

اثربخشی طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی در زنان متقاضی طلاق

نازنین فاطمه داستان پور^۱

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی در زنان متقاضی طلاق می باشد، روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بود و در بخش میدانی روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع تحلیل کوواریانس بود. به منظور گردآوری داده های پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شد. جامعه ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان متقاضی طلاق بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از زنان در آستانه طلاق اصفهان بود. نمونه پژوهش حاضر به صورت هدفمند و با مراجعه به مراکز مشاوره طلاق انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بوده و در بخش میدانی به منظور گردآوری داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد. پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه مقیاس سازگاری زناشویی گراهام پی پ اسپنیر (۱۹۷۶) بوده است. تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت که در سطح توصیفی از شاخص های میانگین، انحراف معیار (استاندارد)، فراوانی و درصد فراوانی و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته ها حاکی از آن است که مقدار F بدست آمده، برای هر دو متغیر در سطح $0/05$ معنی دار می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد ($p < 0/05$). نتایج نشان داد که میزان سازگاری زناشویی زنان متقاضی طلاق در گروه طرحواره درمانی از گروه گواه تفاوت معناداری دارد.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، سازگاری زناشویی، زنان، طلاق.

مقدمه

ازدواج به عنوان مهمترین رفتار اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی و کسب امنیت همواره مورد توجه همه روانشناسان، مشاوران و سایر متخصصان بهداشت روان قرار داشته است. ازدواج رابطه‌ای پیچیده، ظریف و پویا است. وجود یک خانواده مستحکم، گرم، صمیمی و دارای احترام متقابل یکی از پیامدهای ازدواج موفق است که می‌تواند سلامت جسم و روان، راحتی، آرامش و ایمنی همسران و اعضای خانواده را در پی داشته باشد. خانواده مهم‌ترین واسطه انتقال ارزش‌ها و باورها به نسل آینده است و به عنوان پایه و اساس تعلیم و تربیت افراد در تمام جوامع شناخته شده است (کیانی و همکاران، ۱۴۰۲). یکی از عوامل مؤثر در سلامت نهاد خانواده مسئله طلاق است که به عنوان آسیبی اجتماعی از مهمترین مسائل زندگی بشر به شمار می‌رود و در ابعاد گوناگون تأثیری فزاینده بر زندگی انسان‌ها دارد. طلاق از جمله آسیب‌های اصلی خانواده محسوب می‌شود، در هر جامعه وجود دارد و از انواع و سطوح مختلفی تشکیل شده است. خانواده صرفاً حضور تعدادی از افراد که در یک فضای فیزیکی و روان شناختی در کنار هم قرار دارند، نیست. خانواده به عنوان یک سیستم اجتماعی-فرهنگی تلقی می‌شود که در کنار همه خصوصیات دیگرش، دارای مجموعه‌ای از قواعد است و هر یک از اعضایش نیز نقش خاصی دارند (کردزنگنه و قاسمی اردهالی، ۱۴۰۲).

مقصود از میل به طلاق میزان تمایل و علاقه مندی همسران به جدا شدن و گسستن روابط زناشویی با گاراندن مراحل قانونی است؛ این مساله یکی از پدیده‌های فراگیر جوامع انسانی است. پدیده میل به طلاق چند عاملی است و یک عامل به تنهایی نمی‌تواند موجبات پیدایی آن را فراهم کند. در این پدیده چند عامل به هم می‌پیوندند و شبکه‌ای پیچیده را فراهم می‌آورند؛ به گونه‌ای که در نوع خود منحصر به فرد است. این مفهوم دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است، که در بعد شناختی تصورات فرد در مورد طلاق را در بر می‌گیرد و در بعد عاطفی شامل احساسات و عواطف مثبت و منفی فرد نسبت به طلاق است، سرانجام بعد رفتاری میزان آمادگی رفتاری فرد را جهت یا علیه طلاق در بر می‌گیرد. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود که ممکن است از طریق بارآورده نشدن نیازها یا شیوه اهداف، مقابله‌های ضعیف، مدیریت حوادث زندگی یا ناتوانی در انتقال احساسات به همسر باشد مسلماً این مشکلاتی که سبب می‌شود، مثل انگیزه جدایی، تصمیم به جدایی بگیرند، تعارض شدید و رویدادهای خشنونت‌آمیز دائمی، گاهی هم عوامل غیره منتظره باعث فروپاشی زندگی زناشویی می‌شود، مثل افشاهای خیانت زناشویی، و یا موقعی که یکی از همسران قصد جدایی داشته باشد و نسبت به زندگی با همسر خود تردید داشته باشد (قادری، ۱۳۹۹). میزان گرایش به طلاق به معنی میزان تمایل و علاقه زوجین به جدا شدن از یکدیگر و گسستن پیوند زناشویی طی مراحل قانونی است که نشان دهنده شدت تمایل زوجین بر اثر جدا شدن از یکدیگر می‌باشد و دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است (امینی، ۱۴۰۰). در بعد شناختی تصورات فرد در مورد طلاق را در بر می‌گیرد و در بعد عاطفی شامل احساسات و عواطف مثبت و منفی فرد نسبت به طلاق است سرانجام بعد رفتاری میزان آمادگی رفتاری فرد را جهت یا علیه طلاق در بر می‌گیرد (پناه پوری و جوهری، ۱۴۰۳).

