

اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای تعارضات زناشویی

The effectiveness of schema therapy on improving marital adjustment and quality of life of women with marital conflicts

Zahra Fathi

Master of Positive (Islamic) Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.

Email: Zahrafathi340@gmail.com

Maryam Ghorbani

Master of Positive (Islamic) Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.

Malihe Jahanbakhsh

Master of Positive (Islamic) Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.

زهرا فتاحی*

کارشناسی ارشد روانشناسی (اسلامی) مثبت گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

مریم قربانی

کارشناسی ارشد روانشناسی (اسلامی) مثبت گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

ملیحه جهانبخش

کارشناسی ارشد روانشناسی (اسلامی) مثبت گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

Abstract

The aim of this study was the effectiveness of schema therapy on improving marital adjustment and quality of life of women with marital conflicts. This research is experimental (quasi-experimental) and applied with a pre-test-post-test research design with a control group. The statistical population in this study included women with marital conflicts who referred to 12 counselors and psychologists in Isfahan province. Fifteen people were assigned and used virtually in the Skyroom environment for 8 sessions of 1 and a half hours based on the design package of Jeffrey Young Schema Therapy Scheme in the book Schema Therapy (Young, Closco and Vichar; translated by Hamidpoor Andouz(2020). In this study, Spanier Marital Adjustment Questionnaire (1976) and Quality of Life Questionnaire (1991) were used. The data of the present study were analyzed using SPSS software version 23 and analysis of covariance($P<.01$).

چکیده

هدف از این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای تعارضات زناشویی بود. این پژوهش از نوع تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام می‌شود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به ۱۲ مشاور و روانشناس در سطح استان اصفهان بود. ۳۰ نفر از زنانی که از نظر مشاورین دارای تعارضات زناشویی بودند به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل در هر گروه تعداد ۱۵ نفر گمارده شدند و به صورت مجازی در محیط اسکای روم ۸ جلسه‌ی ۱ و نیم ساعته بر اساس بسته طراحی شده طرحواره درمانی جفری یانگ در کتاب طرحواره درمانی استفاده شد (یانگ، کلسکو و ویشار؛ ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۹۹). در این پژوهش از پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶)، پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌های پژوهش حاضر، با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای

Keywords: Schema therapy, marital adjustment, quality of life. Women.

تعارضات زناشویی تأثیر دارد و میزان تأثیر در سازگاری زناشویی ۳۱/۴ و در کیفیت زندگی ۲۹/۵ می‌باشد ($P < 0/01$).

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی، زنان.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : شهریور ۱۴۰۰	پذیرش: آبان ۱۴۰۰
--------------------	----------------------	------------------

مقدمه

خانواده یکی از پایه‌های مهم تشکلهای اجتماعی و از ارکان اساسی هر جامعه به شمار می‌آید. این نهاد اجتماعی به‌منزله‌ی مبدأ ظهور و بروز عواطف انسانی و کانون روابط صمیمانه میان- فردی شناخته‌شده و مورد تأیید است (شامحمدی، درویزه و پورشهریاری، ۱۳۸۷). این نهاد اجتماعی با ازدواج شکل می‌گیرد و نحوه انتخاب همسر و انعقاد پیوند زناشویی نقطه عطفی در رشد و پیشرفت شخصی تلقی می‌شود و به‌نوعی سرنوشت آتی زوجها و فرزندانشان در همین مرحله پایه‌گذاری می‌شود (عدالتی و ردزوان^۱، ۲۰۱۰).

