

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی زوجین

رقیه مهدیان^۱، مجید پور فرج عمران^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۳

خلاصه

مقدمه: کیفیت مطلوب روابط زناشویی و فقدان آشفتگی روان‌شناختی از عوامل مهم پایداری روابط زناشویی می‌باشند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره ساری بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۱ بودند. تعداد ۳۲ نفر از زوجین (۱۶ نفر در هر گروه) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره‌درمانی را دریافت نمودند. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه کیفیت روابط زناشویی Busby و همکاران و مقیاس آشفتگی روانی Lavibond و Lavibond بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت روابط زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $32/13 \pm 1/12$ و $36/60 \pm 1/45$ ($p < 0/001$) و نمره آشفتگی روان‌شناختی به ترتیب $42/13 \pm 1/18$ و $39/13 \pm 0/83$ بود ($p < 0/001$). در گروه کنترل میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت روابط زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $32/07 \pm 1/22$ و $31/87 \pm 1/10$ و نمره آشفتگی روان‌شناختی به ترتیب $42/20 \pm 0/67$ و $42 \pm 1/30$ بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مؤثر است. پیشنهاد می‌شود به عنوان مداخله مفید در زمینه بهبود کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، کیفیت روابط زناشویی، آشفتگی روان‌شناختی، زوجین

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، بهشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Ma.pourfaraj@iaubeh.ac.ir؛ تلفن: ۰۱۳۴۵۲۸۳۲۴

مقدمه

با شروع ازدواج و ایجاد رابطه زناشویی، رضایت زناشویی به متغیری مهم در رابطه با کیفیت ازدواج تبدیل می شود. رضایت زناشویی احساس عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده زن و مرد با توجه به تمام جنبه‌های رابطه زناشویی است. رضایت زناشویی به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ثبات عاطفی زوجین به حساب می آید [۱]. در حقیقت، رضایت زناشویی یکی از عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی است که در طی آن زن و شوهر از ازدواج با هم احساس شادمانی و رضایت می کنند [۲]. از متغیرهایی که بر رضایت زناشویی تأثیرگذار هستند، کیفیت روابط زناشویی (quality of marital relationships) و آشفتگی روان‌شناختی (psychological distress) را می توان نام برد. کیفیت روابط زناشویی ارزشیابی درونی ارتباط زوجین در برخی ابعاد و ارزش‌ها است و دامنه این ارزشیابی شامل طیف گسترده‌ای است که مشخصه‌های وسیعی از تعامل و عملکرد زناشویی را منعکس می نماید [۳]. در متون مرتبط با زندگی زناشویی، شادکامی زناشویی، فقدان تعارض زناشویی، مسئولیت‌پذیری زناشویی، پشتیبانی اجتماعی، رفتار زناشویی، بخشش و فقدان خشونت خانگی به عنوان ابعاد از کیفیت رابطه زناشویی و گاه به عنوان شاخص واحدی از آن مفهوم سازی گردیده است [۴].

آشفتگی روانی اصطلاحی است برای توصیف دوره‌های حاد و کوتاه مدت از یک آشفتگی خاص که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی، اضطراب یا استرس ظاهر می کند. این وضعیت در مواردی خاص پس از اینکه یک فرد از چالش‌های زندگی به دلیل مشکلات رخ داده ناتوان می گردد، توصیف می شود [۵]. از جمله چالش‌های زندگی، عوامل مرتبط با زندگی زناشویی هستند که می‌توانند موجب افزایش آشفتگی روانی افراد شوند.

یکی از شاخص‌های ثبات زندگی زناشویی نسبت طلاق به ازدواج است که متأسفانه در جامعه ایران رو به افزایش است. به عنوان مثال، نرخ ازدواج ثبت شده در استان مازندران در سال ۱۳۹۸، ۵/۹ در هزار نفر بوده است. در همین سال نرخ طلاق ۲/۶ در هزار نفر بود. نسبت طلاق به ازدواج در سال ۱۳۸۹،

۱۸ طلاق در برابر یکصد ازدواج بود که در سال ۱۳۹۸ این نسبت به ۴۳/۹ طلاق در برابر یکصد ازدواج افزایش یافت [۶]. از عوامل مؤثر در زمینه طلاق می‌تواند مشکلات ارتباطی بین زوجین باشد.

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل مشکلات زناشویی و افزایش رضایت کیفیت رابطه زناشویی هستند. در میان دیدگاه‌های مختلف روان‌شناختی، طرحواره‌درمانی (schema therapy) از جنبه عمق نظریه و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته است [۷]. مفهوم کلیدی این رویکرد طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (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 طرحواره‌ها، و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است [۸]. در همین راستا Carter و همکاران [۹] یک پروتکل طولانی‌تر طرحواره‌درمانی را بر روی بیماران افسرده مزمن اجرا کرده‌اند، که در این طرح نشانه‌های افسردگی تقریباً ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است. همچنین، نتایج پژوهشی حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی نقش مؤثری در بهبود پریشانی، طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله و بهزیستی روانی داشت [۱۰]. پژوهش دیگری نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانی شد [۱۱]. در همین راستا Dattilio [۱۲] با مطالعه موردی که بر روی یک زوج در مورد اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی انجام داد در یافت این روش درمانی می‌تواند به طور مؤثری موجب بهبود روابط زناشویی شود. Jantn و Nlson [۱۳] در پژوهش خود نشان دادند، آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی، می‌تواند در افزایش کیفیت روابط زناشویی و حل تعارض و صمیمیت زناشویی زوجین تأثیرگذار باشد. همچنین، AliMohammadi و همکاران در مطالعه خود دریافتند طرحواره‌درمانی گروهی موجب افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری

در ضمن، این پژوهش دارای شناسه اخلاق با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.100 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

ابزارهای پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، مدت ازدواج، میزان تحصیلات)، پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بود.

پرسشنامه کیفیت روابط زناشویی (فرم تجدید نظر شده): این پرسشنامه توسط Busby و همکاران [۱۵] در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و ۱۴ سؤال دارد. فرم اصلی این مقیاس ۳۲ سؤالی است که توسط Spanier و بر اساس نظریه Lewis و Spanier در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً موافق نمره ۵ و کاملاً مخالف نمره صفر). این ابزار از سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام تشکیل شده است که در مجموع، نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهد. خرده مقیاس توافق شامل عبارات ۱ تا ۶، خرده مقیاس رضایت شامل عبارات ۷ تا ۱۱ و خرده مقیاس انسجام شامل عبارات ۱۲ تا ۱۴ می‌شود. دامنه نمره هر فرد در این پرسشنامه (۰-۷۰) خواهد بود و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب، ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است [۱۶]. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی تأییدکننده وجود سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام در فرم ترجمه شده ایرانی و روایی سازه این پرسشنامه است. همچنین، برای بررسی روایی همزمان، همبستگی آن با پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH محاسبه شد که ۰/۳۹ بدست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل برای ۱۴ سؤال ۰/۷۰ بدست آمد [۱۷].

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (آشفتگی روانی)، (Depression, Anxiety and Stress Scale) که توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ طراحی شد مجموعه‌ای از سه خرده مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است و

عصبی می‌شود [۱۴]. با عنایت به آنچه که بیان شد و با توجه به این که در داخل کشور پژوهشی راجع به تأثیر طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی صورت نگرفته است، اجرای چنین پژوهشی می‌تواند باعث تقویت دانش روان‌شناسی به خصوص در حوزه مشاوره خانواده و بهبود روابط زناشویی در داخل کشور باشد. از این رو، این پژوهش به دنبال تعیین میزان اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی بود. جامعه آماری، کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۱ بودند. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G Power استفاده شد. بر اساس مطالعه Mardani [۱۵] و فرمول زیر، برای مقایسه دو گروهی با توان آماری ۰/۹۰، اندازه اثر ۰/۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و $\sigma = 1/80$ و $d2 = 2/11$ به نمونه حداقلی ۱۵ نفر در هر گروه لازم است که با توجه به زوج بودن نمونه‌ها برای هر گروه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۲ نفر از زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه قرار گرفتند.

