

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.t.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 طرح واره 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 نویسنده

۱. دانشجوی دکتر ارشاده، 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 اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران:
۴. استادیار گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

*رایانه نویسنده مسئول: z.khosrav@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 طرح واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرکوبگری عاطفی در مادران مراقب خانواده بود.

روش پژوهشی: 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 واحد 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 سازش یافنگی واپنرگر (واپنرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) و نسخه دوم پرسشنامه طرح واره یانگ (یانگ، ۱۹۹۸) و نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل واریانس، خی دو، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی یونفرونی 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 دفاعی بودن معنادار بود ($p < 0.05$): همچنین نتایج حاکی از تفاوت معنادار آموزش مبتنی بر طرح واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با یکدیگر ($p = 0.06$) در مؤلفه دفاعی بودن و تفاوت معنادار هر دو نوع آموزش با گروه گواه ($p = 0.01$) در نمره کل سرکوبگری عاطفی بود. در گروه‌های آزمایش، در مؤلفه‌های بازداری و دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی، بین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($p = 0.001$). هر دو نوع آموزش برای هر سه متغیر یادشده، در طول زمان اثر ماندگار داشتند ($p = 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزش مبتنی بر طرح واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سرکوبگری عاطفی و مؤلفه‌های آن شامل بازداری و دفاعی بودن اثربخش است: اما در مقام مقایسه، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه دفاعی بودن اثربخش‌تر است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، سرکوبگری عاطفی، طرح واره، مراقب خانواده.

۱ مقدمه

طرح وارههای 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 به اندازه کافی برآورده نمی‌شود، طرح وارههای ناسازگار اولیه شکل می‌گیرد و افراد برای مقابله با آن‌ها به پاسخ‌های مقابله‌ای متولّ می‌شوند که تحمل هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده ناشی از طرح وارهها را برای آن‌ها امکان‌پذیر می‌سازد (۱۴). افراد به سه روش جبران افراطی^۵، اجتناب^۶ و تسلیم^۷ برای کنارآمدن با موقعیت دست به مقابله می‌زنند. افرادی که به سبک مقابله اجتنابی متولّ 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 به جای پرداختن به آن خشی کنند (۱۵). سبک‌های مقابله که از طرح وارههای ناسازگار اولیه نشئت می‌گیرد، بر روش‌های تنظیم هیجانی و نحوه کنارآمدن افراد با هیجان‌های خود در موقعیت‌های ناخوشایند تأثیر می‌گذارند؛ به طوری که ممکن است افراد تحت تأثیر سبک‌های مقابله‌ای اجتناب شناختی 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 طرح واره‌درمانی هیجانی بر فرایند ابراز و پردازش هیجان‌ها مؤثر بود و موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجانی شد (۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ با توجه به ارزش‌های شخصی، بر پذیرش درد و رنج و نه اجتناب و سرکوب چیزهای منجره ناراحتی، تممرکز می‌کند. هدف درمان، ایجاد واکنش‌های انعطاف‌پذیرتر به چالش‌های زندگی و درد و رنج و مؤثر واقع شدن بر کارکردهای نشانه‌ها در عوض از بین بردن خود آن‌ها است (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد رفتاری نوین است که با ترکیب پذیرش و ذهن‌آگاهی^۹ به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند؛ به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری را که به وسیله 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^{۱۰}؛ به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی (افکار، احساسات) بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تممرکز می‌کند (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل سازوکارهایی که در بطن خود دارد می‌تواند به فرد کمک کند به جای اجتناب و سرکوب هیجان‌های ناخوشایند آن‌ها را پذیرد و سپس به تنظیم آن‌ها بپردازد (۲۰). علاوه‌بر این، تممرکز بر ارزش‌ها و متعهدساختن فرد به آن‌ها در این درمان موجب می‌شود افراد متعهدانه و به جای اجتناب با افکار و هیجان‌های خود مواجه شوند (۲۱). درواقع به نظر می‌رسد رویارویی فعلی به جای اجتناب موجب کاهش سرکوبگری عاطفی می‌شود (۲۲) و بدین ترتیب فرد به کنترل دست پیدا می‌کند (۲۳). در این فرایند پذیرش و رویارویی با هیجان‌های ناخوشایند، تکنیک ذهن‌آگاهی نیز