پناه پوری و جوهری (۱۴۰۳) بیان می‌دارند که هرچه زوجین سازگاری زناشویی بالاتری داشته باشند، احتمال میل به طلاق در آنها کاهش می‌یابد. سازگاری زناشویی به عنوان فرآیند انطباقی زن و شوهر به شیوه کارآمد تعریف می‌شود که از تضاد اجتناب می‌کنند آن چنان که از ازدواجشان و از یکدیگر احساس رضایت می‌کنند و علایق و فعالیت‌های مشترکی دارند و احساس می‌کنند که ازدواجشان انتظارات آنها را برآورده است (یزدی، ۱۴۰۱). گاتمن سه نوع الگوی سازگاری زناشویی را مطرح می‌کند که در یک الگو، زوجین از لحاظ ارتباط با یکدیگر به ابراز عواطف و هیجانات خود می‌پردازند و عواطف مثبت و منفی را به یکدیگر نشان می‌دهند. این زوجین بسیار با صداقت هستند و در برابر تجارب یکدیگر گشودگی و مشارکت دارند. آنها اگر از لحاظ احساسی دچار آسیب شوند، برای احیای روابطشان تلاش می‌کنند. الگوی دوم شامل زوجینی هستند که عواطف خود را تعدیل می‌کنند و فقط در مورد موضوعات مهم و در زمان‌های مناسب با هم ارتباط برقرار می‌کنند و الگوی سوم آن‌هایی هستند که به اجتناب می‌پردازند و اهمیت مسائل را به حداقل می‌رسانند (الیاسی و همکاران، ۱۴۰۳).

در حال حاضر دیدگاه های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل مشکلات سازگاری زناشویی و افزایش رضایت کیفیت رابطه زناشویی و کاهش آشفتگی زناشویی هستند. در میان دیدگاه های مختلف روان شناسی، طرحواره درمانی از جنبه عمق نظریه و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته است (مهدیان و پورفرج عمران، ۱۴۰۳). این درمان به عمیق ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می دهد و با بهره گیری از راهبردهای شناختی، تجربی، هیجانی، رفتاری و بین فردی افراد را در غلبه بر طرحواره های مذکور یاری می دهد (پاک، ۲۰۱۵). در حقیقت طرحواره درمانی بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتار که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند (خاشو و همکاران، ۲۰۱۹).

از نظر یانگ (۱۹۴۴) طرحواره ها تاثیر عاطفی متقابل افراد در روابط صمیمانه را تحت تاثیر قرار می دهند (افشاری و همکاران، ۱۳۹۴). طرحواره درمانی به زوجین کمک می کند تا با زیر سوال بردن طرحواره ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به زوجین کمک می کند تا درستی طرحواره هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، زوجین طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می نگرند که می توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. تکنیک های تجربی کمک می کنند تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند. از سوی دیگر زوجین می توانند با استفاده از این تکنیک ها به فرضیه آزمایی طرحواره ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره ها مهیا سازند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۹). باتوجه به مطالب گفته شده، اهمیت موضوع و اینکه تابحال پژوهشی با این هدف انجام نگرفته است، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی در زنان متقاضی طلاق تاثیر معناداری دارد؟

