

اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز

سحر احمدی^۱، علیرضا ماردپور^{۲*}، آرمین محمودی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶ صص: ۵۳-۷۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۸

چکیده

هدف از انجام این مطالعه اثربخشی طرحواره درمانی، بر طرحواره های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق شهر شیراز در سال ۹۶-۹۷ بود. روش پژوهش تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی بود. ۳۰ زوج در آستانه ی طلاق، با روش تصادفی ساده در پژوهش شرکت کردند. برای گردآوری داده ها از پروتکل طرحواره درمانی، مقیاس پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه، پرسشنامه ی کیفیت زندگی و مقیاس رضایت زناشویی انریچ استفاده گردید. یافته ها نشان دادند با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشاهده می شود که شاخص F برای ابعاد رها شدگی، بی اعتمادی بد رفتاری، وابستگی بی کفایتی، آسیب پذیری، نقص شرم، ایثار، خودانضباطی ناکامی، بیگانگی اجتماعی و گرفتاری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. با توجه به میانگین نمرات مشاهده می شود که میانگین نمرات متغیر های ذکر شده در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است. نتایج پژوهش نشان می دهد که طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر طرحواره های ناسازگار اولیه در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی.

^۱گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

^۲گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

^۳گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

* نویسنده مسئول مقاله: ali.mared@yahoo.com

مقدمه

ازدواج به عنوان مهمترین و عالی ترین رسم اجتماعی، برای دستیابی به نیازهای عاطفی و امنیت افراد، همواره مورد تأیید بوده است. داشتن ازدواجی موفق آرزویی است که به ذهن هر انسانی متبادر می شود، اما آیا در عمل این مهم محقق می شود؟ طلاق یکی از پدیده های پیچیده ی عصر کنونی است که قطعاً برای گروهی از انسانها اجتناب ناپذیر است (رضایی، فلاح و وزیری، ۱۳۹۷). بررسی آمارهای ارایه شده نشان دهنده افزایش سالانه تعداد طلاق است، به طوری که بر طبق آمار ارایه شده در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۴، ۵۲۰۰۸۶ ازدواج و در همین برهه زمانی ۱۲۲۳۳۹ طلاق در کشور ثبت شده است (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۴). در بررسی علل طلاق علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روانشناختی از جمله طرحواره ها^۱ از اهمیت ویژه ای برخوردار است (گاتمن^۲، ۱۹۹۳). ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می دهند و سایر عوامل مربوط به آنها احتمالاً نقش واسطه ای به عهده دارند (وارد، پلاسک و بیچ^۳، ۲۰۰۶؛ لنگتون و مارشال^۴، ۲۰۱۰). ژرف ترین ساختارهای شناختی طرحواره ها هستند (بکر و بیچ^۵، ۲۰۰۴؛ اسویتز^۶، ۲۰۰۹). طرحواره ها در رویارویی با محرک های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را رمزگردانی و ارزیابی می کنند، و بدین ترتیب به نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می گذارند (جکوبین^۷، ۱۹۹۷). یانگ^۸ (۲۰۰۳)، آن دسته از طرحواره هایی را که به رشد و شکل گیری مشکلات روانشناختی می انجامد، طرحواره های ناسازگار اولیه^۹ می نامد. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه ی فرد با خود و با دیگران مربوط می شوند و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ، گلاسکو و ویشار^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ نورادهل و هولت و هاگوم^{۱۱}، ۲۰۱۰). یانگ هیجده طرحواره را بیان می کند، که عبارتند از: ۱. رهاشدگی^{۱۲}؛ ۲. بی

¹ Schemas

² Guttman

³ Ward, Polaschek, & Beech

⁴ Langton & Marshall

⁵ Baker & Beech

⁶ Switzer

⁷ Jacquin

⁸ Young

⁹ Early maladaptive schema

¹⁰ Young, Klosko & Weishaar

¹¹ Nordahl, Holthe & Haugum

¹² Abandonment

اعتمادی / بدرفتاری^۱؛ ۳. محرومیت هیجانی^۲؛ ۴. نقص / بی‌مهری^۳؛ ۵. انزوای اجتماعی / بیگانگی^۴؛ ۶. وابستگی / بی‌کفایتی عملی^۵؛ ۷. آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۶؛ ۸. خودتحول نیافته / گرفتار^۷؛ ۹. شکست در پیشرفت^۸؛ ۱۰. استحقاق / بزرگ‌منشی^۹؛ ۱۱. خوشتنداری و خودانضباطی ناکافی^{۱۰}؛ ۱۲. اطاعت^{۱۱}؛ ۱۳. اینتار^{۱۲}؛ ۱۴. تاییدجویی / جلب توجه^{۱۳}؛ ۱۵. منفی‌گرایی / بدبینی^{۱۴}؛ ۱۶. بازدارنده هیجانی^{۱۵}؛ ۱۷. معیارهای سرسختانه^{۱۶} و ۱۸. خودتنبیهی^{۱۷}. زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طحوااره ی ناسازگاری در آن حیطة ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دل‌بستگی و صمیمیت، و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طحوااره های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دل‌بستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طحوااره های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تاهل در روابط زناشویی نمود می‌یابند و بر آن تاثیر مخرب می‌گذارد (بانگ، ۲۰۰۳). دومار، زوترمیستر و فریدمن^{۱۸} (۲۰۰۶)، دریافتند که نیمی از افراد متقاضی طلاق تغییر در روابط زناشویی و جنسی، و ۷۵ درصد از آنها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می‌سازد. افزایش کیفیت زندگی^{۱۹} و رضایت زناشویی^{۲۰} 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

