [Communication patterns questionnaire: the reliability and validity]. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2013; 3(1): 124-150. magiran.com/p1195520.
 33. Ebadatpur B. [Standardization of married couple's patterns questionnaire]. Master Thesis. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Tehran: Tarbiat Moallem University; 2000.
 34. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1996; 67(3):588-597. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991972/> https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
 35. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 8(29):80-82. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en-html>
 36. Osman A, Barrios F, Gutierrez P, Williams J, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal Clinical Psychology*. 2008; 64(1): 83-102. <https://doi.org/10.1002/jclp.20433>
 37. Haji Hosseini M, Shafiabadi A, Pirsaghi F, Kianipour O. [Relationship between aggression, assertiveness and depression to addiction to prepare students Allameh Tabatabaei University. *Journal of Science and Research in Applied Psychology*. 2011;13(3):65-74. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=175980>
 38. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Ghisvandi E, Fathizadeh S. [Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22(1):189-198. ISSN-E: 1606-7487.
 39. Sanei B, Barati T. [Inventory Marital Conflict. Measures of Family Structure and Marriage]. Tehran: Besat Publications; 1996. <https://besatpub.ir/product/%D9%85%D9%82%DB%8C%D8%A7%>
 40. Dehghan F. [Comparison of marital conflict divorce with women referring to marital counseling]. Tehran: Tehran Teacher Training University; 2001. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/18f175b78f1ff868f2f0e6ed41c367f6>
 41. Harris R. ACT made simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. New Harbinger Publications; 2019. https://contextualscience.org/publications/act_made_simple_an_easytoread_primer_on_acceptance_and_commitment_therapy_s
 42. Harris R. ACT with Love: Stop Struggling, Reconcile Differences, And Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment. New Harbinger Publications; 2009. https://contextualscience.org/publications/harris_act_with_love_2009
 43. Lev A, McKay M. Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships. New Harbinger Publications; 2017. <https://psycnet.apa.org/record/2017-15578-000>
 44. Gilbert P. Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
 45. Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT Practitioner's Guide to The Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility. New Harbinger Publications; 2014. https://contextualscience.org/publications/the_act_practitioners_guide_to_the_science_of_comp
 46. Najafi S, Khoeini F. [The effectiveness of group-based Acceptance and Commitment Therapy on couples' communication patterns]. National Congress of New Finds in the Humanities. 2019

- <https://civilica.com/doc/925854>
47. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
 48. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*. 2005;12(1):43-51. <https://doi.org/10.1007/s10804-005-1281-6>
 49. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*. 2010;9(3):225-40. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
 50. Wehmeyer ML, Brown I, Percy ME, Shogren KA, Fung WL, editors. *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing, Co; 2017. <https://doi.org/10.1111/jppi.12294>
 51. Lander A. Developing self-compassion as a resource for coping with hardship: Exploring the potential of Compassion Focused Therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2019;36(6):655-68. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00611-0>
 52. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;69(1):28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
 53. Akbarimoghadam N.] Effectiveness of therapy based on Acceptance and Commitment on family cohesion and adaptation and self-compassion in married women]. Master Thesis in Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shahrood Branch. 2016.
 54. Esmaeili L, Amiri S, Rezabedi M, Molavi H. [The effect of Acceptance and Commitment Therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls]. *Clinical Psychology Studies*. 2018; 8(30): 117-137.