

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy Group Training on Sexual Self-Concept, Emotional Maturity and Interactive Patterns of Women with Chronic Pain

Seyed Mojtabi Aghili¹ | Zahra Hassannejad² | Arezou Asghari³

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotional schema therapy group training on sexual self-concept, emotional maturity and interactive patterns of women suffering from chronic pain. The current research design was semi-experimental with a pre-test and post-test design along with the control group. Thirty women suffering from chronic pain who referred to Firouzgar Hospital in Tehran in 2021 were selected by available sampling method and randomly replaced into two groups of 15, experimental and control. The research tools included Snell's multifaceted sexual self-concept questionnaire (1995), Singh and Bhargava's emotional maturity questionnaire (1991), and Christensen and Salawi's interactive patterns questionnaire (1984), and the experimental group was trained in emotional schema therapy by Leahy (2015) during 10 sessions. hour, they had one session every week, and during this time, the people of the control group did not receive any intervention. To analyze the data, multivariate and univariate analysis of covariance was used by SPSS statistical software version 26. The findings showed that emotional schema therapy has a significant effect on emotional maturity and interaction patterns in women with chronic pain ($P < 0.01$). But it has no significant effect on changes in sexual self-concept ($P < 0.05$).

According to the results of this research, emotional schema therapy group training focusing on challenges and cognitions and creating positive and appropriate changes can be used in the changes of emotional maturity and interaction patterns between couples in women suffering from chronic pain

Keywords: Emotional Schema Therapy, Sexual Self-Concept, Emotional Maturity, Interactive Patterns, Chronic Pain.

61

Vol. 17
Winter 2022

Research Paper

Received:
12 September 2022
Accepted:
14 May 2022
P.P: 199-219



DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.8.3

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Iran. Dr_aghili1398@yahoo.com

2. Organizational affiliation Second author: Master of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kosar University of Bojnord, Bojnord, Iran.



اثربخشی آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی زنان دچار درد مزمن

سید مجتبی عقیلی^۱ | زهرا حسن نژاد^۲ | آرزو اصغری^۳

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی زنان دچار درد مزمن انجام شد. طرح تحقیق حاضر، نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه گواه بود. ۳۰ نفر از زنان دچار دردهای مزمن که در سال ۱۴۰۰ به بیمارستان فیروزگر شهر تهران مراجعه کردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار داده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی اسنل (۱۹۹۵)، پرسشنامه بلوغ عاطفی سینگ و بهارگاوا (۱۹۹۱) و پرسشنامه الگوهای تعاملی کریستنسن و سالووی (۱۹۸۴) بودند و گروه آزمایش تحت آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی (۲۰۱۵) در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و در این مدت افراد گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی بر بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی در زنان دچار درد مزمن تأثیر معنادار دارد ($P < 0/01$). اما بر تغییرات خودپنداره جنسی تأثیر معنادار ندارد ($P > 0/05$).

برحسب نتایج حاصل از این پژوهش آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی با تمرکز بر چالش‌ها و شناخت‌ها و با ایجاد تغییرات مثبت و مناسب می‌تواند در تغییرات بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی بین زوجین در زنان دچار درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی هیجانی؛ خودپنداره جنسی؛ بلوغ عاطفی؛ الگوهای تعاملی؛ درد

مزمن.

DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.8.3

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

Dr-aghili1398@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران.

مقدمه

درد، عمومی‌ترین فشار روانی و از شایع‌ترین شکایت‌ها بین بیماران است (کاک^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) و ادراک فرد از درد از متغیرهای جسمانی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). دردی که بیش از سه ماه ادامه داشته باشد، درد مزمن تعریف می‌شود که می‌تواند همراه با سایر بیماری‌ها یا پس از بیماری یا آسیب‌دیدگی همواره پایدار بماند (کیانی، ۱۳۹۹). درد شامل انواع مختلف درد دوره‌ای، درد حاد و درد مزمن^۳ است و درد مزمن، دردی است که دوره بهبودی آن بیش از زمان معمول و مورد انتظار طول می‌کشد و بنابر معیارهای انجمن بین‌المللی درد، این زمان برای اهداف پژوهشی، دست کم ۳ ماه و برای اهداف بالینی ۶ ماه تعیین شده است (انسان‌دوست و همکاران، ۱۴۰۰). به عبارتی، درد تجربه‌ای چندبعدی است که امکان دارد تمام یا بخش زیادی از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و دردهای مزمن شده علاوه بر اینکه دیگر نقش هشداردهنده برای بدن ندارند، تأثیر منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد از جمله روابط جنسی، عواطف، روابط با همسر و همچنین کیفیت زندگی^۴ می‌گذارند (کانرمان^۵، ۲۰۲۱؛ کیانی و همکاران، ۱۳۹۹). بسیاری از بیماران مبتلابه درد مزمن از هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، تنیدگی و خشم) و ناتوانی در انجام فعالیت زندگی شکایت دارند (امینی و همکاران، ۱۳۹۹؛ شایگان، ۱۳۹۹). بیماران مبتلابه درد مزمن در مقایسه با بیماران مبتلابه درد حاد به احتمال بیشتر دچار افسردگی و سوء‌مصرف الکل و سایر مواد و نیز اختلال شخصیت هستند؛ هرچند این احتمال وجود دارد که بیماران دچار درد مزمن، در نتیجه درد مزمن آسیب‌های روانی‌شان افزایش یابد (یادآوری و همکاران، ۲۰۲۰؛ کراتز^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). پارادلگادو و لتوره پاستیگو^۷ (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که وجود علائم افسردگی^۸، انزوا،