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از سکونت در شهر ساری، دامنه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال و رضایت از شرکت در آزمون‌ها. معیارهای خروج: غیبت بیش از دو جلسه درمان، بروز بیماری که مانع شرکت در پژوهش شود و عدم رضایت از ادامه جلسات درمانی بود.

در این پژوهش سعی شد کلیه ملاحظات اخلاقی الزامی از جمله جلب رضایت نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات، داشتن اختیار در خروج از طرح رعایت گردد.

استرس ۰/۴۸، اضطراب و استرس ۰/۵۳ و افسردگی ۰/۲۸ بود [۱۹]. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران در مطالعه Samani و Joukar بررسی شده است که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و روایی این مقیاس نیز به شیوه تحلیل عاملی از نوع تأییدی مطلوب بوده است [۲۰].

پروتکل استفاده شده در پژوهش حاضر بر اساس کتاب طرحواره‌درمانی Young و همکاران [۲۱] بود (جدول ۱). طرحواره‌درمانی هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه (۸ جلسه) بر روی گروه آزمایش انجام شد. جلسات درمان در مرکز خدمات روانشناختی محقق (نویسنده مسئول) در روزهای دو شنبه و در زمان‌های توافق شده با شرکت‌کنندگان توسط محقق آموزش‌دیده طرحواره‌درمانی به صورت گروهی اجرا می‌شد. افت آزمودنی‌ها (ریزش) وجود نداشت. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش دهی تکمیل شدند. گروه کنترل در مدت پژوهش در لیست انتظار درمان و مشاوره بودند و اقدام روان‌درمانی در مورد آنها انجام نشد.

در مجموع ۲۱ سؤال دارد. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن بدست می‌آید. بدین ترتیب سؤالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ اضطراب، سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ افسردگی و سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ استرس را می‌سنجند. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره هر فرد در این پرسشنامه ۰-۶۳ می‌باشد. [۱۸] Antony و همکاران مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۲۳/۸۹ و ۱/۲ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. در پژوهش Antony و همکاران ضریب آلفا برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و همبستگی بین افسردگی و

جدول ۱- خلاصه جلسات طرحواره درمانی بر اساس کتاب طرحواره‌درمانی Young و همکاران [۲۱] در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه؛ برقراری ارتباط، معرفی پژوهشگر و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره، گرفتن تعهد از اعضا جهت همکاری تا پایان دوره، سنجش تناسب برای طرحواره‌درمانی، تمرکز بر تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون و در پایان ارائه تکلیف.
دوم	آموزش درمورد طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای؛ آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها و در پایان ارائه تکلیف.
سوم	استفاده از راهبردهای شناختی؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، بررسی تکالیف اعضا، استفاده از سبک درمانی مواجهه‌سازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره و در پایان ارائه تکلیف.
چهارم	استفاده از تکنیک‌های شناختی؛ ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفت و گو بین دیدگاه طرحواره و دیدگاه سالم، استفاده از ایفای نقش، آموزش تدوین ساخت کارت‌های آموزشی، و در پایان ارائه تکلیف.
پنجم	راهبردهای تجربی؛ ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، گفت و گو خیالی با والدین و در پایان ارائه تکلیف.
ششم	الگوشکنی رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت بندی برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و در پایان ارائه تکلیف.
هفتم	تکنیک‌های رفتاری؛ بررسی تکالیف جلسه گذشته و گرفتن بازخورد، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته؛ بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه خلاصه جلسات قبل، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون‌ها، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۸/۵۲۴ سال بود. از نظر سن، مدت زمان ازدواج، جنسیت و تحصیلات بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد تحت مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل میانگین و انحراف معیار، تعداد، درصد، Shapiro-Wilk، Levene، Box's M، Mauchly's sphericity و تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۱ (تعداد در هر گروه = ۱۶ نفر)

ویژگی‌های جمعیت شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل	آماره آزمون	P
جنسیت	زن	۸ (۵۰)	۸ (۵۰)	
تعداد (درصد)	مرد	۸ (۵۰)	۸ (۵۰)	
سن بر حسب سال	۳۵-۳۰	۴ (۲۵)	۵ (۳۱)	۰/۲۶۱
تعداد (درصد)	۴۰-۳۶	۵ (۳۱)	۵ (۳۱)	
	۴۱-۴۵	۷ (۴۴)	۶ (۳۷)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۳ (۱۹)	۳ (۱۹)	۰/۶۵۴
تعداد (درصد)	کاردانی و کارشناسی	۷ (۴۴)	۸ (۵۰)	
	بالتر از کارشناسی	۶ (۳۷)	۵ (۳۱)	
سن (میانگین و انحراف معیار)		۲۸/۲۱۲±۲/۳۲	۳۹/۳۴۱±۳/۲۱	۰/۴۵۱
میانگین مدت زمان ازدواج (سال)		۶/۱۲±۲/۳۴	۶/۲۵±۲/۵۶	۰/۳۹۱

i آزمون مجذور کای، ii آزمون t مستقل * $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قبل و بعد از طرحواره درمانی در جدول ۳ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار کیفیت روابط زناشویی گروه آزمایش قبل و بعد از طرحواره درمانی به ترتیب $۳۲/۱۳±۱/۱۲$ و $۳۶/۶۰±۱/۴۵$ و میانگین و انحراف معیار آشنفگی روان‌شناختی به ترتیب

از آنجایی که آزمون Box's M برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبود ($p = 0.471$, Box's M = ۸/۵۹). بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بدرستی رعایت شده است. بررسی نتایج آزمون Mauchly's sphericity نیز نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرها معنی‌دار بوده، و فرضیه برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها

مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد که مشخص گردید داده‌ها در هر دو گروه از توزیع نرمالی برخوردارند ($p > 0.05$). همگنی واریانس‌های خطا با آزمون Levene در گروه‌ها بررسی شد. نتایج این آزمون در مورد هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود. بنابراین همگنی واریانس متغیرها تأیید می‌شود ($p > 0.05$). بنابراین مفروضه تساوی واریانس‌ها نیز برقرار است.

دوره هیجده‌هفته، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳

ر عایت شده است ($df=2, Mauchly's W = 0/37$) ، $(p < 0/001)$.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (Lambda Wilks) از لحاظ آماری معنی دار بود ($F=7/36, \eta^2=0/741$) ، $(p < 0/001)$ این یافته نشان می دهد دو گروه حداقل در یکی از متغیرها در پس آزمون با هم تفاوت معنی داری دارند. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان شناختی معنی دار است. بدین

صورت که بعد از اتمام جلسات مداخله، نمرات کیفیت روابط زناشویی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی دار و نمرات آشفتگی روان شناختی کاهش معنی داری داشت.

اندازه اثر گروه (مداخله) بر متغیر کیفیت روابط زناشویی ۷۷ درصد و بر آشفتگی روان شناختی ۶۵ درصد بدست آمد. بنابراین اثر مداخله توانست کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان شناختی را به ترتیب ۷۷ و ۶۵ درصد تبیین نماید.

جدول ۴- خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری کیفیت روابط زناشویی و در گروه های آزمایش و کنترل زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۱

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	p	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت روابط زناشویی	پیش آزمون	۲۵۶/۴۱۲	۱	۷۶/۰۸۶	*۰/۰۰۰	۰/۱۷۱	۰/۶۸۹
	گروه	۴۲۱/۱۲۳	۳۰	۴/۱۶۵	*۰/۰۰۱	۰/۷۷۳	۰/۵۴۱
	خطا	۹۷/۴۷۸	۲۹				
آشفتگی روان شناختی	کل	۹۵/۳۶۲	۳۱				
	پیش آزمون	۸۷/۸۲۲	۱	۴۵/۱۲۹	*۰/۰۰۰	۰/۲۴۸	۰/۷۴۲
	گروه	۶۷/۴۳۱	۳۰	۱/۱۵۵	*۰/۰۲۳	۰/۶۵۱	۰/۴۸۹
	خطا	۵۶/۴۵۱	۲۹				
	کل	۹۵/۳۶۹	۳۱				

* $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان شناختی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود. بر طبق نتایج مشخص شد که طرحواره درمانی اثر معنی داری بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و آشفتگی روان شناختی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره دارد. این یافته با نتایج [۱۲] Dattilio، [۱۳] Masoumi tabar و همکاران [۲۱] Jantn و [۱۳] Nlson همسو است.

Dattilio در مطالعه موردی که بر روی یک زوج در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت روابط زناشویی انجام داد دریافت این روش درمانی می تواند به طور مؤثری موجب بهبود روابط زناشویی شود [۱۲]. البته این درمان صرفاً به شکل فردی و بر روی یک زوج انجام شد. بدین صورت که هر یک از زوجین به صورت فردی مورد درمان قرار گرفتند طرحواره های

ناسازگار اولیه و همچنین طرحواره هایی که در مورد رابطه زناشویی داشتند در هر یک شناسایی و مورد مداخله قرار گرفت. نشان داده شد بعد از مداخله کیفیت رابطه زناشویی افزایش معنی داری یافت. مداخله ای که در پژوهش حاضر انجام شد به صورت گروهی و بر روی ۸ زوج انجام شد. Dattilio این اثر را این چنین تبیین می کند اختلال در روابط زناشویی و مقاومت در برابر تغییر در زوجین می تواند ریشه در تجربیات فرد در خانواده مبدا هر یک از زوجین داشته باشد که به صورت باورهایی عمیق در مورد رابطه زناشویی در زوجین شکل گرفته است برای مثال این باور که مرد هرگز نباید از موضع خود کوتاه بیاید. سیستم های اعتقادی که زیربنای چنین تجربیاتی هستند و تحت تأثیر پویایی های فرا نسلی قرار دارند، اغلب در نتیجه یادگیری اولیه و قدرت تأثیر والدین، حفظ می شوند. این مقاله بر روی برخی از انواع طرحواره های

ثابت که از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند تمرکز کرده و روش‌های عملی برای بازسازی آنها را ارائه می‌کند [۱۲].

Nlson و Jantn در پژوهش خود نشان دادند، آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی، می‌تواند در افزایش کیفیت روابط زناشویی و حل تعارض و صمیمیت زناشویی تأثیرگذار باشد [۱۴]. البته در این مداخله بیشتر به جنبه آموزش و آگاهی از طرحواره‌های مؤثر در روابط زناشویی در زنان پرداخته شده است. این جلسات شامل ۱۲ جلسه آموزشی مبتنی بر اصول طرحواره‌درمانی برای زنان بود و از فنون تجربی طرحواره‌درمانی استفاده نشد. در صورتی که در پژوهش حاضر از تکنیک‌های شناختی و تجربی استفاده شد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که یکی از جنبه‌های مداخلات مبتنی بر طرحواره جنبه آموزشی و آگاهی بخشی آن است. آگاهی از انواع طرحواره‌های ناکارآمدی که می‌توانند در جنبه‌های مختلف زندگی فرد از روابط تا عواطفی که تجربه می‌کنند تأثیرگذار باشد. طرحواره‌ها به عنوان یک ساختار شناختی در گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها اثرگذارند و می‌توانند آشفته‌گی روان شناختی زوجین را تحت تأثیر قرار دهند. این سوگیری‌ها به صورت سوءتفاهم و نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع‌بینانه تجلی پیدا می‌کنند که می‌توانند موجب افزایش آشفته‌گی روان‌شناختی زوجین گردد. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که با طرحواره‌درمانی و تأثیر بر نوع خاص طرحواره‌ها، فرض‌ها، نگرش‌ها، اهداف و انتظارات تغییرات قابل توجهی در راستای آشفته‌گی روان‌شناختی ایجاد نمود [۲۳].

Masoumi tabar و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دهه اول زندگی پرداختند یافته‌های پژوهش مذکور نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی موجب افزایش میانگین نمرات رضایت زناشویی و تنظیم هیجان در شرکت‌کنندگان گروه طرحواره‌درمانی شد [۲۱]. البته در این پژوهش صرفاً نمونه زنان دارای ناسازگاری زناشویی مورد مطالعه قرار گرفتند و از طرحواره‌درمانی هیجانی استفاده شد. همچنین، رضایت زناشویی به صورت کلی مورد بررسی قرار گرفت اما دقیقاً مشخص نیست طرحواره‌درمانی بر چه عاملی از رضایت زناشویی مؤثر است، در حالی که در

پژوهش حاضر زوجین مورد بررسی قرار گرفتند و تأثیرگذاری طرحواره‌درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و پریشانی روانی نشان داده شد. از دیدگاه Young افراد طرحواره‌ها را از طریق تعاملات محیطشان توسعه می‌دهند. این ساختارهای شناختی فرد که از دوران کودکی ایجاد شده و تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابند به دیگر حوزه‌های ارتباطی او تعمیم یافته و با ساختارهای شناختی طرف مقابل تداخل می‌کنند. برای مثال در روابط زناشویی رفتار برخاسته از طرحواره یکی از زوجین می‌تواند موجب فعال شدن طرحواره‌ای در دیگری شود. بنابراین، طرحواره‌درمانی هر دو فرد در این رابطه می‌تواند بسیار مؤثرتر از طرحواره‌درمانی یکی از زوجین باشد [۸].

در تبیین این یافته می‌توان به تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی که بیشتر بر زمینه عاطفی تأثیرگذارند اشاره نمود. در آموزش طرحواره‌درمانی به دلیل این که انجام گفتگوهای خیالی ارائه شد، زوجین فراگرفتند با افرادی که باعث ایجاد طرحواره‌هایشان شده‌اند، گفتگوی خیالی کنند و تعارضات گذشته را حل نمایند [۲۰]. این درمان به زوجین کمک کرد که نیازهای ارضا نشده خود را بشناسند، تعارضات را شناسایی کنند و در روابط بین فردی خود در زندگی زناشویی برای رسیدن به توافق همکاری و انعطاف بیشتری داشته باشند، انطباقی‌تر و مصالحه‌گر باشند، از تعارضات در زندگی خود اجتناب نکنند و آنها را در در اسرع وقت حل و رفع کنند، کمتر به رقابت در روابط زناشویی بپردازند [۲۱]. بنابراین، طرحواره‌درمانی می‌تواند با کاهش هیجان‌های منفی ناشی از تعارضات بین فردی، پریشانی روانی زوجین را بهبود ببخشد.

در مجموع می‌توان گفت اجرای تکنیک‌های شناختی و تجربی طرحواره‌درمانی مانند استفاده از تکنیک قالب‌بندی مجدد و بازمعنایی طرحواره‌های ناسازگار، ارزیابی سود و زیان راهبردهای مقابله‌ای، گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره و یادداشت روزانه طرحواره‌ها سبب ترغیب زوجین برای رها کردن تعارضات ناکارآمد شد و نیز موجب گردید زوجین در زندگی زناشویی خود بیشتر از خودگذشتگی و ایثار کنند تا روابط قطع نشود و تعارضات تعدیل گردند. همچنین این درمان موجب شد، در زوجین آرامش حفظ شود، فضای دوستی و رفاقت برای حل تعارضات تقویت گردد و با تکیه بر حل

مسئله و روشن ساختن اختلافات، الگوی حل تعارضات بهبود پیدا کرد. همچنین باید اشاره کرد در این آموزش، فنون بین فردی (رابطه درمانی) در زوجین سبب آزمون تعارضات شد و موجب گردید زوجین با طرحواره‌های خود در تعارضات مقابله کنند. علاوه بر این، باعث شد تا الگوهای ناکارآمد تعارضات خودآسیب رسان از بین برود و الگوهای کارآمد حل تعارض در تنش‌های روزمره زندگی زوجین که سبب فرسایش روانی و سرانجام منجر به مشکلات زناشویی می‌شود بهبود پیدا کند و کیفیت روابط زناشویی زوجین افزایش یابد [۲۳].

عدم وجود دوره پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان، عدم کنترل شرایط اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی مؤثر بر زوجین و عدم مقایسه آن با سایر روش‌های زوج‌درمانی از محدودیت‌های این مطالعه تلقی می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر وجود دوره پیگیری و کنترل متغیرهای تاثیرگذار، این روش درمانی با سایر مداخلات مرتبط با زوج درمانی مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره خانواده از روش مداخله مؤثر (طرحواره درمانی) در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی و کاهش آشفتگی روانی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش بنظر می‌رسد که طرحواره درمانی می‌تواند بر افزایش کیفیت روابط زناشویی و کاهش آشفتگی روان‌شناختی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مؤثر باشد. به متخصصان حوزه زوج‌درمانی می‌توان پیشنهاد داد که از طرحواره درمانی جهت بهبود روابط زناشویی و آشفتگی روان‌شناختی استفاده نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچگونه تعارض منافی در مورد این پژوهش وجود ندارد.

سهم نویسندگان

اجرا و گردآوری داده‌ها بر عهده نویسنده اول و تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش و ارسال مقاله بر عهده نویسنده دوم بود. همچنین نویسنده دوم نظارت بر اجرای پژوهش را بر عهده داشت.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه مراکز مشاوره ساری که در نمونه‌گیری همکاری نمودند و زوجینی که در اجرای پژوهش مشارکت داشتند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

References

1. Fisher TD, Mc Nulty JK. Neuroticism and Marital satisfaction: The mediating role played by the sexual relationship. *JFP* 2018; 22: 112-122.
2. Spanier GB, Lewis RA. Marital quality: a review of seventies, *JMF* 2015; 42: 825-839.
3. Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC. Marital quality and occurrence of the Metabolic Syndrome in women. *Arch Intern Med* 2019; 165(9): 1022-27.
4. Wickrama, KA, Lorenz FO, Conger RD. Marital quality and physical illness: A latent growth curve analysis *JMFT* 2020; 59(1): 143- 155.
5. Hallowell E M, Ratey J. *Delivered from Distraction: Getting the Most out of Life with Attention Deficit Disorder*. Ballentine Books. 2015; ISBN 0-345-44231-8.p 81.
6. Jafari, M. Yearbook of Population Statistics of Mazandaran Province in 2018. 2019, p 64. [Persian]
7. Kellogg, S. H., & Young, J. E. Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2016;62(4): 445-458.
8. Young JE, Klosko J S, Weishar M E. *Schema therapy, a practical guide for clinicians. The first volume*, translated by Hamidpour H & Andoz Z. Tehran: Arjmand Publications 2021.58. [Persian]
9. Carter J D., McIntosh V V, Jordan J, Porter R J, Frampton, CM, Joyce, P R. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *JAD* 2016;151(2): 500-505.
10. Schaap G M, Chakhssi F, Westerhof, GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy* 2016;53(4), 402-412.
11. Pourzabihi S, Meschi F, Bahredar M. Effectiveness of schema therapy on quality of life and psychological well-being of women heads of households. *IJMRHS* 2016; 5(11): 697-700.
12. Dattilio F M. The restructuring of family schemas: a cognitive-behavior perspective. *JMFT* 2015; 31(1): 15-30.
13. Jantn F, Nlson S. The effect of training based on schema therapy on the quality of life and marital conflict resolution of women. *J Appl Psychol* 2016;47: 109-118.
14. Ali Mohammadi S, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Schema therapy as a group on marital satisfaction and couple burnout among the women with bulimia. *MEJDS* 2019; 9 :61-61. [Persian]
15. Mardani F, Tishe kani Z, Rostami M, Alipour E. The Effectiveness of schema therapy on coping styles of avoidance, compensation, and marriage fear of female students. *JWC* 2019; 11(41):71-86. [Persian]
16. Busby D M, Crane D R, Larson J H, Christensen C. A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and no distressed couples: Constructhierarchy and multidimensional scale. *JMFT* 1995; 21(1):289-308.
17. Yousefi, N. Psychometrics of Marital Quality Scale, Revised Form (RDAS). *Clinical Psychology and Counseling Research* 2019; 1(2):183-200. [Persian]
18. Lovibond, P F, Lovibond PF. *Manual for the depression, anxiety and stress scales* (2nd ed). Sydney: Psychology Foundation 1995.p 147.
19. Antony M M, Bieling P J, Cox B J, Enns M W, Swinson R P. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998;10(2): 176-181.
20. Samani S., Joukar B. (2007).A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (dass-21). *J Soc Sci Human Shiraz Univ* 26(3)(52):65-77. [Persian]
21. Masumi Tabar Z, Afshariniya K, Amiri H, Hosseini S A. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life. *J Psychol Sci* 2020; 19(95):1497-1506. [Persian]
22. Carson C, Butcher J N, Coleman J C. *Abnormal Psychology and Modern Life*: Scott, Foresman. 2018.p: 125.
23. Muris, P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors, and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2016; 13(4): 405-413.

Effectiveness of Schema Therapy on the Quality of Marital Relationships and Psychological Distress of Couples

Mahdian R¹, Pourfaraj M²

1. MA in clinical psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.

2. PhD in psychology, Assistant Prof., Psychology Department, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.

Corresponding Author Email: mpourfaraj@iaubeh.ac.ir, Tel: +98 - 011-34538324

Received: 1 May 2023

Accepted: 24 July 2024

Introduction: Desirable quality of marital relations and lack of psychological distress can be important factors of stability of marital relations. The purpose of this research was to determine the effectiveness of schema therapy on the quality of marital relationships and psychological distress of couples referring to counseling centers in Sari.

Materials and methods: The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research was all the couples who referred to counseling centers in Sari city in 1401. The statistical sample included 32 couples who referred to the counseling centers (16 for the control group and 16 for the experimental group) who were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of schema therapy and the control group did not receive therapy during this time. The data collection tool was Busby et al.'s Marital Relationship Quality Questionnaire and Lavibond and Lavibond's Psychological Disturbance Scale. Data analysis was done using multivariate covariance analysis.

Findings: In the intervention group, the mean and standard deviation of the quality of marital relations in the experimental group in the pre-test and (post-test) were 32.13 ± 1.12 (36.60 ± 1.45) and 42.13 ± 1.18 for psychological distress. 39.13 ± 0.83) but no significant difference was observed in the control group. Therefore, schema therapy significantly increased the average score of the quality of marital relationships and decreased the average score of psychological distress in couples who referred to counseling centers ($p < 0.001$).

Conclusion: Schema therapy seems to be effective on the quality of marital relations and psychological distress of couples referring to counseling centers and it is suggested as a useful intervention in the field of improving the quality of marital relations and psychological distress.

Keywords: Schema Therapy, Marital Relationship Quality, Psychological Distress, Couples

Please cite this article as follows:

Mahdian R, Pourfaraj M. Effectiveness of Schema Therapy on the Quality of Marital Relationships and Psychological Distress of Couples. *Community Health journal* 2024; 18(1):1-10.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Sari Branch approve the study (IR.IAU.SARI.REC.1401.100).