

Research Paper



The Effectiveness of Schema Therapy on Quality of Life and Marital Satisfaction of Men Suffering from Emotional Divorce in Tabriz



Aisan Kavoshmelli*¹, Naimeh Moheb²

1. M.A of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.
2. Ph. D of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.22.0](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.22.0)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15236.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Marital Satisfaction,
Schema Therapy,
Emotional Divorce,
Quality of Life

Received: 2021/10/17
Accepted: 2022/01/02
Available: 2022/06/10

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of schema therapy on quality of life and marital satisfaction of men with emotional divorce. The research design was quasi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The statistical population was married men in Tabriz in 1399, 30 of whom were selected by available sampling method, and screening based on Gutman's (1994) emotional divorce scale, of which 15 were randomly assigned to the experimental group and 15 to the control group. The quality-of-life questionnaires sf-36 Varosherborn (1992) and Enrich Olson and Fournier (1989) Marital Satisfaction Questionnaire were completed as a pretest by both groups. Then, the experimental group received 8 sessions of 1.5-hour schematic therapy according to the program of Young, Klasso and Wishar (2003) and the control group did not receive any program. Then post-test was performed for both groups. Data analysis based on analysis of covariance showed that treatment affects quality of life and its components except general health (physical function, role disorder due to physical health, general health, pain tolerance, vitality and vitality, role disorder due to emotional health, social function, Emotional well-being) and marital satisfaction and its components (marital satisfaction, communication, conflict resolution, ideal distortion) have a significant effect. As a result, schema therapy can be used to improve quality of life, marital satisfaction in men with emotional divorce.



* Corresponding Author: Aisan Kavosh melli
E-mail: Aisan74kavoshi17@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مردان دچار طلاق عاطفی شهر تبریز



آيسان كاوش ملي^{۱*}، نعيمة محب^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
۲. دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.22.0](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.22.0)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15236.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مردان دچار طلاق عاطفی بود. طرح تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مردان متأهل شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود که ۳۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس و غربالگری بر اساس مقیاس طلاق عاطفی گاتمن (۱۹۹۴) انتخاب شدند؛ که ۱۵ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی **sf-36** واروشربورن (۱۹۹۲) و رضایت زناشویی انریچ اولسون و فورنیر (۱۹۸۹) به عنوان پیش آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش ۱/۵ ساعته طرحواره درمانی طبق برنامه‌ی یانگ، کلاسو و ویشار (۲۰۰۳) را دریافت نمودند و گروه کنترل برنامه‌ای دریافت نکرد. در ادامه از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. تحلیل داده‌ها بر اساس تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن به جز سلامت عمومی (عملکرد جسمانی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، سلامت عمومی، تحمل درد، سرزندگی و نشاط، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، کارکرد اجتماعی، بهزیستی هیجانی) و رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن (رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض، تحریف آرمانی) تأثیر معنادار دارد. در نتیجه می‌توان از طرحواره درمانی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در مردان دچار طلاق عاطفی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها:

رضایت زناشویی، طرحواره درمانی، طلاق عاطفی، کیفیت زندگی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۷/۲۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: آيسان كاوش ملي

رایانامه: Aisan74kavoshi17@gmail.com

مقدمه

ازدواج ورود به مرحله تازه‌ای از زندگی است که بخش با ارزشی از زندگی فردی و اجتماعی هر فرد را دربرمی‌گیرد. (رضوی، جزایری، احمدی و اعتمادی، ۲۰۱۹). زوج، پایه گذار خانواده و خانواده رکن اصلی جامعه است؛ به همین دلیل سلامت و پویایی جامعه در گرو سلامت خانواده و زوج است و هر تهدیدی که متوجه خانواده باشد، پیامدش گریبان گیر جامعه خواهد بود (ژانگ^۱، ۲۰۱۹). به عقیده‌ی روانشناسان، پدیده‌ی طلاق به عنوان یکی از معتبرترین شاخص‌های نارضایتی در روابط زناشویی، نوعی گسستگی عاطفی زوجین و یا حداقل یکی از زوجین می‌باشد (بدیر، هامزا و گلدینگ^۲، ۲۰۲۰). این گسستگی عاطفی بدون شک دردناک بوده و توأم با ضایعات و آسیب‌های متفاوت برای زوجین می‌باشد. به عبارت دیگر طلاق فرآیندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع شده و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید خاتمه می‌یابد (یو^۳، ۲۰۲۰). طلاق عاطفی^۴ به سردی روابط روحی، جسمی، عاطفی و حتی کلامی میان زوجین گفته می‌شود که سبب بی‌مهری و کم شدن محبت در خانواده می‌شود. طلاق عاطفی اولین مرحله فرایند طلاق و بیانگر رابطه زناشویی رو به زوالی است که احساس تلخ بیگانگی، جایگزین یگانگی و صمیمیت شده است (هورویتز، هلن و ساندر^۵، ۲۰۱۹). اساسا طلاق عاطفی پیامدهایی منفی برای فرد و جامعه در پی دارد و مشکلات فراوانی برای زوجین ایجاد می‌کند، به گونه‌ای که در شخصیت اعضای خانواده نوعی آشفتگی و بی‌سامانی به وجود می‌آورد و کیفیت روابط خانواده، تعهد زوجین و رضایت زناشویی را دچار تزلزل می‌سازد (رسولی، قزوینی و حسینیان، ۱۳۹۶).

