

ارزیابی مدل افسردگی و رضایت زناشویی زنان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای شوهران مبتلا به مواد افیونی^۱

غلامرضا رجیبی^۲، مرضیه یوسفی مقدم^۳، خالد اصلانی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۲

هدف: این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که چرا زنان همسران معتاد به افسردگی مبتلا می‌شوند و رضایت زناشویی‌شان کاهش پیدا می‌کند، که بر این اساس از دو متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای شوهران‌شان برای پاسخ به این سؤال استفاده شد. روش: این پژوهش همبستگی از نوع تحلیل معادلات ساختاری بود. 199 زوج (398 نفر) مراجعه‌کننده به مراکز دولتی و خصوصی ترک اعتیاد شهرستان تربت حیدریه به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند، و پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (YSQ)، سبک‌های مقابله‌ای (CISS)، رضایت زناشویی و افسردگی بک (BDI-13) را تکمیل نمودند. ارزیابی مدل با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری انجام گرفت. یافته‌ها: مدل نهایی با حذف چند مسیر نشان داد که از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار است. ضرایب مسیر مستقیم بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوهران با سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهران، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوهران با رضایت زناشویی همسران، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوهران با افسردگی همسران، سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهران با رضایت زناشویی همسران و سبک مقابله‌ای هیجان-

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده مصوب دانشگاه شهید چمران اهواز است.

۲. (نویسنده مسئول) استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز. E-mail: rajabireza@scu.ac.ir

۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز.

۴. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز.

مدار شوهران با رضایت زناشویی همسران معنادار بودند ($p < 0/05$). اما ضرایب مسیری متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوهران با سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار آن‌ها، سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهران با افسردگی همسران و سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهران با افسردگی همسران معنادار نشدند ($p > 0/05$). ضریب غیرمستقیم طرحواره ناسازگار شوهر به رضایت زناشویی زن با میانجی‌گری سبک مقابله‌ای هیجان-مدار معنی‌دار بود. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان گفت که افکار نادرست و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای نادرست شوهران باعث مشکلات روحی-روانی و کاهش رضایت زناشویی همسران می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای، افسردگی، رضایت زناشویی.

مقدمه

اعتیاد^۱ یک بیماری جسمی-روانی به شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. در واقع این مسئله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (حجتی، آلوستانی، آخوندزاده، حیدری و شریف‌نیا، ۱۳۸۸). البته باید به تأثیرات مخربی که اعتیاد بر نهاد بسیار مهم خانواده می‌گذارد که گاهی حتی موجب فروپاشی آن می‌شود نیز توجه کرد (ترکی، فاتحی‌زاده و صالحی، ۱۳۸۵). متأسفانه مطالعاتی که آثار سوء اعتیاد را بر اعضای خانواده به ویژه همسران افراد مبتلا به تصویر کشیده باشند بسیار نادر است و نوشته‌ها بیشتر مرتبط با مصرف الکل و خشونت خانوادگی هستند. این در حالی است که بررسی مشکلات بهداشت روانی همسران این افراد کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است.

به هر حال همه زوج‌ها به دنبال آن هستند که از زندگی زناشویی خود لذت ببرند و احساس رضایت کنند. برخی عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی^۲ ویژگی‌های فردی هستند. پیشینه‌ی خانوادگی و عوامل شخصی و تجربی که هر یک از زوج‌ها با خود به رابطه

1. addiction

2. marital satisfaction

می‌آورند، بر استحکام روابط زناشویی تأثیر می‌گذارند (برادبوری و فینچام^۱، ۲۰۰۰، به نقل از خسرو جاوید، ستوده ناورودی و زینعلی، ۱۳۸۹). محمد خانی، عسگری، فروزان، مؤمنی و دلاور (۱۳۸۸) نشان دادند که همسران افراد معتاد در مقایسه با همسران افراد غیرمعتاد افسردگی بیشتری دارند. یانگ و کلوسکو^۲ (۱۹۹۷)، به نقل از ذوالفقاری، فاتحی زاده و عابدی، (۱۳۸۷) فرض کردند که رضایت در روابط نزدیک و دوستانه فقط زمانی دیده می‌شود که هم نیازهای رشدی و هم نیازهای بزرگسالی به طور مقتضی برآورده شده باشند؛ زیرا هریک از زوج‌ها علاوه بر طرحواره‌هایی^۳ که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه است. طرحواره‌ها در مورد روابط زوج‌ها از منابعی مانند خانواده، آداب و رسوم، فرهنگ، رسانه‌های جمعی و تجربه‌های ارتباطی آموخته می‌شوند (تیلدن و داتیلیو^۴، ۲۰۰۲). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای رفتاری فراگیری هستند که در طول زندگی فرد تکرار می‌شوند و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تأثیر می‌گذارند و شامل خاطره‌ها، عواطف، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی می‌باشند (یانگ، کلوسکو و ویشار^۵، ۲۰۰۳، به نقل از ییلماز، کامکایز، سلیک و ارن^۶، ۲۰۱۱). طرحواره‌ها از جمله علل فردی و روان‌شناختی هستند که در مطالعه وابستگی به مواد اهمیت زیادی دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه: حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از شوری، اندرسون و استوارت^۷، (۲۰۱۱) هیجده طرحواره را در قالب پنج حوزه (بریدگی و طرد^۸، خودگردانی و عملکرد مختل^۹، محدودیت‌های مختل^{۱۰}، دیگرجهت‌مندی^{۱۱})، و گوش‌به‌زنگی بیش از

1. Bradbury, T. N., & Fincham, F. D.
2. Young, J. S., & Klosko, J.
3. schema
4. Tilden, T., & Dattilio, F.
5. Weishaar, M. E.
6. Yilmaz, M., Kumcagiz, H., Celik, S. B., & Eren, Z.
7. Shorey, R. C., Anderson, S. & Stuart, G. L.
8. disconnection and rejection
9. impaired autonomy and performance
10. impaired limits
11. other-directedness

حد و بازداری^۱) شناسایی و معرفی کرده‌اند.

