

Comparing the Effectiveness of Schema-Based Education and Acceptance and Commitment-Based Education on Emotional Repression in Family Caring Mothers

Khosravi ZT¹, *Navabi Nejad Sh², Davodi H³, Pirani Z⁴

Author Address

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;
2. Professor, Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran; Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Counseling Department, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
*Corresponding Author E-mail: z.khosravi@gmail.com

Received: 2020 July 30; Accepted: 2020 October 21

Abstract

Background & Objectives: Family caregivers are a vital support system for the sick because they take care of the patient emotionally and physically. With the increase in the number of children with chronic disorders, it is expected that the number of family caregivers and the rate of care complications rise. Family caregivers, especially mothers caring for their children who suffer from chronic illnesses, such as autism or physical disabilities, seem to be rising, which causes negative emotions such as anxiety in the long term. This issue is essential for the mental health of the mothers and society. The mothers' resort to emotional regulation strategies and maladaptive defenses such as emotional repression complicate and worsen their psychological state. This problem requires intervention and the application of psychotherapy approaches as effectively as possible. The present study aimed to compare the effectiveness of schema-based education and acceptance and commitment-based education on emotional repression in family-caring mothers.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population of this study comprised all mothers with children with autism or physical disabilities studying in exceptional children's schools in Tehran City, Iran, in 2019. Of whom 45 eligible and volunteered mothers entered the study, and with the homogenization of age and duration of care, they were assigned to two experimental groups and one control group. The inclusion criteria were as follows: at least three years of care experience, a score higher than the cut-off point in the short version of the Young Schema Questionnaire or at least two schema areas and the second version of the Acceptance and Action Questionnaire-II, having chronic physical and mental illnesses, not abusing drugs and alcohol, not using medication and not receiving psychological treatments at the same time. The exclusion criteria included absence in one-third of the sessions, conflict with a crisis or specific illness, or removal of any conditions for entering the training during the sessions. Participants in three stages of pretest, posttest, and follow-up answered the Weinberger Adjustment Inventory-Short Form (Weinberger, 1990), Young Schema Questionnaire-Short Form (Young, 1998), and Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011). In this study, descriptive statistics indicators (mean, standard deviation, frequency, and percentage) were used to describe the data, and statistical methods of analysis of variance and Chi-square, analysis of variance with repeated measurements, and Bonferroni post hoc test were used for data analysis through SPSS software. The significance level of statistical tests was 0.05.

Results: The findings showed significant effects of group, time, and the interaction of group and time on emotional suppression and its components including inhibition and defensiveness ($p < 0.05$). Also, the results indicate a significant difference between schema-based education and acceptance and commitment-based education with each other ($p = 0.006$) and with the control group ($p = 0.001$) in the component of defensiveness. In addition, there is a significant difference between both types of education and the control group ($p = 0.001$) in the total score of emotional suppression. In the experimental groups, there was a significant difference between the averages of the pretest with posttest and follow-up stages in the components of inhibition and defensiveness and the total score of emotional suppression ($p = 0.001$). Both types of education for all three mentioned variables had a lasting effect over time ($p = 1.000$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, schema-based education and acceptance and commitment-based education on reducing emotional suppression and its components, including effective inhibition and defensiveness. However, acceptance and commitment education is more effective in reducing the defensiveness component.

Keywords: Acceptance and commitment, Emotional repression, Schema, Family caring.

مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب خانواده

زرین تاج خسروی^۱، شکوه نوابی نژاد^۲، حسین داودی^۳، ذبیح پیرانی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترا مشاوره، گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛
۲. استاد گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛ گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛
۳. استادیار گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران؛
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
*رایانامه نویسنده مسئول: z.t.khosravi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مادران مراقبت‌کننده از کودکان با اختلال اتیسم و کودکان دچار اختلال جسمی حرکتی در خطر ابتلا به مشکلات و ناتوانی‌های روانی هستند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب خانواده بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را همه مادران کودکان با اختلال اتیسم و کودکان با مشکلات جسمی حرکتی تشکیل دادند که فرزندشان در مدارس ویژه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بود. از میان آن‌ها ۴۵ مادر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و با همگن‌سازی سن و مدت‌زمان مراقبت در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به نسخه کوتاه پرسش‌نامه سازش‌یافتگی واینبرگر (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) و نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (یانگ، ۱۹۹۸) و نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) پاسخ دادند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس، خی‌دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل گروه و زمان بر سرکوبگری عاطفی و مؤلفه‌های آن شامل بازداری و دفاعی‌بودن معنادار بود ($p < ۰/۰۵$)؛ همچنین نتایج حاکی از تفاوت معنادار آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر ($p = ۰/۰۰۶$) و با گروه گواه ($p = ۰/۰۰۱$) در مؤلفه دفاعی‌بودن و تفاوت معنادار هر دو نوع آموزش با گروه گواه ($p = ۰/۰۰۱$) در نمره کل سرکوبگری عاطفی بود. در گروه‌های آزمایش، در مؤلفه‌های بازداری و دفاعی‌بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی، بین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p = ۰/۰۰۱$). هر دو نوع آموزش برای هر سه متغیر یادشده، در طول زمان اثر ماندگار داشتند ($p = ۱/۰۰۰$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سرکوبگری عاطفی و مؤلفه‌های آن شامل بازداری و دفاعی‌بودن اثربخش است؛ اما درمقام مقایسه، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه دفاعی‌بودن اثربخش‌تر است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، سرکوبگری عاطفی، طرح‌واره، مراقب خانواده.

مراقبان خانواده^۱ افرادی از میان خانواده هستند که مسئولیت مراقبت از عضو بیمار یا سالمند خانواده خود را بر عهده دارند. آن‌ها، سیستم حمایتی حیاتی برای افراد بیمار محسوب می‌شوند؛ زیرا باید مراقبت عاطفی و جسمی بیمار را بر عهده بگیرند. مراقب خانواده، فردی بدون دستمزد (همسر، شریک، عضو خانواده، دوست یا همسایه) بوده که درگیر کمک به دیگران به صورت فعالیت‌های روزمره زندگی یا انجام کارهای پزشکی فرد است (۱). مادران مراقبت‌کننده از کودکان با اختلال اتیسم و کودکان دچار اختلال جسمی حرکتی نه تنها از داغ ننگ جامعه رنج می‌برند (۲)، بلکه در خطر ابتلا به مشکلات و ناتوانی‌های روانی هستند و ممکن است اختلال‌هایی را در عملکرد خانواده تجربه کنند (۳). توجه به وضعیت بهداشت روان مراقبان بیمار نه تنها به درمان فرد بیمار و پیشگیری از عود بیماری کمک می‌کند و از این لحاظ از اهمیت و ضرورت برخوردار است، بلکه از این طریق می‌توان سطح بهداشت روان جامعه را ارتقا بخشید و از بروز اختلال‌های روانی در سایر افراد خانواده جلوگیری کرد (۴). با افزایش تعداد کودکان دچار اختلال‌های مزمن چنین انتظار می‌رود که تعداد مراقبان خانوادگی و میزان عوارض مراقبتی به‌ویژه عوارض روانی نظیر اضطراب افزایش یابد (۵).