رضایت زناشویی به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین عملکرد خانواده است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت می‌کنند (ویلیامسون و لاونر^۶، ۲۰۲۰). تعدادی از پژوهشگران رضایت زناشویی را احساس عینی خشنودی، رضایت، انطباق بین همسران و همچنین لذت بردن زن و شوهر از تمامی روابط دانسته و برخی دیگر آن را به عنوان ارزیابی ذهنی فرد از رابطه و سازگاری درونی و بیرونی زن و مرد در موقعیت‌های مختلف زندگی جهت ایجاد تفاهم دو جانبه بین آنها تعریف کرده‌اند (هو، جیانگ و وانگ^۷، ۲۰۱۹). عوامل مختلفی بر رضایت زناشویی و کاهش گرایش به طلاق مؤثر است. این عوامل شامل حمایت در شرایط افت جسمانی (بلوک و ویلیامز^۸، ۲۰۱۹)، دارا بودن سطح مطلوبی از

مهارت‌های اجتماعی (کارادوسو و کوستا^۹، ۲۰۱۹)، مؤلفه‌های مختلف سرمایه اجتماعی شامل اعتماد متقابل زوجین، احترام متقابل، تعاون، ارزش‌های اخلاقی، مسئولیت‌پذیری، احساس امنیت، مشارکت اجتماعی (قلی زاده و همکاران، ۱۳۹۶)، بخشودگی، واقع‌بینی، تصدیق خطا، جبران عمل، دلجویی و احساس بهبودی (رضایپور میرصالح، فتوحی اردکانی و علیخانی، ۱۳۹۷)، افزایش استفاده از شبکه‌های اجتماعی (گودرزی، ۱۳۹۷)، عدم علاقه مندی به همسر و چگونگی کیفیت رابطه جنسی (رضازاده، بهرامی احسان، فاضل و فلاح، ۱۳۹۷) می‌باشد.

از دیگر مواردی که تحت تاثیر طلاق عاطفی قرار می‌گیرد می‌توان از کیفیت زندگی^{۱۰} زوجین نام برد. کیفیت زندگی به طور خاص، درک ذهنی فرد را نشان می‌دهد و دربرگیرنده روابط بین فردی مؤثر، توانایی انجام فعالیت‌های مثبت و هدفمند و احساس خوشبختی در زندگی است (پروتی^{۱۱}، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد. سازمان بهداشت جهانی^{۱۲} (۲۰۱۸) کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و نظام ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و الگوها تلقی می‌کند. کیفیت زندگی مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تاثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی شخص، حالت روانشناختی و سطح استقلال روابط قرار دارد.

یکی از روش‌های مؤثر زوج درمانی در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، زوج درمانی به روش طرحواره درمانی^{۱۳} مبتنی بر نظریه یانگ^{۱۴} (۲۰۰۳) است. طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (کوئینلان، دین و کراوی^{۱۵}، ۲۰۱۸). این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (به نقل از رنر، لوبستائل، پیترز، آرتنز و هوپبرز^{۱۶}، ۲۰۱۶). یانگ، کلاسکو و ویشار (به نقل از رنر و همکاران، ۲۰۱۶) نمودند: حوزه اول (بریدگی/طرد^{۱۷}) شامل زیر مجموعه‌های محرومیت هیجانی^{۱۸}، رهاشدگی/بی‌ثباتی^{۱۹}، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^{۲۰}، انزوای اجتماعی/بیگانگی^{۲۱}، نقص/شرم^{۲۲}، می‌شود. حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل^{۲۳}) شامل شکست^{۲۴}، وابستگی/بی‌کفایتی^{۲۵}، آسیب‌پذیری

13. Schema therapy
- 14 . Young,J.E.
- 15 . Quinlan, E., Deane, F., & Crowe, T.
- 16 . Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M
- 17 . Cut / Reject
18. Emotional Deprivation
19. Abandonment /Instability
20. Mistrust/Abuse
21. Social Alienation/Isolation
22. Defectiveness/Shame
23. Self-control And Dysfunction
24. Break
25. Dependency /Incompetence

1. Zhang H
2. Bedair, K., Hamza, E. A., & Gladding, S. T
3. Yoo, J.
4. Emotional divorce
5. Horwitz, A. Helen, R. Sandra, H. W
6. Williamson, H. C., & Lavner, J. A
7. Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X
8. Bullock, A., & Williams, L
9. Cardoso, B. L. A., & Costa, N.
10. Quality of Life
11. Perrotti, A., Ecartot, F, Monaco, F., Dorigo, E., Monteleone, P., & Besch, G
12. World Health Organization

به نظر می‌رسد شناخت زمینه‌های ایجاد و راه‌های کاهش آن در زوجین، از ضروریات و امور مهم مراکز مشاوره و روانشناختی است. از طرفی با توجه به ویژگی‌های روانشناختی طلاق، مشکلات رفتاری، حالات خلقی، نقش رویکرد طرحواره درمانی به عنوان عامل کلیدی در موفقیت، ارتقای سلامت و کاهش مشکلات روانشناختی این افراد و خلاهای پژوهشی در این زمینه و استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی و درمان مشکلات زوجین از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مردان دچار طلاق عاطفی شهر تبریز موثر است؟ در راستای این سوال ۲ فرضیه مطرح شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد: (۱) طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی مردان دچار طلاق عاطفی شهر تبریز موثر است. (۲) طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی مردان دچار طلاق عاطفی شهر تبریز موثر است.

روش

این تحقیق به شیوه نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه مردان متأهل شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بودند که مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از میان مردان متأهلی که با همسر خود زندگی می‌کردند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در تحقیق در دسترس و از مرکز روانشناختی آوا در شهر تبریز بود و زمان تعیین‌شده برای انتخاب نمونه یک هفته در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود شامل کسب حداقل نمره در پرسشنامه‌ی طلاق عاطفی، تاهل، توانایی شرکت در مطالعه از لحاظ جسمانی، علاقمندی به حضور در جلسات و تمایل و رضایت آگاهانه بود. ملاک‌های خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به مشارکت در تحقیق، اقدام رسمی برای طلاق، وجود بیماری جسمی یا روانی شدید، دریافت کمک مشاوره‌ای یا روانشناختی از مراکز دیگر و غیبت بیش از سه جلسه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36¹¹): پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی توسط ویر و شربونمه در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این آزمون به منظور ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و به طور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی طراحی شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) دارای ۳۶ سوال است و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: کارکرد جسمی^{۱۲} (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت

نسبت به زیان یا بیماری^۱ است. حوزه سوم (محدودیت‌های مختل^۲) شامل استحقاق/بزرگ‌منشی^۳ و خویشنداری/خود انضباطی ناکافی^۴ می‌باشد. حوزه چهارم (دیگر جهت‌مندی^۵) شامل تمرکز افراطی بر نیازها، تمایلات و احساسات دیگران، اطاعت و از خودگذشتگی است. در نهایت حوزه پنجم (گوش به زنگی^۶) شامل بازداری هیجانی^۷ و معیارهای سرسختانه عیب‌جویی افراط^۸ می‌شود.