مراقبان خانواده^۱ افرادی از میان خانواده هستند که مسئولیت مراقبت از عضو بیمار یا سالم‌مند 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 در گیر 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 داعنگ 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 به کار گرفته می‌شود، به طرقی واقعیت را می‌پوشاند یا به شیوه‌ای دیگر محتواهای درون‌روانی یا ادراک از واقعیت را تغییر می‌دهد (۶). بخش عمده‌ای از زندگی روانی همه انسان‌ها، فرایندهای اجتنابی ناهمیار خودکاری را شامل می‌شود که با توجه 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 درونی اش به واسطه اجتناب از تجارب خودآگاه می‌سازد (۸). برخی از افراد از راهبردهای اجتنابی به عنوان راهبردی مقابله‌ای سازگارانه در مواجهه با پریشانی بهره می‌جویند؛ بدین طریق از پریشانی خود با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی اجتناب می‌ورزند و درنتیجه هیجان‌های منفی کمتری را در مقایسه با دیگران تجربه می‌کنند (۹). سرکوبگری عاطفی^{۱۱} 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 بدین ترتیب بر پایه دانش افراد از هیجان‌های شان قرار دارد که علل آن‌ها، احساسات جسمانی و رفتارهای ابزارشده و شیوه‌های ممکن تغییر 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).

⁵. Surrender

⁶. Acceptance and Commitment Therapy

⁷. Mindfulness

⁸. Rational Frame Theory

¹. Family caregivers

². Emotional repression

³. Overcompensation

⁴. Avoidance

ایتیسم یا مشکلات جسمانی حرکتی قبلًا 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 طرح واره و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آموزدنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: حداقل سه سال تجربه مراقبت؛ نمره بیشتر از خط برش در نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح واره یانگ^۱ (به‌نقل از ۱۴) در حداقل دو حوزه طرح واره‌ای و نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۲ (۳۴)؛ ابتلانداشتن به بیماری‌های جسمانی مزمن و روانی؛ سوءمصرف‌نداشتن مواد و الکل، استفاده‌نکردن از دارو و دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان. ملاک‌های خروج آموزدنی‌ها از پژوهش شامل غبیت 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 به کار رفت.
- نسخه کوتاه پرسش‌نامه سازش‌یافته‌گی واینبرگر^۳ : نسخه کوتاه ۱۹۹۰ پرسش‌نامه سازش‌یافته‌گی توسط واینبرگر و شوارتز در سال ۱۹۹۰ ساخته شد^(۱۰). شامل ۳۷ گویه است که سه خرد مقیاس پریشانی با دوازده گویه، بازداری با دوازده گویه و دفاعی‌بودن با یازده گویه را در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نادرست=۱ تا درست=۵ ارزیابی می‌کند. در این ابزار، کسب نمره بیشتر به معنای سازش‌یافته‌گی کمتر است^(۱۰). واینبرگر و شوارتز برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۸۹ تا ۰/۷۷ 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، بازاش ساختار سه‌عاملی پرسش‌نامه سازش‌یافته‌گی با سه عامل به تأیید رسید^(۴)؛ IFI=۰/۸۵، CFI=۰/۸۵، RMSEA=۰/۷۷^(۱) و برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۶ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد^(۳۵).

- نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح واره یانگ: نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح واره یانگ ارائه شده توسط یانگ در سال ۱۹۹۸، شامل ۷۵ گویه است و پنج حوزه طرح واره‌ای بریدگی و طرد گویه‌های ۱ تا ۲۵، خودگردانی و عملکرد مختلط گویه‌های ۲۶ تا ۴۵، دیگر جهت‌مندی گویه‌های ۴۶ تا ۵۵، گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری گویه‌های ۵۶ تا ۵۶، محدودیت‌های مختلط گویه‌های ۵۷ تا ۶۶ و پانزده طرح واره را در طیف لیکرتی شش درجه‌ای از کاملاً درست درباره من=۶ تا کاملاً غلط درباره من=۱ ارزیابی می‌کند. در این ابزار کسب نمره بیشتر به معنای وجود طرح واره‌های ناسارگار بیشتر است (به‌نقل از ۱۴). یانگ همبستگی این ابزار را با نسخه بلند آن به عنوان شاخصی از روانی ابزار گزارش کرد^(۱۴). در ایران صدقه و همکاران برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای خرد مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند^(۳۶).

دخیل است (۲۴). علاوه‌بر این، تکنیک همچوشی 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 متول‌شدن 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 شاهینیک و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابرازگری عاطفی و تمایل درونی در بهاستراک‌گذاشتمن هیجان‌ها و عواطف خود بود^(۳۰). ووچارووسکا و همکاران پذیرش را راهبرد تنظیم هیجانی در نظر گرفتند که درجهٔ تنظیم هیجان‌ها، افکار و اثر رویدادهای بیرونی به کار می‌رود و موجب کاهش سرکوب عاطفی می‌شود^(۳۱).

براساس آنچه پیش‌تر مرور شد، به‌نظر می‌رسد مرآبان خانواده به‌ویژه مادران مراقبت‌کننده از فرزندان خود که به بیماری‌های مزمن نظری ایتیسم یا مشکلات جسمانی حرکتی دچار هستند، اضافه بار نقش را متحمل می‌شوند که در درازمدت آن‌ها را دچار هیجان‌های منفی نظری اضطراب می‌کند. این امر برای بهداشت روان آن‌ها و جامعه حائز اهمیت است. متول‌شدن این مادران به راهبردهای تنظیم هیجانی و دفاع‌های ناسارگارانه نظری سرکوبگری عاطفی وضعیت روان‌شناختی آن‌ها را پیچیده و وخیم می‌کند که مستلزم مداخله و به‌کارگیری رویکردهای روان‌درمانی هرچه مؤثرتر است. در موج سوم روان‌درمانی‌ها نظری 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 بیاموزد به‌واسطه ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در اینجا و اکنون زندگی کند^(۲۶)؛ درحالی‌که طرح واره‌درمانی نیز در موج سوم روان‌درمانی‌ها قرار دارد، بر شناسایی، ردیابی ریشه‌های تحولی طرح واره‌ها 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 برخورشان 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؛ از این‌رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح واره 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 ایتیسم 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

^۴. Incremental fit index

^۵. Comparative fit index

^۶. Root mean square error of approximation

^۱. Young Schema Questionnaire-Short Form

^۲. Acceptance and Action Questionnaire-II

^۳. 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 نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است (۳۴). بوند و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ بدست آورده‌اند. همچنین همبستگی ابزار را با نسخه اول پرسش نامه پذیرش و عمل، رضایت‌بخش و به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند (۳۴). در ایران، عباسی