روش

روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بود و در بخش میدانی روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. به منظور گردآوری داده های پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شد. جامعه ی مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان متقاضی طلاق بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از زنان در آستانه طلاق اصفهان بود. نمونه پژوهش حاضر به صورت هدفمند و با مراجعه به مراکز مشاوره حمایت، پردیس و خانه طرحواره درمانی اصفهان انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفت. مراحل اجرای پژوهش حاضر عبارتند از: ۱. دریافت مجوز های مورد نیاز برای انجام پژوهش، ۲. توضیح و توجیه نمونه مورد نظر، ۳. اجرای پیش آزمون، ۴. اجرای جلسات آموزشی، ۵. اجرای پس آزمون، ۶. جمع آوری داده و آماده سازی جهت تحلیل. برای انتخاب نمونه مورد نظر به مراکز مشاوره حمایت، پردیس و خانه طرحواره درمانی اصفهان مراجعه شد، بعد از هماهنگی های لازم با این مراکز و برگزاری جلسه توجیهی در مکان خیابان وحید، کوچه جوادی ۴، کلینیک خانه طرحواره درمانی (آینده) در خصوص اهداف پژوهش با هماهنگی مدیر و موسس این مرکز به زنان متقاضی طلاق از طریق پوستر ترمیم رابطه اطلاع رسانی و از بین داوطلبین ثبت نام و فراخوان برای شرکت در جلسات و پاسخگویی به پرسشنامه ها انجام شد. به تمامی افراد نمونه متذکر شد تمام اطلاعات آنها محرمانه بوده و به آنها، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می باشد. بعد از اجرای پیش آزمون در بین همه زنان، جلسات آموزشی با استفاده از پروتکل طرحواره درمانی در طول ۱۴ جلسه یک ساعته برگزار شد. پس از پایان جلسات نیز مجددا پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شده و داده ها برای تجزیه و تحلیل آماده سازی شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	ایجاد یک رابطه درمانی امن و همدلانه با زوجین، اجرای پیش آزمون
۲	جلسه دوم	شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی زوجین

۳	جلسه سوم	آموزش مدل درمانی طرحواره محور
۴	جلسه چهارم	بررسی نیازهای اساسی و چگونگی ارضای آن در دوران کودکی (جلسه با زنان)
۵	جلسه پنجم	بررسی نیازهای اساسی و چگونگی ارضای آن در دوران کودکی (جلسه با مردان)
۶	جلسه ششم	بررسی سبک‌های مقابله‌ای
۷	جلسه هفتم	مفهوم سازی مشکل مراجعین بر اساس رویکرد طرحواره درمانی (جلسه فردی)
۸	جلسه هشتم	تغییر طرحواره های ناسازگار از طریق راهبردهای شناختی
۹	نهم	تغییر طرحواره‌های ناسازگار از طریق راهبردهای شناختی (ادامه)
۱۰	دهم	تغییر طرحواره های ناسازگار از طریق راهبردهای هیجانی
۱۱	یازدهم	تغییر طرحواره های ناسازگار از طریق راهبردهای هیجانی (ادامه)
۱۲	دوازدهم	تغییر طرحواره های ناسازگار از طریق راهبردهای رفتاری
۱۳	سیزدهم	تغییر طرحواره های ناسازگار از طریق راهبردهای رفتاری (ادامه)
۱۴	چهاردهم	پایان دادن به جلسه درمان، اجرای پس آزمون

ملاک های ورود و خروج مطالعه عبارتند از: ملاک های ورود به پژوهش: دامنه سنی ۲۲ تا ۵۰ سال، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، در آستانه طلاق بودن، تمایل به شرکت در پژوهش و همکاری، ملاک های خروج از پژوهش: دامنه سنی بالاتر یا پایین تر از ۲۲ تا ۵۰ سال، مدرک تحصیلی زیر دیپلم، مجرد بودن، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و همکاری، جنسیت مرد بودن در نمونه پژوهش، پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت است از: مقیاس سازگاری زناشویی گراهام پی اسپنیر (DAS) توسط اسپنیر (۱۹۷۶؛ نقل از سیفی زاده، زارعی و بخشایش، ۱۳۹۸) برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می کنند تنظیم شده است و دارای ۳۲ سوال می باشد که بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود (سیفی زاده، زارعی و بخشایش، ۱۳۹۸). در مقیاس سازگاری نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر است. اسپنیر (۱۹۷۶؛ نقل از سیفی زاده، زارعی و بخشایش، ۱۳۹۸) اعتبار این مقیاس را در کل نمرات ۰/۹۶ برآورد کرده که نشان دهنده همسانی درونی قابل توجهی است. همچنین اسپنیر روایی سازه‌ای و محتوایی این مقیاس را مطلوب و مورد تایید گزارش نمود. حاج ایوب زاده (۱۳۸۱؛ نقل از سیفی زاده، زارعی و بخشایش، ۱۳۹۸) در پژوهش خود به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه، روش بازآزمایی را با فاصله زمانی یک هفته، روی نمونه ای متشکل از ۱۵ زوج اجرا کرد. ضریب همبستگی بین نمرات مردان و زنان دوبار اجرا، در نمره کل ۰/۸۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ به دست آمده از این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۶ بوده است و مورد تایید است.

تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش با استفاده از نرم افزار **SPSS ۲۶** در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت که در سطح توصیفی از شاخص های میانگین، انحراف معیار (استاندارد)، فراوانی و درصد فراوانی و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این پژوهش، رعایت اصول اخلاقی و احترام به حقوق شرکت کنندگان مورد اهمیت است، به همین منظور چند ملاحظه اخلاقی مهم برای انجام پژوهش مدنظر گرفته شده است، که عبارتند از: شرکت کنندگان بصورت داوطلبانه و آگاهانه در این پژوهش همکاری کنند. برای زنان توضیح داده می شود که در این پژوهش چه اطلاعاتی از آنها بدست خواهد آمد. هر زمان که مایل هستند می توانند از همکاری در این پژوهش کناره گیری کنند. اطلاعات گرد آوری شده از شرکت کنندگان، محرمانه محفوظ می ماند. فقط محققان و دست اندرکاران این پژوهش به این اطلاعات دسترسی خواهند داشت.

یافته ها

در جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی جنسیت آزمودنی ها ارائه شده است.

جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی جنسیت آزمودنی ها

متغیر جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	
تحصیلات	سیکل	۶	۲۰
	دیپلم	۹	۳۰
	لیسانس	۸	۲۶/۷
	فوق لیسانس	۷	۲۳/۳
	کل	۳۰	۱۰۰

براساس نتایج در جدول ۱، کمترین فراوانی در خصوص جنسیت آزمودنی ها مربوط به تحصیلات سیکل و با فراوانی ۶ (۲۰ درصد) و بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم با فراوانی ۹ (۳۰ درصد) می باشد.

یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری زناشویی	آزمایش	۱۵	۴۵/۱۳	۵/۴۸	۱۴۶/۲	۴/۲۲
	کنترل	۱۵	۴۶/۰۶	۴/۰۹	۴۵/۶	۴/۱۷

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین نمرات سازگاری زناشویی در مراحل پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از طرحواره درمانی تغییر پیدا کرده است. به این صورت که سازگاری زناشویی بعد از جلسات طرحواره درمانی افزایش داشته است.

طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی و ابعاد آن در زنان متقاضی طلاق تاثیر معناداری دارد.

به منظور بررسی میزان تفاوت سازگاری زناشویی و ابعاد آن در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه نیز از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون در ادامه آورده شده است.

جدول ۳ نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
رضایت زناشویی	۰.۱۶۸	۱	۲۸	۰.۶۸۵

همبستگی دو نفری	۶۳۷	۱	۲۸	۰.۴۳۱
توافق دو نفری	۲.۵۶۸	۱	۲۸	۰.۱۲۰
ابراز محبت	۴.۶۷۶	۱	۲۸	۰.۰۳۹
سازگاری زناشویی	۴.۷۲۷	۱	۲۸	۰.۰۳۸

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنا دار (بزرگتر از ۰/۰۱) نمی باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای مقایسه سازگاری زناشویی و ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه خطا آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰.۹۹۷	۱۷۷۳.۹۹۷	۴.۰۰۰	۲۱.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۹۹۷
	لامبدای ویلکز	۰.۰۰۳	۱۷۷۳.۹۹۷	۴.۰۰۰	۲۱.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۹۹۷
	اثر هتلینگ	۳۳۷.۹۰۴	۱۷۷۳.۹۹۷	۴.۰۰۰	۲۱.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۹۹۷
	بزرگترین ریشه روی	۳۳۷.۹۰۴	۱۷۷۳.۹۹۷	۴.۰۰۰	۲۱.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۹۹۷

همانطور که مشاهده می گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۱ است ($p < 0.01$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می گردد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط سازگاری زناشویی و ابعاد آن، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت طرحواره درمانی موثر بوده است. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از این متغیرها، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵ آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه سازگاری زناشویی و ابعاد آن گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
رضایت زناشویی	گروه	۶۸۰۴.۷۲۸	۱	۶۸۰۴.۷۲۸	۱۸۴۳.۹۵۰	۰.۰۰۰	۰.۹۸۷
	خطا	۸۸.۵۶۷	۲۴	۳.۶۹۰			
	کل	۳۴۲۵۳.۰۰۰	۳۰				
همبستگی دو نفری	گروه	۱۴۶۳.۳۶۳	۱	۱۴۶۳.۳۶۳	۱۰۸۸.۵۶۰	۰.۰۰۰	۰.۹۷۸
	خطا	۳۲.۲۶۳	۲۴	۱.۳۴۴			