مکانیزم‌های دفاعی کارکردهای ذهنی که با هدف محافظت از فرد در برابر احساسات دردناک و اضطراب به‌کار گرفته می‌شود، به طرقی واقعیت را می‌پوشاند یا به‌شیوه‌ای دیگر محتوای درون‌روانی یا ادراک از واقعیت را تغییر می‌دهد (۶). بخش عمده‌ای از زندگی روانی همه انسان‌ها، فرایندهای اجتنابی ناهشیار خودکاری را شامل می‌شود که باتوجه به کنترل داشتن عمدی و خودآگاه، به مقدار زیاد خودانگیخته هستند (۷). کارکردهای دفاعی فرد، وی را قادر به اجتناب از جنبه‌های دردآور و تهدیدآمیز زندگی درونی‌اش به‌واسطه اجتناب از تجارب خودآگاه می‌سازد (۸). برخی از افراد از راهبردهای اجتنابی به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای سازگارانه در مواجهه با پریشانی بهره می‌جویند؛ بدین‌طریق از پریشانی خود با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی اجتناب می‌ورزند و در نتیجه هیجان‌های منفی کمتری را درمقایسه با دیگران تجربه می‌کنند (۹). سرکوبگری عاطفی^۲ مانند مکانیزمی دفاعی عمل می‌کند و به اجتناب و مهار اطلاعات تهدیدکننده و ابرازنشدن تجارب هیجانی ناخوشایند منجر می‌شود (۱۰). این مکانیزم دفاعی باعث می‌شود که فرد تجارب عاطفی منفی را نادیده بگیرد و آن‌ها را ابراز نکند (۱۱). سرکوبگری عاطفی، جنبه‌ای از تنظیم هیجان نیز در نظر گرفته شده است و بدین‌ترتیب بر پایه دانش افراد از هیجان‌هایشان قرار دارد که علل آن‌ها، احساسات جسمانی و رفتارهای ابرازشده و شیوه‌های ممکن تعدیل این هیجان‌ها را در بر می‌گیرد. همچنین سرکوبگری عاطفی را می‌توان روش‌های تعمدی و خودکار کنترل هیجان‌ها و اثرگذاری بر زمان و چگونگی تجربه و ابراز هیجان‌ها در نظر گرفت (۱۲).

طرح‌واره‌های ناسازگار که دارای درون‌مایه‌های هیجانی اساسی است، در فرایند شناسایی، فهم و تنظیم هیجان‌ها اثر منفی می‌گذارد (۱۳). در دوران رشد زمانی که نیازهای هیجانی افراد به‌اندازه کافی برآورده نمی‌شود، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌گیرد و افراد برای مقابله با آن‌ها به پاسخ‌های مقابله‌ای متوسل می‌شوند که تحمل هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده ناشی از طرح‌واره‌ها را برای آن‌ها امکان‌پذیر می‌سازد (۱۴). افراد به سه روش جبران افراطی^۳، اجتناب^۴ و تسلیم^۵ برای کنارآمدن با موقعیت دست به مقابله می‌زنند. افرادی که به سبک مقابله اجتنابی متوسل می‌شوند، احتمالاً از موقعیت‌هایی که ممکن است در آن‌ها احساسات آزاردهنده‌ای را تجربه کنند، دوری می‌جویند یا تلاش می‌کنند که احساسات منفی و ناخوشایند خود را از طریق پرت‌کردن حواس از موضوع به‌جای پرداختن به آن خنثی کنند (۱۵). سبک‌های مقابله که از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نشئت می‌گیرد، بر روش‌های تنظیم هیجانی و نحوه کنارآمدن افراد با هیجان‌های خود در موقعیت‌های ناخوشایند تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که ممکن است افراد تحت‌تأثیر سبک‌های مقابله‌ای اجتناب‌شناختی و رفتاری، حتی از افکار و هیجان‌های ناخوشایند درونی خود نیز اجتناب کنند و به سرکوب عواطف خود دست بزنند (۱۶). در این راستا، در پژوهش عرفان و همکاران طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر فرایند ابراز و پردازش هیجان‌ها مؤثر بود و موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجانی شد (۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ باتوجه به ارزش‌های شخصی، بر پذیرش درد و رنج و نه اجتناب و سرکوب چیزهای منجر به ناراحتی، تمرکز می‌کند. هدف درمان، ایجاد واکنش‌های انعطاف‌پذیرتر به چالش‌های زندگی و درد و رنج و مؤثر واقع‌شدن بر کارکردهای نشانه‌ها درعوض از بین‌بردن خود آن‌ها است (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد رفتاری نوینی است که با ترکیب پذیرش و ذهن‌آگاهی^۷ به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند؛ به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری را که به‌وسیله ارزش‌های شخصی هدایت می‌شوند، تسهیل می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه‌های محکمی در سنت‌های رفتاری دارد و بر دیدگاه تحلیل رفتاری زبان بنا شده است: نظریه چارچوب ارتباطی^۸؛ به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی (افکار، احساسات) بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تمرکز می‌کند (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دلیل سازوکارهایی که در بطن خود دارد می‌تواند به فرد کمک کند به‌جای اجتناب و سرکوب هیجان‌های ناخوشایند آن‌ها را بپذیرد و سپس به تنظیم آن‌ها بپردازد (۲۰). علاوه‌براین، تمرکز بر ارزش‌ها و متعهدساختن فرد به آن‌ها در این درمان موجب می‌شود افراد متعهدانه و به‌جای اجتناب با افکار و هیجان‌های خود مواجه شوند (۲۱). درواقع به‌نظر می‌رسد رویارویی فعال به‌جای اجتناب موجب کاهش سرکوبگری عاطفی می‌شود (۲۲) و بدین‌ترتیب فرد به کنترل دست پیدا می‌کند (۲۳). در این فرایند پذیرش و رویارویی با هیجان‌های ناخوشایند، تکنیک ذهن‌آگاهی نیز

5. Surrender

6. Acceptance and Commitment Therapy

7. Mindfulness

8. Rational Frame Theory

1. Family caregivers

2. Emotional repression

3. Overcompensation

4. Avoidance

دخیل است (۲۴). علاوه بر این، تکنیک همجوشی زدایی پاسخ‌دهی کلامی و قاعده‌مند به رویدادهای درونی را کاهش می‌دهد (۲۵). بدین ترتیب درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد در پذیرش بدون متوسل شدن به مقاومت (۲۶)، کسب نگرش‌های مثبت (۲۷)، پذیرش احساسات و کاهش سرکوبگری عاطفی (۲۸) و بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند (۲۹). در این راستا، نتایج پژوهش شاه‌بیک و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابرازگری عاطفی و تمایل درونی در به اشتراک گذاشتن هیجان‌ها و عواطف خود بود (۳۰). ووجناروسکا و همکاران پذیرش را راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفتند که در جهت تنظیم هیجان‌ها، افکار و اثر رویدادهای بیرونی به کار می‌رود و موجب کاهش سرکوب عاطفی می‌شود (۳۱).

