

تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگارانه اولیه زنان با نارضایتی زناشویی شهر تهران

آرزو همام زاگری لنگرودی

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

Zakeri_arezoo@yahoo.com

مهران روزبھی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر^۱

Roozbehi93@gmail.com

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش اثربخشی آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگارانه اولیه زنان با نارضایتی زناشویی شهر تهران بود. روش پژوهش: این پژوهش از نوع کاربردی، نیمه آزمایشی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری کلیه زنان ناراضی از زندگی زناشویی بود. که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای تعداد ۳۰ زن در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایشی طرحواره درمانی را در ۸ جلسه (خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی)، هر جلسه به مدت یک ساعت و هفته‌ای یک بار دریافت کردند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی و محدودیت‌های مختل زنان با نارضایتی زناشویی موثر است. نتایج: بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند طرحواره های ناسازگار اولیه ای چون بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی و محدودیت‌های مختل زنان با نارضایتی زناشویی را بهبود بخشد.

واژه های کلیدی: خانواده درمانی، طرحواره درمانی، نارضایتی زناشویی

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر - چهار راه دادگستری - واحد علوم و تحقیقات

مقدمه

ازدواج به دلیل نقشی که در بنا نهادن نظام خانوادگی و تربیت نسل آینده دارد به عنوان مهمترین و اساسی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است. یکی از جوانب بسیار مهم نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند (پور حیدری، ۲۰۱۳). رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر داشته و نگرش مثبت و لذت بخشی است (آپرسان و کریستای، ۲۰۱۲). که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، مسائل مالی، روابط جنسی و فرزندان دارند (تانیگوچی^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرنی و بردبری^۲، ۲۰۰۳). طبق پژوهش‌ها در حیطه ازدواج و روابط زناشویی، متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند (شاهی و همکاران^۳، ۲۰۱۱؛ شاکلفورد^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). عوامل شناختی مختلفی در نارضایتی و ناسازگاری‌های زناشویی موثر هستند. نوعی از شناخت که در رابطه و رضایت زناشویی هم می‌باشند، طرحواره‌ها هستند (رحیمی و همکاران، ۲۰۱۰). طرحواره‌ها^۵ سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در حوزه شناخت درمانی بک^۶ در اولین نوشته‌هایش به مفهوم طرحواره اشاره کرده است. در چهارچوب روان درمانی طرحواره به عنوان یک عامل سازمان بخش در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است (یانگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). برخی از طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند (۹). یانگ، کلوکو و ویشار، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۸ را الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی تعریف می‌کنند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در سیر زندگی تکرار شده و بر نحوه ای تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تاثیر می‌گذارند. آنها ۱۸ طرحواره را در قالب پنج حوزه شناسایی معرفی کرده‌اند که عبارت‌اند از: بریدگی و طرد^۹: افراد در این حوزه نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت بخشی با دیگران برقرار و نیازهایی مانند امنیت و همدلی به شیوه-ای قابل پیش بینی ارضا کنند. معتقدند نیاز آنها به عشق، ثبات و امنیت بر آورده نخواهد شد (یانگ، ۲۰۰۵). که شامل طرحواره‌های: رهاشدگی- بی‌ثباتی^{۱۰}؛ بی‌اعتمادی- سوء رفتار^{۱۱}؛ محرومیت هیجانی^{۱۲}؛ نقص- شرم^{۱۳}؛ انزوای اجتماعی- بیگانگی^{۱۴} می‌شود. خودمختاری و عملکرد مختل^{۱۵}: این حوزه در افرادی که در خانواده شان دچار کمبود اعتماد شده و در عملکرد مستقل شکست خورده‌اند پیش می‌آید (شهامت، ۲۰۱۰). افرادی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار می‌گیرد از خودشان و محیط اطرافشان، انتظاراتی دارند که مانع