رویکرد طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (نینادیک، المبرث و ریس^۹، ۲۰۱۷). منطبق بر دیدگاه طرحواره درمانی، افراد با مجموعه‌ای از شرایط از جمله تجارب ناسازگار اولیه و خلق و خوی هیجانی خاص، گروهی از طرحواره‌های ناسازگاری را تشکیل می‌دهند که در رفتارها و واکنش‌های بعدی‌شان نسبت به محیط موثر است (یانگ، کلاسکو و ویشار^{۱۰}، ۲۰۱۴). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها است و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رهبرکرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبرکرباسدهی، ۲۰۱۸). پژوهش‌های نسبتاً زیادی درباره اثربخشی طرحواره درمانی به روش زوج درمانی و به روش گروه درمانی انجام شده است. حاتمی و فدایی (۲۰۱۴) گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان متقاضی طلاق شد. علیزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی (۱۳۹۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش تاب‌آوری، صمیمیت و سازگاری زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی در زنان با تعارضات زناشویی شد. در پژوهشی دیگر نیک‌آمال، صالحی و برماس (۱۳۹۶) گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی زوجین دارای مشکلات زناشویی شد. محمدنژادی و ربیعی (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی به افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان می‌انجامد. پس برای کاهش طلاق عاطفی می‌توان از طریق طرحواره درمانی اقدام کرد. بنابراین، نظر به اینکه کاهش کیفیت زندگی و به تبع آن رضایت زناشویی، بر تمام ابعاد زندگی زوجین تأثیر منفی داشته و آنها را در آستانه طلاق قرار می‌دهد،

1. Vulnerability to Damage or Disease
2. Volated Restrictions
3. Entitlement / Great secretary
4. Continnence/ Insufficient self-discipline
5. Another Direction
6. Listen to The Bell

7. Emotional Inhibition
8. Reproach
9. Nenadic, I., Lamberth, S., & Reiss, N
10. Young JE, Klosko J, Weishaar ME
11. Short Form
12. Physical functioning

با توجه به اینکه این مقدار بیش از ۰/۷ است لذا آزمون از پایایی لازم برخوردار است.

ج) مقیاس طلاق عاطفی: این مقیاس توسط گانمن در سال ۱۹۹۴ طراحی شد که یکی از ابزارهای رایج سنجش طلاق عاطفی است. این ابزار ۲۴ سوال دارد و به شیوه بله و یا خیر به آن باید جواب داد. بعد از جمع کردن پاسخ‌های بله و خیر، اگر تعداد پاسخ‌های «بله» برابر با هشت یا بالاتر از هشت بود نشان‌دهنده نارضایتی زندگی زناشویی و طلاق عاطفی است. به این معنا که زندگی زناشویی فرد در معرض جدایی قرار داشته و علائمی از طلاق عاطفی در او مشهود می‌باشد. پایایی آن در ایران ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش اکبری، عظیمی، طالبی و فهیمی (۱۳۹۵) برای به دست آوردن روایی سازه از تحلیل عاملی به روش چرخشی واریماسک و آزمون اسکری استفاده شد و بدین صورت چهار عامل شناسایی شد: جدایی و فاصله از یکدیگر، احساس تنهایی و انزوا، نیاز به همراه و هم‌صحبت و احساس بی‌حوصلگی و بی‌قراری. بار عاملی همه سؤالات در دامنه ۱/۴۹ تا ۱/۸۱ قرار داشته و بار عاملی مقبولی دارند. روایی صوری آن نیز توسط متخصصان تأیید شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

روش اجرا

جهت اجرای این پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از اداره کل آموزش دانشگاه آزاد اسلامی و بهزیستی استان آذربایجان شرقی مستقر در تبریز اخذ گردید؛ سپس جهت اجرای پژوهش هماهنگی لازم با اداره بهزیستی به عمل آمد. تمامی افراد شرکت کننده در طرح با میل شخصی و با اخذ رضایت نامه وارد طرح شدند. بعد از انتخاب نمونه آماری بر اساس معیارهای ورود به مداخله، ابتدا پیش‌آزمون یعنی پرسشنامه کیفیت زندگی و رضایت زناشویی برای هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا گردید. سپس برای گروه آزمایش، جلسات آموزشی طرحواره درمانی به مدت ۸ جلسه هر یک به مدت ۱/۵ ساعت و هر هفته دو بار اجرا گردید. در این مدت گروه کنترل هیچ نوع برنامه مداخله‌ای دریافت ننموده و برنامه‌های عادی روزانه خود را سپری نمودند. پس از اجرای برنامه آموزش مجدداً هر دو پرسشنامه توسط گروه آزمایش و گروه شاهد تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری توصیفی و استنباطی انجام شده و نرم‌افزار مورد استفاده تحلیل یافته‌ها SPSS ۲۴ بود. لازم به ذکر است که به سبب شرایط پاندمیک ایجاد شده ناشی از بیماری کرونا، جلسات به صورت منقطه (۳ گروه ۵ نفره) برای هر گروه و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی لازم (ماسک، دستکش، الکل و فاصله‌گذاری اجتماعی) برگزار شد. خلاصه محتوای برنامه طرحواره درمانی یانگ، کلاسو و ویشار (۲۰۰۳) به شرح جدول ۱ می‌باشد:

جسمی^۱ (RP)، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی^۲ (RE)، انرژی/خستگی^۳ (EF)، بهزیستی هیجانی^۴ (EW)، کارکرد اجتماعی^۵ (SF)، درد^۶ (P) و سلامت عمومی^۷ (GH). همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارتند از: زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH) و زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF). حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر می‌باشد که نمرات بالا دلالت بر وضعیت سلامت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامت ضعیف‌تر دارند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط‌گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می‌آید. در نمونه ایرانی تحلیل آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) برای عملکرد جسمانی ۰/۹۰، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی ۰/۸۵، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی ۰/۷۷، انرژی/خستگی ۰/۸۴، بهزیستی هیجانی ۰/۶۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۷، درد ۰/۸۳ و سلامت عمومی ۰/۷۱ به دست آمد. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی برای کارکرد جسمی ۰/۸۳، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی ۰/۷۸، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی ۰/۸۱، انرژی/خستگی ۰/۷۹، بهزیستی هیجانی ۰/۷۴، کارکرد اجتماعی ۰/۷۶، درد ۰/۸۹ و سلامت عمومی ۰/۸۵ به دست آمد.