1. Kok, L
2. Peters, S
3. Chronic Pain
4. Quality of Life
5. Conermann, T
6. Kratz, K
7. Parra-Delgado, M & Latorre-Postigo, J
8. Depression

مشکلات روان‌شناختی، نشخوار فکری^۱ (کنترل نشدن افکار) با افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی در بیماران با درد مزمن همراه است. یکی از حوزه‌های متأثر از تجربه درد مزمن، روابط زناشویی و بخصوص خودپنداره جنسی است (سرابی و همکاران، ۱۴۰۰). خودپنداره جنسی ارائه یک شناخت از جنبه‌های جنسی هر فرد است که این شناخت سبب تغییر در فرایندهای روانی شناختی افراد در روابط جنسی شده و تأثیر مستقیمی بر آن می‌گذارد (جیون^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). خودپنداره جنسی بخشی از فردیت یا شکل‌گیری خود جنسی فرد است که در مورد چگونه فکر کردن به مسائل جنسی، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی فکر کردن به مسائل جنسی، تصمیم‌گیری در مورد آن‌ها و چگونگی تعبیر اطلاعات دریافت شده کمک می‌کند و این پدیده روانی عاملی برای تسهیل آگاهی، شناخت خود و خودارزیابی هر فرد از زندگی جنسی خود است (هانیر و تازول^۳، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، می‌توان به ارتباط بلوغ عاطفی با تجربه درد مزمن اشاره کرد. بلوغ عاطفی عبارت است از توانایی مدیریت عواطف توسط خود فرد و ارزیابی احساسات دیگران در ارتباطات بین فردی جهت اخذ تصمیمات مناسب است، که برجسته‌ترین علائم آن تحمل ناملایمات و بی‌تفاوتی به محرک‌هایی که به فرد تأثیر منفی می‌گذارند، می‌باشد (جوی و متشو^۴، ۲۰۲۱). بلوغ عاطفی در حقیقت رشد یا جهشی است که انتظار می‌رود افراد بتوانند به کنترل احساسات، دریافت و شناخت آن دست یابند و بر اساس آن عمل کنند (نیجی و همکاران، ۲۰۲۲). فردی که به رشد عاطفی کامل رسیده باشد، در زندگی اجتماعی توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران را دارد و توانایی پذیرش مسئولیت در قبال خود و دیگران را نیز پیدا می‌کند و در تعامل با دیگران نیز موفق است (ابراهیمی و حیدری، ۱۳۹۹). همچنین، می‌توان الگوهای تعاملی بین زوجین را در تجربه درد مزمن مؤثر دانست. به عبارتی، الگوهای تعاملی در زوجین یکی از مواردی محسوب می‌شود که بر روند زندگی زوجین بسیار تأثیرگذار است و مطالعاتی سه سبک تعاملی را در زوجین نشان داده‌اند، این سه سبک شامل تعامل سازنده، تعامل توقع - کناره‌گیری و تعامل اجتنابی است (اوهایون^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در رابطه سازنده زوجین تلاش