1. Taniguchi

2. Karny and Bradbury

3. Shahi et al

4. Shackelford

5. schema

6. beck

7. Young

8. early maladaptive schema

9. disconnection and rejection

10. Abandonment- instability

11. Mistrust- abuse

12. emotional deprivation

13. Defectiveness- shame

14. social isolation-alienation

15. impaired autonomy and performance

عملکرد آنها می شود. این حوزه شامل وابستگی- بی کفایتی^۱؛ آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۲؛ خود تحول نیافته - گرفتار^۳ و همچنین همچنین شکست^۴ می شود (شهامت، ۲۰۱۰). محدودیت های مختل^۵؛ این حوزه عدم وجود مسئولیت پذیری و مشکلاتی در ارتباط با رعایت حقوق دیگران، تعهد و هدف گزینی را شامل می شود (شهامت، ۲۰۱۰). این افراد ممکن است در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن و متعهد بودن مشکل داشته باشند و اغلب خود خواه، بی مسئولیت یا خودشیفته به نظر برسند و معمولاً در خانواده هایی سهل انگار رشد یافته اند و در کودکی ملاحظه دیگران را نمی کرده اند، که در نتیجه در بزرگسالی، توانایی مهار تکانه های خود را ندارند و نمی توانند ارضای نیازهای آنی را بخاطر دستیابی به منافع آتی به تاخیر بیندازند (یانگ، ۲۰۰۵). این حوزه شامل طرح واره های: استحقاق- بزرگ منشی^۶، خویشتن داری^۷، و خود انضباطی - ناکامی^۸ می باشد (یانگ، ۱۹۹۴). دیگر جهت مندی^۹؛ دیگر جهت مندی توجه بیش از حد دیگران و نادیده نادیده گرفتن نیازهای خود را شامل می شود (شهامت، ۲۰۱۰). این افراد به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. در اکثر این خانواده ها، والدین به جای توجه و اهمیت قایل شدن به نیازهای منحصر به فرد کودک، بیشتر نیازهای هیجانی یا منزلت اجتماعی خود را مهم می دانند (یانگ، ۲۰۰۵). طرحواره های این حوزه شامل: اطاعت^{۱۰}؛ ایثار^{۱۱}؛ پذیرش جویی- جلب توجه^{۱۲} است (یانگ، ۱۹۹۴). گوش بزنگی بیش از حد و بازداری^{۱۳}؛ گوش بزنگی بیش از حد و بازداری که در نتیجه تاکید بیش از اندازه بر واپس زنی احساسات به وجود می آید می باشد (شهامت، ۲۰۱۰). در حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری دوران کودکی این افراد پر از خشونت واپس زدگی و سختگیری بوده و خویشتن داری و فداکاری بیش از حد بر لذت و خود انگیزگی غلبه داشته است. این افراد در کودکی به تفریح و شادی تشویق نشده اند و در عوض یاد گرفته اند زندگی را طاققت فرسا در نظر بگیرند. معمولاً در احساس بدبینی، ترس و نگرانی بسر می برند (یانگ، ۲۰۰۵). این حوزه از طرحواره های ناسازگار اولیه شامل، منفی گرایی- بدبینی^{۱۴}؛ بازداری هیجانی^{۱۵}؛ معیارهای سرسختانه- عیب جویی افراطی^{۱۶}، و تنبیه^{۱۷} می شود (یانگ، ۱۹۹۴؛ هریس و کورتین، ۲۰۰۲). طرحواره ها از ابتدای زندگی شکل گرفته (دزیس و همکاران، ۲۰۰۹) و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تاثیر قرار می دهند (یانگ، ۲۰۰۵). اما طرحواره های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند (ژانگ و هی، ۲۰۱۰). این طرحواره ها در طول زندگی ثابت و پا برجا هستند و اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل و به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (تایم و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهشگران بر این عقیده اند که طرحواره های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تایید تجارب کودکی عمل می کنند و به نشانه های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی و ترس های خاص (فوبی)، اختلالات شخصیت، تنهایی به دلیل روابط بین فردی مخرب و سوء مصرف الکل و مواد مخدر، پر اشتیاهی یا زخم معده منجر می شوند (گرنهوس و کالینز، ۲۰۰۳؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷). بر اساس نظر یانگ (یانگ، ۲۰۰۵)، در بعضی افراد به

1. Dependence-incompetence
2. vulnerability to harm or illness
3. Enmeshment-undeveloped self
4. failure
5. impaired limits
6. entitlement/grandiosity
7. self-control
8. Insufficient-self-discipline
9. other-directedness
10. subjugation
11. self-sacrifice
12. approval-seeking-recognition-seeking
13. overvigilance and inhibition
14. pessimism
15. emotional inhibition
16. unrelenting standards-hypercriticalness
17. punitiveness