¹ Mistrust/Abuse

² Emotional Deprivation

³ Defectiveness/Unlovability

⁴ Social Isolation/Alienation

⁵ Impaired Autonomy and Performance

⁶ Vulnerability to Harm or Illness

⁷ Enmeshment

⁸ Failure to Achieve

⁹ Entitlement/Superiority

¹⁰ Insufficient Self-Concpline

¹¹ Subjugation

¹² Self-Sacrifice

¹³ Admiration/Recognition-Seeking

¹⁴ Pessimism/Worry

¹⁵ Emotional Inhibition

¹⁶ Unrelenting Standards

¹⁷ Self-Punitivness

¹⁸ Domar, Zuttermeister & Friedman

¹⁹ quality of life

²⁰ marital satisfaction

بهداشت جهانی^۱ (۱۹۹۸)، کیفیت زندگی را این گونه تعریف کرده است: درک افراد از موقعیتی که، در زندگی شان (زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی) دارند. کیفیت زندگی بر اساس شواهد مختلفی که در قسمت های مربوط به آن وجود دارد، یک ساختار چند بعدی محسوب می شود. محققان مختلفی ارتباط میان خصوصیات فردی و کیفیت زندگی از قبیل زندگی خوب، رشد ارزش ها، میزان کنترل استرس، نگرانی و یکنواختی را مورد بررسی قرار داده اند. طبق نظر نوردون فلتز^۲ (۲۰۰۳)، سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام می پذیرد. هرچه میزان ادراکی که افراد در ارتباط با اهداف، انتظارات و علائقشان دارند کاهش یابد، اختلافات و تعارضات در زندگیشان افزایش می یابد (بیزاری^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از جوانب بسیار مهم پس از شکل گیری نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می کنند. زندگی زناشویی یکی از جهانی ترین نیازهای بشری است که از دو نفر با استعدادها و توانایی های متفاوت تشکیل می شود (کاظمیان مقدم، مهرابی زاده، کیامنش و حسینیان، ۱۳۹۶). رضایت زناشویی یکی از مهمترین تعیین کننده های عملکرد سالم نهاد خانواده است. رضایت زناشویی اشاره به ارزیابی ذهنی یک فرد از رابطه زناشویی دارد (رجبی، علیمردانی و مرادی، ۱۳۹۶)، و همه جنبه های مشترک زندگیشان را در بر می گیرد (تانیگوچی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). علت اصلی مشکلات بسیاری از اشخاص متاهلی که به مراکز مشاوره مراجعه می کنند را، اختلالات زناشویی تشکیل می دهد (کار^۵، ۲۰۰۰). سلامت فیزیکی و عاطفی و بهداشت روانی افراد در جامعه در گرو سلامت روابط زناشویی و تداوم و بقای ازدواج می باشد (عدالتی و ردزوان^۶، ۲۰۱۰). در پژوهش دی آندریا^۷ (۲۰۰۴)، نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه با عواطف مثبت، اعتماد به نفس و سازگار مشارکتی زوجین رابطه ی منفی دارد. آریتی و بمپوراد^۸ (۱۹۸۰)، در پژوهشی دریافتند که طرحواره های ناسازگار اولیه اثر منفی بر رضایت زناشویی دارند. در پژوهشی که توسط یانگ (۲۰۰۳)، انجام شد، آنها دریافتند که در زوجین، علاوه بر طرحواره های اولیه که به روابط زناشویی وارد می شوند، در روابط فعلی نیز طرحواره هایی شکل می گیرند، چنان که در روابط دو نفر نیازهای طرحواره ی اولیه برآورد نشود و یا طرحواره ی اولیه با طرحواره ی فعلی ناهماهنگ باشد، موجب ناسازگاری بین زوجین و در نهایت طلاق می