1. Rumination
2. Guyon, R
3. Hannier, S & Tassoul, A
4. Joy, M & Mathew, A
5. Ohayon, I

می‌کنند که از طریق ارتباط مشکلات و تعارضات خود را حل کنند (حسینی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). تحقیقاتی که در مورد تأثیر رفتارهای همسران در جهت پیشگیری یا ترمیم آسیب تعارض انجام شده، نشان داده است که اقداماتی مانند ابراز احساس، درک، قدردانی و افشای خود، تأثیر تعارض و مشکل با همسر را کم می‌کند. احساس درک شدن می‌تواند سپری در مقابل کاهش رضایت زناشویی باشد، به دلیل آن که رابطه زوجی را تقویت می‌کند و نشان‌دهنده یک سرمایه‌گذاری مشترک در زندگی است. مقولات همدلی، خودافشایی، درک عمیق از نیازهای خود و همسر، پذیرش، بیان افکار و احساسات و ایجاد فضای عاطفی که همگی از عناصر توانایی‌های هیجانی به شمار می‌روند، می‌تواند نقش قدرتمندی در افزایش میزان سازگاری زوج‌ها ایفا کند. رابطه توقع - کناره‌گیری زمانی اتفاق می‌افتد که یکی از زوجین چیزی را از طرف مقابل در بافت ارتباطی خود می‌خواهد (توقع) با این حال طرف مقابل آن تقاضا را انجام نمی‌دهد و کناره‌گیری می‌کند (کناره‌گیری)، این الگو می‌تواند بارها در رابطه زن و شوهر اتفاق بیافتد؛ با این حال زمانی مسئله‌ساز می‌شود که یکی از طرفین یا هر دو آن‌ها دارای سبک دلبستگی اضطرابی یا اجتنابی باشند (کامرانی و همکاران، ۱۳۹۸).

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت، به دنبال تبیین و حل مشکلات هیجانی و بهبود رضایت زناشویی هستند. یکی از رویکردهایی که اثربخشی آن در زمینه‌های بسیاری به تأیید رسیده، طرحواره‌درمانی هیجانی است که لیهی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجان‌ات ارائه کرده است (لیهی^۱، ۲۰۱۶). طرحواره‌درمانی هیجان‌مدار توسط لیهی (۲۰۱۱) با اقتباس از برخی ابعاد درمان سنتی و مدل‌های فراشناختی و براساس پذیرش تدوین شد. در آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر اجتناب از کنترل تعارب دشوار تأکید می‌شود (مرتنز^۲ و همکاران، ۲۰۲۰)، و این روش طرحواره‌درمانی هیجانی بر اساس نگرش‌های وابسته به طرز تفکر افراد در مورد هیجان‌ها و عواطف خواهد بود (معصومی تبار و همکاران، ۱۳۹۹). در اهمیت رویکرد طرحواره‌درمانی می‌توان گفت که طرحواره‌ها، منجر به سوگیری در تبیین‌های افراد از وقایع می‌شود و این تبیین‌ها، خود را به‌مثابه نگرش‌های

1. Leahy, R
2. Mertens, Y

تحریف شده، نگرش‌های ناصحیح، اهداف و نقطه‌نظرهای غیرواقع‌بینانه مشخص می‌سازد (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱) و با اختلالات شخصیت در ارتباط هستند (نینادیک^۲، ۲۰۱۸). لیهی (۲۰۱۱) بیان کرد که طرحواره درمانی هیجان‌مدار شکلی جدید از رفتاردرمانی شناختی است که در تلاش است تا دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار و درمان فراشناختی را با هم تلفیق کرده و روش‌های هیجانی ناکارآمد افراد را بهبود بخشد. در این راستا نتایج مطالعات اسماعیل‌زاده و اکبری (۱۴۰۰) نشان داد که طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی در زوجین با تعارضات زناشویی مؤثر است. سرابی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی دریافتند که زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودپنداره جنسی مردان اثربخش است. پژوهش ضرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که طرحواره‌درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان اثربخش است. بخشی پور و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی بر بلوغ عاطفی زوجین متقاضی طلاق اثربخش است. مطالعات الهایی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب بهبود اسناد ارتباطی زنان گردد. دومتریسکو و روسو^۳ (۲۰۲۱) دریافتند که طرحواره‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر بوده است. نرونی^۴ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر بهبود باورهای ارتباطی زناشویی مؤثر است.