براساس آنچه پیش‌تر مرور شد، به نظر می‌رسد مراقبان خانواده به‌ویژه مادران مراقبت‌کننده از فرزندان خود که به بیماری‌های مزمن نظیر اتیسم یا مشکلات جسمانی حرکتی دچار هستند، اضافه بار نقش را متحمل می‌شوند که در درازمدت آن‌ها را دچار هیجان‌های منفی نظیر اضطراب می‌کند. این امر برای بهداشت روان آن‌ها و جامعه حائز اهمیت است. متوسل شدن این مادران به راهبردهای تنظیم هیجانی و دفاع‌های ناسازگارانه نظیر سرکوبگری عاطفی وضعیت روان‌شناختی آن‌ها را پیچیده و وخیم می‌کند که مستلزم مداخله و به‌کارگیری رویکردهای روان‌درمانی هرچه مؤثرتر است. در موج سوم روان‌درمانی‌ها نظیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به روان‌درمانی‌های نوین معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجان‌ها باید پذیرفته شوند و بیمار بیاآموزد به‌واسطه ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در اینجا و اکنون زندگی کند (۲۶)؛ درحالی‌که طرح‌واره‌درمانی نیز در موج سوم روان‌درمانی‌ها قرار دارد، بر شناسایی، ردیابی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و مرتبط‌ساختن آن‌ها با مشکلات هیجانی فعلی و درنهایت تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار فرد تأکید می‌کند (۳۲). اگرچه هر دو رویکرد بر مشکلات هیجانی تمرکز دارد، هرکدام نحوه برخوردشان با مشکلات هیجانی به‌شیوه‌ای متفاوت است؛ اما ضرورت شناخت رویکردهای هرچه مؤثرتر بر نحوه‌ای که افراد با هیجان‌های خود مواجه می‌شوند، بر اهمیت انجام پژوهش حاضر می‌افزاید. مقایسه رویکردهای درمانی و بررسی سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب کودکان استثنایی خود، نوآوری پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب خانواده بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را همه مادران مراقب خانواده دارای کودکان با اختلال اتیسم و کودکان با مشکلات جسمی حرکتی تشکیل دادند که فرزندشان در مدارس ویژه شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بود و تشخیص اختلال

اتیسم یا مشکلات جسمانی حرکتی قبلاً در پرونده این کودکان ثبت شده بود. از آنجاکه برخی از پژوهشگران حجم نمونه را برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر توصیه کرده‌اند (۳۳)، بدین ترتیب، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و با همگن‌سازی سن و مدت مراقبت در دو گروه آزمایش آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: حداقل سه سال تجربه مراقبت؛ نمره بیشتر از خط برش در نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌ی‌انگ^۱ (به‌نقل از ۱۴) در حداقل دو حوزه طرح‌واره‌ای و نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۲ (۳۴)؛ ابتلانا داشتن به بیماری‌های جسمانی مزمن و روانی؛ سوءمصرف‌نداشتن مواد و الکل، استفاده‌نکردن از دارو و دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل غیبت در یک‌سوم جلسات و درگیری با بحران یا بیماری خاص یا حذف هرکدام از شرایط ورود به آموزش در طول اجرای جلسات بود.

ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.
- نسخه کوتاه پرسش‌نامه سازش‌یافتگی واینبرگر^۳: نسخه کوتاه پرسش‌نامه سازش‌یافتگی توسط واینبرگر و شوارتز در سال ۱۹۹۰ ساخته شد (۱۰). شامل ۳۷ گویه است که سه خرده‌مقیاس پریشانی با دوازده گویه، بازداری با دوازده گویه و دفاعی بودن با یازده گویه را در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از نادرست=۱ تا درست=۵ ارزیابی می‌کند. در این ابزار، کسب نمره بیشتر به‌معنای سازش‌یافتگی کمتر است (۱۰). واینبرگر و شوارتز برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ و همبستگی ابزار را با سرکوب خشم در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ و کنترل تکانه را در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش کردند (۱۰). در ایران در پژوهش سعیدی و همکاران به‌وسیله تحلیل عاملی تأییدی، برازش ساختار سه‌عاملی پرسش‌نامه سازش‌یافتگی با سه عامل به تأیید رسید ($IFI=0/85$ ، $CFI=0/85$ ، $RMSEA=0/77$) و برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۶ تا ۰/۹۷ به‌دست آمد (۳۵).

- نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌ی‌انگ: نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌ی‌انگ ارائه‌شده توسط یانگ در سال ۱۹۹۸، شامل ۷۵ گویه است و پنج حوزه طرح‌واره‌ای بریدگی و طرد گویه‌های ۱ تا ۲۵، خودگردانی و عملکرد مختل گویه‌های ۲۶ تا ۴۵، دیگر جهت‌مندی گویه‌های ۴۶ تا ۵۵، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری گویه‌های ۵۶ تا ۶۵، محدودیت‌های مختل گویه‌های ۶۶ تا ۷۵ و پانزده طرح‌واره را در طیف لیکرتی شش‌درجه‌ای از کاملاً درست درباره من=۶ تا کاملاً غلط درباره من=۱ ارزیابی می‌کند. در این ابزار کسب نمره بیشتر به‌معنای وجود طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر است (به‌نقل از ۱۴). یانگ همبستگی این ابزار را با نسخه بلند آن به‌عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کرد (۱۴). در ایران صدوقی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند (۳۶).

4. Incremental fit index

5. Comparative fit index

6. Root mean square error of approximation

1. Young Schema Questionnaire-Short Form

2. Acceptance and Action Questionnaire-II

3. Weinberger Adjustment Inventory-Short Form

– نسخه دوم پرسش نامه پذیرش و عمل: نسخه دوم پرسش نامه پذیرش و عمل توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شد (۳۴). این پرسش نامه شامل ده گویه است که در طیف لیکرت هفت درجه‌ای از هرگز=۱ تا همیشه=۷ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بیشتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است (۳۴). بوند و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آوردند. همچنین همبستگی ابزار را با نسخه اول پرسش نامه پذیرش و عمل، رضایت‌بخش و به‌عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند (۳۴). در ایران، عباسی و همکاران ضریب همبستگی این ابزار را با پرسش نامه افسردگی بک^۱ برابر با ۰/۵۹ – و با پرسش نامه اضطراب بک^۲ برابر با ۰/۴۴ – به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای ابزار ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۷).