ب) پرسشنامه رضایت زناشویی: در پژوهش حاضر برای سنجش رضایت زناشویی از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که توسط اولسون و فورنیر در سال ۱۹۸۹ طراحی شد استفاده گردید. این پرسشنامه ۴۷ ماده‌ای به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می‌رود. نسخه اصلی آزمون ۱۱۵ سوال دارد که شامل ۱۲ خرده مقیاس است؛ این ابزار بصورت پنج گزینه‌ای در نظر گرفته شده است که به هر کدام از ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. به این صورت که (کاملاً مخالفم=۱)، (مخالفم=۲)، (نظری ندارم=۳)، (کاملاً موافقم=۴) و (کاملاً موافقم=۵) است. پایایی ابزار توسط محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۹۲ درصد گزارش شد. در یک پژوهش که توسط بیجرانو^۸ (۲۰۰۷) انجام گرفت آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه‌های بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش ذبیحی، بهشته و اصغری (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های پرسشنامه بیش از ۰/۷ و در پژوهش زارع و رضایی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها از پایایی لازم برخوردار بود. در این پژوهش میزان ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه راهبردهای شناختی ۰/۸۴ و برای مؤلفه راهبردهای فراشناختی و مدیریت منابع ۰/۷۸ برآورد شد.

5. Social functioning
6. Pain
7. General health
8. Bidjerano

1. Role limitations due to physical health
2. Role limitations due to emotional problems
3. Energy/fatigue
4. Emotional well-being

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی طرحواره درمانی

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه.
دوم	آشنایی با مفهوم طرحواره درمانی و انواع طرحواره‌ها و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آموزش در مورد سبک‌های مقابله‌ای.
سوم	بررسی شواهد عینی و تأکید کننده و طرد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی آزمودنی، اسناد دادن شواهد تأکید کننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ‌های سالم توسط آزمودنی.
چهارم	ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و سپس اجرای تکنیک‌های شناختی از جمله اجرای آزمون اعتبار طرحواره، استفاده از سبک درمانی رویارو سازی همدلانه و ارائه تکلیف برای هفته آینده.
پنجم	ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها، ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده او توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف منع شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای آزمودنی.
ششم	ارائه منطق و هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کند، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار.
هفتم	تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار.
هشتم	خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، ارائه پس آزمون‌های مربوطه، ختم جلسه.

نتایج

در جدول (۲) و (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد آزمون کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	بلندی	کجی
عملکرد جسمانی	آزمایش ۱۵		۲۵/۰۶	۴/۱۸	-۰/۸۴	-۰/۱۴۵
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی			۶/۳۳	۱/۵۸	-۰/۳۸	۰/۶۷۲
سلامت عمومی			۱۶/۴۳	۱/۵۰	۱/۶۵	-۰/۷۷۲
تحمل درد			۵/۷۳	۱/۹۲	-۰/۴۹	۰/۴۸۵
سرزندگی و نشاط			۱۵/۲۶	۱/۰۸	۰/۴۴	۰/۱۴۸

اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۳/۹۰	۱/۰۹	-۰/۳۵۹	۰/۱۳۸	کنترل ۱۵
کارکرد اجتماعی	۵/۵۰	۱	-۰/۳۵۰	-۰/۶۳۰	
بهبودستی هیجانی	۲۲/۰۳	۷/۳۴	-۰/۴۰۲	۰/۳۱۳	
کیفیت زندگی (کل)	۱۰۴	۴/۵۲	۱/۰۲	-۰/۸۹	
عملکرد جسمانی	۲۴/۹۰	۳/۹۸	-۱/۱۱۶	-۰/۳۸۶	
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۶/۴۳	۱/۹۲	-۰/۰۳۳	-۰/۵۶۷	
سلامت عمومی	۱۶/۲۶	۱/۴۸	-۰/۶۶۷	-۰/۰۴۱	
تحمل درد	۴/۵۰	۲/۲۲	-۰/۳۹۲	-۰/۴۷۷	
سرزندگی و نشاط	۱۴/۷۰	۱/۴۳	۰/۲۳	۰/۴۶	
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۴/۰۱	۱/۰۵	۰/۴۸	-۰/۲۳	
کارکرد اجتماعی	۵/۲۰	۰/۶۱	۰/۶۵	۰/۷۸	
بهبودستی هیجانی	۲۱/۶۳	۱/۵۱	-۰/۷۸	۰/۴۷	
کیفیت زندگی (کل)	۱۰۱/۸۰	۵/۸۹	۱/۰۸۹	-۰/۹۸	
رضایت زناشویی	۳۷/۴۰	۵/۸۵	-۰/۸۷۹	۰/۵۶۴	
ارتباطات	۳۸/۴	۷/۳۷	-۰/۹۲۳	۰/۰۹۶	
حل تعارض	۲۹/۸	۹/۴۸	-۰/۰۸۷	-۰/۵۱۹	
تحریر آرمانی رضایت زناشویی (نمره کل)	۱۹/۳	۳/۷۲	-۱/۱۲۸	۱/۴۳	
رضایت زناشویی	۱۲۴/۹۰	۱۹/۰۴	۰/۲۰۵	-۰/۷۷۴	
رضایت زناشویی	۴۴/۴۵	۴/۰۳	-۰/۳۳۹	-۱/۳۴	
ارتباطات	۴۴/۳۰	۴/۶۵	-۱/۰۹	۱/۰۹	
حل تعارض	۳۸/۵۰	۵/۹۲	۰/۲۴۴	-۰/۲۴۴	
تحریر آرمانی رضایت زناشویی	۲۱/۶	۴/۱۲	۰/۰۸۹	۰/۴۵۹	
رضایت زناشویی (نمره کل)	۱۴۸/۸۵	۱۲/۷	۰/۴۵۹	۰/۷۲۲	