بنابراین حفظ و ارتقای روابط خانوادگی، ایجاب می‌کند تا میزان ثبات و کیفیت روابط زناشویی با ارزیابی مفاهیمی مانند سازگاری، صمیمیت، موفقیت و مفاهیمی از این دست مورد بررسی قرار گیرد (روبلیس، اسلاچر، ترومبلو و مک گین^۲، ۲۰۱۴). از این رو یکی از متغیرهایی که می‌تواند بر کیفیت روابط زناشویی اثرگذار باشد، میزان سازگاری زوجها است. به اعتقاد لاتا رائو^۳ (۲۰۱۷) سازگاری زناشویی رفتاری انطباقی است که در آن زوجها نیازهای یکدیگر را پاسخ می‌گویند. طی این فرآیند همسران فرامی‌گیرند که چگونه باگذشت زمان با یکدیگر در امور گوناگون مشارکت و مصالحه کنند و خود را با شرایط پیش‌آمده سازگار گردانند. همچنین به اعتقاد برن، کار و کلارک^۴ (۲۰۰۴) سازگاری زناشویی فرآیند در حال تغییر و مجموعه‌ای از چهار جنبه عملکرد زوجها در زندگی مشترک است که شامل رضایت از زندگی زناشویی، همبستگی، توافق و هم‌رأیی و تجلی ابراز عواطف و احساسات زوجها در محیط خانواده است (جانسون^۵، ۲۰۰۴). از این رو می‌توان گفت که سازگاری زیربنای عملکرد مطلوب خانواده است که سبب تسهیل ایفای نقش والدینی و رضایت بیشتر زوجها از یکدیگر می‌شود. همچنین سازگاری زناشویی یک موقعیت روان‌شناختی است که خودبه‌خود به وجود نمی‌آید بلکه دستیابی به آن مستلزم تلاش زوج‌هاست (احمدی، نبی پور اشرفی، کیمیایی و افضل، ۲۰۱۰). افزایش کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است. کیفیت زندگی و ارزیابی‌هایی که فرد از کیفیت زندگی خود دارد در سال‌های اخیر ارزش زیادی پیدا کرده است. سازمان بهداشت جهانی^۶ (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف کرده است: درک افراد از موقعیتی که، در زندگی‌شان (زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی) دارند. کیفیت زندگی بر اساس شواهد مختلفی که در قسمت‌های مربوط به آن وجود دارد، یک ساختار چندبعدی محسوب می‌شود. محققان مختلفی ارتباط میان خصوصیات فردی و کیفیت زندگی از قبیل زندگی خوب، رشد ارزش‌ها، میزان کنترل استرس، نگرانی و یکنواختی را مورد بررسی قرار داده‌اند (احمدی، ماردپور و محمودی، ۱۳۹۹).

¹. Edalati & Redzuan

². Robles, Slatcher, Trombello & McGinn

³. Lata Rao

⁴. Byrne, Carr & Clark

⁵. Johnson

⁶. WHO

از این رو شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر بر این ابعاد همواره مورد توجه و دغدغه درمانگران خانواده بوده است. در پژوهشی که توسط یانگ^۷ (۲۰۰۳) انجام شد، آن‌ها دریافتند که در زوجین، علاوه بر طرح‌واره‌های اولیه که به روابط زناشویی وارد می‌شوند، در روابط فعلی نیز طرح‌واره‌هایی شکل می‌گیرند، چنان‌که در روابط دو نفر نیازهای طرح‌واره‌ی اولیه برآورد نشود و یا طرح‌واره‌ی اولیه با طرح‌واره‌ی فعلی ناهماهنگ باشد، موجب ناسازگاری بین زوجین و در نهایت طلاق می‌شود. روشی که مبتنی بر طرح‌واره برای حل اختلافات توسط یانگ به وجود آمده، طرح‌واره درمانی نام دارد. طرح‌واره درمانی، روشی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح‌واره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، ۲۰۰۳).

طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرح‌واره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رنر، ارنتز، پیترز، لوبستائل و هیوبرس، ۲۰۱۶).

در پژوهش دی آندریا^۹ (۲۰۰۴) نتایج نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با عواطف مثبت، اعتماد به نفس و سازگار مشارکتی زوجین رابطه‌ی منفی دارد. آریتی و بمپوراد^{۱۰} (۱۹۸۰) در پژوهشی دریافتند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر منفی بر رضایت زناشویی دارند. نتایج پژوهش داودوندی، شکوهی نوایی نژاد و فرزاد (۱۳۹۶) نشان داد، روش طرح‌واره درمانی بر سازگاری و صمیمیت زوجین مؤثر است. احمدی، ماردپور و محمودی (۱۳۹۹) در پژوهشی دریافتند که طرح‌واره درمانی تأثیر معناداری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است. در مجموع با توجه به ویژگی‌های مشکلات زناشویی، نقش رویکرد طرح‌واره درمانی به عنوان عامل کلیدی در موفقیت، ارتقای سلامت و کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان دارای تعارضات زناشویی و خلأهای پژوهشی در این زمینه و استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی و درمان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از ضرورت‌های مهم این مطالعه است، با توجه به مواردی که در متن به آن‌ها اشاره شد، هدف از این پژوهش پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر است؟