خاطر تجارب منفی کودکی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایجاد می‌شود که بر شیوه‌ی تفکر، احساسات و رفتار آنها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی آنها تاثیر می‌گذارد. زمانی که نیازی بدون ارضاء باقی می‌ماند طرحواره‌ی ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می‌شود. با ارضاء نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود (یوسفی، ۲۰۱۱). این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تاهل در روابط زناشویی نمود می‌یابد و بر آن تاثیر مخرب می‌گذارد (یانگ، ۲۰۰۳). همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به واسطه ارتباط و تاثیری که بر سبک دلبستگی، اختلالات شخصیت و اختلالات خلق می‌گذارند (یوسفی، ۲۰۱۱)، می‌توانند تاثیر غیر مستقیم نیز بر روابط زناشویی داشته باشند. یانگ، کلوسکو و ویشار (یانگ، ۲۰۰۳)، دریافتند که در زوجین علاوه بر طرحواره‌های اولیه که به روابط زناشویی وارد می‌شوند، در روابط فعلی نیز طرحواره‌هایی شکل می‌گیرند، چنان که در روابط دو نفر نیازهای طرحواره‌ی اولیه برآورده نشود و یا طرحواره‌ی اولیه با طرحواره فعلی ناهمخوان باشد، موجب ناسازگاری بین زوجین و در نهایت نارضایتی زنان در زندگی زناشویی می‌شود (یانگ، ۲۰۰۳). روشی که مبتنی بر طرحواره برای حل مشکلات و اختلافات توسط یانگ به وجود آمده، طرحواره درمانی^۱ نام دارد (یوسفی، ۲۰۱۱). طرحواره درمانی، روشی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری^۲ کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. با این وجود، طرحواره درمانی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه مبتنی است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدراک می‌بیند که مخصوصاً برای بیمار مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم (مثل اختلالات شخصیت) مناسب است (یانگ، ۲۰۰۵). بر اساس آنچه گفته شد هدف از انجام این پژوهش آن است که ببینیم ۱- آیا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر بریدگی و طرد زنان با نارضایتی زناشویی موثر است؟ ۲- آیا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر عملکرد مختل زنان با نارضایتی زناشویی موثر است؟ ۳- آیا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر دیگر جهت‌مندی زنان با نارضایتی زناشویی موثر است؟ ۴- آیا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر گوش به زنگی زنان با نارضایتی زناشویی موثر است؟ ۵- آیا رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر محدودیت‌های مختل زنان با نارضایتی زناشویی موثر است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع کاربردی با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه زنان ناراضی از زندگی زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی بهزیستی، کمیته امداد و بنیاد شهید شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بودند. از شرایط ورود به تحقیق این بود که زن ناراضی از زندگی زناشویی دارای تحصیلات پنجم ابتدایی باشد و خود به صورت داوطلبانه مایل به همکاری جهت دریافت مداخله‌ی مشاوره‌ای خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی باشد. از شرایط خروج از تحقیق اعتیاد آزمودنی، مبتلا بودن به بیماری صعب‌العلاج جسمی، اختلالات حاد روان‌شناختی (اختلالات شخصیتی، افسردگی، اختلالات محور یک)، مصرف‌کننده داروهای روانپزشکی و روان‌گردان، مشکل نازایی و تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی بود. زیرا این شرایط و خصایص، اثربخشی متغیر مستقل به خصوص طرحواره درمانی را بر آزمودنی کم‌رنگ کرده و نتایج پژوهش را مخدوش می‌کند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول از میان ۳۲۱ نفر مراجع زن ناراضی از زندگی زناشویی که در بهار ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره‌ی بهزیستی، کمیته امداد و بنیاد شهید شهر تهران، مراجعه کرده بودند، شرایط ورود از طریق پرونده‌های مشاوره‌ای و رایزنی با مشاوران و روان‌سنج‌های مراکز مذکور که قبلاً جهت پذیرش مراجعان با آنان مصاحبه‌های مشاوره‌ای انجام داده بودند و آنها را با آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا سنجش و ارزیابی روانی کرده

¹. Schema-Focused Therapy

². Cognitive-Behavioral

بودند، بررسی شد. یعنی از جامعه مذکور، زنانی که شرایط ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند (در این مرحله ۱۰۱ نفر از ۳۲۱ نفر شرایط ورود نداشتند و از جامعه‌ی تحقیق حذف شدند). سپس محقق در مرحله‌ی دوم از طریق تماس تلفنی جهت تمایل به شرکت در جلسات مشاوره‌ای برقرار نمود. از بین این زنان تعداد ۱۱۲ نفر تمایل به شرکت در جلسات خانواده درمانی نشان دادند. در مرحله سوم از بین ۱۱۲ نفر زن متمایل به شرکت در جلسات مشاوره‌ای، تعداد ۳۰ زن به روش تصادفی ساده از میان آنها انتخاب و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند.