- آموزش مبتنی بر طرح واره: 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 تکاليف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر طرح واره به صورت فردی و گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه و ایجاد رابطه حسن، اجرای پرسش نامه‌های پس‌آزمون و پرسش نامه مربوط به طرح واره، 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 طرح واره درمانی
دوم	تکلیف: فهرستی از احساسات و هیجانات و گزارش موارد سرکوب شده تهیه شود. معرفی انواع تله‌های زندگی (طرح واره‌های ناسازگار) براساس نتایج پرسش نامه طرح واره‌های ناسازگار گروه، صورت‌بندی مشکلات مادران در قالب طرح واره درمانی، بحث و گفت و گو درباره تفاوت طرح واره موجود با طرح واره سالم، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (معیارهای سختگیرانه)
سوم	تکلیف: فهرستی از مزایا و معایب معیارهای سختگیرانه خود، تهیه شود. معرفی و شناخت نیازهای هیجانی انسان (پنج نیاز یانگ)، تبیین چگونگی سرکوب شدن عواطف از طریق ریشه‌های بی‌توجهی به نیازها و ارتباط کنترلگری بیش از حد در ابراز نیازها، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (ایثار و اطاعت)
چهارم	تکلیف: از مادران خواسته شد در طول هفتۀ بعد به چند نمونه از نیازها و علایق خود که مدت‌ها است به دلیل مشغله مراقبتی کنار گذاشته‌اند، جامۀ عمل پوشانند. آموزش راهبردهای مقابله‌ای شامل راهبرد جبران افرادی، 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 طرح واره‌های خود و مدیریت تله‌ها با آگاهی از آن‌ها، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (محرومیت هیجانی)
پنجم	تکلیف: با تقویض برخی وظایف مراقبتی خود به سایر افراد خانواده، چند قرار ملاقات حضوری و تلفنی و برنامۀ تفریحی با افرادی که احساس خوبی به آن‌ها می‌دهند، ترتیب دهنده. معرفی راهبرد الگوشکنی رفتار، تهیۀ 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 موقع نزوم، تهیۀ فهرست هیجاناتی که نباید سرکوب شود، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (رهاشدگی و وابستگی/بی‌کفایتی)
ششم	تکلیف: تهیۀ گزارشی از رفتارهایی که در طول هفته تغییر داده‌اند. آموزش تکنیک‌هایی مثل آموزش حل مسئله، نامه‌خیالی به باعث و بانی تله‌ها، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفت و گوی خیالی (تکنیک‌ها براساس فراوانی طرح واره‌های گروه انتخاب شدند)، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (آسیب‌پذیری دربرابر ضرر و بیماری)
هفتم	تکلیف: نامه‌ای خیالی به باعث و بانی تله‌های خود نوشته شود. آموزش تکنیک‌های الگوشکنی رفتار، آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل سازتر آن‌ها، آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی‌کردن و...، کار روی فهرست رفتارهای هدف که باید تغییر کنند، آموزش مبتنی بر طرح واره‌های ناسازگار شایع‌تر موجود در گروه آزمایشی (بی‌اعتمادی و بازداری هیجانی)
هشتم	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 گفت و گویی صمیمانه داشته باشند. 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 دقیقه‌ای توسط پژوهشگر انجام شد که شرح و تکاليف جلسات در پذیرش براساس پروتکل هیز و همکاران (۳۹) طی هشت جلسه ۱۲۰

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 هیجانات	مرور تکالیف، چگونگی چسبیدن به مشکلات فرزند بدلیل نگرانی و اجتناب از مشکلات و مسائل او، اجرای تمرینات و استعاره‌هایی مانند شخص در گودال، استعارة غذادادن به ببر، رانندگی با آینه عقب، دورریختن چیزهای قدیمی خانه برای ورود و سایل جدید، تمدن 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 پذیر و به جای سرکوب هیجانات آن‌ها را ابراز و کاملاً لمس کن، تمرين و تکلیف استعاره‌هایی مانند طباب‌کشی با هیولا، همدلی، دعای آرامش، رویدادنگاری، تمرين تماس چشمی، استعارة بچه کج خلق تکلیف: معلوم کنند چه چیزهایی را باید پذیرند تا به مستثنی 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، تمرين 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، تمرين ذهن‌آگاهی، نگارش واکنش‌های مستمر، تمرين برگ‌ها روی جویبار، آینده یا گذشته -حال تکلیف: تمرينات ذهن‌آگاهی در منزل اجرا شود.
ششم	ارتقای خود به عنوان زمینه شفاف‌سازی ارزش‌ها	مرور تکالیف، تعیین اینکه آیا قادر به تمايز محتوای برانگیزند و مهیج از خود هستند، تمرینات و استعاره‌هایی مانند مشاهده‌گر، استعارة صفحه شطرنج و اثاثیه در منزل، آیا فاصله‌ای بین رفتارهای فعلی خود و ارزش‌هاییش می‌بینند، استعارة سنگ قبر، استعارة تشییع جنازه، اجرای بارش مغزی برای بیان و شفاف‌سازی ارزش‌ها تکلیف: فهرست ارزش‌های زندگی خود نوشته شود، نوشت آنچه دوست دارند روی سنگ قبرشان نوشته شود.
هفتم	الگوی عمل متعهده‌انه، کاهش تسلط کنترل هیجانات	مرور تکالیف، آیا درگیر اعمالی هستند که موجب عملکرد موقفيت‌آمیزی 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 پر پیچ و خم و حرکت در جاده، آموزش بخشش تمرين سخن‌خواص در گودال، استعارة غذادادن 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 هفتة 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 نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش استان تهران، کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کننده‌ها و اطمینان‌دهی به مادران درخصوص محروم‌ماندن 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 سازش‌یافته‌گر واینبرگر را تکمیل کردند. سپس برای یک گروه آزمایشی در هشت جلسه هفت‌ماهی یک‌بار آموزش مبتنی بر طرح‌واره به صورت گروهی و فردی اجرا شد. این گروه طبق پروتکل برای ورود به جلسات آموزشی طرح‌واره ابتداء 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 ابتداء میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کننگان گروه آموزش مبتنی بر