روش تحقیق

این پژوهش از نوع تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام می‌شود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به ۱۲ مشاور و روانشناس در سطح استان اصفهان بود. ۳۰ نفر از زنانی که از نظر مشاورین دارای تعارضات زناشویی بودند به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل در هر گروه تعداد ۱۵ نفر گمارده شدند و به صورت مجازی در محیط اسکای روم ۸ جلسه‌ی ۱۰۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته طراحی شده طرح‌واره درمانی جفری یانگ در کتاب طرح‌واره درمانی استفاده شد (یانگ، کلووسکو و ویشار؛ ترجمه حمیدپورو اندوز، ۱۳۹۹). داده‌های پژوهش حاضر، با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

7. Young

8. Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael and Huibers,

9. D'andrea

10. Arieti & Bemporad

شرح جلسات آموزش

جدول ۱: خلاصه درمان شناختی رفتاری (فتی و موتایی، ۱۳۹۴)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معرفی برنامه- اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	آشنایی با مفاهیم اصلی پژوهش و طرح‌واره‌ها
جلسه سوم	آموزش حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار
جلسه چهارم	شروع تکنیک‌های شناختی
جلسه پنجم	ادامه تکنیک‌های شناختی و درنهایت نوشتن فلش‌کارت آموزش
جلسه ششم	شروع تکنیک‌های تجربی درنهایت نوشتن نامه به والدین
جلسه هفتم	تشریح روابط درمانی (میان‌فردی)، شروع تکنیک‌های الگوکنی رفتاری
جلسه هشتم	ادامه تغییر رفتارها و سبک مقابله‌ای اجرای پس‌آزمون

پرسشنامه سازگاری زناشویی^{۱۱} (DAS^{۱۲})

این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است و به کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دونفری مشابه آن می‌پردازد. اسپانیر^{۱۳} (۱۹۷۶) بین نمرات زوج‌های سازگار و ناسازگار تفاوت‌هایی را مشاهده و از آن برای تعیین ساخت اصلی پرسشنامه استفاده نموده‌اند. نمره کلی مقیاس از صفر تا ۱۶۰ با جمع نمرات سؤال‌ها به دست می‌آید. پاسخ‌گویی به ۳۲ سؤال این مقیاس با سبک لیکرت ۶ درجه‌ای می‌باشد که برای افزایش پایایی آن، تعدادی از سؤال‌ها به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده‌اند. افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ و یا کمتر از آن باشد، از نظر اسپانیر دارای مشکل و ناسازگار تلقی می‌شوند. نمره میانگین کل این مقیاس در پژوهش وی برای افراد متأهل ۱۱۴/۸ و برای افراد مطلقه ۷۰/۷ به دست آمده است (ثنایی، علاقبند، فلاحی و هومن، ۱۳۸۷).

رضایت زناشویی: ۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۳۱-۳۲

همبستگی دونفری: ۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸

توافق دونفری: ۱-۲-۳-۵-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵

ابراز محبت: ۴-۶-۲۹-۳۰

اسپانیر (۱۹۷۶)، به نقل از ثنایی، علاقبند، فلاحی و هومن، (۱۳۸۷) پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش نمود که از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. در پژوهش‌های صورت گرفته در ایران نیز پژوهشگران به همسانی درونی بالایی (۰/۹۵) در سرتاسر پرسشنامه دست‌یافته‌اند (ملازاده، منصور، اژهای و کیامنش، ۱۳۸۱). همچنین با استفاده از قضاوت متخصصان درباره محتوای مقیاس، شواهدی دال بر وجود روایی محتوایی آن به دست آمده است. بر این اساس همبستگی ۰/۸۶ بین نتایج آن با مقیاس سازگاری زناشویی لاک و والاس، روایی هم‌زمان آن مشخص شده است (اسپانیر، ۱۹۷۶)؛ به نقل از ثنایی و همکاران، (۱۳۸۷).