¹ World Health Organization

² Nordonfelts

³ Bizzarri

⁴ Taniguchi

⁵ Car

⁶ Redzuan

⁷ D'andrea

⁸ Ariety and Bemporad

شود. 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 روش های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. (یانگ، ۲۰۰۳). طرحواره درمانی 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، بیماران را در غلبه بر طرحواره های مذکور یاری می دهد. هدف اولیه ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) / ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش حسنی (۱۳۹۵) نشان داد، روش طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین موثر است. نتایج پژوهش تقی یار (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش رویکرد طرحواره درمانی باعث کاهش سرخوردگی زناشویی زنان شده است. عراقی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش صمیمیت، هوس و تعهد و همچنین نمره کلی عشق و ورزی می شود. همچنین، طرحواره درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. کالوت^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی نشان دادند که طرحواره های ناسازگار اولیه منطبق با مدل های سلسله مراتبی شناختی انزوای اجتماعی بر سطوح لایه های افکار تاثیر گذاشته و متقابلاً این سطوح افکار در تداوم طرحواره ها نقش دارند. دمیترسکو و روسو^۲ (۲۰۱۲)، نشان دادند که سطوح طرحواره های ناسازگار اولیه توانستند سطوح رضایت زناشویی را پیش بینی کنند. پژوهشگران در یافته های خود اثربخشی طرحواره درمانی را در افزایش کیفیت و رضایت از زندگی و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه (موریسون^۳، ۲۰۰۰؛ ژیلیان، فیلیپ، ماهلی و اسکیل^۴، ۲۰۰۳؛ هافارت، ورسلند و سکستون^۵، ۲۰۰۲؛ گیسن بلو^۶ و همکاران، ۲۰۰۶) مورد تایید قرار داده اند. در مجموع با توجه به ویژگی های روان شناختی طلاق، مشکلات رفتاری، حالات خلقی، نقش رویکرد طرحواره درمانی به عنوان عامل کلیدی در موفقیت، ارتقای سلامت و کاهش مشکلات روانشناختی این افراد و خلأهای پژوهشی در این زمینه و استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب شناسی و درمان طرحواره های ناسازگار اولیه از ضرورت های مهم این مطالعه است، بنابراین

^۱ Calvete

^۲ Dumitrescu & Rusu

^۳ Morrison

^۴ Jilian, Phili, Mahli & Skille

^۵ Hoffort, Vesrland & Sexton

^۶ Giesen-Bloo

با توجه به تهدیدات مورد اشاره، هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا رویکرد طرحواره درمانی، بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق موثر می باشد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع تجربی (نیمه آزمایشی) و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام می شود. جامعه آماری در این پژوهش، شامل زوجین در آستانه ی طلاق مراجعه کننده به مراکز مشاوره ی شهر شیراز هستند. از میان زوجین در آستانه ی طلاق، ۳۰ زوج به شیوه تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره یعنی یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل به تصادف جایگزین می شوند. در مرحله اول، پس از مراجعه به مرکز مشاوره ی آسمان، تعداد ۳۰ زوج در آستانه ی طلاق در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل به صورت تصادفی گمارده و پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بر روی آنان اجرا می شود، پس از اندازه گیری متغیرها در مرحله ی یک، آزمودنی های گروه آزمایشی وارد مداخله ی گروهی می شوند و در مورد آزمودنی های گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نمی گیرد. مرحله ی دوم اندازه گیری از طریق پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بر روی هر دو گروه یک بار بلافاصله پس از پایان مداخله و بار دوم به عنوان پیگیری سه ماه پس از اتمام مداخله انجام می شود.

خلاصه ای از جلسات طرحواره درمانی

جلسه اول: توضیح مدل طرحواره به زبان ساده برای بیمار و چگونگی شکل گیری طرحواره ها و سبک های مقابل های، سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی.

جلسه دوم: فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش.

جلسه سوم: مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تأکید کننده و طرد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی بیمار.

جلسه چهارم: اسناد دادن شواهد تأکید کننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی و شیوه های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ های سالم توسط بیمار.

جلسه پنجم: تهیه و تدوین کارت های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره ها.

جلسه ششم: ارائه منطق استفاده از تکنیک های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره ها.

جلسه هفتم: ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده او توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف منع شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.

جلسه هشتم: پیدا کردن راه های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل ساز، تعیین الویت های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی.

جلسه نهم: تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار.

جلسه دهم: بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی.

پرسشنامه ی طرحواره های ناسازگار اولیه

این پرسشنامه توسط یانگ (۲۰۰۳)، ساخته شد. پرسشنامه ی خودگزارشی طرحواره های ناسازگار اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرحواره های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ بی مهری (بی عشقی)، شکست در پیشرفت، وابستگی/ بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق بودن/برتری داشتن، خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی، تحسین/جلب توجه، نگرانی/بدبینی و خودتنبیهی را اندازه می گیرد. هر آیتم توسط مقیاس درجه بندی ۶ تایی نمره گذاری میشود (۱= کاملاً در مورد من نادرست است. ۲= تقریباً در مورد من نادرست است. ۳= مقداری درست است تا این که غلط باشد. ۴= اندکی در مورد من درست است. ۵= تقریباً در مورد من درست است. ۶= کاملاً در مورد من درست است). بنابراین نمره های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده های هر مقیاس به دست می آید. به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع طرحواره ی ناسازگار اولیه را اندازه می گیرد.