امروز با درگیر ساختن انسان‌ها در پیچیدگی‌های زندگی صنعتی، و با گسستن شبکه حمایتی سنتی، گستره وسیعی از عوامل تنش‌زا، فراروی انسان قرار گرفته که زندگی خانوادگی فرد نیز تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد آشفتگی رابطه، حتی در بین زوجین رضایت‌مند، یک مشکل عمومی در اکثر جوامع غربی و ایران است. بر این اساس لازم است تحقیقات بنیادی و کاربردی زیادی برای پیشگیری و مداخله برای کاهش تعارضات و ناسازگارهای زناشویی صورت گیرد تا از پیامدهای نامطلوب روانی - اجتماعی و ناسازگاری زناشویی بر روی خانواده‌ها پیش‌گیری شود. از این رو ما به دنبال این مسئله هستیم که آیا آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی زنان دچار درد مزمن اثربخش است؟

1. Young, J
2. Nenadić, I
3. Dumitrescu, D & Rusu, A
4. Nooroney, N

روش

طرح تحقیق حاضر، نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش عبارت بودند از زنان دچار درد مزمن که در سال ۱۴۰۰ به بیمارستان فیروزگر شهر تهران مراجعه داشتند، از جامعه آماری ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار داده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلال عمدۀ روانشناختی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

فرایند پژوهش به این صورت بود که در بهمن‌ماه سال ۱۴۰۰ پس از هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه و همکاری مددکار بیمارستان از زنان مراجعه‌کننده که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ثبت‌نام به عمل آمد و با توجه به غربالگری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌گیری انجام شد، از اعضای شرکت‌کننده رضایت آگاهانه اخذ شد و شرکت‌کنندگان با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۲ ساعته آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی را دریافت کردند که جلسات آن به صورت هفتگی و در اتاق مددکاری بیمارستان برگزار شد. گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد.

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی^۱ (MSSCQ)

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی در سال ۱۹۹۵ توسط اسنل^۲ طراحی شد، این پرسشنامه یکی از کاربردی‌ترین ابزارهایی است که برای اندازه‌گیری درک افراد از رابطه جنسی‌شان به کار

1. The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire

2. Snell, W

برده می‌شود. این ابزار یک خودگزارش‌دهی عینی است که نسخه فارسی آن ۱۰۰ سؤال دارد و سؤالات با مقیاس لیکرت که از صفر (به هیچ وجه در من صدق نمی‌کند) ۴ (کاملاً در من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره در این آزمون ۴۰۰ است که نمره بالاتر خودپنداره جنسی مثبت بالاتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه توسط رضائی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران هنجاریابی شد و پایایی آزمون براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ ارزیابی شد. روایی خارجی آزمون براساس تحلیل عاملی انجام شده است و مقدار آن بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین، پایایی آزمون بر اساس روش دونیمه کردن سؤالات ۰/۸۹ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران جعفرپور و همکاران (۱۳۹۴) پایایی آزمون را براساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه بلوغ عاطفی^۱ (EMS)

این پرسشنامه توسط سینگ و بهارگاوا^۲ در سال ۱۹۹۱ تدوین شده است و شامل ۴۸ سؤال است که هدف آن بررسی بلوغ عاطفی می‌باشد. طیف پاسخ‌دهی آن بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ تنظیم شده است. مقیاس اندازه‌گیری این ابزار از هرگز (صفر) تا خیلی زیاد (۴) تغییر می‌کند. بیشترین امتیاز یعنی ۲۴۰ معرف بالاترین وضعیت عاطفی و کمترین امتیاز ۵۰ معرف باثبات‌ترین وضعیت عاطفی می‌باشد؛ این پرسشنامه توسط صفارپور در سال ۱۳۸۵، هنجاریابی شده است. در پژوهش او، جهت بررسی همسانی درونی آزمون به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. در بازآزمایی انجام شده بر روی نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر، ضریب همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معادل ۰/۶۲ بوده که در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ می‌باشد. همچنین، در مطالعه منصورنژاد و همکاران (۱۳۹۲) پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Emotional maturation scale

2. Singh, P & Bahargawa, M

پرسشنامه الگوهای تعاملی^۱ (CPQ)

پرسشنامه الگوهای تعاملی یک ابزار خودسنجی است که توسط کریستنسن و سالووی^۲ (۱۹۸۴) به منظور برآورد ارتباط زناشویی تدوین شده و دارای ۳۵ سؤال است. روش نمره‌دهی این پرسشنامه به صورت لیکرت ۹ درجه‌ای از یک تا ۹ است. این پرسشنامه از سه خرده‌مقیاس تشکیل شده است که شامل: ۱- ارتباط سازنده متقابل، ارتباط اجتنابی و ارتباط توقع/کناره‌گیری. پژوهش کریستنسن و سالووی (۱۹۸۴) اعتبار (۰/۷۴) تا (۰/۷۸) و پایایی (۰/۷۶ تا ۰/۸۲) را برای خرده‌مقیاس‌های آن گزارش کرده‌اند. در ایران عبادت پور (۱۳۷۹) این پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی کرده و به منظور برآورد روایی پرسشنامه، همبستگی بین مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه رضایت زناشویی را محاسبه کرده است. این مطالعه نشان داد که همه مقیاس‌های این پرسشنامه با رضایت زناشویی انریچ همبستگی دارد (۰/۶۶ تا ۰/۷۹). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی^۳ (EST): دکتر لیهی در طرحواره‌درمانی هیجانی با روشی تازه فنون جدیدی را برای شناخت، ارزیابی و پذیرش هیجان ارائه داده است و در آن نوع نگاه جدیدی به هیجان را می‌آموزد. آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی^۴ (۲۰۱۶) در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته، هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد و در این مدت افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