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد آزمون کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	بلندی کجی	
عملکرد جسمانی	آزمایش ۱۵		۲۸/۸۰	۲/۷۹	۰/۲۱۸	
اختلال نقش						۰/۳۸۱
بخطر سلامت جسمی				۸/۸۳	۰/۵۳	
سلامت عمومی				۱۶/۳۰	۱/۱۷	۰/۱۵۴
تحمل درد				۴/۱۰	۱/۳۴	۰/۵۵۹
سرزندگی و نشاط				۱۹/۳۶	۱/۳۵	۰/۱۷۱
اختلال نقش				۶/۹۰	۰/۳۰	۰/۳۸۳
بخطر سلامت هیجانی				۵/۹۶	۰/۶۱	۰/۳۳
کارکرد اجتماعی				۲۲/۹۶	۱/۲۷	۰/۱۵۴
بهبودی هیجانی				۱۱۳/۵۰	۳/۵۴	۰/۱۱
کیفیت زندگی (کل)				۲۴/۵۳	۴/۳۰	۰/۱۴۹
عملکرد جسمانی				۶/۲۳	۱/۷۳	۰/۵۵۹
اختلال نقش				۱۶/۲۰	۱/۲۱	۰/۵۸۴
بخطر سلامت عمومی				۴/۴۶	۲/۱۱	۰/۴۴
تحمل درد		کنترل ۱۵		۱۴/۸۶	۱/۳۳	۰/۳۲۸
سرزندگی و نشاط						۰/۳۵۹
اختلال نقش				۴/۳۳	۱/۱۵	۰/۱۷۶۵
بخطر سلامت هیجانی				۵/۲۶	۰/۸۶۸	۰/۳۵۹
کارکرد اجتماعی				۲۰/۹۳	۱/۵۹	۰/۱۷۶۵
بهبودی هیجانی				۱۰۰/۷۷	۵/۸۵	۰/۳۵۹
کیفیت زندگی (کل)				۴۲/۶	۴/۴۱	۰/۴
رضایت زناشویی				۴۴/۶۵	۴/۲۹	۱/۷۰۴
ارتباطات				۳۶/۶۵	۷/۹۰	۰/۱۰۸۷
حل تعارض						۰/۶۶۹

تحریف آرمانی	۲۲/۲	۲/۶۰	۱/۴۶۹	-۱/۰۳۴
رضایت				-۰/۳۹
زناشویی (نمره کل)	۱۴۶/۱	۱۴/۶۶		
رضایت زناشویی	۳۹/۸	۵/۱۳	-۰/۸۴۴	-۰/۴۸۶
ارتباطات	۱۵	کنترل	۳۹/۹۵	۵/۱۵
حل تعارض	۳۳/۲	۷/۹۹	۰/۲۵۸	۰/۱۲۷
تحریف آرمانی	۲۱/۰۵	۲/۳۵	۱/۳۱۸	-۰/۳۶۴

بر اساس جداول نتایج نشان می‌دهد که افزایش چشمگیر در این مولفه‌ها برای گروه آزمایش در مرحله پس آزمون اتفاق افتاده است.

جدول ۴. نتیجه آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرها

متغیرها	زمان	گروه‌ها	تعداد	آزمون آماری	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش از آزمون	از آزمایش	۱۵	۰/۹۴۱	۰/۲۵۲
	پس از آزمون	کنترل	۱۵	۰/۹۵۸	۰/۵۱۱
	پس از آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۹۷۸	۰/۹۰۴
	پس از آزمون	کنترل	۱۵	۰/۹۷۹	۰/۹۱۸
	پس از آزمون	از آزمایش	۱۵	۰/۹۴۹	۰/۳۴۸
	پس از آزمون	کنترل	۱۵	۰/۹۴۵	۰/۲۹۹
رضایت زناشویی	پس از آزمون	از آزمایش	۱۵	۰/۹۲۸	۰/۲۲
	پس از آزمون	کنترل	۱۵	۰/۹۵۱	۰/۳۸

بر اساس نتایج مندرج در جدول، توزیع نمرات در دو گروه نمرات کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در سطح ۹۵ درصد ($\alpha = ۰/۰۵$) معنی‌دار نمی‌باشد. لذا با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در تمام متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل نرمال است. به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس گروه‌های مورد مطالعه از آزمون لون^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ برای هر دو متغیر آمده است.

جدول ۵. نتیجه آزمون لون برای بررسی همسانی واریانس در نمرات متغیر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی

متغیر	زمان	آماره لون	درجه آزادی (۱)	درجه آزادی (۲)	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲/۶۲۷	۱	۲۸	۰/۱۱۳
	پس آزمون	۱/۴۷۴	۱	۲۸	۰/۲۲۶
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۱/۶۱۶	۱	۲۸	۰/۲۴۸
	پس آزمون	۰/۸۲۱	۱	۲۸	۰/۲۳۲

بر اساس نتایج مندرج در جدول همسانی واریانس‌های دو گروه در نمرات کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار نمی‌باشد. به عبارت دیگر با توجه به اینکه معنی‌دار نبودن آزمون لون به معنی تأیید فرض صفر می‌باشد، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات دو متغیر یکسان است. برای اثبات همگنی شیب خط رگرسیون باید مقدار F تعامل بین متغیر هم پراش (پیش‌آزمون) و مستقل (گروه‌ها) را محاسبه کنیم. اگر این شاخص معنادار باشد پیش فرض همگنی مورد تأیید می‌باشد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس (همگنی رگرسیونی) کیفیت زندگی و رضایت زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
گروه* پیش‌آزمون (کیفیت زندگی)	۲۵۱۸/۶۴	۲	۱۲۵۹/۳۲	۱۱۱/۹۱۷	۰/۲۳۱
خطا (کیفیت زندگی)	۴۱۶/۳۳۵	۲۷	۱۵/۴۱۹		
کل (کیفیت زندگی)	۱۲۰۵۴۹	۳۰			
گروه* پیش‌آزمون (رضایت زناشویی)	۴۳۸۴/۵۲	۲	۲۱۹۲/۲۶	۵۶/۶۴	۰/۰۷۸
خطا (رضایت زناشویی)	۱۴۳۱/۸۸	۲۷	۵۳/۰۳۲		
کل (رضایت زناشویی)	۱۸۴۳۰۶	۳۰			