کمینه و بیشینه ی نمره های اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می باشد که نمره ی بالا حاکی از میزان بالای طرحواره های ناسازگار اولیه در آزمودنی ها است (جونز و یانگوتلج^۱، ۱۹۹۵؛ به نقل از لطیفی، ۱۳۸۵). تحلیل عاملی نشان داد که عامل های استخراج شده از قابلیت بالا و رضایت بخش برخوردار بودند. روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه گیری درماندگی روانشناختی، عاطفه ی مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت مورد بررسی قرار گرفت و نتایج همبستگی برای شش ملاک مذکور به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۴۰، ۰/۳۴، ۰/۳۷، ۰/۳۵ و ۰/۳۶- گزارش شده است که در سطح $P > 0.001$ معنی دار است.

پرسشنامه ی کیفیت زندگی

این پرسشنامه در قالب ۳۶ سوال به بررسی وضعیت سلامت افراد می پردازد. ترجمه اصل پرسشنامه به فارسی توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) و زیر نظر موسسه بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی و با استفاده از متدهای مرکز بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفته است. سوالات این پرسشنامه ۸ سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی را اندازه گیری می کنند که ۴ سازه سلامت فیزیکی و ۴ سازه سلامت روانی را اندازه گیری می کنند. بر این مبنا ۳۶ سوال پرسشنامه، در قالب ۸ سازه سازمان می یابند و هر سوال نمره ای بین ۰ (پایین ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالا ترین نمره) دارد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (مظلوم مقدم، ۱۳۸۸). در پژوهش محمدی (۱۳۸۷)، ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید.

پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ

فورز و السون^۲ (۱۹۸۹)، از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده بوجود می آید حساس است. این مقیاس شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ ماده ای می باشد. تحریف آرمانی: سئوالات این مقیاس، از پرسشنامه اصلاح شده توافق با آیین و رسوم زناشویی ادموند (۱۹۶۷)، می باشد. نمره بالا نشان دهنده رضایت زناشویی بالا است. نجات (۱۳۸۵)، در پژوهش خود ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، و تحریف آرمانی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و

¹ Jones & Yungoothlech

² Fowers & Olson

بدست آورد و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۱/۸۶، ۰/۹۰/۰، ۰/۹۲/۰، ۰/۰ بود. ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش آسوده (۱۳۸۹) با تعداد ۳۶۵ زوج «۷۳۰ نفر» به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۲۴ آلفا ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۶۲، ۰/۷۸ بدست آمد.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و

کیفیت زندگی

پس آزمون			پیش آزمون			متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	گروه	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	
۱/۸۷	۱۹/۶۶	کنترل	۱/۷۵	۲۱/۳۳	کنترل	رهاشده
۱/۶۴	۵/۴۶	طرحواره درمانی	۱/۸۸	۲۱/۴۶	طرحواره درمانی	
۱/۳۳	۲۱/۲۶	کنترل	۱/۷۶	۱۹/۴۶	کنترل	بی اعتمادی بد رفتاری
۲/۳۲	۶/۷۳	طرحواره درمانی	۱/۹۱	۱۹/۶۶	طرحواره درمانی	
۱/۲۷	۲۰/۹۳	کنترل	۱/۴۳	۲۱/۰۶	کنترل	محرومیت هیجانی
۱/۴۰	۲۰/۸۶	طرحواره درمانی	۱/۵۰	۲۰/۸۶	طرحواره درمانی	
۲/۴۴	۲۱/۵۳	کنترل	۱/۴۸	۲۱/۲۶	کنترل	وابستگی بی کفایتی
۱/۳۳	۶/۲۶	طرحواره درمانی	۱/۴۳	۲۱/۰۶	طرحواره درمانی	
۱/۴۵	۲۰/۶۰	کنترل	۲/۵۰	۲۱/۴۶	کنترل	آسیب پذیری
۱/۶۸	۶/۶۰	طرحواره درمانی	۲/۴۶	۲۱/۲۶	طرحواره درمانی	
۱/۶۵	۲۰/۲۰	کنترل	۱/۴۲	۲۰/۸۰	کنترل	نقص شرم
۱/۶۳	۷/۴۰	طرحواره درمانی	۱/۵۱	۲۱/۰۰	طرحواره درمانی	
۲/۳۴	۲۰/۲۶	کنترل	۱/۵۹	۲۰/۴۶	کنترل	ناکامی

