

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه

The effectiveness of schema therapy on perfectionism and dysfunctional attitudes of women with marital conflict with primary incompatible schemas

Farzaneh Bidari

PhD student in General Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Azita Amirfakhraei (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
Email: Afakhraei2002@gmail.com

Eghbal Zarei

Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Keramat Keramati

Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Abstract

Aim: The present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of schema therapy on the Perfectionism and inefficient attitudes of the women with marital conflict with early maladaptive schemata. **Method:** it was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design and a two-month follow-up stage. The statistical population of the study included the women with marital conflict with early maladaptive schemata who referred to consultation centers in the city of Tehran in the autumn and winter of 2019-2012. 40 women with marital conflict with early maladaptive schemata were selected through purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (each group of 20). The experimental group received the schema therapy in ten ninety-minute sessions during two months. 4 people from the experimental group were excluded from the study and so were 3 people from the control group. The applied questionnaires in this study included Perfectionism (Hill, et al., 2004), inefficient attitudes scale (Wiseman and Back, 1978), marital conflict (Barati and Sanaie, 1997) and early maladaptive (Yang, 1998). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Result:** The results showed that schema therapy has significant effect on the Perfectionism and inefficient attitudes of the women with marital conflict with early maladaptive schemata ($p < 0.001$). In this way, this treatment has been able to reduce Perfectionism and inefficient attitudes of the women with marital conflict with early maladaptive schemata. **Conclusion:** According to the findings of the study it can be concluded that Schema therapy can be used to reduce perfectionism and inefficient attitudes of women with marital conflict with early maladaptive schemas.

Keywords: Early maladaptive schemata, marital conflict, Perfectionism, inefficient attitudes, schema therapy.

فرزانه بیداری

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

آزیتا امیرفخرایی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

Email: Afakhraei2002@gmail.com

اقبال زارعی

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

کرامت کرامتی

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام گرفت. روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ زن). گروه آزمایش طرحواره‌درمانی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در گروه آزمایش ۴ نفر و در گروه گواه ۳ نفر ریزش وجود داشت. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کمال‌گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (وایزمن و بک، ۱۹۷۸)، تعارضات زناشویی (براتی و ثنایی، ۱۳۷۵) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که می‌توان از طرحواره‌درمانی در جهت کاهش کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه بهره برد.

کلمات کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تعارضات زناشویی، کمال‌گرایی، نگرش‌های ناکارآمد، طرحواره‌درمانی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

مقدمه

تعارضات زناشویی^۱ از پدیده‌هایی است که میان خانواده‌ها را با خطر جدی مواجه می‌کند (ویلسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). تعارضات زناشویی ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوءرفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر زوجین بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (کریبت، اسمیت، آپینو، باکوم و نیلی-مور^۳، ۲۰۲۰). تعارض زناشویی نوعی فقدان توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که یکی از آنها آن را گزارش می‌کند. این در حالی است که تجربه سطوح مختلفی از تعارض و اختلاف نظر در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیرقابل اجتناب است (انسی و امر^۴، ۲۰۱۴). وجود تعارض زناشویی ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و گاهی اوقات، آن قدر شدت می‌یابد که احساس خشم، خشونت، کینه، نفرت، حسادت و سوء رفتار کلامی و فیزیکی در روابط زوجین حاکم می‌شود و به شکل حالات تخریب‌گر و ویران‌گر بروز می‌کند (لی و لیو^۵، ۲۰۲۰). گائو^۶ و همکاران (۲۰۱۸) نیز زوجین متعارض را ناراضی از عادات و شخصیت همسر و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگون می‌دانند. در ارتباط بین افراد، تعارض وقتی بروز می‌کند که فرد بین اهداف، نیازها، یا امیال شخصی خودش و اهداف، نیازها و امیال شخصی طرف مقابلش ناهمسازی و ناهمخوانی می‌بیند (ماخانوا، مک‌نالتی، اکل، نیکنوا و مانر^۷، ۲۰۱۸).