در جدول ۶ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که تعامل بین متغیر پیش‌آزمون و کیفیت زندگی و رضایت زناشویی به ترتیب با $F=۱۱۱/۹۱۷$ و $F=۵۶/۶۴$ از لحاظ آماری با $P<۰/۰۰۱$ معنادار نیست و بدین معناست که اثربخشی متغیر مستقل (مداخله بر اساس طرحواره درمانی) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی معنادار باشد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین مولفه‌های کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اتا
عملکرد جسمانی	۶۶/۱۵	۱	۶۶/۱۵	۹/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶
اختلال نقش						
بخاطر سلامت جسمی	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۱۵/۸۸	۰/۰۳۵	۰/۲۷۹
سلامت عمومی	۸۱/۰۶	۱	۸۱/۰۶	۰/۰۲	۰/۷۲۴	۰/۰۰
تحمل درد	۱۰۱/۴۰	۱	۱۰۱/۴۰	۱۱/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۲۱۵
سرزندگی و نشاط	۶۰/۰۵	۱	۶۰/۰۵	۱۳/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۱۹۳
اختلال نقش						
بخاطر سلامت هیجانی	۵۸/۰۱	۱	۵۸/۰۱	۲۹/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۸۰
کارکرد اجتماعی	۹۳/۷۸	۱	۹۳/۷۸	۷/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۰۹۳۴
بهبودی هیجانی	۶۸/۳۴	۱	۶۸/۳۴	۶/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۰۸۱۲
رضایت زناشویی	۸۱۶/۰۸	۱	۸۱۶/۰۸	۳۲/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
ارتباطات	۱۸۸/۱۸	۱	۱۸۸/۱۸	۱۶/۱۶۸	۰/۰۴	۰/۲۵۲
حل تعارض	۸۷/۱۲	۱	۸۷/۱۲	۱۸/۶۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸
تحریف آرمانی	۳۵/۲۸	۱	۳۵/۲۸	۱۲/۲۵۵	۰/۰۱۶	۰/۱۹

بر اساس جدول (۷) نتایج تحلیل کوواریانس پس‌آزمون مولفه‌های کیفیت زندگی با حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است و با توجه به نتایج مندرج در جدول مشاهده می‌شود که F محاسبه شده برای متغیر گروه در مولفه‌های عملکرد جسمانی، تحمل درد، سرزندگی و نشاط، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، بهبودی هیجانی در سطح کمتر از $۰/۰۱$ و برای مولفه اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی در سطح کمتر از $۰/۰۵$ معنی‌دار می‌باشد. مجذور اتا یا ضریب تأثیر حاکی از آن است که مداخله مورد نظر باعث بهبود $۱۳/۶$ درصدی عملکرد جسمانی، $۲۷/۹$ درصدی اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، $۲۱/۵$ درصدی تحمل درد، $۱۹/۳$ درصدی سرزندگی و نشاط، $۹/۳۴$ درصدی عملکرد اجتماعی و $۸/۱۲$ درصدی بهبودی هیجانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. همچنین با توجه به نتایج مندرج در جدول مشاهده می‌شود که F محاسبه شده برای متغیر گروه در مولفه‌های رضایت زناشویی و حل تعارض در سطح کمتر از $۰/۰۱$ و برای مولفه ارتباطات و تحریف آرمانی در سطح کمتر از $۰/۰۵$ معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین مجذور اتا یا ضریب تأثیر حاکی از آن است که مداخله مورد نظر باعث بهبود رضایت زناشویی $۴۰/۴$ درصد، ارتباطات $۲۵/۲$ درصد و

حل تعارض ۲۸ درصد و تحریف آرمانی ۱۹ درصدی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مردان دچار طلاق عاطفی شهر تبریز بود. یافته‌ی اول نشان داد که طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن به جز سلامت عمومی در مردان دچار طلاق عاطفی تاثیر معنی‌داری دارد. نتایج پژوهش با نتایج تحقیق محمد نژادی و ربیعی (۱۳۹۴)، مهتدی، عشایری و بنی سی (۱۳۹۸)، رینر و همکاران (۲۰۱۶) همسویی داشت.

در تبیین این یافته می‌توان گفت زوجینی که دچار طلاق عاطفی شدند، هیجان‌های مثبت را حتی با وجود رفتارهای مثبت طرف مقابل بروز نمی‌دهند و در مقابل رفتارها و هیجان‌های منفی را به سرعت جبران می‌کنند. اغلب تعامل‌های آنها با جملات خصومت‌آمیز شروع می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. معمولاً با پاسخهای منفی یکدیگر به شکل تقابلی جواب می‌دهند و هرگز احساس‌های منفی خود را مدیریت نمی‌کنند و در طول زمان الگوی رفتاری خود را مبتنی بر فاصله گرفتن از هم قرار می‌دهند و به جای تلاش برای نزدیک شدن به هم، به طور عمدی از هم دور می‌شوند. زوج درمانی به روش طرحواره درمانی با فراهم سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زوجین، آگاهی و بینش آنان را نسبت به اهمیت طرحواره‌ها و نقش آنها در حفظ موقعیتهای مسئله آفرین بین فرد افزایش می‌دهد. با مشخص شدن ریشه‌های تحولی هر طرحواره زوجین متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی آنها افکار و نگرش‌هایی است که قبلاً در آنها ایجاد شده و می‌توان با آموزش و راهکارهای خاص آنها را تغییر داد. همچنین فنون مورد استفاده در این درمان به افراد کمک می‌کند تا از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاسته و شیوه مقابله کارآمد را یاد بگیرند. بنابراین روش طرحواره درمانی از طریق کاهش مشکلات زناشویی و بهبود روابط زناشویی و رضایت از زندگی زناشویی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (مهتدی و همکاران، ۱۳۹۸).