				۳۰	۸۶۷۸.۰۰۰	کل	
		۱۸۰۸.۵۳۶	۱۰۷۳۲.۷۲۲	۱	۱۰۷۳۲.۷۲۲	گروه	توافق دو نفری
			۵.۹۳۴	۲۴	۱۴۲.۴۲۸	خطا	
				۳۰	۴۹۰۹۴.۰۰۰	کل	
		۸۵۳.۱۵۱	۱۷۷۵.۹۳۶	۱	۱۷۷۵.۹۳۶	گروه	ابراز محبت
			۲۰.۸۲	۲۴	۴۹.۹۵۹	خطا	
				۳۰	۹۰۳۲.۰۰۰	کل	
		۷۳۴۵.۰۸۶	۷۱۰۱۴.۴۷۴	۱	۷۱۰۱۴.۴۷۴	گروه	سازگاری زناشویی
			۹.۶۶۸	۲۴	۲۳۲.۰۳۹	خطا	
				۳۰	۳۵۲۳۰۱.۰۰۰	کل	

در جدول ۵ نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه سازگاری زناشویی و ابعاد آن، در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۵، مقدار F بدست آمده، برای مولفه های سازگاری زناشویی در سطح $0/05$ معنی دار می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، در خصوص سازگاری زناشویی چنین نتیجه می شود که میزان سازگاری زناشویی و ابعاد آن در گروه طرحواره درمانی از گروه گواه تفاوت معناداری دارد.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده در مورد این فرضیه با نتایج پژوهش های مختلف به طور مستقیم و غیر مستقیم همخوانی دارد. این نتایج با نتایج پژوهش های مهدیان و پورفرج عمران (۱۴۰۳)، علیزاده اصلی و جعفرنژاد (۱۳۹۷)، عسگری و گودرزی (۱۳۹۷)، کوروک و اوزاباچی (۲۰۲۳)، جانگ و همکاران (۲۰۲۱)، ماسلی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشته و همسو بوده است. در تبیین نتایج این فرضیه می توان گفت طرحواره درمانی با استفاده از روش های شناختی، هیجانی و تجربی، به فرد کمک می کند: طرحواره های فعال شده در رابطه را شناسایی کند (مثلاً احساس طرد یا نادیده گرفته شدن)، ریشه های شکل گیری آن ها را درک کند (مثلاً بی توجهی والدین در کودکی)، افکار، هیجانات و واکنش های رفتاری ناسازگار را مورد بازنگری قرار دهد، و در نهایت، الگوهای سالم تری را در ارتباط با خود و دیگران ایجاد کند. به این ترتیب، فرد نه تنها می تواند بهتر با هیجانات خود کنار بیاید، بلکه تعاملات سالم تر، انعطاف پذیرتر و مؤثرتری با همسرش برقرار می کند که منجر به افزایش سازگاری زناشویی می شود. در بسیاری از روابط ناسالم، تعارض ها نه به دلیل مشکل واقعی، بلکه به دلیل واکنش های هیجانی شدید ناشی از طرحواره ها اتفاق می افتند. مثلاً: همسر یک فرد دقایقی با او صحبت نمی کند → طرحواره طرد فعال می شود → فرد احساس طرد و بی ارزشی می کند → واکنش شدید یا قهر. طرحواره درمانی به فرد آموزش می دهد تا این چرخه های خودکار و ناکارآمد را شناسایی کند، متوقف سازد، و از راه های منطقی تری به شرایط پاسخ دهد. این مهارت ها به تدریج سطح آسفتگی زناشویی را کاهش می دهند (آجرلو، ۱۳۹۷).

یکی از حوزه های ایجاد طرحواره ناسازگار اولیه، حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری است. این حوزه حاکی از تأکید افراطی بر بازداری یا واپس زنی احساسات، تکانه ها و انتخاب های خودانگیخته فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات درونی و انعطاف ناپذیر درباره عملکرد و رفتار اخلاقی است که اغلب منجر به از دست دادن شادی، آرامش خاطر، ابراز وجود، روابط نزدیک یا سلامتی می شود. پویایی های متعارف اولیه در خانواده چنین افرادی شامل والدگری سخت گیرانه، پرتوقع، تنبیه گر و خشکه مقدس است. طرحواره های ناسازگار اولیه مرتبط با این حوزه، عبارتند از بازداری هیجانی (بازداری از ابراز هیجان معمولاً به خاطر عدم تأیید یا از دست دادن کنترل)، تنبیه (این باور که افراد باید به خاطر اشتباهاتشان به سختی تنبیه شوند که