– آموزش مبتنی بر طرح‌واره: پروتکل آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش براساس پروتکل یانگ و همکاران (۳۸) طی هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر انجام شد که شرح و تکالیف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر طرح‌واره به‌صورت فردی و گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسنه، اجرای پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون و پرسش‌نامه مربوط به طرح‌واره، بحث و تبادل نظر درباره اهمیت اقدامات مادران مراقب فرزند بیمار، توضیح و تبیین مفهوم سرکوب عواطف و هیجانات و آثار سرکوب کردن هیجانات، بیان اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی تکلیف: فهرستی از احساسات و هیجانات و گزارش موارد سرکوب‌شده تهیه شود.
دوم	معرفی انواع تله‌های زندگی (طرح‌واره‌های ناسازگار) براساس نتایج پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار گروه، صورت‌بندی مشکلات مادران در قالب طرح‌واره درمانی، بحث و گفت‌وگو درباره تفاوت طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (معیارهای سختگیرانه) تکلیف: فهرستی از مزایا و معایب معیارهای سختگیرانه خود، تهیه شود.
سوم	معرفی و شناخت نیازهای هیجانی انسان (پنج نیاز یانگ)، تبیین چگونگی سرکوب شدن عواطف از طریق ریشه‌های بی‌توجهی به نیازها و ارتباط کنترل‌گری بیش‌ازحد در ابراز نیازها، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (ایثار و اطاعت) تکلیف: از مادران خواسته شد در طول هفته بعد به چند نمونه از نیازها و علایق خود که مدت‌ها است به دلیل مشغله مراقبتی کنار گذاشته‌اند، جامعه عمل بپوشانند.
چهارم	آموزش راهبردهای مقابله‌ای شامل راهبرد جبران افراطی، راهبرد تسلیم و راهبرد اجتناب، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن اعضای گروه، ایجاد چالش شناختی و عقلانی درباره تله‌های زندگی و بی‌اعتبارسازی آن‌ها، آموزش توانایی کنترل طرح‌واره‌های خود و مدیریت تله‌ها با آگاهی از آن‌ها، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (محرومیت هیجانی) تکلیف: با تفویض برخی وظایف مراقبتی خود به سایر افراد خانواده، چند قرار ملاقات حضوری و تلفنی و برنامه تفریحی با افرادی که احساس خوبی به آن‌ها می‌دهند، ترتیب دهند.
پنجم	معرفی راهبرد الگو شکنی رفتار، تهیه فهرست رفتارهایی که باید تغییر کنند، نمونه‌هایی مثل مدیریت صحیح و محول کردن مسئولیت‌های مراقبتی فرزند به سایر افراد خانواده، بیان و ابراز هیجانات و احساسات در مواقع لزوم، تهیه فهرست هیجاناتی که نباید سرکوب شود، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (رهاشدگی و وابستگی/بی‌کفایتی) تکلیف: تهیه گزارشی از رفتارهایی که در طول هفته تغییر داده‌اند.
ششم	آموزش تکنیک‌هایی مثل آموزش حل مسئله، نامه خیالی به باعث و بانی تله‌ها، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی (تکنیک‌ها براساس فراوانی طرح‌واره‌های گروه انتخاب شدند)، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری) تکلیف: نامه‌ای خیالی به باعث و بانی تله‌های خود نوشته شود.
هفتم	آموزش تکنیک‌های الگو شکنی رفتار، آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازتر آن‌ها، آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن و...، کار روی فهرست رفتارهای هدف که باید تغییر کنند، آموزش مبتنی بر طرح‌واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (بی‌اعتمادی و بازدارندگی هیجانی) تکلیف: با تصویرسازی ذهنی خشم خود را بر سر فردی که از آن‌ها سوءاستفاده کرده است، خالی کنند. از بین افراد معتمد با یکی دو نفر در طول هفته گفت‌وگوی صمیمانه داشته باشند.
هشتم	آموزش راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار، مرور مطالب جلسات قبل، رفع ابهامات و آماده‌شدن برای پایان جلسات، اجرای پس‌آزمون

– آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش: پروتکل آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش براساس پروتکل هیز و همکاران (۳۹) طی هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر انجام شد که شرح و تکالیف جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

². Beck Anxiety Inventory

¹. Beck Depression Inventory

جدول ۲. پروتکل جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
اول	ایجاد رابطه	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجرای پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، بحث و تبادل نظر درباره اهمیت اقدامات مادران مراقب فرزند بیمار و تأثیرات آن، توضیح و تبیین مفهوم سرکوب عواطف و هیجانات و آثار منفی سرکوب کردن تکلیف: فهرستی از احساسات و هیجانات و گزارش موارد سرکوب شده تهیه شود.
دوم	کاهش تسلط کنترل هیجانی	مرور تکالیف، چگونگی چسبیدن به مشکلات فرزند به دلیل نگرانی و اجتناب از مشکلات و مسائل او، اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند شخص در گودال، استعاره غذا دادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دورریختن چیزهای قدیمی خانه برای ورود وسایل جدید، توهم کنترل، پیامدهای کنترل تکلیف: اجتناب‌های خود را پیدا کنند.
سوم	افزایش پذیرش	مرور تکالیف، بحث و تبادل درباره پذیرش مسئله بیماری و مشکلات فرزند، آنچه در کنترل تو نیست را بپذیر و به جای سرکوب هیجانات آن‌ها را ابراز و کاملاً لمس کن، تمرین و تکلیف استعاره‌هایی مانند طناب‌کشی با هیولا، همدلی، دعای آرامش، رویدادنگاری، تمرین تماس چشمی، استعاره بچه کج خلق تکلیف: معلوم کنند چه چیزهایی را باید بپذیرند تا به سمت آنچه برایشان ارزشمند است، حرکت کنند. برخی استعاره‌ها اجرا شود.
چهارم	افزایش گسلش	مرور تکالیف، تعیین مواردی که بیش از حد به باورها، انتظارات خود براساس درست/غلط و خوب/بد چسبیده‌اند، اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند ترشی، تمرین تماشای قطار ذهنی، سربازان در حال رژه، چه کسی مسئول است (شما یا ذهن شما)؟ تکلیف: چند موقعیت از زندگی واقعی تشریح شود: ذهنشان چه گفت؟ تجربه خودشان چه بود؟
پنجم	تماس با زمان حال	مرور تکالیف، صحبت درباره موضوعات درگیر با آینده یا گذشته یا بیان‌کننده داستان‌های بی‌حاصل زندگی، حضور در محیط فعلی، الان چه احساسی داری؟ توجه صرف، تمرین ذهن آگاهی، نگارش واکنش‌های مستمر، تمرین برگ‌ها روی جویبار، آینده- گذشته- حال تکلیف: تمرینات ذهن آگاهی در منزل اجرا شود.
ششم	ارتقای خود به عنوان زمینه شفاف‌سازی ارزش‌ها	مرور تکالیف، تعیین اینکه آیا قادر به تمایز محتوای برانگیزنده و مهیج از خود هستند، تمرینات و استعاره‌هایی مانند مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج و اثاثیه در منزل، آیا فاصله‌ای بین رفتارهای فعلی خود و ارزش‌های می‌بیند، استعاره سنگ قبر، استعاره تشییع جنازه، اجرای بارش مغزی برای بیان و شفاف‌سازی ارزش‌ها تکلیف: فهرست ارزش‌های زندگی خود نوشته شود، نوشتن آنچه دوست دارند روی سنگ قبرشان نوشته شود.
هفتم	الگوی عمل متعهدانه، کاهش تسلط کنترل هیجانی	مرور تکالیف، آیا درگیر اعمالی هستند که موجب عملکرد موفقیت‌آمیزی است؟ آیا الگوی عمل گام‌به‌گام و خاصی را نشان می‌دهند؟ آیا وقتی اقداماتشان با شکست مواجه می‌شود، دست به تغییر روش می‌زنند؟ استعاره‌های اسکی به پایین کوه، مسیر پرپیچ و خم و حرکت در جاده، آموزش بخشش تمرین شخص در گودال، استعاره غذا دادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دورریختن چیزهای قدیمی خانه تکلیف: انتخاب مواردی از فهرست ارزش‌های فرد و تشویق وی به اجرایی کردن آن‌ها در طول هفته بعد صورت گیرد.
هشتم	خاتمه	مرور مطالب جلسات قبل و تکالیف، رفع ابهامات و آماده‌شدن برای پایان جلسات، اجرای پس‌آزمون

نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل را تکمیل کرد. برای گروه سوم یعنی گروه گواه هیچ‌یک از مداخلات ارائه نشد. شرکت‌کننده‌ها بعد از گذشت یک هفته برای مرحله پس‌آزمون و پس از گذشت یک و نیم ماه برای مرحله پیگیری، پرسشنامه سازش‌یافتگی و اینبرگر را تکمیل کردند.

در پژوهش حاضر به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس و خی دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون، ام‌باکس، روش گرین‌هاوس-گیسر و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه آموزش مبتنی بر

ابتدا کسب مجوز از آموزش و پرورش استان تهران، کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کننده‌ها و اطمینان‌دهی به مادران درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش به لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی و نیز توضیح روند مداخله و چگونگی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها صورت گرفت. سپس، ۴۵ نفر از مادران مراقب خانواده با همگن‌سازی سن و مدت زمان مراقبت در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. هر سه گروه برای پیش‌آزمون پرسشنامه سازش‌یافتگی و اینبرگر را تکمیل کردند. سپس برای یک گروه آزمایشی در هشت جلسه هفته‌ای یک بار آموزش مبتنی بر طرح‌واره به صورت گروهی و فردی اجرا شد. این گروه طبق پروتکل برای ورود به جلسات آموزشی طرح‌واره ابتدا نسخه کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ را تکمیل کرد. برای گروه آزمایشی دیگر هشت جلسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی ارائه شد. این گروه نیز برای ورود به جلسات آموزشی ابتدا

از دیپلم بود. نتایج آزمون خی دو مشخص کرد، بین سه گروه از زنان از لحاظ تحصیلات تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/806$). در ادامه پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن به وسیله آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، خرده متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p>0/05$). آماره آزمون های ام باکس و لون نیز برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p>0/05$)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای خرده متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی رد نشد. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد، فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها برای خرده متغیر بازداری برقرار نبود ($p<0/05$)؛ اما برای خرده متغیرهای دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی برقرار بود ($p>0/05$). باتوجه به اینکه برای آزمون گرین هاوس-گیسر مقدار اپسیلون کوچک تر از $0/75$ به دست آمد، از این آزمون برای بررسی متغیر بازداری استفاده شد.

طرح واره برابر با $41/00 \pm 6/53$ سال، گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با $40/31 \pm 8/36$ سال و گروه گواه برابر با $43/47 \pm 8/54$ سال بود. مقایسه میانگین های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد، بین میانگین سن سه گروه از زنان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/466$). میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت شرکت کنندگان گروه آموزش مبتنی بر طرح واره برابر با $9/73 \pm 2/25$ سال، گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با $10/80 \pm 3/57$ سال و گروه گواه برابر با $9/93 \pm 3/77$ سال بود. مقایسه میانگین های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مشخص کرد، بین میانگین مدت زمان مراقبت در سه گروه از زنان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/888$). در گروه آموزش مبتنی بر طرح واره میزان تحصیلات ۴ نفر ($26/67$ درصد) کمتر از دیپلم، ۷ نفر ($46/66$ درصد) دیپلم و ۴ نفر ($26/67$ درصد) بیشتر از دیپلم بود. در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر ($26/67$ درصد) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۵ نفر ($33/33$ درصد) دیپلم و ۶ نفر (40 درصد) بیشتر از دیپلم داشتند. در گروه گواه میزان تحصیلات ۶ نفر (40 درصد) کمتر از دیپلم، ۵ نفر ($33/33$ درصد) دیپلم و ۴ نفر ($26/67$ درصد) بیشتر

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه ها

متغیر	گروه	شاخص آماری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بازداری	طرح واره	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$46/48 \pm 4/91$	$42/67 \pm 5/03$	$43/67 \pm 5/32$
	پذیرش و تعهد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$48/00 \pm 5/34$	$41/60 \pm 4/52$	$40/79 \pm 4/80$
	گواه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$47/13 \pm 5/14$	$46/93 \pm 5/09$	$48/33 \pm 5/81$
دفاعی بودن	طرح واره	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$32/27 \pm 3/15$	$28/46 \pm 3/29$	$28/60 \pm 4/15$
	پذیرش و تعهد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$32/87 \pm 4/12$	$24/60 \pm 3/31$	$24/33 \pm 4/51$
	گواه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$33/17 \pm 3/77$	$34/08 \pm 3/81$	$32/80 \pm 3/53$
نمره کل سرکوبگری عاطفی	طرح واره	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$6/46 \pm 78/73$	$71/13 \pm 4/95$	$72/27 \pm 7/08$
	پذیرش و تعهد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$80/86 \pm 7/34$	$66/20 \pm 6/45$	$65/13 \pm 5/54$
	گواه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	$80/31 \pm 6/58$	$81/00 \pm 5/93$	$81/13 \pm 6/48$

جدول ۳ نشان می دهد، میانگین متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و سرکوبگری عاطفی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش چشمگیری یافت.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه های سرکوبگری عاطفی

سرکوبگری عاطفی	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	η^2
بازداری	۴۰۳/۲۰	۲۵۱۲/۵۳	۱۹۶ و ۴۱/۸۳	۳/۳۷	۰/۰۴۴	۰/۱۳۸
	۱۹۳/۶۰	۵۳۳/۶۰	۱/۹۶ و ۴۱/۸۳	۱۵/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	۲۸۷/۲۰	۷۸۳/۸۷	۳/۵۲ و ۷۳/۸۸	۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
دفاعی بودن	۸۳۶/۲۸	۵۴۰/۵۸	۲ و ۴۲	۳۲/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
	۲۵۵/۰۹	۸۰۰/۲۰	۲ و ۴۲	۶/۷۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴۲
	۳۸۶/۹۲	۱۲۴۵/۴۲	۴ و ۸۴	۶/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۷
نمره کل سرکوبگری	۲۳۶۹/۰۸	۳۰۱۳/۲۴	۲ و ۴۲	۱۶/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۰
	۱۰۳۸/۰۲	۱۳۰۵/۲۰	۲ و ۴۲	۷/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۴۴۳
	۱۲۹۸/۳۹	۲۰۷۰/۸۹	۴ و ۸۴	۱۳/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵

بررسی میانگین ها در جدول ۳ و مقدار احتمال در جدول ۴ و نمودارهای شکل ۱ مشخص می کند، آموزش مبتنی بر طرح واره درمانی

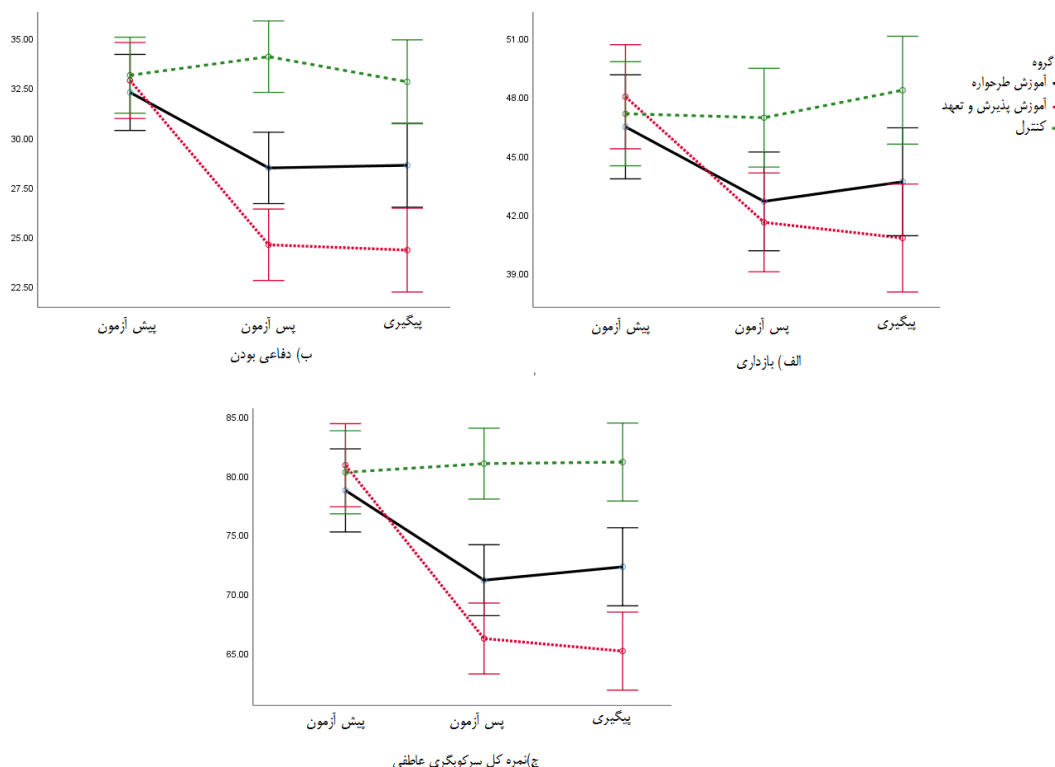
و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های بازداری ($p=0/044$)، دفاعی بودن ($p<0/001$) و سرکوبگری عاطفی ($p<0/001$) اثر کاهنده داشتند. همچنین باتوجه به جدول ۴، میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری را نشان داد. میانگین مؤلفه‌های بازداری ($p<0/001$)، دفاعی بودن ($p<0/001$) و سرکوبگری عاطفی ($p<0/001$) درمقایسه با گروه گواه شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بازداری	طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۱/۶۳۱	۱/۰۰۰
	طرح‌واره	گواه	۱/۶۳۱	۰/۱۶۹
	پذیرش و تعهد	گواه	۱/۶۳۱	۰/۰۵۵
دفاعی بودن	طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۰/۷۵۶	۰/۰۰۶
	طرح‌واره	گواه	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	گواه	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
نمره کل	طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۱/۷۸۶	۰/۲۱۲
	طرح‌واره	گواه	۱/۷۸۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	گواه	۱/۷۸۶	۰/۰۰۱
تفاوت زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
بازداری	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
	پیگیری	پیش آزمون	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
دفاعی بودن	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۹۲۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	۰/۷۰۷	۱/۰۰۰
نمره کل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۹۲۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۰۷	۱/۰۰۰
	پس آزمون	پیش آزمون	۱/۰۳۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیش آزمون	۱/۰۳۹	۰/۰۰۱

همچنین نمره کل سرکوبگری عاطفی ($p=0/001$)، نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش بود. همچنین نبود تفاوت معنادار بین میانگین‌های مراحل پس آزمون با پیگیری برای مؤلفه‌های بازداری ($p=1/000$) و دفاعی بودن ($p=1/000$) و نمره کل سرکوبگری عاطفی ($p=1/000$) حاکی از ماندگاری تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش در مرحله پیگیری بود.

براساس جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از تفاوت معنادار آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر ($p=0/006$) و با گروه گواه ($p=0/001$) در خرده‌مقیاس دفاعی بودن و تفاوت معنادار آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه ($p=0/001$) در نمره کل سرکوبگری عاطفی بود. جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت معنادار بین میانگین‌های مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای مؤلفه‌های بازداری ($p=0/001$) و دفاعی بودن ($p=0/001$) و



شکل ۱. نمودارهای مربوط به تغییرات مؤلفه‌های سرکوبگری عاطفی در سه گروه پژوهش

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب خانواده بود. نتایج پژوهش نشان داد، آموزش مبتنی بر طرح‌واره بر کاهش سرکوبگری عاطفی و مؤلفه‌های آن شامل بازداری و دفاعی بودن اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش عرفان و همکاران همسوست که در آن طرح‌واره درمانی هیجانی در فرایند ابراز و پردازش هیجان‌ها مؤثر بود (۱۷).

در تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی می‌توان چنین گفت، چون طرح‌واره‌ها در اثر ناکامی‌های دردناک نیازهای هیجانی بنیادین در طول زندگی، شکل گرفته‌اند، هدف نهایی طرح‌واره درمانی عبارت است از کمک به بیمار تا نحوه برآورده کردن صحیح نیازهای هیجانی بنیادین خود را یاد بگیرد. به عبارت دیگر، آسیب‌های هیجانی اولیه ناشی از سد شدن ارضای نیازهای بنیادین از جمله پذیرش، حمایت، امنیت و کارآمدی را ترمیم کند (۱۴). طرح‌واره‌ها روش‌هایی برای پردازش اطلاعات و هیجان‌ها هستند که گاه براساس واقعیت و گاه براساس تجارب گذشته در مغز انسان شکل می‌گیرند. در رویکرد طرح‌واره درمانی به مراجعان کمک می‌شود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با ترمیم طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای خود نظیر اجتناب، تغییر دهند (۱۵).