تحقیقات اندکی به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین افراد معتاد پرداخته‌اند. پروتچی، مه‌یر، کویلو، کیدنی و والر^۲ (۲۰۰۴)، به نقل از شوری و همکاران، (۲۰۱۱) نشان داد که گروه بالینی به ویژه افراد الکلی و افراد معتاد به مواد مخدر نسبت به گروه غیربالینی از طرحواره‌های ناسازگار بیشتری استفاده می‌کنند. در پاسخ به این طرحواره‌های ناسازگار، افراد سبک‌های مقابله‌ای^۳ متفاوت را به کار می‌گیرند تا پیامدهای منفی مرتبط با طرحواره‌ها را کاهش دهند. این سبک‌های مقابله‌ای به طور کلی بسیار ناکارآمد و ناسازگارند، و اغلب منجر به رفتارهای اجتنابی، مانند سوء مصرف مواد می‌شوند، و افراد وابسته به مواد افیونی در مواجهه با استرس، از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار استفاده می‌کنند (کولیر و ماریت^۴، ۱۹۹۵، به نقل از مرادی و بهرامی احسان، ۱۳۸۹) و یا بر طبق فرضیه خود درمانی، مصرف مواد را وسیله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا تصور می‌کنند (مورفی و خان‌تزیان^۵، ۱۹۹۵، به نقل از مرادی و بهرامی احسان، ۱۳۸۹). در این رابطه ایندلرو پارکر^۶ (۱۹۹۰) رفتارهای مقابله‌ای را به سه نوع رفتار مقابله‌ای مسئله-مدار^۷، هیجان-مدار^۸ و اجتناب-مدار^۹ تقسیم کردند که نوع سوم؛ یعنی، اجتناب-مدار به دو قسمت روی آوردن به اشخاص دیگر اجتماع و مشغول شدن به فعالیت‌های دیگر طبقه‌بندی می‌شود. آن‌ها معتقدند مقابله هیجان-مدار شامل گرایش به عواطف و هیجان‌های متأثر از واقعه استرس‌زاست. شریدان و رادماچر^{۱۰} (۱۹۹۲) معتقدند شیوه مقابله هیجان-مدار شیوه‌ای است که برای مهار واکنش‌های هیجانی مرتبط با عامل

1. over-vigilance/inhibition

2. Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G.

3. coping styles

4. Collier, C. W. & Mariatt, G. A.

5. Murphy, L. S. & Khantziyan, E. J.

6. Endler, N. S., & Parker, J. D. A.

7. problem-focused

8. emotional-focused

9. avoidant-focused

10. Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A.

استرس‌زا به کار گرفته می‌شود. اجتناب از عامل استرس‌زا و انکار عامل استرس‌زا شامل شیوهٔ مقابله‌ای هیجان-مدار می‌باشند. اما از آنجا که شیوهٔ مقابله‌ای اجتناب-مدار به طور مستقیم به مهار، حذف یا کاهش هیجان‌های ناخوشایند ناشی از استرس نمی‌پردازد و اشکال مشخص و گوناگونی دارد، شاید بهترین است که به عنوان یک شیوه مقابله‌ای جداگانه محسوب شود.

برخی از تحقیقات نیز نشان‌دهندهٔ رابطه بین طرحواره‌ها و افسردگی است. کامرا و کالوت^۱ (۲۰۱۲) نشان دادند که حضور طرحواره‌های ناسازگار اولیه یک عامل آسیب‌پذیر برای نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. بک^۲ (۱۹۶۱) پیشنهاد کرد که ساختارهای شناختی مثل خود طرحواره‌های منفی با زمینه بی‌کفایتی، شکست، از دست دادن و بی‌ارزشی در ارتباط هستند و احتمال آسیب‌پذیری افسردگی را افزایش می‌دهد (کولمن^۳، ۲۰۱۰). کامرا و کالوت (۲۰۱۲) دریافتند که شیوه‌های ناکارآمد مقابله میانجی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افسردگی هستند.

به هر حال، افرادی با تجارب آسیب‌زا اولیه و هم شیوه‌های شناختی افسرده‌گونه ممکن است نسبت به افراد افسرده‌ای که تجارب آسیب‌زای اولیه نداشته‌اند، بیشتر از سبک مقابله‌ای اجتنابی استفاده کنند (کویکن و بریوین^۴، ۱۹۹۹). بنابراین مقابله به عنوان متغیری میانجی در رابطه میان رویدادها و پیامدها عمل می‌کند و از سوی دیگر الگوی مقابله معتادان یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزا است. در خصوص رابطه مصرف مواد با اختلال‌های روانی و مشکلات هیجانی، مطالعات نشان داده‌اند که مصرف داروها و وابستگی به مواد می‌توانند مشکلات جدید و اغلب زنجیرواری را ایجاد کنند که منجر به دردها و رنج‌های زیادی برای خانواده‌شان می‌شود. غیرقابل اعتماد بودن و بدقولی‌های افراد معتاد یک بی‌نظمی و درهم‌ریختگی در خانواده ایجاد می‌کند که

1. Camera, M., & Calvet, E.

2. Beck, A. T.

3. Colman, L. K.

4. Kuyken, W., & Brewin, C. R.

نخست خانواده تمام تلاش خود را به کار می‌گیرد تا اعتیاد را مهار سازد ولی آشفتگی عاطفی و رفتارهای بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی یک فرد معتاد به اضطراب مزمن، گنجی و ترس خانواده تداوم می‌بخشد (گورسکی^۱، ۲۰۰۱).