در دیگر تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمدی و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خوداندکیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سالهای کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند به ابراز هیجان و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند و باعث نزدیکی عاطفی زوجها می‌گردد. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که طرحواره درمانی باعث کاهش طلاق عاطفی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی در آنها شود (اکبری، عظیمی، طالبی و فهیمی، ۱۳۹۵).

یافته‌ی دوم نشان داد طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و مولفه‌های آن تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد؛ بنابراین با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس فرضیه دوم تحقیق در سطح اطمینان بالایی مورد تأیید قرار گرفت. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی از جمله احمدی، ماردپور و محمودی (۱۳۹۹)، نیک آمال، صالحی و برماس (۱۳۹۶)، حسنی و جمالی (۱۳۹۵) همسو بود.

نظریه طرحواره درمانی رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط زوجین، افزایش تمایز خود و به تبع آن افزایش سطح رضایت زناشویی است. در ضمن باید خاطر نشان کرد که با توجه به مزیت‌های درمان گروهی مثل پیوستن، عمومیت، الگوبرداری نه تنها رسیدن به تعدیل و حتی تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آسان‌تر است، بلکه از بعد کاربردی نیز درمان گروهی می‌تواند برای متخصصان و نهادهای اجتماعی مربوط نسبت به درمان‌های فردی مقرون به صرفه‌تر باشد (پریسوز و زارعی، ۲۰۱۵).

در تبیین این فرضیه، از دید روانشناسان دو نوع رضایت وجود دارد: نوعی از آن از رهگذر شرایط محسوس زندگی حاصل می‌شود که به آن حالت عینی رضایت و نوع دیگر متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که به رضایت ذهنی یا احساس رضایت تعبیر می‌شود. طبق شواهد، احساس رضایت مولد انرژی، شور، نشاط، حرکت و پویایی است همچون سپری می‌تواند آدمی را در برابر استرس‌ها و مشکلات محافظت و سلامت جسمی و روانی را تضمین کند. یک دلیل احتمالی برای اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی این است که طرحواره درمانی به افراد می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. مسئولیت‌پذیری نیز به نوبه خود به عمل منتهی می‌شود. وقتی افراد مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند آنگاه فرمانده اصلی زندگی می‌باشند و می‌توانند تفکرات و نگرش‌ها را تغییر دهند و یکسری اعمال اصلاحی انجام دهند، می‌توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و هیجانات خود را بپذیرند و با آنها کنار بیایند. در واقع نتیجه مسئولیت‌پذیری بهبود وضعیت زندگی و افزایش رضایت را منجر می‌شود. طرحواره درمانی کنترل درونی در افراد را تقویت می‌کند. طرحواره درمانی به افراد می‌آموزد که خوشبختی یا بدبختی امروز به دلیل رفتارها و اعمال دیگران نیست بلکه خود ما هستیم که زمینه ساز خوشبختی یا بدبختی خود می‌شویم. افزایش کنترل درونی باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و در نتیجه زمینه‌ساز رضایت می‌شود. با توجه به این که طرحواره درمانی با کمک به افراد در شناخت بهتر خود و تجربه نگرشی غیرقضاوتی، پذیرا، با اعتماد، صبور و مهربان، سبب می‌شود که افراد در ارتباط با دیگران از روابط، آگاهی پیدا کرده و میزان تماس‌های اجتماعی آنها افزایش یابد و به نحوی بر رفتارهای بین فردی نیز اثربخش باشد. به عبارتی می‌توان گفت طرحواره درمانی باعث افزایش آگاهی از روابط شده که همین امر به نوبه‌ی خود رضایت زناشویی را در زوجین افزایش می‌دهد. طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به افزایش رضایت زناشویی شده است. تکنیک‌های رفتاری به زوجین کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ی خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین

منابع

- احمدی، سحر؛ مارد پور، علیرضا؛ محمودی، آرمین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱(۴۱): ۵۳-۷۰.
- اکبری، ابراهیم؛ عظیمی، زینب؛ طالبی، سعیده؛ فهیمی، صمد. (۱۳۹۵). پیشبینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و مولفه‌های آن. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۲): ۷۹-۹۲.
- حسینی، فریبا؛ جمالی، مرجان. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین، دومین همایش ملی سبک زندگی و خانواده پایدار، تهران
- ذبیحی، رزیتا؛ بهشته، نیوشا؛ اصغری، شیرین. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش سخت‌روی بر خودکارآمدی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان دختر پایه اول مقطع متوسطه شهر تهران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۱۲): ۸۱-۹۸.
- رسولی، رؤیا؛ قزوینی، سیما؛ حسینیان، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه تعهد زناشویی و رضایت جنسی در زنان متأهل تماشگر و غیرتماشگر سریال‌های فارسی زبان ماهواره. *فصلنامه مطالعات رسانه‌های نوین*، ۱۳(۳): ۶۸-۸۵.
- رضاپور میرصالح، رضا؛ فتوحی اردکانی، زهرا؛ علیخانی، مهدیه. (۱۳۹۷). ارتباط همدلی و بخشودگی با رضایت زناشویی در بین زوجین در شهرستان یزد، همایش ملی روانشناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم، شیراز: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز
- رضازاده، سیدمحمد رضا؛ بهرامی احسان، هادی؛ فاضل، محدثه؛ فلاح، مریم. (۱۳۹۷). بررسی عوامل زمینه‌ای و علل مؤثر بر طلاق. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱): ۷۴۴-۷۶۵.
- علیزاده اصلی، افسانه؛ جعفرنژاد لنگرودی، زینب. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر برنامه غنی سازی ارتباطی پذیرش و ذهن آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۷(۳): ۲۴۸-۲۵۶.
- قلی‌زاده، آذر؛ اسماعیلیان اردستانی، زهره. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر رضایت زناشویی دانشجویان متأهل، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۵۶): ۳۷-۴۶.
- گودرزی، ماندانا. (۱۳۹۷). بررسی رابطه و تأثیر استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر میزان رضایت زناشویی زوجین، پنجمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، قزوین: مؤسسه آموزش عالی تاکستان - دانشگاه پیام نور استان قزوین
- محمدنژادی، بهجت؛ ربیعی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه، اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز
- مهدی جعفری، سارا؛ عشایری، حسن؛ بنی‌سی، پریناز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پیگیری یک ماهه. *روانشناسی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳): ۲۷۸-۲۹۱.
- زارع، مؤگان؛ رضایی، آذر میدخت. (۱۳۹۵). نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رضایت زناشویی زوجین شاغل فرهنگی شهر مرودشت، روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۶(۲۴): ۹۱-۱۰۲.
- نیک‌آمال، میترا؛ صالحی، مهدیه؛ برماس، حامد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۳(۴): ۱۵۷-۱۷۴.
- نیکو گفتار، منصوره؛ سنگانی، علیرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر نرسوخوار فکری، احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و سلامت عمومی زنان مطلقه. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۱(۲): ۱-۱۲.