همین امر، منجر به خشم می‌شود)، منفی‌گرایی/ بدبینی (بدبینی فراگیر در همه جنبه‌های زندگی و بی‌ارزش‌سازی جنبه‌های مثبت آن) و معیارهای سرسختانه (باور به بی‌نقص بودن در تمام اوقات، که معمولاً به خاطر اجتناب از عیب‌جویی است). رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در اثر کردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است و همچنین تمرکز بر روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد افراد متاهل که از دوران کودکی و شرایط زندگی‌شان شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند، توانستند بر روی تغییر طرحواره‌های خود تاثیر گذاشته و از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن برمی‌گردد، در این افراد می‌شود که منجر به کاهش سازگاری زناشویی و آشفتگی زناشویی می‌شود.

طرحواره درمانی علاوه بر کار بر روی عوامل شناختی، به عوامل محیطی و تجارب شخصی گذشته افراد نظر داشته و با برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها، توانست مسیر حرکت جدیدی را برای آزمودنی‌ها تعیین کند. آزمودنی‌ها آموختند با ارزیابی اعتبار طرحواره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای خود را مورد بررسی قرار دهند و با بکارگیری تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی و انجام گفتگوی خیالی مسایل حل نشده گذشته و تجارب ایجاد کننده طرحواره‌های ناسازگار را به زمان حال آورده و با استفاده از تکنیک‌های رفتاری به الگوهای اقدام کنند. لذا در الگوهای ارتباطی آنان نیز تغییراتی ایجاد شد و میزان سازگاری آنان نیز افزایش چشمگیری یافت. سازگاری زناشویی را به عنوان فرآیند انطباقی زن و شوهر به شیوه کارآمد تعریف می‌کند که از تضاد اجتناب می‌کنند آن چنان که از ازدواجشان و از یکدیگر احساس رضایت می‌کنند و علایق و فعالیت‌های مشترکی دارند و احساس می‌کنند که ازدواجشان انتظارات آنها را برآورده است (صادقی، ۱۴۰۲).

آموزش طرحواره درمانی ضمناً انتظار غیر واقع بینانه افراد مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، را تغییر داد. در تکنیک‌های تجربی، افراد تجارب رها شدن یا بی‌ثباتی را در ذهن خود مجسم کردند و از طریق تصویرسازی ذهنی، خاطرات خود از رها شدن توسط والدین را دوباره تجربه کردند مثلاً پایان جلسه، که افراد از هم جدا می‌شدند این فرصتی را فراهم می‌ساخت که افراد برای غلبه بر طرحواره وابستگی و ترس از طرد شدن خود، گامی بر دارند و مربی با رویاروسازی همدلانه، افراد را در انجام این کار کمک می‌کرد و در این جلسات به خاطر اینکه افراد با همدیگر تجربیات خود را در میان می‌گذاشتند و متوجه می‌شدند که تعدادی دارای یک سری طرحواره هستند و براساس آنها عکس العمل نشان می‌دهند و دارای یک روش مقابله‌ای نیز هستند و آگاهی پیدا کردند که براساس همین طرحواره‌ها نیز رفتار می‌کنند برای همین میزان همدلی آنها با دیگران افزایش پیدا می‌کرد و پذیرششان بیشتر می‌شد و در مقابل حمایت بیشتری را از اطرافیان خود دریافت می‌کردند که این تمرینی بر افزایش سازش بین آنها بود که در نهایت پیش بینی کننده سازگاری زناشویی نیز می‌باشد. پاسخ به نیازهای ارضاننده شکل می‌گیرند و در بزرگسالی در روابط نزدیک، به‌ویژه در ازدواج، فعال می‌شوند. این طرحواره‌ها باعث تکرار الگوهای ارتباطی ناکارآمد، برداشت‌های تحریف‌شده از رفتارهای طرف مقابل، و واکنش‌های هیجانی شدید و اغلب ناهماهنگ با واقعیت می‌شوند (مهدیان و پورفرج عمران، ۱۴۰۳).