همچنین یافته دیگر پژوهش حاکی از این بود که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سرکوبگری عاطفی و مؤلفه‌های آن شامل بازداری و دفاعی بودن اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم

داشت. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های شاه‌بیک و همکاران (۳۰) و ووجنارووسکا و همکاران (۳۱) همسوست. پژوهش شاه‌بیک و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابرازگری عاطفی بود (۳۰). ووجنارووسکا و همکاران پذیرش را راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفتند که موجب کاهش سرکوب عاطفی می‌شود (۳۱).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، از فنون بسیار مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، موانع و در نهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌هایشان با وجود مشکلات باعث می‌شود ضمن تحقق اهداف، شادکامی ناشی از آن نیز به رضایت از زندگی منجر شود؛ همچنین افراد را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود سبب افزایش شدت مشکلات می‌شود، رهایی بخشد (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان‌جویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آن‌ها بپردازند (۲۰). همچنین تنظیم هیجان به عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ‌دهی به موقعیت‌های پرتنش را به دنبال دارد. درواقع افرادی که در دوره درمانی

پذیرش و تعهد شرکت می‌کند، به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی‌شان، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط تنش‌آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت بر هیجان‌های خود پیدا می‌کنند (۲۱).

راهبردهای ذهن‌آگاهی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کار می‌رود، ابزار دیگری برای رسیدن به ناهم‌آمیزی شناختی هستند و به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری کمک می‌کنند. ارتباط برقرارکردن با رویدادها در اینجا و اکنون بدون تلاش برای ارزیابی و قضاوت آن‌ها، در ذهن‌آگاهی بسیار اساسی است. استعاره‌های ذهن‌آگاهی به مراجعان کمک می‌کند به افکار به عنوان رویدادهایی در جهان بنگرند، نه به جهانی که توسط افکار ساخته شده است (۲۲). پذیرشی که از ذهن‌آگاهی و معطوف‌ساختن توجه به تجارب درونی حاصل می‌شود، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و از خود استقامت نشان دادن نیست؛ بلکه تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است؛ یعنی رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش‌ها، قد علم می‌کنند؛ بنابراین پذیرش یا قطب مخالف اجتناب تجربه‌ای، یکی از عناصر اصلی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است (۱۹). در ذهن‌آگاهی، هدف ضمنی فراهم آوردن تجربه هیجان‌ها و شناخت‌ها به منزله رویدادهای درونی است که الگوی پاسخ به محرک‌های بیرونی و درونی هستند. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که زبان و شناخت انسان، تجارب آکنده از هیجان را مخدوش می‌کند و اغلب بر شدتشان می‌افزاید. موضوعات مذکور وقتی مسئله‌ساز جلوه می‌کنند، تلاش‌هایی برای دورزدن این فرایندهای زبان‌وابسته صورت می‌گیرد؛ بنابراین پذیرش معمولاً در امتداد ناهم‌آمیزی شناختی و بافتار انگاشتن خویشتن انجام می‌شود (۲۰) که تنظیم هیجان‌های ناخوشایند را در پی دارد (۲۱).

رویاریی فعال و مؤثر با احساس‌ها، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه درباره خود و چالش‌ها، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و تعهد به هدفی اجتماعی را می‌توان جز عوامل اصلی این روش دانست (۲۲). اگر به زبان تمثیل، تجربه‌ای ناخوشایند شبیه به ایستادن در گلزاری باشد که گل‌هایش خارهای تیز و برنده دارد، ناهم‌آمیزی شناختی و بافتار انگاشتن خویشتن، پریشانی و ناراحتی باقی می‌ماند؛ اما امکان کنترلشان بیشتر می‌شود. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همجوشی احتمال محدود شدن خزانه رفتاری فرد را در مواجهه با چنین تجربه‌هایی افزایش می‌دهد؛ در نتیجه فرصت رفتار ارزش‌مدار را از شخص می‌گیرد. همجوشی‌زدایی از طریق تضعیف چسبندگی به افکار و قواعد کلامی که انحصار، محدودیت یا اجتناب را تقویت می‌کند، خزانه رفتاری را توسعه می‌دهد و به آن می‌افزاید (۲۳). ذهن‌آگاهی فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی می‌کند که در پیرامونش اتفاق می‌افتد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد. ذهن‌آگاهی به فرد اجازه می‌دهد شناخت‌ها و هیجان‌های خود را از منظر ناظری بیرونی جدای از هر دو جهان خارج و خود فرد نظاره‌گر باشد (۲۴). در کنار فرایند پذیرش، همجوشی‌زدایی نیز گشودگی در قبال تجربه درونی را تقویت

می‌کند. همجوشی‌زدایی به مراجعان کمک می‌کند تا از تجربه‌های درونی مانند افکار، خاطرات یا ارزیابی تجارب بیرونی (صداها یا سایر تجربه‌های غیرعادی) فاصله بگیرند و آن‌ها را همان‌گونه که هستند ببینند، نه آن‌طور که خود را می‌نمایانند (۲۵). پذیرش فرایندی است که در آن مراجعان تشویق می‌شوند به استقبال افکار و احساسات خود بروند؛ بدون اینکه برای مقاومت، اجتناب یا سرکوب آن‌ها به «اجتناب تجربی» متوسل شوند (۲۶).

نتایج پژوهش مشخص کرد، بین اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه دفاعی بودن تفاوت معنادار وجود داشت؛ به طوری که گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش معناداری را در مقایسه با گروه آموزش طرح‌واره درمانی، در این متغیر نشان داد. در راستای این نتایج پژوهش‌های همسو یا ناهمسوایی یافت نشد که به مقایسه این دو روش پرداخته باشد.

در تبیین تفاوت اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌توان گفت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌کند نگرش‌های مثبتی به افکار و احساسات خود داشته باشند (۲۷). از آنجاکه هیجان‌های منفی موجب می‌شود افراد مضطرب به سرکوبگری عاطفی متوسل شوند، نامؤثر واقع شدن این دفاع، مضطرب شدن بیشتر فرد را به دنبال دارد. در این شرایط پذیرش احساسات و هیجان‌های منفی به عنوان بخشی از زندگی روزمره موجب کاهش تعارض‌های درونی فرد می‌شود و او را به سمت زندگی ارزش‌مدار سوق می‌دهد و بدین ترتیب فرد را از مکانیزم سرکوبگری‌هایی می‌بخشد (۲۸). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد می‌آموزد حل مشکلات، اقدامی متعهد مبتنی بر ارزش برای اصلاح نقایص، برطرف کردن مشکلات و بهبود کیفیت زندگی است (۲۹).

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شرح زیر بود: در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری سرکوبگری عاطفی استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود و انکار میزان اضطراب امتحان کرده باشند؛ ممکن است ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی اقتصادی که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر بود، بر میزان سرکوبگری عاطفی و نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی سرکوبگری عاطفی و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر آن بپردازند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی اقتصادی متفاوت صورت گیرد. همچنین از تلویدات کاربردی پژوهش حاضر، اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نحوه‌ای است که مادران مراقب خانواده هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها به عنوان درمان‌های خانواده‌محور برای مادران دارای کودکان استثنایی ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، طرح‌واره درمانی در کمک به بیماران برای تغییر دادن الگوهای هیجانی منفی یا ناسازگاری که سال‌ها با آن‌ها

بیانیه‌ای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اراک به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی داده نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر نویسنده اول مراحل اجرایی و آمادگی پیش‌نویس مقاله، نویسنده دوم بازبینی و اصلاح مقاله به‌لحاظ علمی و محتوایی، نویسنده سوم انجام قسمت آماری و نویسنده چهارم بازبینی و اصلاح مقاله به‌لحاظ روش تحقیق را بر عهده داشتند.