در ابتدای کار آزمون‌های طرحواره یانگ (فرم کوتاه) و رضایت زناشویی جهت مقایسه با طرحواره و رضایت زناشویی شخص در پایان جلسات گرفته شد و گروه آزمایشی طرحواره درمانی را در ۸ جلسه، که هر جلسه به مدت یک ساعت و هفته‌ای دو بار تشکیل شد. جلسات خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی: جلسه اول: ارتباط، آشنایی، همدلی: در این برنامه هدف آشنایی آزمودنی با فرآیند، اهداف و مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره محور و انجام پیش آزمون؛ جلسه دوم: آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره‌ها و نحوه شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد؛ جلسه سوم: آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها، آموزش طرحواره‌های غیرشرطی و شرطی و نحوه تداوم آنها؛ جلسه چهارم: آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در جریان نارضایتی زنان از زندگی زناشویی؛ جلسه پنجم: برجسته سازی و آموزش نقش طرحواره‌ها، در رابطه متقابل با همسر و پیامدهای ناشی از تصادم طرحواره‌ها؛ جلسه ششم: آزمون اعتبار یک طرحواره ناکارآمد، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، و تمایز و تفکیک پاسخ‌های ناشی از طرحواره؛ جلسه هفتم: که هدف کاستن تاثیر طرحواره‌های ناکارآمد با آموزش تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی، نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین و ایفای نقش توسط زنان در موقعیت‌های زندگی واقعی؛ جلسه هشتم: جمع بندی و آماده سازی برای اتمام جلسات. پس از گذشت ۲۰ روز از آخرین جلسه درمانی جهت بررسی تاثیر درمان پرسشنامه‌های مربوطه مجدداً آزمون گرفته شد. جهت رعایت اصول اخلاقی در تحقیق در پایان جلسات گروه کنترل نیز از جلسات خانواده درمانی مبتنی طرحواره درمانی بهره‌مند شدند.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SF-YSQ): این پرسشنامه برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه که توسط یانگ (۱۰) با ۷۵ سوال، مقیاس پاسخگویی ۶ درجه ای لیکرت (کاملاً نادرست=۱، تا کاملاً درست=۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/هاشده‌گی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر، گرفتاری/در دام افتادگی، اطلاعات، از خود گذشتگی، بازدارنده هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری و خود انضباط ناکافی تهیه و آماده اجرا شده است. هر ۵ سوال این مقیاس مربوط به یک طرحواره و برای به دست آوردن نمره طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر سوال ۵ محاسبه می‌شود. در هر کدام از طرحواره‌ها، که فرد نمره بیشتری کسب کند آن طرحواره به عنوان طرحواره ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود. اولین پژوهش جامع درباره ویژگی‌های روان سنجی این طرحواره‌ها را اسمیت، جونز و یانگوتلج (یانگ، ۲۰۰۵) انجام دادند و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران نشان دادند پرسشنامه طرحواره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روانشناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است (اسمیت، جونز و یانگوتلج (یانگ، ۲۰۰۵). این پرسشنامه را در ایران آهی (یوسفی، ۲۰۱۱) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مونث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است. در پژوهش یوسفی (۲۰۱۱)، آلفای کرونباخ محرومیت هیجانی برابر با ۰/۸۰، برای طرد/رها شدگی برابر با ۰/۸۷، برای بی اعتمادی/بدرفتاری برابر با ۰/۷۷، برای انزوای اجتماعی برابر با ۰/۷۰، برای نقص/شرم برابر با ۰/۸۳، برای شکست در پیشرفت برابر با ۰/۸۴، برای وابستگی/بی کفایتی برابر با ۰/۸۰، برای آسیب پذیری به ضرر برابر با ۰/۷۳، برای گرفتاری/در دام افتادگی برابر با ۰/۷۱، برای اطلاعات برابر با ۰/۷۰، برای از خود گذشتگی برابر با ۰/۷۱، برای بازدارنده هیجانی برابر با ۰/۷۹، برای معیارهای سرسختانه برابر با ۰/۷۸، برای استحقاق برابر با ۰/۶۶، برای نقص خویش‌داری و خود انضباط ناکافی برابر با ۰/۷۱ و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی: شاخص رضایت زناشویی والمیر در سال ۱۹۹۲ توسط هودسون (شاهی و همکاران، ۲۰۱۱) تدوین شده است و دارای ۲۵ ماده است که میزان، شدت و دامنه مشکلات زوجها را در رابطه زناشویی اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده این شاخص شامل یک طیف هفت رتبه‌ای از نوع لیکرت (هیچگاه = صفر تا همیشه = ۶) است. بیشینه و کمینه نمره‌ی شاخص فوق به ترتیب ۱۵۰ و صفر می‌باشد، که نمره بالا رضایت پایین را می‌سنجد و بر عکس نمره پایین در برگزیده رضایت بالا است. همچنین تعدادی از ماده‌های آن به صورت معکوس نمره-گذاری می‌شوند. نمره برش این ابزار ۷۰ می‌باشد که نشان دهنده این است که مراجع دچار استرس شدید است. چانگ و هودسون (به نقل از شاهی و همکاران، ۲۰۱۱)، توصیه می‌کنند که شاخص رضایت زناشویی والمیر به دلیل ضرایب اعتبار و روایی بالایی که دارد می‌توان از جمله در محیط‌های پژوهشی و بالینی استفاده کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته ها