۲/۳۷	۲۰/۰۶	طرحواره درمانی	۱/۶۲	۲۰/۲۶	طرحواره درمانی	
۱/۰۹	۲۰/۲۶	کنترل	۲/۲۸	۲۰/۰۶	کنترل	بازداری هیجانی
۱/۱۸	۲۰/۱۳	طرحواره درمانی	۲/۳۸	۱۹/۸۶	طرحواره درمانی	
۱/۱۱	۱۹/۶۶	کنترل	۱/۳۰	۲۰/۴۶	کنترل	ایشار
۱/۳۳	۶/۷۳	طرحواره درمانی	۱/۲۹	۲۰/۶۶	طرحواره درمانی	
۱/۴۲	۲۱/۲۰	کنترل	۱/۲۴	۱۹/۸۶	کنترل	معیار های سرسختانه
۱/۳۳	۱۹/۷۳	طرحواره درمانی	۱/۳۸	۲۱/۰۶	طرحواره درمانی	
۱/۹۹	۲۱/۴۶	کنترل	۱/۲۹	۲۱/۴۰	کنترل	استحقاقی
۲/۰۹	۲۱/۶۰	طرحواره درمانی	۱/۳۷	۲۱/۲۰	طرحواره درمانی	
۱/۵۶	۲۱/۲۰	کنترل	۱/۹۸	۲۱/۲۶	کنترل	خودانضباطی ناکامی
۱/۶۸	۲۱/۶۰	طرحواره درمانی	۱/۷۹	۲۱/۰۶	طرحواره درمانی	
۱/۵۰	۲۰/۵۳	کنترل	۱/۶۴	۲۱/۴۶	کنترل	بیگانگی اجتماعی
۲/۲۴	۱۱/۱۳	طرحواره درمانی	۱/۵۶	۲۱/۲۰	طرحواره درمانی	
۲/۵۶	۱۳/۸۰	کنترل	۱/۴۳	۲۰/۷۳	کنترل	اطاعت پیروی
۲/۶۱	۷/۲۰	طرحواره درمانی	۱/۴۸	۲۰/۹۳	طرحواره درمانی	
۲/۰۱	۲۰/۷۳	کنترل	۱/۹۲	۲۰/۵۳	کنترل	گرفتاری
۱/۶۵	۱۴/۰۰	طرحواره درمانی	۱/۷۹	۲۰/۷۳	طرحواره درمانی	
۹/۶۳	۱۰/۱۷۳	کنترل	۱۰/۴۵	۱۰۰/۹۳	کنترل	رضایت زناشویی
۱۰/۹۳	۱۴۶/۸۰	طرحواره درمانی	۱۰/۰۰	۱۰۰/۲۰	طرحواره درمانی	
۷/۳۷	۳۷/۸۷	کنترل	۷/۱۸	۳۸/۳۳	کنترل	عملکرد جسمی
۷/۵۶	۳۸/۸۷	طرحواره درمانی	۷/۲۶	۳۷/۹۳	طرحواره درمانی	
۷/۶۵	۳۸/۶۷	کنترل	۷/۶۶	۳۹/۰۶	کنترل	مشکلات جسمی

۷/۷۱	۳۷/۹۳	طرحواره درمانی	۷/۸۸	۳۸/۵۳	طرحواره درمانی	
۵/۳۸	۳۸/۶۷	کنترل	۵/۷۰	۳۸/۳۳	کنترل	درد جسمی
۵/۴۷	۳۷/۹۳	طرحواره درمانی	۵/۸۷	۳۷/۸۰	طرحواره درمانی	
۶/۶۶	۳۷/۹۳	کنترل	۶/۶۹	۳۸/۲۶	کنترل	سلامت عمومی
۶/۶۱	۵۰/۶۷	طرحواره درمانی	۶/۶۸	۳۷/۸۶	طرحواره درمانی	
۷/۴۵	۳۱/۹۳	کنترل	۷/۷۶	۳۲/۳۳	کنترل	نشاط
۳/۷۸	۴۷/۷۳	طرحواره درمانی	۷/۵۴	۳۲/۶۰	طرحواره درمانی	
۷/۵۷	۳۵/۲۰	کنترل	۷/۸۰	۳۴/۸۶	کنترل	عملکرد اجتماعی
۶/۱۶	۵۲/۶۷	طرحواره درمانی	۷/۶۵	۳۵/۲۰	طرحواره درمانی	
۴/۱۶	۳۳/۲۷	کنترل	۴/۱۰	۳۳/۶۰	کنترل	مشکلات روحی
۵/۵۷	۲۱/۵۳	طرحواره درمانی	۴/۰۹	۳۳/۲۶	طرحواره درمانی	
۶/۰۹	۳۴/۱۳	کنترل	۶/۰۳	۱۹/۶۶	کنترل	سلامت روان
۷/۷۵	۵۴/۷۳	طرحواره درمانی	۶/۲۰	۳۴/۲۶	طرحواره درمانی	

فرضیه اصلی: طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز تاثیر دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون های چند متغیره

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	آماره F	مقدار	آزمون
۰/۰۳۷	۱	۴۳۹/۸۵	۱	اثر پیلای
۰/۰۳۷	۱	۴۳۹/۸۵	۰/۰۰۱	لامبدای ویکلز
۰/۰۳۷	۱	۴۳۹/۸۵	۵۷۱۸/۰۸	اثر هتلینگ
۰/۰۳۷	۱	۴۳۹/۸۵	۵۷۱۸/۰۸	بزرگترین ریشه روی

با توجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می شود که مقدار F در چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. بنابراین اثر متغیر گروه بر متغیر وابسته (طرحواره های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی) مبنی بر وجود تفاوت معنادار، مثبت می باشد، پس نتیجه میگیریم که بین گروه کنترل با گروه طرحواره درمانی در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت بررسی فرضیه