عوامل مختلفی می‌توانند به عنوان عامل زیربنایی تعارضات زناشویی قلمداد شوند. بر پایه پژوهش‌های پیشین می‌توان بیان نمود که یکی از این عوامل، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۸ در زوجین است (چهرآز ابوالحسنی و هنرپروان، ۱۳۹۶؛ آریزفر و پورشهریاری، ۱۳۹۶؛ صدیقی و جعفری، ۱۳۹۵؛ اصغری، صادقی، زارع خاکدوست و انتظاری، ۱۳۹۴). طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف شده که روی افراد تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه باعث برانگیخته شدن افراد شوند (اورا، کالپت و پادیل^۹، ۲۰۱۴). محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خود و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند (کالوت^{۱۰}، ۲۰۱۴).

1. marital conflicts

2. Wilson

3. Cribbet, Smith, Uchino, Baucom, Nealey-Moore

4. Onsy, Amer

5. Li, Liu

6. Gao

7. Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova, Maner

8. early maladaptive schema

9. Orue, Calvete, Padilla

10. Calvete

یکی دیگر از متغیرهای اثرگذار بر رابطه زناشویی و شکل‌گیری تعارضات زناشویی، کمال‌گرایی^۱ است (نظری و کربلایی محمدمیگونی، ۱۳۹۶؛ پولادی ریشه‌ری و خبازثابت، ۱۳۹۵). مشخصه‌های کمال‌گرایی در سه بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار^۲، کمال‌گرایی دیگرمدار^۳ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار^۴ تعریف شده است (کوری^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). کمال‌گرایی، یک مؤلفه انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویش‌مدار کامل است. به عبارتی، افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج به صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به حد کافی موشکاف و انتقادگر هستند که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند (محمدزاده، خیری‌هیق و واحدی، ۱۳۹۵). بی‌تردید کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که می‌تواند هم‌سازنده، مفید و مثبت باشد و هم نوروپیک و کژکنش در این وادی کمال‌گرایی امری مثبت و پسندیده است ولی آن‌چه که به آن اشاره شده است جنبه افراطی یا منفی کمال‌گرایی است (کوبوری، یوشی، کودو و اوکساکا^۶، ۲۰۱۱).

بروز تعارضات زناشویی به مرور زمان نگرش و پردازش شناختی زوجین را متاثر ساخته و باعث شکل‌گیری نگرش‌های ناکارآمد^۷ در آنها می‌شود (کاویانی، نجمه و عنایتی، ۱۳۹۲). نوع نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و افزایش ادراکاتشان مؤثر است. افرادی که نگرش‌های سالم و کارآمد دارند، از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره می‌برند و دارای ارتباط بین فردی سالم، رضایت از زندگی و احساس آرامش هستند (دولاتی^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله، اختلال وسواس، اختلال خودبیمارپنداری و اختلال افسردگی نیز در ارتباط است (براور، ویلیامز، فوراند، دی‌رابینز و بوکتینگ، ۲۰۱۹). مدل‌های فراشناخت مطرح می‌کنند که اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خلقی و روان‌شناختی از طریق الگوهای پایدار تفکر غیرمنطقی مثل نگرانی یا نشخوار فکری، تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شود. به عبارتی این نشانگان شامل الگوی تفکر پایدار و نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید و اجتناب است که نتیجه عکس می‌دهند (کنگ، ساه، تانگ و اسموکی^۹، ۲۰۱۶).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین و به خصوص زنان متعارض به‌کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی^{۱۰} یکی از مداخلات جدید درمانی است که کارآیی آن در تحقیقات پژوهش‌گرانی همچون محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)؛ عزیزی و صفاری‌نیا (۱۳۹۸)؛ بیداری و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۸)؛