1. Interactive patterns questionnaire
2. Christensen, A & Salavi, M
3. Emotional schema therapy group training
4. Leahy, R

نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی

جلسه	محتوا
اول	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود. اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره درد مزمن. تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان.
دوم	اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره‌درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجان‌ها و سیر تکاملی آن‌ها. تعریف طرحواره‌های هیجانی و بیان تأثیر آن‌ها بر باورها و رفتارهای افراد. تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان.
سوم	عادی‌سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش روش‌های آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجان‌ها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی
چهارم	اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان. استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب و روش‌های سوارشدن بر موج اضطراب. انجام تمرین‌های پذیرش هیجان. مزایا و معایب پذیرش هیجان.
پنجم	اعتبار دادن. چالش با باورهایی درباره احساس‌های مختلط. انجام تمرین درباره احساس‌های مختلط. آموزش. مزایا و معایب پذیرش احساس‌های مختلط.
ششم	اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش روش وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آن‌ها (کنترل و نشخوار فکری). بررسی سود و زیان، روش بررسی شواهد.
هفتم	چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام روش بررسی شواهد. تشویق اعضا به بیان مثال‌هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم‌گیری‌ها. بررسی شواهد برای تأثیر هیجان در تصمیم‌گیری‌ها. مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری، انجام روش وکیل مدافع.
هشتم	بررسی سبک‌های دردمساز اعتبارزدایی. انجام روش اعتبار بخشیدن به هیجان‌های خود. آموزش نحوه‌ی صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام روش ذهن‌آگاهی دلسوزانه. بیان عبارات کمک‌کننده برای دریافت اعتبار.
نهم	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش‌های برتر). انجام روش بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، تمثیل مثبت و منفی. انجام روش بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تهیه لیست ارزش‌های خود.
دهم	کمک به تحکیم وضعیت آموخته‌های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت‌ها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرین‌ها پس از پایان درمان و یافتن راه‌حلی برای رفع موانع بحث درباره روش‌هایی که به تداوم نتایج کمک می‌کنند. مرور هدف‌ها و میزان دستیابی به آن‌ها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز احساس‌ها درباره آن.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	رده	گروه آزمایش		گروه گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۴۰	۱۰	۵۷/۴	۱۲	۶۲/۵
	۴۱-۵۰	۵	۴۲/۶	۳	۳۷/۵
تحصیلات	دیپلم	۷	۵۴/۲	۹	۶۸/۱۵
	لیسانس	۵	۳۱/۱	۴	۲۶/۱۱
	فوق‌لیسانس	۳	۱۴/۷	۲	۵/۷۴
مدت‌زمان بیماری	شش ماه	۴	۲۵/۵	۳	۲۱/۹
	یک سال	۹	۵۱/۴	۱۱	۶۰/۲
	بیش از یک سال	۲	۲۳/۱	۱	۱۷/۹

با توجه به یافته‌های جدول ۲، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش سنین ۳۰ تا ۴۰ سال داشته، دارای تحصیلات دیپلم بودند و طول مدت بیماری آنان یک سال بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و سبک‌های تعاملی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودپنداره جنسی	۱۶۲/۳۳	۱۲/۹۴	۱۷۰/۰۰	۱۴/۳۵
	۱۸۱/۶۶	۱۴/۱۰	۱۷۹/۱۳	۱۵/۴۱
بلوغ عاطفی	۱۲۲/۸۶	۹/۲۹	۱۵۵/۰۱	۱۱/۹۷
	۱۳۱/۶۰	۱۰/۷	۱۳۲/۵۳	۱۰/۴۷
الگوی سازنده مقابل	۱۹/۴۰	۴/۷۰	۲۴/۳۳	۴/۳۲
	۲۱/۱۳	۴/۵۳	۱۲/۴۰	۵/۰۳
الگوی اجتنابی	۲۱/۵۳	۳/۲۰	۱۴/۴۶	۳/۶۸
	۲۰/۷۳	۴/۸۳	۱۹/۸۶	۵/۳۰
الگوی توقع / کناره‌گیری	۳۴/۶۰	۶/۲۳	۲۶/۴۶	۵/۰۷
	۳۷/۰۶	۶/۰۴	۳۶/۲۰	۷/۴۴