شاخص	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	آماره F	سطح معناداری
گروه ناسازگار اولیه	رها شدگی	۱۵۵۲/۸۰	۱۶	۹۷/۰۵	۲۷/۰۹	۰/۰۰۱
	بی اعتمادی بد رفتاری	۱۶۳۸/۴۰	۱۶	۱۰۴/۴۰	۳۵/۴۰	۰/۰۰۱
	محرومیت هیجانی	۴۹/۰۴	۱۶	۳/۰۶	۲۴/۰۱	۰/۰۰۱
	وابستگی بی کفایتی	۱۸۰۹/۷۶	۱۶	۱۱۳/۱۱	۳۱/۳۲	۰/۰۰۱
	آسیب پذیری	۱۵۱۸/۳۷	۱۶	۹۴/۸۹	۵۹/۲۴	۰/۰۰۱
	نقص شرم	۱۲۸۱/۵۷	۱۶	۸۰/۰۹	۴۴/۸۲	۰/۰۰۱
	ناکامی	۱۵۲/۱۴	۱۶	۹/۵۰	۳۰/۷۳	۰/۰۰۱
	بازداری هیجانی	۳۴/۵۷	۱۶	۲/۱۶	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
	ایثار	۱۲۷۹/۶۸	۱۶	۷۹/۹۸	۶۰/۷۴	۰/۰۰۱
	معیارهای سرسختانه	۳۸/۲۴	۱۶	۲/۳۹	۰/۹۹۵	۰/۵۵۱
	استحقاق	۱۱۴/۳۲	۱۶	۷/۱۴	۲۹/۵۸	۰/۰۰۱
	خودانضباطی ناکامی	۷۸۶/۹۰	۱۶	۴۹/۱۸	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱
	بیگانگی اجتماعی	۱۴۰۴/۵۲	۱۶	۸۷/۷۸	۳۶/۸۷	۰/۰۰۱
	اطاعت پیروی	۱۸۲/۶۴	۱۶	۱۱/۴۱	۲۴/۵۰	۰/۰۰۱
	گرفتاری	۱۳۱۳/۵۲	۱۶	۸۲/۰۹	۲۹/۳۶	۰/۰۰۱
گروه سازگار اولیه	رها شدگی	۷۷۹/۴۳	۱	۷۷۹/۴۳	۲۱۷/۶۲	۰/۰۰۱
	بی اعتمادی بد رفتاری	۸۲۶/۸۷	۱	۸۲۶/۸۷	۲۸۵/۹۰	۰/۰۰۱
	محرومیت هیجانی	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	۰/۶۶۹	۰/۴۲۸
	وابستگی بی کفایتی	۹۰۸/۳۶	۱	۹۰۸/۳۶	۲۵۱/۵۸	۰/۰۰۱
	آسیب پذیری	۹۰۳/۴۷	۱	۹۰۳/۴۷	۵۶۴/۰۲	۰/۰۰۱
	نقص شرم	۶۲۹/۳۸	۱	۶۲۹/۳۸	۳۵۲/۲۲	۰/۰۰۱
	ناکامی	۰/۰۹۶	۱	۰/۰۹۶	۰/۳۱۱	۰/۵۸۷
	بازداری هیجانی	۰/۲۸۴	۱	۰/۲۸۴	۱/۶۶	۰/۲۲۰
	ایثار	۶۷۶/۵۲	۱	۶۷۶/۵۲	۵۱۳/۸۰	۰/۰۰۱
	معیارهای سرسختانه	۸/۷۵	۱	۸/۷۵	۳/۶۴	۰/۰۷۸

۰/۷۶۶	۰/۰۹۳	۰/۰۲۲	۱	۰/۰۲۲	استحقاق
۰/۰۰۱	۱۱۲/۶۹	۴۰۹/۷۲	۱	۴۰۹/۷۲	خودانضباطی ناکامی
۰/۰۰۱	۳۲۹/۹۰	۷۸۵/۳۳	۱	۷۸۵/۳۳	بیگانگی اجتماعی
۰/۱۴۱	۲/۴۵	۱/۱۴	۱	۱/۱۴	اطاعت پیروی
۰/۰۰۱	۲۷۱/۱۳	۷۵۷/۸	۱	۷۵۷/۸	گرفتاری
-----	-----	۳/۵۸	۱۳	۴۶/۵۶	رها شدگی
-----	-----	۲/۸۹	۱۳	۳۷/۵۹	بی اعتمادی بد رفتاری
-----	-----	۰/۱۲۸	۱۳	۱/۶۵	محرومیت هیجانی
-----	-----	۳/۶۱	۱۳	۴۶/۹۳	وابستگی بی کفایتی
-----	-----	۱/۶۰	۱۳	۲۰/۸۲	آسیب پذیری
-----	-----	۱/۷۸	۱۳	۲۳/۲۲	نقص شرم
-----	-----	۰/۳۰۹	۱۳	۴/۰۲	ناکامی
-----	-----	۰/۱۷۱	۱۳	۲/۲۲	بازداری هیجانی
-----	-----	۱/۳۱	۱۳	۱۷/۱۱	ایثار
-----	-----	۲/۴۰	۱۳	۳۱/۲۲	معیارهای سرسختانه
-----	-----	۰/۲۴۲	۱۳	۳/۱۴	استحقاق
-----	-----	۳/۶۳	۱۳	۴۷/۲۶	خودانضباطی ناکامی
-----	-----	۲/۳۸	۱۳	۳۰/۹۴	بیگانگی اجتماعی
-----	-----	۰/۴۶۶	۱۳	۶/۰۵	اطاعت پیروی
-----	-----	۲/۷۹	۱۳	۳۶/۳۴	گرفتاری