زندگی کرده‌اند، کارآمد است؛ اما برای حل مشکلاتی نظیر بازداری بیش‌ازحد، ناتوانی در ابراز و حل‌وفصل هیجان‌ها و عواطف به‌جای سرکوب آن‌ها، نتایج پژوهش نشان داد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که به فرد کمک می‌کند تا بتواند سختی‌های زندگی را بپذیرد و یاد بگیرد از تأثیرگذاری عواطف و افکار منفی در ابعاد مختلف زندگی خود بکاهد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با شماره نامه مصوب پروپزال ۱۶۳۴۷ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل

References

1. Fekete C. Caregiver burden. In: Wright JD; editor. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. Second edition. Oxford: Elsevier; 2015. pp: 135–8. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14006-1>
2. Recio P, Molero F, García-Ael C, Pérez-Garín D. Perceived discrimination and self-esteem among family caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD) and children with intellectual disabilities (ID) in Spain: the mediational role of affiliate stigma and social support. Res Dev Disabil. 2020;105:103737. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103737>
3. Goodarzi N, Rahgoi A, Mohammadi Shahboulaghi F, Biglarian A. Correlation between family function and anxiety in family carers of elderly with dementia. Journal of Psychiatric Nursing. 2018;6(3):1–9. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-954-en.html>
4. Omranifard V, Masaeli N, Emami Ardestani P. Prevalence of depression and anxiety in caregivers of patients in psychiatric wards (2006). Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2008;9(3):223–8. [Persian]
5. Ghaedi Heidari F, Pahlavanzadeh S, Maghsoudi J, Ghazavi Z. Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of elderly individuals with dementia. Journal of Nursing Education. 2014;3(1):12–20. [Persian] <http://jne.ir/article-1-287-en.html>
6. Cramer P, Porcerelli JH. Defense mechanisms. In: Friedman HS; editor. Encyclopedia of mental health. Second edition. Oxford: Academic Press; 2016. pp: 13–7. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00020-3>
7. Ciocca G, Rossi R, Collazzoni A, Gorea F, Vallaj B, Stratta P, et al. The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: a path analysis. J Affect Disord. 2020;273:384–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.014>
8. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology. First edition. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2007.
9. Najmi S. Thought suppression. In: Carlston DE; editor. The Oxford handbook of social cognition. Oxford University Press; 2013.
10. Weinberger DA, Schwartz GE. Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: a typological perspective. J Personality. 1990;58(2):381–417. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00235.x>
11. Garssen B. Repression: finding our way in the maze of concepts. J Behav Med. 2007;30(6):471–81. <https://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9122-7>
12. Patel J, Patel P. Consequences of repression of emotion: physical health, mental health and general well being. International Journal of Psychotherapy Practice and Research. 2019;1(3):16–21. <https://doi.org/10.14302/issn.2574-612X.ijpr-18-2564>
13. Fassbinder E, Wilde OB, Arntz A. Case formulation in schema therapy: working with the mode model. In: Kramer U; editor. Case formulation for personality disorders. Elsevier; 2019. pp: 77–94.
14. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.
15. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: distinctive features (CBT distinctive features). First edition. Abingdon: Routledge; 2010.
16. Faustino B, Vasco AB. Early maladaptive schemas and cognitive fusion on the regulation of psychological needs. J Contemp Psychother. 2020;50(2):105–12. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09446-3>
17. Erfan A, Noorbala A, Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: single subject design. Adv Biomed Res. 2018;7(1):72. https://dx.doi.org/10.4103/abr.abr_113_16

18. Guijarro R, Cerviño M, Castrillo P. Acceptance and commitment therapy and anxiety disorders: clinical case. *Eur psychiatr*. 2017;41(S1):S410. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.346>
19. Twohig MP, Pierson HM, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy. In: Kazantzis N, L'Abate L; editors. *Handbook of homework assignments in psychotherapy: research, practice, and prevention*. 2007th edition. Boston, MA: Springer; 2007. pp: 113–32. https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4_8
20. Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. In: Friedman HS; editor. *Encyclopedia of mental health*. Second edition. Oxford: Academic Press; 2016. pp: 1–10.
21. Lindsay EK, Creswell JD. Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: perspectives from monitor and acceptance theory (MAT). *Current Opinion in Psychology*. 2019;28:120–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004>
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy, second edition: the process and practice of mindful change*. Second edition. New York: The Guilford Press; 2016.
23. Gordon T, Borushok J, Polk K. *The ACT approach: a comprehensive guide for acceptance and commitment therapy*. First edition. United States: Pesi Publishing; 2017.
24. Agnoli S, Vannucci M. Mindfulness. In: Pritzker S, Runco M; editors. *Encyclopedia of creativity*. Third edition. Oxford: Academic Press; 2020. pp: 168–73. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23851-0>
25. Harris R, Hayes SC. *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy (the new harbinger made simple series)*. Second edition. Oakland, California, United States: New Harbinger Publications; 2009.
26. Wells A, Fisher P. *Treating depression: MCT, CBT, and third wave therapies*. First edition. Wiley-Blackwell; 2015.
27. Flujas-Contreras JM, Gómez I. Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: a case study. *J Contextual Behav Sci*. 2018;8:29–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006>
28. Davoudi M, Omid A, Sehat M, Sepehrmanesh Z. The effects of acceptance and commitment therapy on man smokers' comorbid depression and anxiety symptoms and smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addict Health*. 2017;9(3):129–38.
29. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
30. Shahbeik S, Taghavijurabchi F, Rohani N, Mohamadi M, Amani O. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on emotional expressiveness and self – care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Journal of Health Literacy*. 2019;3(4):25–35. [Persian] https://literacy.mums.ac.ir/article_12443_en.html
31. Wojnarowska A, Kobylinska D, Lewczuk K. Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: what we know and how we can improve that knowledge. *Front Psychol*. 2020;11:242. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00242>
32. Sohrabi F. The third wave of psychotherapy: origins, present status and perspectives, with special emphasis on schema therapy. *Clinical Psychology Studies*. 2015;5(18):1–14. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_1044.html?lang=en
33. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2007;3(2):43–50.
34. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
35. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafriz M. Short form of Weinberger Adjustment Inventory (WAI): psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Persian version. *Journal of Psychological Science*. 2016;15(59):335–47. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-212-en.html>
36. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2008;14(2):214–9. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-474-en.html>
37. Abasi E, Fata L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Psychological Methods & Models*. 2013;2(10):65–80. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_61.html?lang=en
38. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. First edition. New York: The Guilford Press; 2006.
39. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. First edition. New York: The Guilford Press; 2003.