یافته‌های توصیفی در جدول ۳ نشان می‌دهد، با بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرها، بین میانگین گروه آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. پیش از استفاده از تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. بدین ترتیب که برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و سبک‌های تعاملی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ استفاده شد که نتایج آن نشان داد تمامی مقادیر به دست آمده در خصوص توزیع متغیرها، در همه متغیرها به تفکیک آزمون‌ها در سطح $P < 0.05$ معنادار نیست. به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس متغیرها در گروه‌ها از آزمون لوین^۲ استفاده شد. به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس متغیرها از آزمون ام باکس^۳ استفاده شد، نتایج نشان داد که فرض یکسانی ماتریس کوواریانس رد نمی‌شود ($22/822 = ضریب$

1. Shapiro Wilk
2. Levin
3. M Box

باکس و ۰/۲۴۵ = سطح معناداری). برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

مجدور انا	سطح معناداری	DF خطا	DF فرضیه	F	مقدار	آزمون
۰/۶۳۶	۰/۰۱	۱۹	۵	۶/۶۳۸	۰/۶۳۶	اثر پیلائی
۰/۶۳۶	۰/۰۱	۱۹	۵	۶/۶۳۸	۰/۳۶۴	لامبدای ویلکز
۰/۶۳۶	۰/۰۱	۱۹	۵	۶/۶۳۸	۱/۷۴۷	اثر هتلینگ
۰/۶۳۶	۰/۰۱	۱۹	۵	۶/۶۳۸	۱/۷۴۷	بزرگترین ریشه روی

چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و متغیرهای کنترل به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اثر معنادار وجود دارد. میانگین نمره‌های خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و سبک‌های تعاملی دو گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون، حداقل در یکی از متغیرهای خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و سبک‌های تعاملی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. با توجه به ضریب اتا محاسبه‌شده ۶۳ درصد کل واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. لذا فرضیه اصلی این پژوهش تأیید می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
خودپنداره جنسی	اثر پیش‌آزمون	۵۰۷۹۱/۹۹۷	۱	۵۰۷۹۱/۹۹۷	۱۴۷/۶۵۲	۰/۰۱	۰/۸۶۵
	اثر درمان	۸۶۴/۰۵۰	۱	۸۶۴/۰۵۰	۲/۵۱۲	۰/۱۲۷	۰/۰۹۸
	خطا	۷۹۱۱/۹۴۳	۲۳	۳۴۳/۹۹۸			
	مجموع	۹۹۰۲۷۳/۰۰۰	۳۰				
بلوغ عاطفی	اثر پیش‌آزمون	۱۵۷۸۰/۶۷۴	۱	۱۵۷۸۰/۶۷۴	۲۹/۴۵۱	۰/۰۱	۰/۵۶۱
	اثر درمان	۴۱۵۸/۵۳۲	۱	۴۱۵۸/۵۳۲	۷/۷۶۱	۰/۰۱۱	۰/۲۵۲
	خطا	۱۲۳۲۴/۰۱۱	۲۳	۵۳۵/۸۲۷			
	مجموع	۶۵۵۱۱۷/۰۰۰	۳۰				
الگوی سازنده متقابل	اثر پیش‌آزمون	۱۱۵/۴۷۹	۱	۱۱۵/۴۷۹	۶/۷۵۲	۰/۰۱۶	۰/۲۲۷
	اثر درمان	۸۶/۴۶۷	۱	۸۶/۴۶۷	۵/۰۵۶	۰/۰۳۴	۰/۱۸۰
	خطا	۳۹۳/۳۷۱	۲۳	۱۷/۱۰۳			
	مجموع	۱۶۳۰/۱۰۰۰	۳۰				
الگوی اجتنابی	اثر پیش‌آزمون	۱۴۱/۷۷۴	۱	۱۴۱/۷۷۴	۷/۹۴۰	۰/۰۱۰	۰/۲۸۷
	اثر درمان	۲۳۹/۱۵۶	۱	۲۳۹/۱۵۶	۱۳/۳۹۳	۰/۰۱	۰/۳۶۸
	خطا	۴۱۰/۷۰۰	۲۳	۱۷/۸۵۷			
	مجموع	۹۶۴۳/۰۰۰	۳۰				
الگوی توقع/کناره‌گیری	اثر پیش‌آزمون	۷۰/۰۵۶	۱	۷۰/۰۵۶	۱۵/۷۳۸	۰/۰۱	۰/۴۰۶
	اثر درمان	۳۸۱/۱۹۱	۱	۳۸۱/۱۹۱	۸/۵۳۳	۰/۰۱	۰/۲۷۱
	خطا	۱۰۲۷/۴۴۶	۲۳	۴۴/۶۷۲			
	مجموع	۳۲۰۹۲/۰۰۰	۳۰				