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۳ مشاهده می شود که شاخص F برای ابعاد رها شدگی، بی اعتمادی بد رفتاری، وابستگی بی کفایتی، آسیب پذیری، نقص شرم، ایثار، خودانضباطی ناکامی، بیگانگی اجتماعی و گرفتاری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. با توجه به میانگین نمرات در جدول مشاهده می شود که میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است. بنابراین طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر طرحواره های ناسازگار اولیه در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است. جدول ۴ نشانگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی فرضیه اصلی می باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت بررسی فرضیه

شاخص	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	آماره F	سطح معناداری
پس آزمون	عملکرد جسمی	۱۵۵۲/۷۱	۹	۱۷۲/۵۲	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱
	مشکلات جسمی	۱۶۴۶/۷۵	۹	۱۸۹/۹۷	۳۸۳/۲۵	۰/۰۰۱
	درد جسمی	۸۱۵/۲۷	۹	۹۰/۵۸	۱۳۹/۰۶	۰/۰۰۱
	سلامت عمومی	۲۱۰۲/۵۹	۹	۲۳۳/۶۲	۱۳/۴۳	۰/۰۰۱
	نشاط	۲۳۲۸/۹۳	۹	۲۵۸/۷۷	۹/۹۲	۰/۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۳۱۵۷/۶۲	۹	۳۵۰/۸۴	۱۵/۱۱	۰/۰۰۱
	مشکلات روحی	۱۵۰۴/۱۳	۹	۱۶۷/۱۲	۱۶/۱۴	۰/۰۰۱
	سلامت روان	۳۶۸۴/۵۶	۹	۴۰۹/۳۹	۹/۵۱	۰/۰۰۱
	گروه	عملکرد جسمی	۱۳/۸۰	۱	۱۳/۸۰	۱۵/۱۲
مشکلات جسمی		۰/۱۳۵	۱	۰/۱۳۵	۰/۲۸۲	۰/۶۰۱
درد جسمی		۱/۰۵	۱	۱/۰۵	۱/۶۲	۰/۲۱۸
سلامت عمومی		۱۱۶۷/۰۶	۱	۱۱۶۷/۰۶	۶۷/۱۲	۰/۰۰۱
نشاط		۱۶۶۴/۶۱	۱	۱۶۶۴/۶۱	۶۳/۸۷	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی		۲۱۱۸/۴۴	۱	۲۱۱۸/۴۴	۹۱/۲۶	۰/۰۰۱
مشکلات روحی		۱۰۰۰/۵۵	۱	۱۰۰۰/۵۵	۹۶/۶۴	۰/۰۰۱
سلامت روان		۲۸۴۶/۶۸	۱	۲۸۴۶/۶۸	۶۶/۱۴	۰/۰۰۱
خطا		عملکرد جسمی	۱۸/۲۵	۲۰	۰/۹۱۳	-----
	مشکلات جسمی	۹/۵۴	۲۰	۰/۴۷۷	-----	-----
	درد جسمی	۱۳/۰۲	۲۰	۰/۶۵۱	-----	-----
	سلامت عمومی	۳۴۷/۷۰	۲۰	۱۷/۳۸	-----	-----
	نشاط	۵۲۱/۲۳	۲۰	۲۶/۰۶	-----	-----
	عملکرد اجتماعی	۴۶۴/۲۳	۲۰	۲۳/۲۱	-----	-----
	مشکلات روحی	۲۰۷/۰۶	۲۰	۱۰/۳۵	-----	-----
	سلامت روان	۸۶۰/۷۹	۲۰	۴۳/۰۴	-----	-----

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۴ مشاهده می شود که شاخص F برای ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. با توجه به میانگین نمرات در جدول مشاهده می شود که میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روان در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش و میانگین نمرات بُعد مشکلات روحی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است بنابراین طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی

در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است. جدول ۵ نشانگر نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی فرضیه می باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت بررسی فرضیه

شاخص	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	آماره F	سطح معناداری
پس آزمون	رضایت زناشویی	۱۶۰۸۱/۷۸	۲	۸۰۴۰/۸۹	۱۰۲/۲۱	۰/۰۰۱
گروه	رضایت زناشویی	۱۵۴۷۹/۱۵	۱	۱۵۴۷۹/۱۵	۱۹۶/۷۶	۰/۰۰۳
خطا	رضایت زناشویی	۲۱۲۴/۰۸	۲۷	۷۸/۶۷	-----	-----