بنابراین طرحواره‌های ناسازگار فرد معتاد و همچنین سبک‌های مقابله‌ای این افراد با رویدادها می‌تواند باعث ایجاد پیامدهای روان‌شناختی در همسران و همچنین کاهش رضایت‌مندی آن‌ها شود. با توجه به مطالب گفته شده این مطالعه به ارزیابی مدل طرحواره‌های ناسازگار اولیه (نقص / شرم و محرومیت هیجانی) و سبک‌های مقابله‌ای هیجان-مدار و اجتناب-مدار همسران معتاد با افسردگی و رضایت زناشویی زنان آن‌ها پرداخته است.

روش

این پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری^۲ است. جامعه این مطالعه کلیه مردان معتاد مراجعه‌کننده به مراکز دولتی و خصوصی درمان سوء مصرف مواد در شهرستان تربت حیدریه (مرکز دولتی و مراکز خصوصی بزرگمهر، نوید، نشاط، پارسه، حامی، برادران، نجاتیان و خدابنده) و همسران آن‌ها بود، که از میان آن‌ها ۱۹۹ زوج (۳۹۸ نفر) براساس معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) حداقل داشتن ۲ سال زندگی مشترک، (۲) داشتن ۲۳ تا ۵۰ سال، (۳) نداشتن سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی و (۴) داشتن حداقل تحصیلات سیکل به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم، افرادی که مایل به همکاری بودند وارد مطالعه شدند. برای رعایت موازین اخلاقی، پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شدند تا محرمانه بودن اطلاعات تامین گردد. ارزیابی و تکمیل پرسشنامه‌ها انجام شد تا از تکمیل پرسشنامه‌ها اطمینان حاصل شود.

1. Gorski, T. T.

2. Structural Equation Modeling

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^۱ (YSQ-SF): در سال ۱۹۹۸، یانگ نسخه کوتاه پرسشنامه ۷۵ ماده‌ای را تدوین کرد (بک، راش و شاو^۲، ۱۹۷۹، به نقل از فتی، موتابی، دابسون، مولودی و ضیایی، ۱۳۸۸). هر سؤال پرسشنامه براساس یک مقیاس ۶ درجه‌ای (۱ = کاملاً نادرست و ۶ = کاملاً درست) مرتب شده است (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه عبارتند از: رهاشدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحوّل نیافته، شکست، استحقاق، ایثار، معیارهای نامربوط، خودکنترلی ناکافی، بازداری هیجانی و بی‌اعتمادی (اشمیت^۳، ۱۹۹۵، به نقل از کاملی، قنبری هاشم‌آبادی و آقا محمدیان شعرباف، ۱۳۹۰). در این پژوهش صرفاً از دو طرحواره ناسازگار نقص/شرم و محرومیت هیجانی استفاده شد.

پژوهش‌های آهی (۱۳۸۴)، شهامت و همکاران (۱۳۸۴) همگی بیانگر ضریب پایایی آلفای کرونباخ رضایت بخش این پرسشنامه هستند. بررسی روایی این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلال‌های شخصیت حاکی از روایی همگرا و افتراقی مناسب این سازه روان‌شناختی است (براتی و ثنایی ذاکر، ۱۳۷۹، به نقل از ذوالفقاری و همکاران، ۱۳۸۷). در این پژوهش، ضرایب روایی همزمان دو خرده‌مقیاس محرومیت هیجانی و نقص/شرم با پرسشنامه سلامت عمومی ۱۱ ماده‌ای^۴ (رجبی و هاشمی شیخ شبان^۵، ۲۰۰۹) به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۷۴ ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد.

۲- پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس برای موقعیت‌های ویژه^۶ (CISS):

1. Young Schema Questionnaire

2. Rash, A. J., & Show, B. F.

3. Schmit

4. General Health Questionnaire-11 Items

5. Rajabi, Gh., & Hashemi Sheykhabani, S.

6. Shorted version of the Coping Inventory for Stressful Situations

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس توسط ایندلرو پارکر (۱۹۹۰) به منظور سنجش سبک‌های مقابله با استرس نوجوانان و بزرگسالان در موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی تهیه شده است. آنها ابتدا با استفاده از تحلیل عاملی، سه خرده‌مقیاس را در پرسشنامه ۷۰ ماده‌ای شناسایی کردند: سبک مقابله مسئله-مدار، هیجان-مدار و اجتناب-مدار. ایندلرو پارکر (۱۹۹۱)، به نقل از خباز، بهجتی و ناصری، (۱۳۹۰) ماده‌های آن را به ۶۶ ماده تقلیل دادند، و در نهایت به یک ابزار ۴۸ ماده‌ای دست یافتند. هریک از خرده‌مقیاس‌ها دارای ۱۶ ماده هستند و مقیاس سبک مقابله اجتناب-مدار دارای دو خرده‌مقیاس روی آوردن به اجتماع و روی آوردن به فعالیت‌ها (هر کدام شامل ۸ ماده) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این ابزار بر اساس یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای از هرگز = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ می‌باشد. در نهایت سبک غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌شود؛ یعنی، هر کدام از رفتارها که نمره بالا در مقیاس کسب کند به عنوان سبک مقابله‌ای فرد در نظر گرفته می‌شود (ایندلرو پارکر، ۱۹۹۰).