1. Perfectionism

2. self-oriented perfectionism

3. other-oriented Perfectionism

4. socially-prescribed perfectionism

5. Corry

6. Kobori, Yoshie, Kudo, Ohtsuki

7. dysfunctional attitudes

8. Dowlati

9. Keng,, Seah, Tong, Smoski

10. Schema Therapy

خدابنده‌لو، نجفی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۷)؛ روحی، جزایری، فاتحی‌زاده و اعتمادی (۱۳۹۶)؛ یوسف‌زاده، طالبی و نشاط دوست (۱۳۹۶)؛ صیادی، گل‌محمدیان و رشیدی (۱۳۹۶)؛ قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵)؛ بشیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۵)؛ تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵)؛ رنر^۱ و همکاران (۲۰۱۸)؛ نیمادیک، لامبرث و ریس^۲ (۲۰۱۷) و پاگ^۳ (۲۰۱۵) نشان داده شده است. طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری بنا شده است (کلوگ و یانگ^۴، ۲۰۰۶). رویکرد طرحواره‌درمانی در قالب جنبش "سازنده‌گرایی" می‌گنجد. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تاکید می‌شود. در واقع طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم اکنون به گونه‌ای نظام‌مند، اما ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند، طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت‌درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (خاشو، ون‌آلپن، هیجنن-کوهل، کوانس، آمزت و ویدلر^۵، ۲۰۱۹). هدف اولیه طرحواره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (قادری، کلانتری و مهرابی، ۱۳۹۵).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر، ابتدا تأکید بر نهاد خانواده و اهمیت کارکرد این نهاد خصوصاً برای جامعه است. چرا که جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. بنابراین باید راه‌هایی که می‌تواند کارکرد خانواده را بهبود ببخشد، مورد شناسایی و کاربرد قرار گیرند؛ بنابراین پژوهش حاضر با بحث در مورد اهمیت خانواده و زنان و تعامل بهینه زوجین اهمیت خود را در این‌باره نشان می‌دهد. در یک جمع‌بندی در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که تعارضات زناشویی باعث ایجاد اختلال در فرایند اجتماعی شدن، عملکرد فعال خانواده، شرکت در فعالیت‌های شغلی و اجتماعی زنان و همچنین منحرف شدن فرزندپروری صحیح می‌شود. بر این اساس عدم بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب و پایداری این تعارضات در طول زمان می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در زنان و همچنین پدیدآیی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در نزد زوجین و فرزندان گردد. بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآ می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و شغلی این افراد به شمار رود. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود.

1. Renner

2. Nenadic, Lamberth, Reiss

3. Pugh

4. Kellogg & Young

5. Khasho, Van Alphen, Heijnen-Kohl, Ouwens, Armtz, Videler

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر تهران، تعداد ۱۵ مرکز انتخاب شد). سپس پرسشنامه تعارضات زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده بودند انتخاب شدند. در گام بعد بین زنان حاضر در این مرحله، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توزیع شد. زنانی که نمرات بالاتر از نمره برش در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از برش در حداقل دو مورد از ابعاد این پرسشنامه). در مرحله آخر تعداد ۴۰ نفر از این زنان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در هر گروه). در این بین در گروه آزمایش ۴ نفر و در گروه گواه نیز ۳ نفر ریزش داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت زن، داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن تعارضات زناشویی متوسط، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی نشده خواهد بود.

ابزار

پرسشنامه کمال‌گرایی^۱: برای سنجش کمال‌گرایی از مقیاس جدید کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۹ سوال است که ۸ بعد مختلف کمال‌گرایی (تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تلاش برای عالی بودن، استانداردهای بالا برای دیگران، کمال‌گرایی منفی و کمال‌گرایی مثبت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت: کاملاً موافقم: ۵، تا حدی موافقم: ۴، نه موافق و نه مخالفم: ۳، تا حدی مخالفم: ۲، کاملاً مخالفم: ۱، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۹ تا ۲۹۵ است. هرچه فردی نمره بالاتری بدست آورد از کمال‌گرایی بالاتری برخوردار است. جمشیدی، حسین‌چاری، شهربانو و رزمی (۱۳۸۸) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ و روایی همگرایی آن از طریق بررسی رابطه ابعاد مقیاس با مقیاس سلامت عمومی مورد بررسی قرار دادند. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ حاکی از پایایی قابل قبول ۰/۸۰ این پرسشنامه بود. همچنین روایی مقیاس نیز با وجود رابطه ابعاد منفی کمال‌گرایی و سلامت روایی تأیید گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