^{۱۱} . Spanier Dyadic Adjustment Scale^{۱۲} . Dyadic Adjustment Scale^{۱۳} . Spanier

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL – 26)

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی طرحی بود که برای اولین بار در سال ۱۹۹۱ اجرا شد. هدف این طرح ایجاد ابزاری بین‌المللی و نا وابسته به فرهنگ جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد بود. این ابزار (پرسشنامه) ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌ها خودارزیابی می‌کند. WHOQOL ابزارهای هستند که در تعدادی از مراکز در سرتاسر دنیا استفاده شده و بنابراین به‌طور گسترده مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). WHOQOL کوتاه شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه وسیع را اندازه‌گیری می‌کند، که عبارت‌اند از: سلامت جسمی (سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، سلامت روان‌شناختی (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۲، ۲۱، ۲۰) و محیط (۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۹، ۸). سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است طریقه نمره‌گذاری به این صورت است که تک‌تک ۲۶ آیتم این پرسشنامه به‌طور جداگانه نمره‌گذاری می‌شود و دامنه هر آیتم از ۱ تا ۵ می‌باشد (اسکوینگتون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی، ۰/۷۶، اسکوینگتون و همکاران ۲۰۰۴). نجاتی، احمدی، شریفیان و شعاعی (۱۳۹۰) روایی و پایایی را با آلفای کرونباخ ۰/۶۱-۰/۷۴ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

میزان سن زنان شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن	۳۰	۴۲	۲/۶	۲۴	۴۶

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین سن مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۴۲ و با انحراف استاندارد ۲/۶ می‌باشد. حداقل سن ۲۴ و حداکثر سن افراد تحقیق، ۴۲ سال است.

جدول ۲: میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه	متغیر	دیپلم و کمتر	لیسانس	فوق لیسانس	کل
میزان	فراوانی	۱۲	۱۵	۳	۳۰
تحصیلات	درصد	۴۰	۵۰	۱۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای تحصیلات متفاوتی می‌باشند. که از این میان تحصیلات لیسانس بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی زنان

گروه	جنسیت	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
سلامت جسمانی	آزمایش	۱۵	۱۴/۱۳	۱/۰۷	۱۶/۱۳
	کنترل	۱۵	۱۴/۰۶	۱/۱۸	۱۵/۹۳
سلامت روان شناختی	آزمایش	۱۵	۱۲	۱/۳۹	۱۲/۴۷
	کنترل	۱۵	۱۳/۱۳	۱/۶۸	۱۲/۷۳
روابط اجتماعی	آزمایش	۱۵	۵/۶۷	۱/۴۴	۶/۶
	کنترل	۱۵	۶/۰۶	۱/۲۲	۶
محیط	آزمایش	۱۵	۱۵/۳۳	۱/۸۳	۱۷/۶
	کنترل	۱۵	۱۵/۴	۱/۵۵	۱۵/۸۷
کیفیت زندگی (کل)	آزمایش	۱۵	۴۷/۱۳	۵/۷۳	۵۲/۸
	کنترل	۱۵	۴۸/۶۵	۵/۶۳	۵۰/۵۳

همان طور که در جدول ۴-۴ مشاهده می شود، میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۷/۱۳ و در گروه کنترل برابر با ۴۸/۶۵ است. در حالی که در پس آزمون میانگین نمرات در گروه آزمایش برابر با ۵۲/۸ و در نهایت در گروه کنترل برابر با ۵۰/۵۳ است.

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه های نمونه در جامعه

جدول ۴: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	شاپیرو-ویلک	
		آماره	درجه آزادی
کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۹۵۰	۱۵
	کنترل	۰/۹۳۱	۱۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرها تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانکوا تاثیر عضویت گروهی بر میزان مولفه های پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
کیفیت زندگی	۱۶۳/۸۴۵	۱	۱۶۳/۸۴۵	۱۶/۲۹۰	***۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۰/۹۷۲
خطا	۲۵۱/۴۴۴	۲۵	۱۰/۰۵۸	-	-	-	-

همانطوریکه در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). لذا فرضیه ۱-۳ تأیید گردید. طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی زنان دارای تعارضات زناشویی تاثیر دارد. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۲۹/۵ درصد بوده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل مانکوا تاثیر عضویت گروهی بر میزان مولفه های پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
عضویت گروهی	۳۷۸/۲۵	۱	۳۷۸/۲۵	۱۲۴/۵۴	***۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۹۸۴
خطا	۲۵۱/۴۴۴	۲۵	۱۰/۰۵۸	-	-	-	-