با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۵ مشاهده می شود که شاخص F برای متغیر رضایت زناشویی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. با توجه به میانگین نمرات در جدول مشاهده می شود که میانگین نمرات متغیر رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته است. بنابراین طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر متغیر رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق در مورد "تاثیر طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز" نشان داده است که، با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشاهده می شود، شاخص F برای ابعاد رها شدگی، بی اعتمادی بد رفتاری، وابستگی بی کفایتی، آسیب پذیری، نقص شرم، ایثار، خودانضباطی ناکامی، بیگانگی اجتماعی و گرفتاری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. با توجه به میانگین نمرات، متغیرهای ذکر شده در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است، بنابراین طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر طرحواره های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز داشته است. این یافته ها با نتایج تحقیق نتایج حسینی (۱۳۹۵)، عراقی (۱۳۹۵)، تقی یار (۱۳۹۵)، کالوت و همکاران (۲۰۱۳)، دمیترسکوورسو (۲۰۱۲) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که: ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و نحوه ی اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان فرصتی را برای بهبود علائم رهاشدگی، انزوای اجتماعی، اجتناب و غیره فراهم می آورد. طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره های ناسازگار اولیه، قادر به درمان طرحواره های ناسازگار شده است. تکنیک های رفتاری به زوجین کمک می کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره ی خاص، سبک های مقابل های سالم تری را جانشین سازد. همچنین به زوجین کمک می کنند تا از طرحواره

ها 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 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. طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک های مقابله ای کارآمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می نماید تا به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی خویش، دست یابند. طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می شوند را درک کنند و همین امر باعث افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می شود. در این پژوهش به علت زیاد نبودن نمونه مورد بررسی، در تعمیم یافته ها به کل جامعه کشوری بایستی احتیاط کرد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود: در مراکز مشاوره از رویکرد طرحواره درمانی در کمک به زوجین جهت کاهش گرایش به طلاق و تعارضات زناشویی استفاده شود.

References

- آهی، ق. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رجبی، س، علیمرادی، خ و الزمان مرادی، ن. (۱۳۹۶). رابطه ی ساختاری بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی با نقش واسطه ای هوش هیجانی و تمایز یافتگی خود. فصلنامه علمی - پژوهشی روش ها و مدل های روانشناختی ۸(۲)، ۴۸-۱۹.
- رضایی، و، فلاح، م، وزیری، س. (۱۳۹۷). بررسی علل طلاق به شیوه تحلیل روایی در شهرستان یزد و طراحی آموزش پیش نیازهای زوجین مبتنی بر علل طلاق با رویکرد یادگیری فعال و با محوریت خانواده، مدرسه و دانش آموز. فصلنامه علمی - پژوهشی روش ها و مدل های روانشناختی. ۹(۳۲)، ۳۹-۲۵.

- کاظمیان مقدم، ک، مهربابی زاده، م، کیامنش، ع و حسینیان، س. (۱۳۹۶). رابطه علی تمایز یافتگی، معناداری زندگی و بخشودگی با دلسدگی زناشویی از طریق میانجیگری تعارض زناشویی و رضایت زناشویی. روشها و مدل‌های روانشناختی ۳۱(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۱.
- لطفی، ر. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلالات شخصیت دسته ب و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء (س).
- محمدی، ا، (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی کاری و رابطه آن با بهره‌وری کارکنان اداره آموزش و پرورش شهرستان شهر بابک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- مظلوم مقدم، ر، (۱۳۸۸). تحلیل رابطه کیفیت زندگی کاری و عملکرد شغلی کارکنان شاغل در معاونت برنامه‌ریزی و توسعه شهرداری مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نجات، س. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- یانگ، ج؛ کلوسکو، ژ و ویشار، م. (۲۰۰۳). طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- Arieti S, Bemporad J. (1980). The psychological organization of depression. *J Am Psychiatry*, 1905-60.
- Beck AT, Emrey G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic books, 46-127.
- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C., Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1765-1776.
- Banker j, Kaestle ch, Katherine A. (2010). Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood. *J Contemp Family Ther*, 65(5): 173-191.
- Car, A. (2000). *Family Therapy*. New York: John Wiley and Sons, LTD.
- Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. (2006). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14(6): 45-52.
- 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.

- Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 6(4): 132-137.
- Guttman JM. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *J Fam Psychol*; 7: 57-75.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63: 649–658.
- Hoffort, A., Vesland, S. & Sexton, H. (2002). Self understanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. *Journal of cognitive therapy and research*. 26 (2), 190-219.
- Jacquín, K. M. (1997). The effects of maladaptive schemata on information processing. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin.
- Jilian, B., Philip. M. G., Mahli, A., & Skille, C. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*: volume 31, 34-40
- Langton, C. M., & Marshall, W. L. (2010). Cognition in rapists: Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6 (2), 499-518.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2010). Early maladaptive schemas in patients with or without personality.
- Morrison, N. (2000). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 28(3), 269-283.
- Switzer, I. (2009). Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors. Unpublished thesis masters. Mississippi State University.
- Taniguchi, S. T., Freeman, P. A., Taylor, S., & Malcarne, B. (2006). A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *Journal of Experiential Education*, 28(3), 253-256.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. England: Leicestershire .Wiley
- Young JE. Schema therapy. (2003). New York: Guilford: 123-218.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publication.