به زوجین کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. طرحواره درمانی به زوجین کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد (شخمگر، ۲۰۱۶). این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، زوجین طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند. از سوی دیگر زوجین می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایشی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره مهیا سازند. طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می‌نماید تا به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی خویش، دست یابند. طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می‌شوند را درک کنند و همین امر باعث افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می‌شود (نیکو گفتار و سنگانی، ۱۳۹۹). در این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود داشت از جمله اینکه شرایط پاندمیک کرونا، برگزاری جلسات و تشکیل گروه را با مشکلات زیادی مواجه کرد. دوم اینکه این پژوهش بر روی مردان و محدود به جامعه‌ی آماری شهر تبریز انجام شد که این موضوع تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود: در مراکز مشاوره از رویکرد طرحواره درمانی در کمک به زوجین جهت کاهش گرایش به طلاق عاطفی و تعارضات زناشویی استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد. مطالب این بخش توسط آيسان کاوش ملی جمع‌آوری و به وسیله‌ی استاد محترم سرکار خانم نعیمه محب دسته‌بندی و نظارت لازم انجام شد. از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را دارم

- anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4): 233-239.
- Rayner, J. S. (2016), *Gonclse encyclopdia of psychology, secind edition Gohn Wily and sons*.
- Razavi, H., Jazayeri, R. S., Ahmadi, S. A., & Etemadi, O. (2019). Comparison of the Effect of Premarital Preparation Program Based on Olson Model and Indigenou Premarital Counseling Package on Problems During Engagement. *Journal of Family Research*, 15(2), 181-195. [Link]. [Persian].
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. M. L., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapyfor chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Shokhmgar, Z. (2016). The effectiveness of schema therapy on reducing mental health problems caused by extramarital relationships in couples. *Nesim Health*, 5, 1 (17), 1-7. [Persian].
- Williamson, H. C., & Lavner, J. A. (2020). Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 597-604.
- World Health Organization. (2018). WHO traditional medicine strategy, Geneva: World Health Organization
- Yoo, J. (2020). Gender role attitude, communication quality, and marital satisfaction among Korean adults. *Journal of Family Studies*, 1-18.
- Young, J.E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema- Focused approach .3 rd. ed. Professional resource exchange.
- Young JE, Klosko J, Weishaar ME. (2014). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Translate by Zahra Andooz & Hasan Hamidpoor. Tehran: Farda;
- Yousefi, N., Etemadi, A., Bahrami, F., Ahmadi, S., Fatehizadeh, M. (2010). Comparison of early maladaptive schemas in divorced and normal spouses as predictors of divorce. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16 (1): 21-33. [Persian]
- Zhang H. (2019). Association between parental marital conflict and Internet addiction: A moderated mediation analysis. *J /8520Affective Disorders*. 22(3):27-32.
- 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(۳): ۵۳-۶۴.
- Bedair, K., Hamza, E. A., & Gladding, S. T. (2020). Attachment Style, Marital Satisfaction, and Mutual Support Attachment Style in Qatar. *The Family Journal*, 28(3), 329-336
- Bullock, A., & Williams, L. (2019). Predicting Canadian Armed Forces service couples' marital satisfaction: roles of financial well-being and financial strain. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 5(S1), 63-70.
- Cardoso, B. L. A., & Costa, N. (2019). "Marital social skills and marital satisfaction of women in situations of violence", *Psico-USF*, 24(2), 299-310.
- Hatami, M., & Fadayi, M. (2014). Effectiveness of schema therapy in intimacy, marital conflict and early maladaptive schemas of women suing for divorce. *International Journal of Advanced Biological and Biomedical Research*, 3(3), 285-290.
- Horwitz, A. Helen, R. Sandra, H. W (2019). Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study Of A Scohort Of Young Adults. *Journal of Marriage and the family therapy*, 58(6): 895-907.
- Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, 54(3), 369-376.
- Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi D.(2017). Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married women. *Int J Educ Psychol Res.*; 3:11-6
- Mohammad Nejadi, B., & Rabiee, M. (2015). Evaluation of the effectiveness of schema therapy scheme on quality of life and psychological wellbeing of divorced women. *Journal of Law Enforcement Medicine*, 4 (3): 179-190. [Persian].
- 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
- Parisooz A, Zareie E.(2015). The effectiveness of the concept of schema therapy group counseling on differentiation & marital satisfaction, Third International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran: Hmayshgran Institute
- Perrotti, A., Ecartnot, F, Monaco, F., Dorigo, E., Monteleone, P., & Besch, G. (2019). Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(86), 1160-1167.] Link [
- Porzoor, P., Alizadeh Ghorade, J., Yaghuti, H., & Basharpour, S. (2016). Effectiveness of Positive Psychotherapy in Improving Opiate Addicts' Quality of Life. *Journal of research on addiction*, 9(35), 137-148. [Link]. [persian].
- Quinlan, E., Deane, F., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62
- Rahbar Karbasdehi, E., Abolghasemi, A. and Rahbar Karbasdehi, F. (2018). The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential