

# اثربخشی طرحواره درمانی بر ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در

## آستانه طلاق

### عسل بخشی<sup>۱</sup>

۱. کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دوازدهم، زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۱۴۷-۱۴۰

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق بود. پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زوجین در آستانه طلاق بود که از طرف دادگاه خانواده شهر رشت به بخش مشاوره دادگاه ارجاع داده شدند که از بین آن‌ها ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (۲۰ نفر در هر گروه). داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بهزیستی ذهنی جمع‌آوری گردید. طرحواره درمانی طی ۷ جلسه اجرا شد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت ننمود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی در ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی تأثیرگذار بود. براین اساس، به‌کارگیری این مداخله، می‌تواند برای ارتقاء بهزیستی زوجین در آستانه طلاق مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی، زوجین.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دوازدهم، زمستان ۱۴۰۰



مقدمه

بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup> به دامنه‌ای از پدیده‌های ذهنی اطلاق می‌شود که رضایت کلی فرد از زندگی، احساسات خوشایند و ناخوشایند در قلمروهای مشخص مانند کار، اوقات فراغت و زندگی زناشویی را در برمی‌گیرد (دینر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). از دیرباز در حوزه مطالعات مرتبط با بهزیستی دو رویکرد فلسفی مجزا تحت عنوان رویکرد لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی وجود داشته است. در رویکرد نخست، بهزیستی مترادف با شادی است و بر عواطف مثبت و رضایت از زندگی متمرکز است و بعد عاطفی، به خلق منفی و مثبت در تجربه بلا واسطه یک فرد اشاره دارد. رضایت از زندگی نیز که به قضاوت افراد در مورد زندگی خود اشاره می‌کند، بعد شناختی بهزیستی را بیان می‌کند. این بعد اکنون به‌عنوان بهزیستی هیجانی تعریف شده است (دینر و لوکاس، ۲۰۰۰).

کی‌یز (۲۰۰۷) سعی کرد تا با بررسی مفهوم شکوفایی و توسعه یک ابزار خاص تحت عنوان پیوستار سلامت دیدگاه‌های لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی را یکپارچه کند. بر اساس نظر وی، بهزیستی ذهنی مشتمل بر سه جزء هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی است. بهزیستی هیجانی شامل حضور عواطف مثبت، فقدان عواطف منفی و رضایت از زندگی است (دینر و همکاران، ۲۰۰۳). از نظر ریف (۱۹۹۵؛ به نقل از اکبری دهکردی، علی‌پور، عباسپور، سلیمی و صفری، ۱۳۹۵) بهزیستی روان‌شناختی عبارت از تلاش در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است، وی بهزیستی روان‌شناختی را شامل ابعاد پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری می‌داند (استمپ، ۲۰۱۵؛ به نقل از صفاری نیا و درتاج، ۱۳۹۶). بر اساس دیدگاه کی‌یز<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) بهزیستی روان‌شناختی بیشتر نشان‌دهنده معیارهای فردی و خصوصی برای ارزیابی عملکرد فرد است، درحالی‌که عملکرد مثبت شامل چالش‌ها و تکالیف اجتماعی نیز هست. از این دیدگاه، بهزیستی اجتماعی شامل ابعاد انسجام، شکوفایی، همبستگی، پذیرش و درنهایت مشارکت اجتماعی است.

بهزیستی ذهنی به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان شاخص سلامت روان پذیرفته شده و در جمعیت‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله مشکلاتی که می‌تواند بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، نارضایتی در زندگی زناشویی و جدایی است. خانواده به‌عنوان مهم‌ترین نهاد موجود در جامعه همواره در طول تاریخ با آسیب‌های مختلفی مواجه بوده که مسئله طلاق، بزرگ‌ترین معضل این نهاد اجتماعی و یکی از بزرگ‌ترین خطراتی است که جامعه و زندگی زوجین را تهدید می‌کند (ترودل و گولدفارب<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). جدایی اثرات منفی زیادی چه از لحاظ روانی و چه از لحاظ جسمانی بر زوجین بر جا می‌گذارد. این اثرات منفی شامل افزایش خطر بیماری‌های روانی، افزایش بیماری‌های جسمانی، خودکشی، تصادفات منجر به مرگ، خشونت و آدم‌کشی است. همچنین طلاق اثرات منفی زیادی بر فرزندان بر جای می‌گذارد که می‌توان به افسردگی، گوشه‌گیری، ضعف کفایت اجتماعی، مشکلات بهداشتی و تحصیلی اشاره کرد. مقصود از مفهوم میل به طلاق میزان تمایل و علاقه‌مندی زوجین به جدا شدن و گسستن روابط زناشویی طی مراحل قانونی است، این مفهوم دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است، که در بعد شناختی تصورات فرد در مورد

1. Subjective well-being

2. Diener

3. Keyes

4. Trudel & Goldfarb

طلاق را در برمی گیرد و در بعد عاطفی شامل احساسات و عواطف مثبت و منفی فرد نسبت به طلاق است، سرانجام بعد رفتاری میزان آمادگی رفتاری فرد را جهت علیه یا له طلاق در برمی گیرد. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف، شیوه های مقابله ای ضعیف، مدیریت حوادث زندگی یا ناتوانی در انتقال احساسات به همسر باشد (یانگ و لونگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل مشکلات زوجین که به طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می شود، طرح واره درمانی<sup>۲</sup> است. این درمان به طرحواره های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی و یادبودهایی از سخت گیری دوران کودکی هستند، که منجر به ادراک تحریف شده و تفکر غیرمنطقی زوج ها می شوند، اهمیت زیادی می دهد، چرا که طرحواره ها همیشه خود را در پویایی های یک رابطه نشان می دهند و مایه تأثیر در کنشگری رابطه می شوند و با رضایت و کاهش تعارض های زندگی زناشویی همبستگی دارند (تیم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). هنگامی که طرحواره های ناسازگار برانگیخته می شوند، افراد هیجاناتی همچون خشم زیاد، افسردگی و به دنبال آن احساس گناه را تجربه می کنند که موجب کاهش تاب آوری و افزایش تنش در روابط بین فردی می شود (علیزاده اصلی و جعفری لنگرودی، ۱۳۹۶). طرحواره درمانی در کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه و بهبود الگوهای حل تعارض اثربخش بوده و بر رضایت زنان دچار تعارضات زناشویی مؤثر و باعث بهبود عملکرد زوجین می شود (رفاهی، قادری و بهمنی، ۱۳۹۱)، همچنین روابط و رضایت زناشویی را ارتقاء داده و باعث کاهش پریشانی های روانی و طرحواره های ناسازگار شده و میل به طلاق را در زوجین کاهش داده است (یوسفی، ۱۳۹۰). از آنجایی که زندگی امروزه زوجین، با مشکلات و استرس فراوانی روبرو است و این امر موجب پایین آمدن سطح کیفی و نارضایتی زندگی بسیاری از زوجین شده، در رویکرد طرحواره درمانی، درمانگران به شیوه های همدلانه افراد را با دلایل و ضرورت تغییر روبه رو می کنند. طرحواره ها بر پردازش اطلاعات و حل مسئله بسیار تأثیرگذار هستند. با توجه به مطالب فوق، مطالعه حاضر درصدد بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مراجعین در آستانه طلاق (زن و شوهر) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده به بخش مشاوره دادگاه خانواده شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بود. بدین منظور ۴۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه کنترل) گمارش تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: زن یا شوهری که دارای تحصیلات حداقل دیپلم بودند و در دادگاه دارای پرونده طلاق و مایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاوره ای بودند، افرادی که حداقل ۵ سال از ازدواجشان گذشته بود و موافق برای شرکت در پژوهش و دادن امضای رضایت نامه کتبی بود. معیارهای خروجی پژوهش شامل

1. Young & Long

2. Schema Therapy

3. Thimm

داشتن اختلال روان‌شناختی، سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر و شرکت نکردن در دو جلسه یا بیشتر در جلسات درمانی بود. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه موردسنجش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی ذهنی کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بود که سه حوزه بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی را در برمی‌گرفت. پس از اتمام مرحله پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت طرحواره درمانی که طبق الگوی یانگ بود و دستورالعمل آن در کتاب طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی ترجمه حمیدپور و اندوز (۱۳۹۰) آمده است، قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچ درمانی دریافت نکرد. جلسات مداخله به سبب شرایط ناشی از پاندمی کرونا به صورت آنلاین انجام گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون به صورت مجدد در دو گروه ارزیابی شد.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه بهزیستی ذهنی.** این پرسشنامه را کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) در سه بخش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی ارائه دادند. خرده مقیاس هیجانی دارای ۱۲ سؤال است که هیجان‌ات مثبت و منفی فرد را در یک ماه اخیر ارزیابی می‌نماید و افراد احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌کنند. خرده مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۱۸ سؤال است که ۶ مؤلفه پذیرش خویشتن، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران را در برمی‌گیرد که در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالف) تا ۷ (بسیار زیاد موافق) تنظیم گردیده است. خرده مقیاس بهزیستی اجتماعی دارای ۱۵ سؤال و ۵ مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخگویان در این خرده مقیاس نیز ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت مشخص می‌نمایند. این پرسشنامه را هاشمیان، پور شهریاری، بنی جمالی و گلستانی بخت (۱۳۸۶) اجرا و اعتباریابی نمودند. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمد. روایی افتراقی نیز با پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی بک محاسبه گردید که ضرایب همبستگی با نمره کل ۰/۵۲- و برای زیرمقیاس‌های فوق ۰/۴۶-، ۰/۴۷- و ۰/۴۳- گزارش شد.

### جلسات طرحواره درمانی

برنامه درمانی طبق الگوی یانگ بود که دستورالعمل آن در کتاب طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی ترجمه حمیدپور و اندوز (۱۳۹۰) آمده است، تنظیم شد که خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

| جلسه  | محتوای جلسات  |
|-------|---|
| اول   | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و ابلاغ قوانین و اهداف گروه، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان  |
| دوم   | آشنایی با مفهوم طرحواره و انواع طرحواره‌ها و طرحواره‌های ناسازگار اولیه   |
| سوم   | شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اعضا و توضیح در مورد تأثیر آن‌ها بر زندگی زناشویی   |
| چهارم | ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و سپس اجرای تکنیک‌های شناختی از جمله اجرای آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، استفاده از سبک درمانی رویارو سازی همدلانه و ارائه تکلیف برای هفته آینده. |
| پنجم  | اجرای تکنیک‌های شناختی برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش و تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره و ارائه تکلیف و بازخورد.  |
| ششم   | ارائه منطق و هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کند، اولویت‌بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار  |
| هفتم  | بازخورد از جلسات قبل، آموزش جایگزینی طرحواره‌های مثبت، جمع‌بندی مهارت‌ها، پر کردن مجدد پرسشنامه‌های این مطالعه و ختم جلسات درمانی   |

#### یافته‌ها

در رابطه با اطلاعات جمعیت شناختی زوجین، همه شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۲۹ تا ۴۲ سال قرار داشتند و حداقل و حداکثر مدت‌زمان ازدواجشان بین ۵ تا ۱۲ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۵/۶۳ با انحراف معیار ۵/۷۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۶/۵۸ با انحراف معیار ۶/۰۲ سال بود. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر               | گروه   | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              |
|---------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
|                     |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| بهزیستی روان‌شناختی | آزمایش | ۶۲/۸۳     | ۷/۰۵         | ۷۸/۵۸    | ۹/۹۷         |
|                     | کنترل  | ۶۱/۹۲     | ۷/۱۷         | ۶۲/۶۴    | ۷/۵۳         |
| بهزیستی اجتماعی     | آزمایش | ۵۱/۴۷     | ۶/۴۹         | ۶۰/۲۸    | ۶/۶۴         |
|                     | کنترل  | ۵۲/۲۹     | ۶/۷۴         | ۵۱/۹۵    | ۶/۲۷         |
| بهزیستی هیجانی      | آزمایش | ۳۲/۹۳     | ۴/۴۷         | ۳۹/۲۸    | ۴/۸۲         |
|                     | کنترل  | ۳۴/۰۸     | ۴/۶۱         | ۳۳/۳۸    | ۴/۷۳         |