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین گروه آزمایش که تحت آموزش گروهی طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند و گروه کنترل در میزان بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی،

تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات خودپنداره جنسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

به عبارتی نمرات بلوغ عاطفی و الگوی تعاملی سازنده متقابل بین زوجین در زنان دچار درد مزمن، در مرحله پس‌آزمون نسبت به اعضای گروه گواه افزایش و نمرات الگوی ارتباطی اجتنابی و توقع / کناره‌گیری در آنان کاهش داشته است که این بهبود نمرات متغیرهای بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی بین زوجین در زنان دچار درد مزمن بر گرفته از اثرات آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی زنان دچار درد مزمن بود. نتایج نشان داد آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر خودپنداره جنسی زنان دچار درد مزمن تأثیر معنادار ندارد. نتایج این یافته با نتایج مطالعات اسماعیل‌زاده و اکبری (۱۴۰۰) سرابی و همکاران (۱۴۰۰)، پژوهش ضرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۸) و (نینادیک، ۲۰۱۸) همسو نمی‌باشد. در تبیین اثربخش نبودن این یافته می‌توان گفت که بانوان دچار درد مزمن ممکن است از هیجان‌ات منفی و مثبت خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های پراسترس زندگی نتوانند به‌خوبی از هیجان‌ات خود استفاده کنند. زیرا مشکلات آنان باعث می‌شود که آنان در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به‌صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به‌صورت مشکلاتی در تنظیم هیجانی ظاهر شود. از آنجایی که زنانی شرکت‌کننده در این پژوهش مبتلابه درد مزمن بودند نتوانستند از وجود هیجان‌ات منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند (نشاط دوست و همکاران، ۱۳۹۹). مبتلایان به درد، طرحواره‌هایی درباره خودشان به‌عنوان مبتلایان به درد دارند که تأثیر زیادی بر سازگاری نهایی آنان با بیماریشان بر جای می‌گذارد. از آن‌جا که این طرحواره‌ها برخلاف هدف خودمدیریت‌گری درد عمل می‌کنند و فرد را به سمت ناتوانی سوق می‌دهند و به نظر می‌رسد تمرکز بر درد، آگاهی، شناخت خود و خودارزیابی هر فرد از زندگی جنسی‌اش را کمتر

مورد توجه قرار داده و بدین ترتیب، آموزش گروهی طرحواره‌درمانی تأثیر ناچیزی بر خودپنداره جنسی زنان گذاشته است.

یافته دیگر پژوهش نشان داد آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بلوغ عاطفی زنان دچار درد مزمن اثربخش است. نتایج این یافته با نتایج مطالعات بخشی پور و همکاران (۱۴۰۱)، اوهایون و همکاران (۲۰۲۲) و جوی و متو (۲۰۲۱) همسو است. این یافته را این گونه می‌توان تبیین کرد که آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی به زنان شرکت‌کننده کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند و در اثر کاربرد این رویکرد، زنان دچار درد مزمن طرحواره را به‌عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند (صفایی و صداقت، ۱۳۹۹). روش‌های تجربی کمک می‌کنند تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره مهیا سازند و همچنین آنان می‌توانند با استفاده از این روش‌ها به فرضیه آزمایشی طرحواره‌ها پردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه را برای پیش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند. رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی عاطفی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی می‌شود که از جمله آنان می‌توان به خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دلبستگی ایمن اشاره کرد که طی سال‌های کودکی یاد گرفته می‌شود و با استفاده از روش تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند به ابراز هیجان و عواطف سرکوب‌شده که در نهایت منجر به خودسانسوری عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند و در کل در ابراز عواطف را در زوجین تقویت می‌کند و می‌تواند بلوغ عاطفی را در آنان افزایش دهد (اوهایون و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، در اصول طرح‌واره‌درمانی هیجانی، راه‌ها و روش‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود و از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را در زنان کاهش می‌دهد که نتیجه آن را می‌توان در بهبود بلوغ عاطفی زنان مشاهده کرد. بنابراین، قابل کنترل بودن منابع

هیجانی باعث می‌شود تا فرد سلامت روانی و ارتباطی بهتری داشته باشد و بتواند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند (گلزار سیرجانی و بیان فر، ۱۴۰۰).