برای مثال، فردی با طرحواره‌ی «بی‌اعتمادی/بدرفتاری»، رفتارهای شریک زندگی خود را همواره با سوءظن تفسیر می‌کند و در نتیجه واکنش‌های دفاعی یا پرخاشگرانه نشان می‌دهد. یا کسی که دارای طرحواره‌ی «رهاشدگی» است، ممکن است به شدت وابسته، کنترل‌گر یا مضطرب باشد و در تعاملات زناشویی، اضطراب جدایی دائمی را تجربه کند، که می‌تواند منجر به فرسایش رابطه شود. طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی، فعال‌سازی و اصلاح این طرحواره‌ها، بر سه سطح شناختی، هیجانی و رفتاری مداخله می‌کند. در سطح شناختی، فرد یاد می‌گیرد باورهای بنیادین خود درباره خود، دیگران و رابطه را شناسایی کرده و با چالش‌های منطقی، شواهد مخالف و بررسی کارکرد آنها در زندگی فعلی، به بازسازی شناختی بپردازد. این فرآیند، برداشت‌های اشتباه یا اغراق‌شده از رفتار همسر را تعدیل می‌کند و منجر به تفسیرهای واقع‌گرایانه‌تری از موقعیت‌های زناشویی می‌شود. در سطح هیجانی، طرحواره‌درمانی به فرد کمک می‌کند هیجانات سرکوب‌شده یا واکنش‌های افراطی را از طریق تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی، صندلی خالی و دیالوگ‌های هیجانی با بخش‌های کودکانه‌ی درون، آشکار و پردازش

کند. با ترمیم آسیب‌های هیجانی دوران کودکی، افراد می‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را تنظیم کرده و به‌جای بازتجربه مکرر رنج‌های گذشته در قالب رابطه زناشویی، به‌صورت بالغ‌تر و سالم‌تری با شریک زندگی تعامل کنند (ولی زاده و پرندین، ۱۴۰۱).

در سطح رفتاری، فرد با کمک درمانگر می‌آموزد الگوهای رفتاری ناسازگار را شناسایی کرده و جایگزین‌هایی مبتنی بر پاسخ‌های سالم و مؤثر در تعامل با همسر اتخاذ کند. این تغییرات رفتاری، زمینه‌ساز افزایش احترام متقابل، همدلی و حل مسئله مشترک در روابط زوجین می‌شود. به بیان دیگر، طرحواره‌درمانی باعث بازسازی شخصیت در لایه‌های عمیق‌تری از خودشناسی، هیجان‌پذیری و رفتار می‌شود. این امر در روابط زناشویی که بستری پویا برای تکرار طرحواره‌هاست، اثرگذارتر از مداخلاتی است که تنها به مهارت‌آموزی ارتباطی یا حل تعارض می‌پردازند. زیرا مشکلات بسیاری از زوجها ریشه در ناکامی‌های هیجانی و باورهای تحریف‌شده‌ای دارد که از دوران کودکی حمل می‌شود و تنها از طریق مواجهه عمیق با آن‌ها قابل ترمیم است. علاوه بر این، ماهیت رابطه‌ی زناشویی خود به‌گونه‌ای است که بیش از سایر روابط، طرحواره‌های ناسازگار را فعال می‌سازد. نزدیکی هیجانی، وابستگی متقابل، و انتظارات بالا در رابطه زناشویی، باعث می‌شود افراد ناخودآگاه شریک زندگی خود را به‌مثابه والدین اولیه در نظر بگیرند و انتظار ارضای نیازهایی را داشته باشند که در کودکی ناکام مانده‌اند. اگر این نیازها در چارچوب تعامل بالغ و واقع‌بینانه برآورده نشود، رابطه به میدان بازتجربه آسیب‌های گذشته تبدیل می‌شود. طرحواره‌درمانی با آگاه‌سازی افراد نسبت به این فرآیند ناهشیار و آموزش راهبردهای مقابله سالم، امکان خروج از این چرخه آسیب‌زا را فراهم می‌کند. در نتیجه، افزایش آگاهی هیجانی و شناختی زوجین نسبت به منشأ تعارضاتشان، به همراه افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و کاهش واکنش‌های دفاعی و ناسازگارانه، منجر به بهبود تعاملات و افزایش سازگاری در ابعاد مختلف زناشویی همچون مدیریت تعارض، صمیمیت، ابراز عاطفه و مسئولیت‌پذیری مشترک می‌گردد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از: ۱- اجرای این پژوهش و شرکت کنندگان در این پژوهش صرفاً مربوط به شهر اصفهان بوده‌اند. ۲- شرکت کنندگان این پژوهش فقط زنان بوده‌اند. ۳- پژوهش حاضر فقط مربوط به افراد متقاضی طلاق بوده است. ۴- ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه بوده است. با توجه به موضوع و یافته‌های پژوهش، پیشنهاداتی به سازمان‌ها و محققان آتی به شرح زیر ارائه می‌شود. ۱- پژوهش حاضر با این موضوع در شهرهای دیگر نیز بررسی شود. ۲- پژوهش حاضر با این موضوع بر روی مردان نیز اجرا شود. ۳- پژوهش حاضر با روش مقایسه‌ای نیز انجام گردد. ۴- پژوهش حاضر بر روی متغیرهای دیگر مرتبط با حیطة زناشویی انجام گردد.