رافنسون، اسماری، ویندل، میرزا و ایندلر (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرونباخ هریک از خرده‌مقیاس‌های این ابزار را از ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ و شیروانیان (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ هریک از خرده‌مقیاس‌های مسأله-مدار ۰/۸۳، هیجان-مدار ۰/۹۰ و اجتناب-مدار ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین رافنسون و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که سنخ شخصیتی روان‌رنجورخویی با سبک مقابله‌ای هیجان-مدار رابطه مثبت و با سبک مقابله‌ای مسأله-مدار رابطه منفی دارد، در حالی که سنخ شخصیتی برون‌گرایی با سبک مقابله‌ای هیجان-مدار رابطه منفی و با سبک‌های مقابله‌ای مسأله-مدار و اجتناب-مدار رابطه مثبت دارد. در این پژوهش، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل نمونه در خرده‌مقیاس‌های سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار ۰/۷۴ و سبک مقابله‌ای هیجان-مدار ۰/۸۳ به دست آمد.

۳- پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک^۱ (BDI-13). این پرسشنامه شامل ۱۳ ماده خود-گزارشی می‌باشد که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. هرگزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه‌ای که دامنه آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. بیشینه و کمینه نمره‌های آن ۳۹ و صفر است. BDI-13 برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی تدوین شده است.

لایتفوت و الیور^۲ (۱۹۸۵)، به نقل از رجبی، (۱۳۸۴) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13) را ۰/۸۷ و باز-آزمایی (به فاصله دو هفته) ۰/۹۰ و رجبی (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و دو نیمه کردن ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۷ به دست آورده‌اند. رجبی (۱۳۸۴) براساس تحلیل مؤلفه‌های اصلی، دو عامل را از این پرسشنامه به دست آورد: عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار در کل نمونه ۰/۸۱ و ضریب روایی همزمان آن با پرسشنامه ۱۶ ماده‌ای افسردگی MMPI-D^۳ (گراهام^۴، ۱۹۴۰، ترجمه: یعقوبی و کافی، ۱۳۷۹) بر روی ۵۰ نفر ۰/۵۷ ($P < 0/001$) به دست آمده است.

۴- مقیاس رضایت زناشویی. مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی (محرابیان، ۲۰۰۵، به نقل از رجبی، ۱۳۸۸) برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های پربار رضایت زناشویی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۳ ماده می‌باشد. ماده‌های این مقیاس به صورت لیکرت در یک طیف پنج گزینه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=نه موافقم، نه مخالفم، ۴=موافقم، ۵=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود که حداقل و حداکثر نمره‌ها بین ۱۳ تا ۶۵ است. و ماده‌های ۳، ۴، ۶، ۸ و ۱۱ به

1. Beck Depression Inventory (BDI-13)
2. Lightfoot, S. L. & Olevier, J. M.
3. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
4. Graham, J. R.

صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

رجبی (۱۳۸۸) با استفاده از تحلیل عاملی به دو عامل رضایت از ازدواج و نارضایتی از ازدواج دست یافت. محرابیان (۲۰۰۵، به نقل از رجبی، ۱۳۸۸) در یک تحلیل عاملی بر روی مقیاس فرم بلند رضایت زناشویی یک عامل به دست آورد. محرابیان (۲۰۰۵، به نقل از رجبی، ۱۳۸۸) همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این مقیاس ۰/۹۴ و رجبی (۱۳۸۸) این ضریب را ۰/۹۰، برای زنان ۰/۹۱ و برای مردان ۰/۸۹ به دست آورد. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس رضایت زناشویی در کل نمونه ۰/۸۳ و ضریب روایی همزمان آن با پرسشنامه ۶ ماده‌ای شاخص کیفیت زناشویی^۱ (نورتون^۲، ۱۹۸۳) بر روی ۵۰ نفر ۰/۸۱ ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها مجوز معاونت پژوهشی دانشکده و دفتر ارتباط با صنعت دانشگاه شهید چمران اهواز گرفته شد. براساس روش نمونه‌گیری هدفمند-داوطلب تعداد مورد نظر از مردان مبتلا به مواد افیونی و همسران آنها براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها به مردان و زنان انتخاب شده در مورد هدف پژوهش و کاربرد آن در سالم‌سازی خانواده‌ها، اطلاعات ضروری به صورت فردی ارائه گردید. همچنین به آنها گوشزد شد که آزادانه و با اختیار و رضایت کامل می‌توانند در این پژوهش شرکت کنند و هرکسی که تمایل به شرکت در این مطالعه را ندارد می‌تواند از این مطالعه خارج شود.

در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها ابتدا از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای ارزیابی مدل از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل معادلات

1. Quality Marriage Index

2. Norton, R.

ساختاری و روش بوت استراپ^۱ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم مدل استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مردان ۳۳/۶۳ و ۶/۷۴ و همسران ۲۹/۳۴، ۶/۶۹ و میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج نیز ۹/۲۷ و ۶/۴۸ بود.

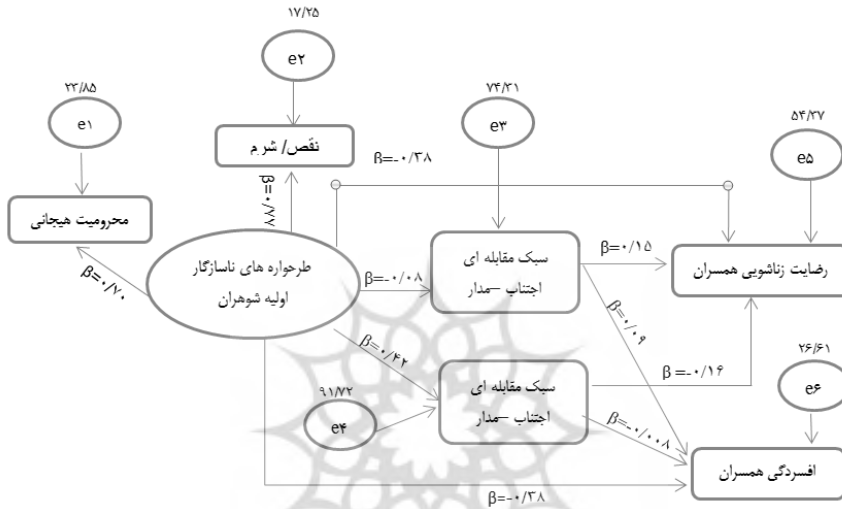
جدول ۱. شاخص‌های آماری و ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه (n = ۳۹۸)