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۰/۵۷	۲۸/۶۰	۲/۶۵	۴۸/۸۰	آزمایشی	بریدگی و طرد
۷/۲	۴۵/۳۳	۵/۳۵	۴۸/۲۰	کنترل	
۶/۰۹	۱۸/۳۳	۱/۶۸	۳۳/۱۳	آزمایشی	خودگردانی و عملکرد مختل
۳/۰۷	۳۱/۰۰	۱/۷۹	۳۳/۱۳	کنترل	
۳/۹۸	۱۵/۶۰	۲/۰۷	۲۳/۵۳	آزمایشی	دیگر جهت مندی
۲/۲۳	۲۱/۸۷	۲/۱۰	۲۳/۰۰	کنترل	
۱/۸۶	۱۷/۳۳	۱/۵۸	۲۷/۰۷	آزمایشی	گوش بزنگی بازداری
۲/۲۲	۲۶/۳۳	۱/۶۴	۲۶/۸۷	کنترل	
۳/۳۷	۱۵/۰۷	۱/۶۲	۲۰/۲۷	آزمایشی	محدودیت های مختل
۱/۶۸	۱۹/۶۷	۰/۹۴۱	۲۰/۲۰	کنترل	

جدول شماره ۲- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری

Sig	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	ارزش	آزمون	اثر
۰/۰۰۱	۱۳/۲۷۳	۵	۲۴	۰/۷۳۴	اثر پیلایی	
۰/۰۰۱	۱۳/۲۷۳	۵	۲۴	۰/۲۶۶	لامبدای ویلکز	
۰/۰۰۱	۱۳/۲۷۳	۵	۲۴	۲/۷۶۵	تی هو هوتلینگ	گروه
۰/۰۰۱	۱۳/۲۷۳	۵	۲۴	۲/۷۶۵	بزرگترین ریشه روی	

چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار می‌باشد. آزمون فوق استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) را مجاز شمردند.

جدول ۳- نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض برابری واریانس ها

Sig	df ₂	df ₁	F	شاخص متغیر وابسته
۰/۰۸۱	۲۸	۱	۳/۲۸۵	بریدگی و طرد
۰/۰۵۸	۲۸	۱	۳/۹۱۱	خودگردانی و عملکرد مختل
۰/۰۸۶	۲۸	۱	۳/۱۷۶	دیگر جهت مندی
۰/۰۶۳	۲۸	۱	۳/۷۴۸	گوش بزنگی بازداری
۰/۰۵۹	۲۸	۱	۳/۸۷۳	محدودیت های مختل

بر اساس داده های جدول ۳، نتایج این آزمون نشان می دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس در بریدگی و طرد؛ خودگردانی و عملکرد مختل؛ دیگر جهت مندی؛ گوش بزنگی بازداري؛ محدودیت های مختل تفاوت معنی داری ندارند، بنابراین این پیش فرض جهت انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) نیز رعایت شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در بریدگی و طرد

منبع	SS	df	MS	F	Sig	Eta
بریدگی و طرد	۲۱۰۰/۰۳۳	۱	۲۱۰۰/۰۳۳	۲۵/۱۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴
خطا	۲۳۳۴/۹۳۳	۲۸	۸۳/۳۹۰	-	-	-
کل	۴۵۴۳۱/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

فرضیه اول تحقیق مبنی بر تاثیر رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر بریدگی و طرد زنان با ناراضی زناشویی موثر است مورد تایید قرار گرفت ($F=28/184$ و $P<0/01$). همان طور که جدول ۵ نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۴۷۴ درصد است و تفاوت های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی است و به عبارتی میزان تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی ۴۷ درصد بوده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در خودگردانی و عملکرد مختل

منبع	SS	df	MS	F	Sig	Eta
خودگردانی و عملکرد مختل	۱۲۰۳/۳۳۳	۱	۱۲۰۳/۳۳۳	۵۰/۷۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹
خطا	۶۵۱/۳۳۳	۲۸	۲۳/۲۶۲	-	-	-
کل	۲۰۱۰۸/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

فرضیه دوم تحقیق مبنی بر تاثیر رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر خودگردانی و عملکرد مختل زنان با نارضایتی زناشویی موثر است مورد تایید قرار گرفت ($F=50/730$ و $P<0/001$). همان طور که جدول ۶ نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۶۴۹ درصد است و تفاوت های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی است و به عبارتی میزان تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی ۶۵ درصد بوده است.