منابع

احمدی، سحر، ماردپور، علیرضا، محمودی، آرمین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۱(۴۱)، ۷۰-۵۳.

افشاری، زینب، موتابی، فرشته، پناغی، لیلی، پهلوان، مینا. (۱۳۹۴). بررسی باورهای ارتباطی ناکارآمد و حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار در افراد متأهل. روانشناسی معاصر، ۱۰(۱)، ۱۱۵-۱۱۲.

امینی، زهرا. (۱۳۹۹). نقش میانجی معنای زندگی در رابطه تاب‌آوری خانواده و گرایش به طلاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه باهنر کرمان.

آجرلو، سمیه. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مسئولیت‌پذیری کارکنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

الیاسی، فهیمه، میرزاحسینی، حسن، شریفی راد، غلامرضا. (۱۴۰۳). اثربخشی برنامه غنی سازی زناشویی گروهی به روش گاتمن بر دشواری در تنظیم هیجان، الگوهای ارتباطی و سبک های دلبستگی زوجین استان قم رویش روان شناسی، ۱۳ (۱۲): ۴۳-۵۴.

پناه پوری نورا، جوهری شکیب. (۱۴۰۳). نقش میانجی خود افشاسازی زناشویی در رابطه بین صمیمیت با عملکرد جنسی و گرایش به طلاق در زوجین در شرف طلاق: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۳ (۴): ۳۳۷-۳۵۱. صادقی، سمیه. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش صمیمیت زناشویی و ابرازگری هیجانی زوجین متأهل. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه راغب اصفهانی.

عسگری، امین، و گودرزی، کورش. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق. سلامت اجتماعی، ۶(۲)، ۱۷۴-۱۸۵.

علیزاده اصلی، افسانه، جعفر نژاد لنگرودی، زینب. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر برنامه غنی سازی ارتباطی پذیرش و ذهن آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۷ (۳): ۲۴۸-۲۵۶.

قادری، شهربانو. (۱۳۹۹). رابطه بین احساس تنهایی و خودمتمایزسازی با گرایش به طلاق در بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر دزفول. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور اندیمشک.

کردزنگنه، جعفر، قاسمی اردهایی، علی. (۱۴۰۲). پیامدهای طلاق برای زنان مطلقه با تأکید بر تفاوت های اجتماعی - جمعیتی مرتبط با آن: مطالعه ای در شهر اهواز. نامه انجمن جمعیت شناسی ایران ۱۸(۳۵)، ۳۹۲-۳۶۳.

کیانی، اردشیر، احمدی، خدابخش، نوایی نژاد، شکوه و تقوایی، داود. (۱۴۰۱). شناسایی عوامل استحکام بخش ازدواج در فرهنگ ایران. مطالعات راهبردی ورزش و جوانان ۲۱(۵۶)، ۳۵۴-۳۱۳.

مهدیان، رقیه، و پورفرج، مجید. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان شناختی زوجین. سلامت جامعه، ۱۸(۱)، ۱۰-۱.

ولی زاده، حدیث و پرندین، شیما. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر طرحواره و زوج درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه زنان متقاضی طلاق. *روانشناسی خانواده*، ۹(۱)، ۸۹-۷۵.

یزدی، محمدجواد. (۱۴۰۱). پیش بینی بهزیستی روانی و سازگاری زناشویی بر اساس امنیت شغلی در طلاب. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور سمنان.

Jang, S. H., Park, J. S., Hwang, B. H., & Shin, S. M. (۲۰۲۱). The Effect of Un-tact Emotional Schema Group Counseling Program on the Improvement of Emotional Ability of Unmarried Couples with Relationship Conflict Experiences. *Journal of Digital Convergence*, 19(9), ۳۷۳-۳۸۳.

Khasho, D.A., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (۲۰۱۹). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14(۲), ۳۲۱-۳۳۰.

Körük, S., & Özabacı, N. (۲۰۲۳). How do early maladaptive schemas and family functions predict dyadic marital adjustment? A test on Turkish married individuals. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(۷), ۷۷۲-۷۸۲.

Lyu MM, Siah RC, Lam ASL, Cheng KKF. The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. ۲۰۲۲;۷۸(۱۰):۳۰۶۹-۳۰۸۲.

Masley, S. A., Gillanders, D., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (۲۰۱۱). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, ۴۱(۳), ۱۸۵-۲۰۲.