همانطوریکه در جدول ۴-۹ نشان داده شده است، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات سازگاری زنان دارای تعارضات زناشویی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنا داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بنابراین طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی تاثیر دارد. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۳۱/۴ درصد بوده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی توانسته بر بهبود سازگاری زناشویی زنان و کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار باشد و میزان سازگاری زناشویی آنها ۳۱/۴ درصد و کیفیت زندگی آنها ۲۹/۵ درصد افزایش یابد. این یافته ها با نتایج تحقیق احمدی، ماردپور، محمودی (۱۳۹۹)، مهتدی جعفری، عشایری و بنی سی (۱۳۹۸) می باشد که نشان داد طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی تأثیر مثبت معناداری دارد.

سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند. سازگاری در ازدواج از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود (چیارا، ایول، الیسا، لوکا و پیئرا^{۱۵}، ۲۰۱۴).

رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمدی و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون‌شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند به ابراز هیجان و عواطف سرکوب‌شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند و باعث نزدیکی عاطفی زوج‌ها می‌گردد (محناپی، موسوی گلستانه، زیشه‌ری و کیخسروانی، ۱۳۹۸).

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که: ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی و نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان فرصتی را برای بهبود علائم رهاشدگی، انزوای اجتماعی، اجتناب و غیره فراهم می‌آورد. طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان طرحواره‌های ناسازگار شده است. تکنیک‌های رفتاری به زوجین کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ی خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به زوجین کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. طرحواره درمانی به زوجین کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را بتوانند سازد. این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، زوجین طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی علیه آن‌ها بجنگند. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند. از سوی دیگر زوجین می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند.

منابع

- [۱] احمدی، س. ماردپور، ع. ر. محمودی، آ. (۱۳۹۹). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. روش‌ها و مدل‌های روان شناختی. ۱۱(۴۱): ۵۳-۷۰.
- [۲] ثنائی، ب. علاقبند، س. فلاحی، ش. هومن، ع. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- [۳] داودوندی، ش. نوابی نژاد، و. ا. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان-محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجها. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۵(۱)، ۳۹-۵۶.
- [۴] شامحمدی قهساره، ا. درویشه، ز. پورشه‌ری، م. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معنادان و پیشگیری از بازگشت معنادان مرد در شهر اصفهان. فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۲(۷): ۳-۲۸.
- [۵] محنایی، س. گلستانه، س. م. پولادی ریشه‌ری، ع. کیخسروانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش طرح‌واره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. نشریه علمی روانشناسی اجتماعی. ۷(۵۱): ۱-۱۰۹.
- [۶] مهتدی جعفری، س. عشایری، ح. بنی سی، پ. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پی‌گیری یک ماهه. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۵(۳): ۲۷۸-۲۹۱.
- [۷] نجاتی، و. احمدی خ. شریفیان، م. شعاعی، ف. (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دهه‌های سنی مختلف: پیش‌بینی برای سالمندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. سال اول. شماره ۴. زمستان ۱.
- [۸] یانگ، ج. کلوکسو، ژ. ویشار، م. (۱۳۹۹). طرح‌واره درمانی (جلد ۱). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. نشر ارجمند.
- [9] Ahmadi, K., Nabipoor Ashrafi, S.M., Kimiaee, S.A., & Afzali, M.H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 10(8), 682-687.
- [10] Arieti S, Bemporad J. (1980). The psychological organization of depression. *J Am Psychiatry*, 1905-60.
- [11] Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 361-387.
- [12] Chiara, G., Eva, G., Elisa, M., Luca, R., & Piera, B. (2014). Psychometrical properties of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Italian couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 499-503.
- [13] D'andrea JT. (2004). An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping styles. Ph.D. Dissertation. New York: New York University, 15-32.
- [14] Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 6(4), 132-137.
- [15] Johnson, S.M. (2004a). Attachment theory: A guide for healing couple relationships. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 367-387). New York: Guilford Publications.
- [16] Lata Rao, S. (2017). Marital adjustment and depression among couples. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(2), 34-42.

- [17] Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J. and Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*:10.1016/j.jbtep.2015.12.001
- [18] Robles, T.F., Slatcher, R.B., Trombello, J.M., & McGinn, M.M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1),140-187.
- [19] Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*,38, 15-28.
- [20] Young JE. (2003)Schema therapy. New York: Guilford: 123-218.