جدول ۷- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در دیگر جهت مندی

منبع	SS	df	MS	F	Sig	Eta
دیگر جهت مندی	۲۹۴/۵۳۳	۱	۲۹۴/۵۳۳	۲۸/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳
خطا	۲۹۱/۳۳۳	۲۸	۱۰/۴۰۵	-	-	-
کل	۱۱۱۱۴/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

فرضیه سوم تحقیق مبنی بر تاثیر رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر دیگر جهت مندی زنان با نارضایتی زناشویی موثر است مورد تایید قرار گرفت ($F=28/308$ و $P<0/001$). همان طور که جدول ۷ نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۵۰۳ درصد است و تفاوت های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی است و به عبارتی میزان تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی ۵۰ درصد بوده است.

جدول ۸- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در گوش بزنگی بازداری

منبع	SS	df	MS	F	Sig	Eta
گوش بزنگی و بازداری	۶۰۷/۵۰۰	۱	۶۰۷/۵۰۰	۴۲/۴۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
خطا	۴۰۰/۶۶۷	۲۸	۱۴/۳۱۰	-	-	-
کل	۱۵۳۰۹/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

فرضیه چهارم تحقیق مبنی بر تاثیر رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر گوش بزنگی و بازداری زنان با ناراضایتی زناشویی موثر است مورد تایید قرار گرفت ($F=42/454$ و $P<0/001$). همان طور که جدول ۸ نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۶۰۳ درصد است و تفاوت های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی است و به عبارتی میزان تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی ۶۰ درصد بوده است.

جدول ۹- نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در محدودیت های مختل

منبع	SS	df	MS	F	Sig	Eta
محدویت های مختل	۱۵۸/۷۰۰	۱	۱۵۸/۷۰۰	۲۲/۴۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
خطا	۱۹۸/۲۶۷	۲۸	۷/۰۸۱	-	-	-
کل	۹۴۰/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-

فرضیه پنجم تحقیق مبنی بر تاثیر رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر محدودیت‌های مختل زنان با ناراضایتی زناشویی موثر است مورد تایید قرار گرفت ($F=22/412$ و $P<0/001$). همان طور که جدول ۹ نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بر اساس ضریب اتا (میزان تاثیر) ۰/۴۴۵ درصد است و تفاوت های فردی در واریانس نمرات در گروه ناشی از آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی است و به عبارتی میزان تاثیر آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی ۴۴ درصد بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی آموزش رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگارانه اولیه زنان با ناراضایتی زناشویی شهر تهران بود. شناخت ها در زمینه روابط زناشویی تاثیر گذار هستند و این موضوع از مدت‌ها پیش مورد توجه قرار گرفته است، به عنوان مثال در زمینه بهزیستی زناشویی، عوامل روان شناختی موثر بر رابطه زناشویی بررسی شده است. نوعی از شناخت که در رابطه و رضایت زناشویی دارای اهمیت خاصی می‌باشند، طرحواره‌ها هستند (رحیمی، ۲۰۱۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تاثیر بر کنش وری رابطه می‌شوند. معمولا ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران به خصوص در یک تعامل و رابطه زناشویی به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آنها تایید شود، حتی

اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (یانگ، ۲۰۰۳؛ اپستاین، باکام، ۲۰۰۲). مدل‌های نوین شناختی پیشنهاد می‌کنند که محتوای ادراکات و استنباط‌های فرد به وسیله طرح‌های زیر بنایی نسبتاً پایدار، نظیر آنچه که جورج کلی^۱ سازه‌های شخصی می‌نامد، شکل گرفته‌اند. طرح‌های مربوط به رابطه زناشویی در برگیرنده باورهای اساسی درباره ماهیت انسان و نحوه روابط می‌باشند و فرض می‌شود که نسبتاً ثابت هستند. در رویکرد طرح‌محور تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرح‌ها در حفظ موقعیت‌های مساله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرح‌ها است (کاستون گوی و هایل، ۲۰۰۷). بینش در این رویکرد یعنی طرح‌ها درمانی آگاهی عمیق به ساختارهایی (طرح‌ها) است که به عنوان بازنمایی‌های شناختی در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبتنی بر ارتباط بین فردی دخالت می‌کنند (گلدفرید، ۲۰۰۳). بسیاری از مداخله‌ها در زمینه کار با زوجین معطوف به آموزش روان شناختی هستند (آنتل و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش‌ها باید به زنان کمک کنند تا نسبت به تجارب زندگی همدیگر آگاه شوند و درک کنند که چگونه این تجارب متفاوت منجر به شکل‌گیری طرح‌های آنها شده است (یانگ، ۲۰۰۵).

نتایج نشان داد که رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌ها درمانی بر طرح‌های ناسازگار اولیه زنان با نارضایتی زناشویی موثر است که این نتیجه با تحقیقات (رحیمی، ۲۰۱۱)؛ پورحیدری، (۲۰۱۳)؛ یانگ، (۲۰۰۳)؛ اپستاین و باکام، (۲۰۰۲)؛ کاستون گوی و هایل، (۲۰۰۷)؛ آنتل و همکاران، (۲۰۱۰)؛ فین، (۱۹۸۸)؛ راسین، (۲۰۰۵)؛ استایلز، (۲۰۰۵)؛ داتیلو، (۲۰۰۶) همخوان و همسو است که ذکر کرده‌اند طرح‌ها درمانی بر اصلاح طرح‌های ناسازگار اولیه و مولفه‌های آن موثر است. همچنین در پژوهش رحیمی و همکاران، (۲۰۱۰) حوزه‌های طرح‌ها-های بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل و دیگر جهت مندی دارای بیشترین ارتباط با نارضایتی زناشویی داشتند. می‌توان همسو و همخوان با رویکردهای نظری، نظیر شناختی- رفتاری، سیستمی گفت که اگر شناخت‌ها و سازه‌های بنیادی شکل دهنده به روابط بین فردی، هدف مداخله و دستکاری قرار بگیرند، می‌توانند موثر بودن و کارآمدی خود را نشان دهند (استایلز، ۲۰۰۵). بنابراین هر چقدر حضور طرح‌ها-های ناسازگار اولیه افزایش یابد، رضایت و صمیمیت زناشویی در زنان کاهش می‌یابد. پس طرح‌ها نقش مهمی در نارضایتی زناشویی زنان دارد. طرح‌ها در قالب رابطه زناشویی رفتارهای زوجین را تحت تاثیر قرار داده و آنها را جهت دهی می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۵). می‌توان این گونه تبیین کرد، نظریه طرح‌های یانگ یک مدل چند بعدی است و در واقع التقاطی از رودیگردهای شناختی- رفتاری، روانکاو، دلبستگی، گشتالت و روابط موضوعی بوده (یانگ، ۲۰۰۳) و نگرشی است جامع به مشکلات بین فردی انسان به ویژه رضایت زناشویی در زنان دارد. رویکردهای اخیر و جدید در زمینه مشکلات زوجین آغاز به یکپارچه کردن طرح‌های ناسازگار اولیه و طرح‌های مرتبط با رابطه زناشویی که از تجارب ارتباطی در خانواده اولیه زوجین نشأت می‌گیرند با زوج درمانی‌های شناختی- رفتاری کرده‌اند (داتیلو، ۲۰۰۶). تاثیر تفاوت‌های فردی و عوامل درون فردی بر فرایندهای بین فردی که با رضایت و ارتباط زناشویی زنان مرتبط است، در رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌ها درمانی در زمینه مشکلات و نارضایتی‌های این زنان از زندگی زناشویی مورد توجه قرار می‌گیرند (اپستاین و باکام، ۲۰۰۲). از طرفی مداخله خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌ها در کنار آشناسازی زنان با ماهیت، نقش و اهمیت طرح‌ها، به فراهم سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زندگی زناشویی می‌پردازد. در این رویکرد یعنی طرح‌ها درمانی، تمرکز بر آگاهی و بینش در زنان ناراضی از زندگی زناشویی و درک نقش طرح‌ها در حفظ موقعیت‌های مساله آفرین بین فردی و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرح‌هاست (کاستون گوی و هایل، ۲۰۰۷). بینش در این رویکرد طرح‌ها درمانی در برگیرنده آگاهی عمیق به ساختارهایی (طرح‌ها) است که به عنوان بازنمایی‌های شناختی در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبتنی بر ارتباط بین فردی دخالت می‌کنند (گلدفرید، ۲۰۰۳). همچنین با فنون طرح‌ها درمانی می‌توان به زنان ناراضی از زندگی زناشویی کمک کرد تا از فعال شدن طرح‌های ناسازگار اولیه تا حد امکان کاسته و مقابله کارآمد با آنها را یاد بگیرند. این آموزش‌های طرح‌ها درمانی باعث افزایش درک و فهم زنان نسبت به این نکته می‌شود که ازدواج آنها از محیط‌های خانوادگی مختلف بوده و همچنین منجر به کشف سیستم باورهای مرکزی این زنان درباره