1. Perfectionism Questionnaire

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۱: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) جهت تعیین نگرش‌ها و نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی تدوین شد. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال و چهار زیرمقیاس: کمال‌طلبی، نیاز به تایید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری می‌باشد. طیف پاسخگویی به پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) است که در جامعه ایرانی ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) نسخه ۲۶ سؤالی آن را برای جامعه ایرانی مناسب قلمداد کردند که این فرم نیز دارای چهار زیرمقیاس کمال‌طلبی (۱۳ سؤال)، نیاز به تایید دیگران (۴ سؤال)، نیاز به راضی کردن دیگران (۵ سؤال) و آسیب‌پذیری (۴ سؤال) می‌باشد. کسب نمره بالاتر بیانگر وجود نگرش‌های ناکارآمد بالاتر در نزد فرد است. بر اساس پژوهش‌های گوناگون، میانگین نمرات بدست آمده، افراد سالم بین ۲۶ تا ۱۸۲ گزارش شده است، و نمره بالاتر نشان دهنده آسیب‌پذیری بیشتر است. بک، بروان و ویزمن (۱۹۹۱) اعتبار و پایایی آن را به وسیله نمونه‌ای شامل ۲۰۲۳ نفر از بیماران سرپایی که برای درمان شناختی مراجعه کرده بودند، برآورد کرده و ضرایب رضایت‌بخشی نیز به دست آوردند. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا (۰/۹۰) بود، و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است، در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱) نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روان در گروه بیماران و غیربیماران ۰/۵۶ به دست آمد. همچنین لطفی کاشانی (۱۳۸۷) نیز روایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در پژوهش رئیسی دستگردی و عارفی (۱۳۹۸) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کمال‌طلبی، نیاز به تایید، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه تعارض زناشویی: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این آزمون توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای

^۱. Dysfunctional Attitude Scale

روایی محتوایی مناسبی است (ثنائی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱: پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل حوزه بریدگی و طرد (۲۵ سؤال)، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (۲۰ سؤال)، حوزه دیگر جهت‌مندی (۱۰ سؤال)، حوزه بازداری و گوش به زنگی بیش از حد (۱۰ سؤال) و حوزه محدودیت‌های مختل (۱۰ سؤال) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیرصحيح (۱) تا کاملاً صحيح (۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه نمره کل ندارد و نمرات افراد در ۵ حوزه ذکر شده قابل محاسبه است (یانگ، ۱۹۹۸). در پژوهش والر، میرر و اوهانیان (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالینی به دست آمد. در ایران صدوقی و آگیلار وفایی (۱۳۸۷) به منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری، زنان انتخاب شده (۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه). در این بین در گروه آزمایش ۴ نفر و در گروه گواه نیز ۳ نفر ریزش داشتند. بنابراین تعداد نمونه نهایی در گروه آزمایش ۱۶ نفر و در گروه گواه ۱۷ نفر بود. گروه آزمایش مداخله درمانی مربوط به طرحواره درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را در ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

¹. Schema Questionnaire

جدول (۱): خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از بیداری و همکاران، ۱۳۹۸)

شماره جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
جلسه اول و دوم	پی بردن آزمودنی‌ها به ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و سازوکار آن‌ها پی ببرند.	جلسات اول و دوم به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها گذشت.	-	-
جلسه سوم و چهارم	هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سوال ببرند.	معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره بود.	یادگیری تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی	تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه
جلسه پنجم و ششم	کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی	تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی.	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو جهت بیان ناراحتی خود نسبت به حوادث دوران کودکی.	با استفاده از تصویرسازی ناراحتی‌های دوران کودکی را یادداشت نمایند.
جلسه هفتم و هشتم	آموزش شیوه‌های بهنجار سبک‌های مقابله‌ای	آموزش و اجرای تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد، مثل تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت.	یادگیری شیوه‌های مقابله‌ای بهنجار و پرهیز از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار	تمرین آموخته‌ها در زندگی روزمره

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۱۵/۱۵ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۱۲/۱۲ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۶ نفر ۱۸/۱۸ معادل درصد) و گواه (تعداد ۷ نفر معادل ۲۱/۲۱ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱۳۸/۹۱	۱۸/۴۳	۱۲۷/۳۱	۲۰/۴۳	۱۲۹/۳۱	۲۰/۴۲	گروه آزمایش	کمال‌گرایی
۱۳۷	۱۷/۶۶	۱۳۸/۵۸	۱۷/۶۸	۱۳۷/۴۷	۱۷/۵۴	گروه گواه	
۱۱۸/۳۱	۱۸/۹۰	۱۰۷/۰۶	۲۰/۰۳	۱۰۸/۷۵	۱۹/۹۳	گروه آزمایش	نگرش‌های ناکارآمد
۱۲۰	۱۴/۵۶	۱۲۱/۰۵	۱۴/۷۲	۱۲۰/۷۰	۱۴/۵۵	گروه گواه	

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۴۹۶/۰۶	۱/۰۷	۴۶۰/۶۱	۳۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
کمال‌گرایی	۸۵۳/۱۲	۱	۸۵۳/۱۲	۱۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۷۷۰/۴۸	۱/۰۷	۷۱۵/۴۲	۶۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
خطا	۳۹۴/۰۴	۳۳/۳۸	۱۱/۸۰				
نگرش‌های ناکارآمد	۵۰۵/۷۵	۱/۱۰	۴۵۹/۵۱	۳۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
گروه‌بندی	۲۰۹۸/۹۴	۱	۲۰۹۸/۹۴	۱۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۸
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۷۱۷/۳۹	۱/۱۰	۶۵۱/۸۰	۵۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
خطا	۴۲۲/۹۰	۳۴/۱۲	۱۲/۳۹				

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (طرحواره درمانی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره تأثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که طرحواره درمانی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره داشته است. همچنین نتایج نشان داد که به

ترتیب ۶۶ و ۶۳ درصد از تغییرات کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در ادامه در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴: میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۰/۲۸	۳۱	۱/۸۱	۶/۲۸	۰/۷۷
	پس‌آزمون	-۲/۶۹	۳۱	-۱۱/۲۷	۶/۶۴	۰/۰۰۲
نگرش‌های ناکارآمد	پیگیری	-۲/۲۳	۳۱	-۸/۱۵	۶/۶۱	۰/۰۱
	پیش‌آزمون	-۰/۳۰	۳۸	-۱/۶۸	۵/۸۵	۰/۷۰
پیگیری	پس‌آزمون	-۳/۲۹	۳۱	-۱۳/۹۹	۶/۰۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۲/۹۷	۳۱	-۱۱/۹۵	۶/۰۴	۰/۰۰۲

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۷۷ و ۰/۷۰) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۲ و ۰/۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۱ و ۰/۰۰۲) در متغیرهای کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که طرحواره درمانی توانسته منجر به کاهش کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

بروز تعارضات زناشویی با آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی فراوانی در زنان همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که طرحواره‌درمانی منجر به کاهش کمال‌گرایی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده است. این یافته همسو با یافته محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ با نتایج پژوهش بیداری و حاجی‌علیزاده (۱۳۹۸) مبنی بر طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران؛ با یافته روحی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی؛ با نتایج پژوهش یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران؛ با گزارشات قادری و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان؛ با نتایج پژوهش تقی‌یار و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل و با یافته رنر و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش افسردگی همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (قادری و همکاران، ۱۳۹۵) فرصتی را فراهم می‌سازد تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دست از ارزیابی منفی و اجتناب کشیده و بجای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روان‌شناختی، منجر به بهبود قدرت حل مساله و در نتیجه کاهش کمال‌گرایی در این زنان شود. همچنین می‌توان بیان نمود رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادب که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آنها مفید است. بر همین اساس طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و تشکیل کمال‌گرایی مفرط منجر شده است، بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند با بهبود و تلطیف نگرش خود، از میزان کمال‌گرایی خود بکاهند.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که طرحواره‌درمانی منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش عزیزی و صفاری‌نیا (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی؛ با یافته خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته؛ با گزارشات صیادی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق؛ و با نتایج پژوهش بشیری و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان اشاره کرد که طرح‌واره‌درمانی با کارگیری شناخت‌درمانی و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی و شناختی را در فرد فعال می‌سازد (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). بهبود تنظیم شناختی نیز می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد را که نتیجه خطای پردازش شناختی است، را کاهش دهد. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌سازد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مساله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود پردازش شناختی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. علاوه بر این می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی بر پایه کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است (پاگ، ۲۰۱۵). بر این اساس طرحواره‌درمانی با کاهش طرحواره‌های

ناسازگار اولیه و نگرش‌های منفی حاصل از آن، سبب می‌شود تا زنان با بهبود نگرش خود، پردازش‌های شناختی ناکارآمد خود را تحت تاثیر قرار داده و از این طریق بتوانند نگرش و پردازش شناختی کارآمدتری را تجربه نمایند. محدود بودن دامنه تحقیق به زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران؛ عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم تمایل بعضی از زنان جهت حضور در پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان همچون زنان مطلقه، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و مهار عوامل ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی و نگرش‌های ناکارآمد زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، که طرحواره درمانی به عنوان یک درمان کارآمد در سطح مراکز مشاوره خانواده و همچنین مراکز مشاوره دادگستری مطرح و از آن استفاده شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود با توجه به شکل‌گیری طرحواره‌درمانی بر اساس مبانی نظری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افرادی که دارای چنین طرحواره‌هایی هستند، این مداخله را دریافت نموده تا بر اساس قرابت نظری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با طرحواره‌درمانی، تاثیرات و تغییرات سازگارانه‌تری را از خود نشان دهند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی فرزانه بیداری در دانشگاه آزاد واحد بندرعباس بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز مشاوره که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- ابراهیمی، ا؛ موسوی، س.غ. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵)، ۲۰-۲۸.
- آرین‌فر، ن؛ پورشه‌ریاری، م. (۱۳۹۶). مدل معادلات ساختاری پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و متغیر میانجی سبک‌های عشق‌ورزی، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹)، ۱۳۴-۱۰۷.
- اصغری، ف؛ صادقی، ع؛ زارع خاکدوست، س؛ انتظاری، م. (۱۳۹۴) بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار با تعارض زناشویی و بی‌ثباتی زناشویی در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱(۱)، ۴۶-۵۸.
- بشیری، ط؛ گل‌محمدیان، م؛ حجت‌خواه، س.م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۷)، ۱۸۸-۱۷۱.
- بیداری، ف؛ حاجی‌علیزاده، ک. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۲)، ۱۶۵-۱۸۰.
- پولادی ریشه‌ری، ع؛ خبازتاب، س. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعارض‌های زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی، کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار در زوجین، *فصلنامه دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۲(۲)، ۳۷-۲۲.

تقی‌یار، ز؛ پهلوان‌زاده، ف؛ سماوی، س.ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، زن و مطالعات خانواده، ۹(۳۴)، ۶۳-۴۹.

جمشیدی، ب؛ حسین چاری، م؛ حقیقت، ش؛ رزمی، م.ر. (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی. مجله علوم رفتاری، ۳(۱)، ۳۵-۴۳.
چهرآز ابوالحسنی، م؛ هنرپروران، ن. (۱۳۹۶). تبیین رابطه تعارضات زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نگرش به روابط فرا زناشویی در زوجین، اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد و حسابداری و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
خدابنده‌لو، س؛ نجفی، م؛ رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش موردمنفرد، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۳)، ۱۰۱-۶۵.

دلاور، ع. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
روحی، ع؛ جزایری، ر؛ فاتحی‌زاده، م؛ اعتمادی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۲۹)، ۱۵۹-۱۳۵.

رئییسی دستگردی، م؛ عارفی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر، نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۳)، ۸۵-۹۵.
صدوقی، ز آگیلار- وفایی، م. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌یائگ در نمونه غیربالینی ایرانی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۲۱۴-۲۱۹.