متغیرها	۲	۳	۴	۵	۶	$\bar{X} \pm SD$
طرحواره محرومیت هیجانی شوهر	۰/۵۷**	-۰/۱۷*	-۰/۲۰**	۰/۲۵**	-۰/۲۹**	۱۷/۴۳ ± ۸/۸۵
طرحواره نقص/شرم شوهر	-	-۰/۰۱	۰/۴۰**	۰/۲۲**	-۰/۳۰**	۱۳/۱۰ ± ۶/۵۸
سبک مقابله اجتناب-مدار شوهر	-	-	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۱۷*	۴۲/۶۴ ± ۸/۶۷
سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهر	-	-	-	۰/۱۸*	۰/۳۲**	۵۰/۲۷ ± ۱۰/۶۱
افسردگی زن	-	-	-	-	-۰/۵۹**	۷/۹۴ ± ۵/۷۹
رضایت زناشویی زن	-	-	-	-	-	۴۵/۶۷ ± ۸/۶۰

* پی کوچک‌تر مساوی یک هزارم البته به ریاضی $p < 0/001$.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، به جز بین طرحواره نقص/شرم شوهر و سبک مقابله اجتناب-مدار شوهر ($r = ۰/۰۱$)، سبک مقابله اجتناب-مدار شوهر و سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهر ($r = ۰/۰۷$) و سبک مقابله اجتناب-مدار شوهر و افسردگی زن ($r = ۰/۰۴$) در بین اکثر متغیرهای مورد مطالعه همبستگی‌های معنادار مثبت و منفی دیده می‌شود.

شاخص‌های مدل فرضی مانند مجذور خی (χ^2) ۶۸/۷۱ ($p < 0/001$)، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب^۱ (RMSEA) ۰/۲۵، خوبی برازندگی^۲ (GFI) ۰/۹۰، برازندگی مقایسه‌ای^۳ (CFI) ۰/۷۱ و برازندگی هنجارشده (NFI) ۰/۷۱ بیان‌گر این هستند که این مدل از برازندگی مناسب در جامعه برخوردار نیست.

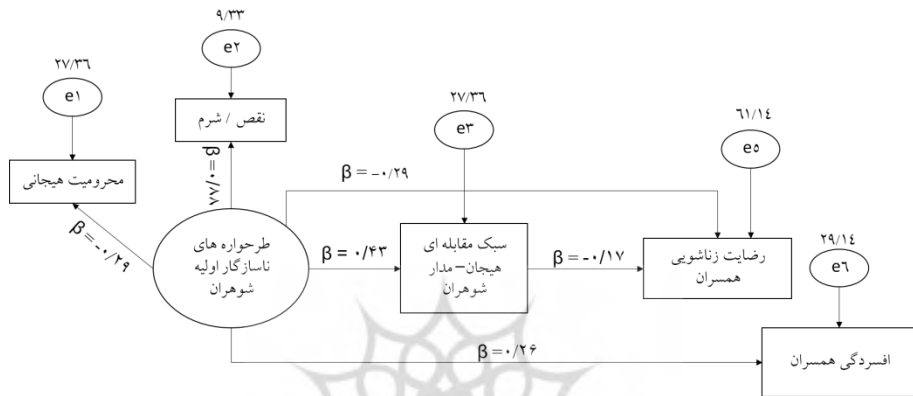


شکل ۱. مدل فرضی افسردگی و رضایت زناشویی زنان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای همسرانشان (مردان مبتلا به مواد افیونی)

شاخص‌های برازندگی در مدل نهایی پس از حذف مسیرهای طرحواره ناسازگار اولیه شوهر به سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهر، سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهر به افسردگی همسر و سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهر به افسردگی همسر و یک شاخص اصلاح از e_4 به e_5 همگی مناسب بودند. شاخص مجذور کای غیرمعنی دار ($\chi^2 = 7/56$)، $p > 0/056$ ، شاخص نسبت مجذور کای به درجه آزادی کمتر از مقدار قراردادی ۵

1. Root Mean Square Error of Approximation
2. Goodness of Fitness Index
3. Comparative Fitness Index

$(\chi^2/df) = 2/52$ ، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب کمتر از $0/1$ ($0/08$)
 (RMSEA=) و شاخص‌های $GFI = 0/98$ ، $CFI = 0/98$ و $NFI = 0/96$ همگی بالاتراز
 $0/9$ بودند.



شکل ۲. مدل نهایی افسردگی و رضایت زناشویی زنان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک مقابله‌ای هیجان-مدار همسران شان (مردان مبتلا به مواد افیونی)