جهت بررسی مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی در ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی زوجین در آستانه طلاق، از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود. جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین این مفروضه مورد تأیید قرار گرفت. به‌منظور بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید. نتایج نشان داد

که ماتریس واریانس- کوواریانس‌ها همگن هستند ( $F=1/193, P=0/307 > 0/05$ ). بنابراین با توجه رعایت پیش فرض‌ها، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره وجود دارد که نتایج مربوط به آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت تفاوت دو گروه در شاخص‌های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی

| متغیر وابسته    | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F     | معناداری | ضریب اتا |
|-----------------|---------------|----|-----------------|-------|----------|----------|
| بهزیستی روانی   | ۸۷۳/۳۷        | ۱  | ۸۷۳/۳۷          | ۳۶/۹۰ | ۰/۰۰۱    | ۰/۵۹     |
| بهزیستی اجتماعی | ۴۶۷/۵۹        | ۱  | ۴۶۷/۵۹          | ۲۴/۴۶ | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۳     |
| بهزیستی هیجانی  | ۳۶۲/۹۳        | ۱  | ۳۶۲/۹۳          | ۱۸/۷۴ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۶     |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه شاخص‌های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که طرحواره درمانی موجب ارتقاء شاخص‌های بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی در زوجین در آستانه طلاق گردیده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی در زوجین در آستانه طلاق پرداخت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله مذکور افزایش معناداری در سازه بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی داشته‌اند که با یافته‌های پژوهشی تیم (۲۰۱۰)، علیزاده اصلی و جعفری لنگرودی (۱۳۹۶)، بهمنی و همکاران (۱۳۹۱) و یوسفی (۱۳۹۰) همسو است. بندورا (۲۰۱۱) بر اساس دیدگاه شناخت اجتماعی، معتقد است که رضایت از خود و بهزیستی ذهنی از سه فرایند مقایسه‌ای نشأت گرفته است: در مقایسه زمانی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی شخصی بستگی به این مسئله دارد که آیا آن شخص در مقایسه با قبل، بهتر یا بدتر بوده است. در مقایسه اجتماعی، بهزیستی ذهنی و رضایت، بستگی به این دارد که آیا کیفیت زندگی فرد در مقایسه با زندگی دیگران مطلوب یا نامطلوب است و در نهایت، در مقایسه آرمان‌گرایانه، بهزیستی ذهنی افراد تحت تأثیر این مسئله قرار دارد که چگونه وضعیت زندگی کنونی‌شان را با معیارهای بالایی که در زندگی‌شان برای خود تعیین کرده‌اند، ارزیابی می‌کنند. بر این اساس، شاید زوجین در آستانه طلاق در هر یک از این سه فرایند مقایسه قرار گیرند و لذا بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی در آن‌ها کاهش یابد. رویکرد طرحواره درمانی به دلیل کارکردن بر سلامت روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای میل به طلاق، در اصلاح طرحواره‌ها و ساخت‌های شناختی آنان تأثیر چشمگیری دارد و بر کاهش میل به متارکه و طلاق مؤثر می‌باشد. پرایمر، تالبوت و فرنچ (۲۰۱۵) اعتقاد دارند طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری در سبک زندگی زن و شوهر، انتخاب مسیر درست زندگی که عامل مهمی در تداوم طرحواره‌ها در روابط زناشویی هستند نیز تغییرات چشمگیری به وجود می‌آورد و در نهایت به بهبود طرحواره‌ها کمک می‌کند. این رویکرد به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب‌شده زوجین در روابط زناشویی که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی در روابط زناشویی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. از طرفی، طرحواره درمانی به صورت گروهی در زنان خواستار طلاق باعث شد از مشکلات و مسائل یکدیگر آگاه شوند و نسبت به مسائل احساس مسئولیت بیشتری پیدا بکنند. طرحواره درمانی قدرت جرأت‌ورزی را در این افراد بالا برده و به آن‌ها این توان را می‌دهد تا به خودکارآمدی دست پیدا کنند و در مقابل مسائل گوناگون و

حواشی طلاق سطح تحمل و تاب‌آوری خود را بالا ببرند و به ابعاد گوناگون صرفاً به دیده عاطفی نظر نکنند، بلکه استدلال منطقی و چارچوب‌های درست ذهنی را انتخاب کنند. این خودکارآمدی و در پی آن جرأت ورزی ناشی از درهم شکستن طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که فرد را در مقابل رویدادهای آسیب‌زا به‌صورت یک قربانی درمی‌آورد. با شرکت در این گروه‌های درمانی فرد این طرحواره‌ها را تغییر داده و سعی در مبارزه با این نقش‌ها دارد که در نهایت منجر به ارتقاء بهزیستی روانی، اجتماعی و هیجانی شده است.

این پژوهش نیز به‌مانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. درمان در این پژوهش به‌صورت آنلاین انجام شده که آشکاراست مشکلاتی را به همراه می‌آورد. مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی برگزار شد و فاقد مرحله پیگیری بود. پژوهش حاضر بر روی زوجین شهر رشت انجام گرفته است؛ لذا در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، مرحله پیگیری گنجانده گردد و نیز پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور انجام گیرد تا بتوان با اطمینان بیشتری در مورد تعمیم‌یافته‌های این پژوهش صحبت نمود.

#### منابع

- رفاهی، ژاله؛ قادری زهرا و بهمنی مجید. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش زوج‌درمانی طرحواره محور بر بهبود عملکرد زوجین. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۲)، ۴۵-۲۹.
- صفاری نیا، مجید و درتاج، افسانه. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی. مجله سالمندی ایران، ۱۲(۴)، ۴۹۳-۴۸۲.
- عزیزاده، افسانه و جعفر نژاد لنگرودی، زینب. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر برنامه غنی‌سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۳(۷)، ۲۴۸-۲۵۶.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ علی‌پور، احمد؛ عباسپور، پرستو؛ سلیمی، الیاس و صفری، یار حسین (۱۳۹۵). نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای با شدت علائم D فراشناختی و تیپ شخصیتی بیماری در بیماران مبتلا به پسروریازیس. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴۳)، ۹۱-۸۵.
- هاشمیان، کیانوش؛ پور شهریاری، مه‌سیما؛ بنی‌جمالی، شکوه السادات و گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۳)، ۱۶۳-۱۳۹.
- یانگ، جفری؛ کلوکسو، ژانتو و یشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، ترجمه: حمید پور، حسن و اندوز، زهرا، ۱۴۰۰ چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و نظام عاطفی بوون بر میل به طلاق در مراجعان متقاضی متارکه. مجله روانشناسی بالینی، ۳(۱۱)، ۶۴-۵۳.

- Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on positive psychology. *Revista de Psicología Social*, 26(1), 7-20.
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(2), 87-104.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory". *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 41-78.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54 (1), 403-425.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life". *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M., & Magyar, M., Jeana, L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. p.411-425 in positive psychological assessment: *Handbook of models and measures*, edited by S.J.Lopez and R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association. - Lupano Perugini.
- Priemer, M., Talbot, F., French, D.J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomized controlled trial. *Behavior Change*, 32, 59-73.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital a sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, (19), 137-142.
- Young, M.E., Long, LL. (1998). *Counseling and psychotherapy of couple*. New York: The Guilford Press.