صدیقی، س.ر؛ جعفری، ا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین جوان، دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
صیادی، گ؛ گل‌محمدیان، م؛ رشیدی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷(۱)، ۸۹-۱۰۰.

عزیزی، ز؛ صفاری‌نیا، م. (۱۳۹۸). تاثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان، مطالعات روان‌شناختی، ۱۵(۱)، ۱۴۷-۱۶۳.

قادری، ف؛ کلاتری، م؛ مهربانی، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. نشریه بین‌المللی علوم رفتاری، ۹(۲)، ۱۳۹-۱۲۸.

کاوایانی، ز؛ نجمه، حمید؛ عنایتی، م. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸(۳۲)، ۲۰۳-۱۸۹.

لطفی کاشانی، ف. (۱۳۸۷). تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد، مجله اندیشه و رفتار، ۲(۸)، ۶۷-۷۸.
محمدزاده، ع؛ خیری هیق، ع؛ واحدی، م. (۱۳۹۵). مقایسه مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلالات وسواسی جبری، افسردگی اساسی و گروه بهنجار، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۶(۴)، ۵۱۲-۵۲۱.

محمدی، ح؛ سپهری شاملو، ز؛ اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۵۱)، ۲۷-۳۶.

نظری، ر؛ کربلایی محمدمیگونی، ا. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری کمال‌گرایی، بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی، روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۳)، ۴۳۲-۴۱۱.

یوسف‌زاده، م؛ طالبی، ه؛ نشاط دوست، ح.ط. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۷(۲)، ۸۱-۶۹.

Beck, A.T., Brown, G., Weissman, A.N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment*, 3(3), 478-483.

Brouwer, M.E., Williams, A.D., Forand, N.R., DeRubeis, R.J., Bockting, C.L.H. (2019). Dysfunctional attitudes or extreme response style as predictors of depressive relapse and recurrence after mobile cognitive therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 243, 48-54.

Calvete, E.(2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 37(4), 735-746.

Corry, J., Green, M., Roberts, G., Frankland, A., Wright, A., Lau, P., Loo, C., Breakspear, M., Mitchell, P.B.(2013). Anxiety, stress and perfectionism in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1016-1024.

- Cribbet, M.R., Smith, T.W., Uchino, B.N., Baucom, B.R.W., Nealey-Moore, J.B. (2020). Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac pre-ejection period. *Biological Psychology*, 151, 107-112.
- Dowlati, Y., Segal, Z.V., Ravindran, A.V., Steiner, M., Stewart, D.E., Meyer, J.H. (2014). Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood, *Journal of Affective Disorders*, 161: 16-20.
- Gao, T., Meng, X., Qin, Z., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., Mei, G. (2018). Association between parental marital conflict and Internet addiction: A moderated mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 240, 27-32.
- Hill, R.W., Huelsman, T.J., Furr, R.M., Kibler, J., Vicente, B.B., Kennedy, C. (2004), A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personal Assessments*, 82(1): 80-91.
- Keng, S., Seah, S.T.H., Tong, E.M.W., Smoski, M. (2016). Effects of brief mindful acceptance induction on implicit dysfunctional attitudes and concordance between implicit and explicit dysfunctional attitudes. *Behaviour Research and Therapy*, 83: 1-10.
- Khasho, DA., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C.(2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14: 321-330.
- Kobori, O., Yoshie, M., Kudo, K., Ohtsuki, T.(2011). Traits and cognitions of perfectionism and their relation with coping style, effort, achievement, and performance anxiety in Japanese musicians. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5): 674-679.
- Li, X., Liu, Q.(2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. *Children and Youth Services Review*, 109, 104-108.
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, J., Maner, J.K.(2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105: 22-27.
- Nenadic, I., Lamberth, S., Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140: 470-475.
- Orue, I., Calvete, E., Padilla, P.(2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8): 1281-1291.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39: 30-41.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58: 97-105.
- Waller, G, Meyer, C. Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2):137-147.
- Weissman, A. N., Beck, A. T.(1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL.
- Wilson, S.J., Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Andridge, R., J., Habash, D., Belury, M.A., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology*, 79: 74-83.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.