ضریب استاندارد مسیر غیرمستقیم طرحواره ناسازگار اولیه شوهر به رضایت زناشویی همسر با میانجی‌گری سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهر از طریق روش بوت-استروپ ($p < 0/005$ ، $\beta = -0/07$) معنی‌دار است و نشان‌دهنده اثر واسطه‌ای متغیر سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهر مابین طرحواره ناسازگار اولیه شوهر و رضایت زناشویی زن است. به عبارت دیگر، ضریب مسیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه شوهران به رضایت زناشویی همسران ($\beta = -0/29$) بالاتراز ضریب غیرمستقیم این رابطه با واسطه‌گری سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار شوهران ($\beta = -0/07$) است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف آزمایش مدل افسردگی و رضایت زناشویی همسران براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای شوهران مبتلا به مواد افیونی انجام شده است. نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (نقص / شرم و محرومیت هیجانی) با سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهران رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، که با یافته‌های کامرا و کالوت (۲۰۱۲) و بایلوکس، رومو، کیندینیس، دبیری و رادچنکو^۱ (۲۰۰۸) همخوانی دارد. ویژگی طرحواره‌های ناسازگار این است که افراد سعی می‌کنند طرحواره‌های خود را مورد تأیید قرار داده و تداوم بخشند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه: حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). یکی از این سبک‌ها، سبک مقابله‌ای هیجان-مدار است که واکنش‌هایی مانند گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه و اشتغال ذهنی را شامل می‌شود (هالامانداریس و پاور^۲، ۱۹۹۹، به نقل از فراهانی، شکری، گراوند و دانشور پور، ۱۳۸۷). در این مطالعه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (نقص / شرم و محرومیت هیجانی) شوهران با رضایت زناشویی همسران آن‌ها رابطه منفی و معنادار و با افسردگی همسران رابطه مثبت و معنادار مشاهده شد، که با یافته‌های ساریاهو، ساریاهو، کاریلا و جوکاما^۳ (۲۰۱۲)، شهامت (۱۳۸۹)، هنرپوران، نظری و محمد نژاد (۱۳۸۸)، یوسف نژاد شیروانی و پیوسته‌گر (۱۳۸۹)، یوسفی، عابدین، تیرگری و فتح آبادی (۱۳۸۹) و لقابرازنده (۱۳۸۴) همسواست و همچنین رابطه بین طرحواره‌های شوهران با افسردگی و رضایت زناشویی همسران به وسیله سبک مقابله‌ای هیجان-مدار شوهران میانجی می‌شود. طرحواره‌ها در چارچوب رابطه زناشویی رفتارهای همسران را تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را جهت‌دهی می‌کند (یانگ و کولسکو، ۱۹۹۷، به نقل از یوسفی همکاران، ۱۳۸۹). رویکرد طرحواره‌محور دیدگاهی شناختی به مسائل

1. Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Debray, Q. & Radtchenko, A.
2. Halamandaris, K. F., & Power, K. G.
3. Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, L., & Joukamaa, M.

زناشویی دارد و ادراک تحریف شده و تفکر غیرمنطقی را علت اصلی ایجاد مشکلات زوج‌ها می‌داند. بر اساس مدل‌های شناختی، طرحواره‌ها یا آن‌چه باورهای کلیدی خانواده است در ایجاد مشکلات و مسائل نقش دارند. هریک از زوج‌ها طرحواره‌های ارتباطی در باره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به رابطه زناشویی می‌آورند. طرحواره‌ها شامل فرضیه‌هایی است درباره همسر و رابطه زناشویی آن‌گونه که هستند و معیارهایی درباره اینکه چگونه باید باشند (اپستین و باکوم^۱، ۲۰۰۲، به نقل رفاهی، قادری و بهمنی، ۱۳۹۰). طرحواره‌های ناسازگار هریک می‌توانند نقش منفی در تبلور ماهیت رفتارهای زوجی داشته باشند. بر اساس مطالعات چاتا و ویشمن^۲ (۲۰۰۹)، به نقل از رفاهی و همکاران، (۱۳۹۰) وجود این طرحواره‌ها از عمده‌ترین عوامل استرس و برهم خوردن زندگی زناشویی است. افرادی که طرحواره ناسازگار دارند، از روابط صمیمانه دوری می‌کنند، در صورتی که با فردی وارد رابطه شوند در مورد احساس‌ها و نیازهای خود به طرف مقابل چیزی نمی‌گویند و ارضاء نشدن آن‌ها احساس ناامیدی می‌کنند، هرگز به گونه‌ای رفتار نمی‌کنند تا همسرشان آن‌ها را مورد حمایت و راهنمایی قرار دهد. بنابراین همسران‌ها رضایت کمتری را در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند. وجود طرحواره‌ها مانع ایجاد صمیمیت بین زن و شوهر می‌شود، و صمیمیت لازمه زندگی زناشویی است و فقدان آن می‌تواند سبب بروز افسردگی در همسران شود. جانسون^۳ (۲۰۰۳)، به نقل از رجبی و ستوده ناورودی، (۱۳۹۰) بیان می‌کند که اختلاف‌های زناشویی عامل خطر ساز مهمی برای اختلال‌های روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، وابستگی به الکل و بعضی از مشکلات دیگر است. بنابراین روابط عاشقانه ناموفق و ازدواج ناموفق می‌تواند باعث افسردگی در زنان شود. در اینجا افراد معتاد از سبک مقابله‌ای هیجان-مدار بیشتر استفاده می‌کنند. آن‌ها به جای مقابله معطوف به مشکل که قصد آن از میان

1. Epstin, N. B., & Baccum, D. H.
2. Chatav, Y., & Wishman, M. A.
3. Johanson, S. M.

برداشتن مشکل و یا تعدیل آن است، مقابله هیجان-مدار را به کار می‌گیرند، که در این نوع مقابله فرد در پی آن است تا پیامدهای هیجانی عامل استرس‌زا را مهار کند. این افراد تحت تأثیر هیجان‌های خود قرار داشته و به جای تمرکز بر مشکل، در مجموعه‌ای از رفتارها مانند سوء مصرف مواد درگیر می‌شوند. این تلاش‌ها در افراد معتاد اغلب منجر به عواطف منفی بیشتری شده و میزان آشفتگی آن‌ها را افزایش می‌دهد. هنگامی که فرد معتاد در رابطه با همسر خود سبک مقابله‌ای هیجان-مدار را به کار می‌گیرد، از نظر هیجانی با هم درگیر می‌شوند و تمرکز و آرامش خود را از دست می‌دهند بنابراین موقعیت استرس‌زا شدیدتر درک می‌شود و نارضایتی افزایش می‌یابد.

نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه (نقص / شرم و محرومیت هیجانی) با سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهران رابطه‌ای وجود ندارد، که با یافته گریبوت و مارچند^۱ (۲۰۰۸) هماهنگ نیست. این‌گونه می‌توان گفت که افراد مختلف به منظور مقابله با یک طرحواره یکسان، از طیف رفتارهای کاملاً متفاوت، استفاده می‌کنند. فرد می‌تواند تسلیم شود، اجتناب کند یا به صورت افراطی جبران نماید. این سه سبک مقابله‌ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه: حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). بنابراین متغیرهای دیگری مانند ویژگی‌های شخصیتی، خلق و خو و تجارب شخصی نیز بر انتخاب سبک مقابله‌ای مؤثرند. افراد معتاد سطوح بالایی از اضطراب و درماندگی را تجربه می‌کنند و برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا به مصرف مواد پناه می‌برند. براساس نظریه یادگیری، مصرف مواد پاسخی است که منجر به حذف محرک شرطی آزارنده می‌شود.

مشاهده شد که بین سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار شوهران با رضایت زناشویی و افسردگی همسران رابطه‌ای وجود ندارد که این نتیجه با یافته‌های بیلانگر، سابوریند و بالباکیب^۲ (۲۰۱۰)، عبدالحی، کافی و شاهقلیان (۱۳۸۹) و حدادی کوهسار و علی‌اکبری

1. Grebot, E., & Marchand, V.

2. Belanger, C., Sabourind, S., Baalbakiab, E. G.

معلم (۱۳۹۰) هماهنگ نیست. همچنین نقش میانجی‌گرایی سبک در رابطه بین طرحواره‌ها با رضایت زناشویی و افسردگی همسران نیز تأیید نشد. سبک‌های مقابله‌ای اجتناب-مدار مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا است. مقابله اجتناب-مدار از روش‌های سازش نیافته مقابله محسوب می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد معتاد در موقعیت‌های استرس‌زا سبک‌های مقابله‌ای سازش نیافته را به کار می‌گیرند، هنگامی که در برخورد با تعارض‌های زناشویی به صورت هیجانی رفتار می‌کنند، واکنش‌هایی مانند ناراحتی، عصبانیت و درگیری را نشان می‌دهند اما هنگامی که از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند، به فعالیت‌های دیگری روی می‌آورند و درگیری کمتری را با همسر خود پیدا می‌کنند، بنابراین کاربرد این سبک ممکن است تأثیری در میزان رضایت زناشویی همسران آن‌ها نداشته باشد. اختلاف‌های زناشویی از دلایل به وجود آمدن اختلال‌های روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی است. به کار گرفتن سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار باعث فرار از موقعیت‌های استرس‌زا و روی آوردن به فعالیت‌ها و افراد دیگر می‌شود، و به همین دلیل همسران اختلاف‌ها و درگیری‌های کمتری را تجربه می‌کنند. بنابراین این سبک مقابله‌ای تأثیری در افسردگی همسران ندارد. در این پژوهش نقش میانجی‌گری سبک‌های مقابله به صورت زوجی بررسی شده است، عوامل تأثیرگذار زیادی می‌تواند عملکرد این متغیر را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که طرحواره‌های ناسازگار دارند با به کار گرفتن سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانع فعال شدن طرحواره‌های شناختی خود می‌شوند. هنگامی که این افراد در رابطه با همسر خود سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار را به کار می‌گیرند، از موقعیت‌هایی که سبب اختلاف‌های زناشویی می‌شود اجتناب می‌کنند. بنابراین این اختلاف‌ها کمتر رخ می‌دهند. ممکن است به این دلیل سبک مقابله‌ای اجتناب-مدار تأثیری بر افسردگی همسران نداشته باشد.

پژوهش حاضر بر روی افراد معتاد و همسران آن‌ها انجام شده است، لذا تعمیم نتایج

به افراد عادی یا سایر گروه‌های خاص باید با احتیاط صورت گیرد. دیگر اینکه نمونه مورد مطالعه افرادی بودند که فقط معتاد به مواد افیونی بودند و سایر افراد معتاد به مواد اعتیادآور دیگر در نظر گرفته نشده‌اند. استفاده از شیوه نمونه‌گیری داوطلب محدودیت دیگر این پژوهش بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی افراد معتاد و همسران آن‌ها انجام شده است، پیشنهاد می‌شود بر روی افراد عادی نیز انجام شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان تربت حیدریه که اجرای این پژوهش را امکان پذیر نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع

- آهی، ق. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ترکی، ع؛ فاتحی زاده، م و صالحی، م. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش شناختی- رفتاری زوجین در کاهش گرایش به مواد بیمارارن وابسته به مواد مخدر تریاک در شهر اصفهان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲، ۸، ۳۸۱-۳۷۱.
- حجتی، ح؛ آلوستانی، س؛ آخوندزاده، گ؛ حیدری، ب و شریف‌نیا، س. ح. (۱۳۸۸). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، ۱۸، ۳، ۲۱۴-۲۰۷.
- حدادی کوهسار، ع و علی‌اکبری معلم، ر. (۱۳۹۰). راهبردهای مقابله و سبک‌های اسنادی با افسردگی در کارفرمایان: نقش تعدیل‌کنندگی جنس. فصلنامه تازه‌های روانشناسی صنعتی سازمانی، ۷، ۱۰۵-۹۷.
- خباز، م؛ بهجتی، ز، ناصری، م (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۵، ۴، ۱۲۳-۱۰۸.
- خسروجاوید، م؛ ستوده ناورودی، س ا و زینعلی، ش. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر رشت. فصلنامه زن و بهداشت، ۱، ۳، ۷۲-۵۵.
- ذوالفقاری، م؛ فاتحی زاده، م و عابدی، م. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۴، ۱۵، ۲۶۱-۲۴۷.