۳ یافته‌ها

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 پیش‌فرضهای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بهوسیله آزمون شاپیرو-ولیک نشان داد، خرده‌متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p<0.05$). آماره آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p>0.05$): بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای خرده‌متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی رد نشد. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد، فرض برای واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای خرده‌متغیر بازداری برقرار نبود ($p>0.05$): اما برای خرده‌متغیرهای دفاعی بودن و نمره کل سرکوبگری عاطفی برقرار بود ($p<0.05$). با توجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس-گیسر مقدار اپسیلون کوچکتر از ۰.۷۵ به دست آمد، از این آزمون برای بررسی متغیر بازداری استفاده شد.

طرح‌واره برابر با $41/100 \pm 6/53$ سال، گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برابر با $40/31 \pm 8/36$ سال و گروه گواه برابر با $42/47 \pm 8/54$ سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد، بین میانگین‌های سن سه گروه از زنان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0.466$). میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراقبت شرکت‌کنندگان گروه آموزش مبتنی بر طرح‌واره برابر با ۹/۷۳ $\pm 2/25$ 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 میانگین‌های 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 طرح‌واره 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 گواه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر ($26/67$ درصد) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۵ نفر ($33/33$ درصد) دیپلم و ۶ نفر ($40/40$ درصد) بیشتر از دیپلم داشتند. در گروه گواه میزان تحصیلات ۶ نفر ($40/40$ 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 گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
طرح‌واره	طرح‌واره	میانگین \pm انحراف معیار	$46/48 \pm 4/91$	$42/67 \pm 5/03$	$43/47 \pm 5/32$
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	میانگین \pm انحراف معیار	$48/100 \pm 5/34$	$41/60 \pm 4/52$	$40/79 \pm 4/80$
گواه	گواه	میانگین \pm انحراف معیار	$47/13 \pm 5/14$	$46/93 \pm 5/09$	$48/33 \pm 5/81$
طرح‌واره	طرح‌واره	میانگین \pm انحراف معیار	$32/27 \pm 3/15$	$28/46 \pm 3/29$	$28/60 \pm 4/15$
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	میانگین \pm انحراف معیار	$32/87 \pm 4/12$	$24/60 \pm 3/31$	$24/33 \pm 4/51$
گواه	گواه	میانگین \pm انحراف معیار	$33/17 \pm 3/77$	$34/108 \pm 3/81$	$32/80 \pm 3/53$
طرح‌واره	طرح‌واره	میانگین \pm انحراف معیار	$6/46 \pm 78/73$	$71/13 \pm 4/95$	$72/27 \pm 7/08$
پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	میانگین \pm انحراف معیار	$80/86 \pm 7/34$	$66/20 \pm 6/45$	$65/13 \pm 5/54$
گواه	گواه	میانگین \pm انحراف معیار	$80/31 \pm 6/58$	$81/100 \pm 5/93$	$81/13 \pm 6/48$

جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین متغیرهای بازداری، دفاعی بودن و سرکوبگری عاطفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش چشمگیری یافت.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های سرکوبگری عاطفی

سرکوبگری عاطفی	مجموع مجذورات خطأ	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	احتمال	مقدار	نی
اثر گروه	$403/20$	$2512/53$	$196/41 \pm 83$	$2/37$	$0/044$	$0/138$	
اثر زمان	$193/60$	$533/60$	$1/96 \pm 41/83$	$15/24$	$<0/001$	$0/266$	
اثر متقابل گروه و زمان	$287/20$	$783/87$	$3/52 \pm 73/88$	$7/69$	$<0/001$	$0/268$	
اثر گروه	$836/28$	$540/58$	2 ± 42	$32/49$	$<0/001$	$0/607$	
اثر زمان	$255/09$	$800/20$	2 ± 42	$6/71$	$0/003$	$0/242$	
اثر متقابل گروه و زمان	$386/92$	$1245/42$	4 ± 84	$6/52$	$<0/001$	$0/237$	
اثر گروه	$2369/08$	$3013/24$	2 ± 42	$16/51$	$<0/001$	$0/440$	
اثر زمان	$1038/02$	$1305/20$	2 ± 42	$7/14$	$0/002$	$0/443$	
اثر متقابل گروه و زمان	$1298/39$	$2070/89$	4 ± 84	$13/17$	$<0/001$	$0/385$	

بررسی میانگین‌ها در جدول ۳ و مقدار احتمال در جدول ۴ و نمودارهای شکل ۱ مشخص می‌کند، آموزش مبتنی بر طرح‌واره درمانی

($p=0.002$) در طول زمان تغییرات معناداری داشت. با توجه به جدول ۴ و نمودارهای شکل ۱، اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش مؤلفه‌های بازداری ($p<0.001$)، دفاعی‌بودن ($p<0.001$) و سرکوبگری عاطفی ($p<0.001$) در مقایسه با گروه گواه شد.

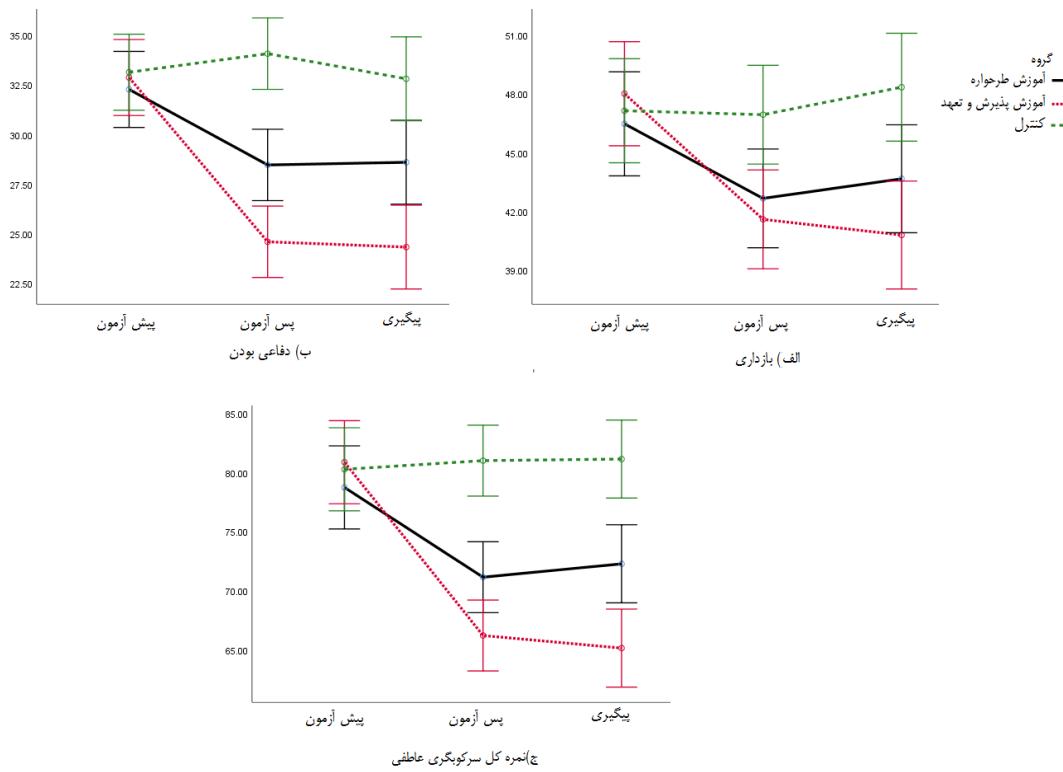
و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های بازداری ($p=0.44$) دفاعی‌بودن ($p=0.001$) و سرکوبگری عاطفی ($p>0.001$) اثر کاهنده داشتند. همچنین با توجه به جدول ۴، میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری را نشان داد. میانگین مؤلفه‌های بازداری زمان تغییرات ($p=0.003$)، دفاعی‌بودن ($p=0.001$) و سرکوبگری عاطفی

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

تفاوت گروه‌ها	خطای معیار	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۰/۸۰۰	۱/۰۰۰
طرح‌واره	گواه	-۳/۲۰۰	۰/۱۶۹
پذیرش و تعهد	گواه	-۴/۰۰	۰/۰۵۵
طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۲/۵۱۱	۰/۰۰۶
طرح‌واره	گواه	-۳/۵۵۶	۰/۰۰۱
پذیرش و تعهد	گواه	-۶/۰۶۷	۰/۰۰۱
طرح‌واره	پذیرش و تعهد	۲/۳۱۱	۰/۲۱۲
طرح‌واره	گواه	-۶/۷۵۶	۰/۰۰۱
پذیرش و تعهد	گواه	-۱۰/۰۶۷	۰/۰۰۱
تفاوت زمان‌ها	خطای معیار	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۶۷	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۹۳۳	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۴۶۷	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	-۰/۵۳۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۹۳۳	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	۰/۵۳۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۱۱	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۴/۱۷۸	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۷۱۱	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۰/۴۶۷	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۷۸	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۴۶۷	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۱۷۸	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۷/۱۱۱	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۱۷۸	۰/۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	-۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۱۱۱	۰/۰۰۱
پیگیری	پس‌آزمون	۰/۰۶۷	۱/۰۰۰

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 پس‌آزمون با پیگیری برای مؤلفه‌های بازداری ($p=0.000$) و دفاعی‌بودن ($p=0.000$) و نمره کل سرکوبگری عاطفی ($p=0.000$) در نمره کل سرکوبگری عاطفی بود. جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت معنادار بین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای مؤلفه‌های 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 دفاعی‌بودن 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 پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای مؤلفه‌های بازداری ($p=0.001$) و دفاعی‌بودن ($p=0.001$) و



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

داشت. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های شاهبیک و همکاران (۳۰) و وجنازووسکا و همکاران (۳۱) همسوست. پژوهش شاهبیک و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابرازگری عاطفی بود (۳۰). وجنازووسکا 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، تصريح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های ایشان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و درنهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌های ایشان 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 بهدلیل سازوکارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون دوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمان جویان 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 تعديل 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

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 دفاعی‌بودن اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش عرفان و همکاران همسوست که در آن طرح‌واره‌درمانی هیجانی در فرایند ابراز و پردازش هیجان‌ها مؤثر بود (۱۷).

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی می‌توان چنین گفت، چون طرح‌واره‌ها در اثر ناکامی‌های دردناک نیازهای هیجانی بنیادین در طول زندگی، شکل گرفته‌اند، هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی عبارت است از کمک به بیمار تا نحوه برآورده کردن صحیح نیازهای هیجانی بنیادین خود را بگیرد. به عبارت دیگر، آسیب‌های هیجانی اولیه ناشی از سدشدن 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 طرح‌واره‌درمانی به مُراجعان کمک می‌شود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با ترمیم طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای خود نظری اجتناب، تغییر دهنده (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 دفاعی‌بودن اثربخش بود و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز تداوم

می‌کند. همچو شی زدایی به مراجعت کمک می‌کند تا از تجربه‌های درونی مانند افکار، خاطرات یا ارزیابی تجارب بیرونی (صدایها 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 مراجعت تشویق می‌شوند به استقبال افکار و احساسات خود بروند؛ بدون اینکه برای مقاومت، اجتناب یا سرکوب آن‌ها به «اجتناب تجربی» متول شوند (۲۶).

نتایج پژوهش مشخص کرد، بین اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح واره 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 طرح واره درمانی، در این متغیر نشان داد. در راستای این نتایج پژوهش‌های همسو با نامه‌سیوی یافت نشد که به مقایسه این دو روش پرداخته باشد.

در تبیین تفاوت اثربخشی طرح واره 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 متول 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 بدین‌ترتیب فرد را از مکانیزم سرکوبگری رهایی می‌بخشد (۲۸). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد می‌آموزد حل مشکلات، اقدامی متعهد مبتنی بر ارزش برای اصلاح نقايس، 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 ناگاهانه سعی در مطلوب جلوه‌دادن خود و انکار میزان اضطراب امتحان کرده باشند؛ ممکن است ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی‌اقتصادی 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 بهکارگیری مصاحبه عمیق به برسی سرکوبگری عاطفی و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر آن پردازنند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی‌اقتصادی متفاوت صورت گیرد. همچنین از تلویحات کاربردی پژوهش حاضر، اثربخشی طرح واره 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 خانواده محور برای مادران دارای کودکان استثنایی ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، طرح واره درمانی در کمک به بیماران برای تغییردادن الگوهای هیجانی منفی یا ناسازگاری که سال‌ها با آن‌ها

پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند، به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی‌شان، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط تنفس آور 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 مراجعت کمک می‌کند به افکار به عنوان رویدادهایی در جهان بینگردند، 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 انعطاف‌نایابی روان‌شناختی است (۱۹). در ذهن‌آگاهی، هدف ضمیمی فراهم‌آوردن تجربه هیجان‌ها و شناخت‌ها به منزله رویدادهای درونی است که الگوی پاسخ به محرك‌های 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 بهمنزله رویدادهای درونی برای دورزدن این فرایندهای زبان وابسته 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).

رویارویی 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 ایستاندن در گلزاری باشد که گلهایش خارهای تیز و برندۀ 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، همچو شی احتمال محدودشدن خزانه رفتاری فرد را در مواجهه با چنین تجربه‌هایی افزایش می‌دهد؛ درنتیجه فرصت رفتار ارزش‌مدار را از شخص می‌گیرد. همچو شی زدایی 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 پی رامونش اتفاق می‌افتد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد و بهترین واکنش را دربرابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد. ذهن‌آگاهی به فرد اجازه می‌دهد شناخت‌ها و هیجان‌های خود را از منظر ناظری بیرونی جدایی از هر دو جهان خارج و خود فرد نظاره‌گر باشد (۲۴). در کنار فرایند پذیرش، همچو شی زدایی نیز گشودگی در قبال تجربه درونی را تقویت

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

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس 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

نویسنده‌گان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسنده‌گان

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

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, Masaei 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

زندگی کرده‌اند، کارآمد است؛ اما برای حل مشکلاتی نظریه بازداری بیش از حد، ناقوی در ابراز و حل و فصل هیجان‌ها و عواطف به جای 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 تشكروقدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیّة اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کننده‌گان

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

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, Omidi 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, Sarafraz 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.iums.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.