¹. George Kelly

نقش‌های زنانگی خود و نقش همسرشان در زندگی در روابط شان می‌شوند (داتیلو، ۲۰۰۶). پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد مداخله آموزشی خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی، مداخله‌ای اثربخش، کارآمد و مفید در زمینه کار با زنان و افزایش رضایت از زندگی زناشویی آنان است که می‌تواند به عنوان یک برنامه آموزشی استاندارد به مجموعه فنون زوج درمانگران در مراکز مشاوره افزوده شود. این پژوهش در این زنان ناراضی از زندگی زناشویی شهر تهران انجام شد، لذا در تعمیم نتایج به سایر شهرهای دیگر باید محتاط بود، به همین دلیل پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه‌ای در دیگر شهرها انجام شود.

منابع

- Antle BF, Frey SE, Sar BK, Barbee AP, VanZyl MA.(2010). Training the child welfare workforce in healthy couple relationships: An examination of attitudes and outcomes. *Child and Youth Serv Review*. 1(10): 223-230.
- Castonguay LG, Hill CE.(2007). *Insight in Psychotherapy*, American Psychological Association. Washington: DC. 1(1): 57-81.
- Dozois DJ, Martin RA, Bieling PJ.(2009). Early maladaptive schemas and adaptive/ maladaptive styles of humor. *Journal of Cognitive Therapy and Research*. 33(6): 585-596.
- Dattilio FM.(2006). Restructuring schemata from family of origin in couple therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*. 20(4): 359-373.
- Epstein NB, Baucom DH.(2002). Enhanced cognitivebehavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: American Psychological Association. 1(1): 284-290.
- Fine M.(1988). The relationship of perceived health in the family of origin to levels of state and trait anxiety. *J Fam Ther*. 15(1): 51-7.
- Goldfried MR.(2003). Cognitive-behavioral therapy: Reflections on the evolution of therapeutic orientation, *Cogn Ther and Rese*. 27(1): 53-69.
- Greenhaus JH, Collins KM, Shaw J.(2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*. 63(2): 510-531.
- Harris M, Curtin K. .(2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult. *Cognitive Therapy and Research*. 26(3): 405-416.
- Karny B, Bradbury TN.(2003). Marital satisfaction in intimate relationship. *Journal of Marriage & Family*. 63(2): 504- 13.
- Oprisan E, Cristae D.(2012). A few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Journal of Social and Behavioral Sciences*. 33(1): 468-472.

- Pourheydari S. Bagherian F, Doustkam M, Bahadorkhan J. (2013) The Effects of Life Skills Training on Marital and Sexual Satisfaction of Young Couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 14(1): 14-22.
- Racine C.(2005). Does religious coping moderate the relationship between early maladaptive schemas and negative trait affect, college adjustment, and alcohol use? Ph.D. Dissertation. New York: New York University. 1(2): 8-79.
- Rahimi Y, Abedin A. Tirgary A. Fathabadi J.(2010). Study training ased Schema therapy on Marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*. 2(3): 25-40.
- Shahi A. Ghafari E. Ghasemi KH.(2011). Relationship mental health and Marital satisfaction Couples. *Journal of Behboud* . 15(2): 119-126.
- Shackelford R, Besser M, Goetz DF.(2007). Or better or for worse: Marital well-being of newlyweds. *Journal of Counseling Psychology*. 14(1): 223- 42.
- Stiles OE.(2005). Early maladaptive schemas and intimacy in young adults romantic relationship [Unpublished doctoral dissertation]. San Francisco, USA: Alliant International University; PP. 42.[on line]. Avaiable: [www:proquest.com](http://www.proquest.com).
- Shahamat F.(2010). Expectancy mental health according Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychology Tabriz University*. 5(20): 15-20.
- Seligman MEP, Schulman P, Tryon A.(2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior Research & Therapy*. 45(6): 1111-1126.
- Thimm JC.(2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 41(1): 373-380.
- Taniguchi ST, Freeman PA, Taylor S. Malcarne B.(2006). A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoors recreation. *Journal of Experiential Education* . 28(3): 253-256.
- Yoosefi N.(2011). Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health* . 13(4): 356-373.
- Young J, Marjorie E, Weishaar ME.(2003). *Schema Therapy a Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME.(2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New.
- Young JE.(2005). *Young Schema Questionnaire–Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.

Global Conference

on

New Horizons in
Humanities, Future Studies
and Empowerment

2016 January 28

- Young JE.(1994). Schema Therapy: Conceptual Model, Available in www.therapist-training.com.au/young.pdf.
- Zhang DH. He HL.(2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*. 38(8): 1119-1122.