- رجیبی، غ. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱، ۴، ۲۹۸-۲۹۱.
- رجیبی، غ. (۱۳۸۸). ساختار عاملی مقیاس رضایت زناشویی در کارکنان متأهل دانشگاه شهید چمران. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵، ۴، ۳۵۸-۳۵۱.
- رجیبی، غ و ستوده ناورودی، س.ا. (۱۳۹۰). تأثیر شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۰، ۹۱-۸۳.
- رفاهی، ژ؛ قادری، ز و بهمنی، م. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش زوج‌درمانی طحوراره‌محور بر بهبود عملکرد زوجین. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی (ویژه‌نامه)*، ۲، ۴۵-۲۹.
- شهامت، ف. (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طحوراره‌های ناسازگار اولیه. *مجله روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۵، ۲۰، ۱۲۴-۱۰۳.
- شهامت، ف؛ ثابتی، ع و رضوانی، س. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طحوراره‌های ناسازگار اولیه. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱، ۲، ۲۵۴-۲۳۹.
- عبداللهی، ا؛ کافی، س م و شاهقلیان، م. (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با رضایت و همسازی زناشویی. *مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۷، ۲۷، ۲۸۷-۲۷۹.
- فتی، ل؛ موتابی، ف؛ دابسون، ک؛ مولودی، ر و ضیایی، ک. (۱۳۸۸). ساختار عاملی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی طحوراره‌ی یانگ- فرم ۲۳۲ سؤالی در یک نمونه غیربالینی. *مجله روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴، ۱۶، ۲۴۶-۲۲۷.
- فراهانی، م؛ شکری، ا؛ گراوند، ف و دانشورپور، ز. (۱۳۸۷). تفاوت‌های فردی در استرس تحصیلی و بهزیستی ذهنی: نقش سبک‌های مقابله با تنیدگی. *مجله علوم رفتاری*، ۲، ۴، ۳۰۴-۲۹۷.
- کاملی، ز؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب و آقا محمدیان شهرباف، ح. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-متمرکز بر طحوراره بر تعدیل طحوراره‌های ناسازگار اولیه در دختران بی سرپرست و بد سرپرست. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱، ۱، ۹۸-۸۳.
- گراهام، ج. (۱۹۴۰). *راهنمای MMPI-2 ارزیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه: موسی کافی ماسوله و حمید یعقوبی (۱۳۷۹). انتشارات ارجمند.
- لقا برازنده، ه. (۱۳۸۴). *رابطه معیارهای ارتباطی و طحوراره‌های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- مرادی، ا و بهرامی‌احسان، ه. (۱۳۸۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های اسنادی بین بیماران وابسته به مواد افیونی و افراد سالم. *مجله توانبخشی*، ۱۲، ۱، ۱۸-۸.
- هنرپروران، ن؛ نظیری، ق و محمدنژاد، م. (۱۳۸۸). اثربخشی رویکرد طحوراره‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر تعدیل طحوراره‌های ناسازگار اولیه در زنان افسرده. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱، ۱، ۱۴۴-۱۲۹.
- یانگ، ج؛ کولسکو، ژ و ویشار، م. (۲۰۰۳). *طحوراره‌درمانی*. ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۰). جلد

اول. انتشارات ارجمند.

- یوسف نژاد شیروانی، م و پیوسته‌گر، م. (۱۳۸۹). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲، ۲، ۶۵-۵۵.
- یوسفی، ر؛ عابدین، ع؛ تیرگری، ع و فتح آبادی، ج. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی برمدل طرحواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳، ۲، ۳۷-۲۵.
- Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A., & Debray, Q. (2008). Study of bonds between early maladaptive schemas and strategies of coping (among alcohol-dependent patients and depressed patients). *Journal de Therapies Compartmental Cognitive*, 18(1), 19-25.
- Belanger, C., Sabourind, S., & Baalbakiab, E. G. (2010). Behavioral correlates of coping strategies in close relationships. *Journal of Psychology*, 8, 315-326.
- Camera, M., & Calvet, E. (2012). Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. *Journal of European Psychiatry*, 27, 122-144.
- Camera, M., & Calvet, E. (2011). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students.. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 34, 58-68.
- Colman, L. K. (2010). *Maladaptive schemas and severity: Support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression*. Graduate School, University of Tennessee.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Engram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guilford Press.
- Gorski, T. T. (2001). The CENAPS model for relapse prevention, basic principles one precedents. *Journal of Psychoactive Press*, 22, 51-66.
- Grebot, E., & Marchand, V. (2008). Early maladaptive schemas in marijuana addicts. *Journal of Therapy Compartmental Cognitive*, 18, 98-103.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1999). The relation of early abuse to cognition and coping in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 665-677.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and Family*, 45, 141-151.
- Rafnsson, F. D., Smari, J., Windli, M., Mears, S. A., & Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the coping inventory for stressful situations (CISS). *Personality and Individual Differences*, 40, 1247-1258.
- Rajabi, Gh., & Hashemi Sheykhshabani, S. (2009). Factor stricture of the 12-item general health questionnaire. *Journal of Education & Psychology*, 3, 81-99.
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology*. New York Wiley.

- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, L., & Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 214-223.
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology*. New York: Wiley.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addict Disorders & Their Treat*, 10(4), 169-17.
- Tilden, T., & Dattilio, F. (2002). Vulnerability schemas of individuals in couple's relationships: A cognitive perspective. *Contemporary Family Therapy*, 27, 139-162.
- Yilmaz, M., Kumcagiz, H., Celik, S. B., & Eren, Z. (2011). Investigating communication skill of university students with respect to early maladaptive schemas. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 968-972.