نتایج پژوهش نشان داد آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی بر الگوهای تعاملی زنان دچار درد مزمن اثربخش است. نتایج این یافته با نتایج مطالعات الهایی و همکاران (۱۳۹۹)، دومتریسکو و روسو (۲۰۲۱) نوروونی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش گروهی طرحواره‌درمانی هیجانی باهدف قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای هیجانی ناکارآمد زنان و بازسازی طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در روابط آنان، قادر به بهبود الگوهای ارتباطی زوجین می‌شود و روش‌های هیجانی به زنان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد و به آنان کمک می‌کنند تا از طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. بنابراین، طرحواره‌درمانی به زنان کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. طرحواره‌درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر در روابط بین زوجین، به آنان کمک می‌کند تا به سطح بالاتری از رضایت در روابط زناشویی خویش، دست یابند و سازندگی را در روابطشان بهبود بخشند و تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می‌شوند را درک کنند و همین امر باعث بهبود روابط زناشویی در آنها شود (حسنی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸). طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند به زوجین کمک کند تا الگوهای ناسازگار را در روابط خود با همسر شناسایی کرده و آن الگوهای ناسازگار را تغییر دهند. به عبارتی، با به کارگیری طرحواره‌درمانی، زوجین می‌توانند مشکلات ارتباطی با همسر خود را به شکل ناهمگون ببینند و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند و هنگامی که زنان الگوهای ناکارآمد مبتنی بر طرحواره‌هایشان را تکرار می‌کنند؛ درمانگر آنها را به شیوه‌ای همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبه‌رو می‌کند تا بتواند نیازهای صمیمیت را در روابطشان تقویت کند. طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا افراد،

طرحواره‌های ناسازگار را با تخلیه هیجانی که در واقع همان نیازهای هیجانی ارضاء نشده در افراد هستند و به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد و آن‌ها را کاهش دهند تا در نتیجه آن بتوانند روابط سازنده خود را با همسرشان ترمیم دهند و از روش‌های اجتنابی پرهیز کنند (کامرانی و همکاران، ۱۳۹۸).

نتیجه‌گیری

بی‌شک، طرحواره درمانی با وارد کردن مفاهیم زیربنایی نظیر طرحواره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و کشف مکانیسم‌های تداوم طرحواره، کمک قابل توجهی در مفهوم‌سازی و درمان اختلالات هیجانی و منشی محسوب می‌شود. این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی باعث افزایش بلوغ عاطفی و بهبود الگوهای ارتباطی زنان دچار درد مزمن شده است. تک جنسیتی بودن و نمونه محدود به زنان مبتلا به درد مزمن بیمارستان فیروزگر تهران از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی در استان‌های دیگر از هر دو جنس استفاده شود تا مشخص گردد در جنس زن نیز همین نتیجه تکرار می‌گردد و دوره پیگیری را نیز لحاظ نمایند تا اینکه قدرت تعمیم‌پذیری را بالا ببرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد علاوه بر متغیر بلوغ عاطفی و الگوهای ارتباطی، ویژگی‌های مهم شخصیتی دیگری را در زنان مبتلا به درد مزمن که در پدیدآیی این اختلال برجسته هستند را مدنظر داشته باشند. در رابطه با کاربردی بودن این پژوهش می‌توان گفت با این روش، بلوغ عاطفی و الگوهای ارتباطی در زنان دچار درد مزمن را می‌توان بهبود بخشید، لذا به تمامی روانشناسان و درمانگران بالینی و نهادها و سازمان‌هایی که در این راستا به فعالیت می‌پردازند پیشنهاد می‌گردد تا از این روش درمانی در مداخلات خود استفاده نمایند، همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده دوم در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور گلستان است. از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

فهرست منابع

- اسماعیل زاد، نگین و اکبری، بهمن. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۱): ۲۲۹۸-۲۲۸۶.
- الهایی، حسین؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده از روابط فرازناشویی همسر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲): ۱۴۰-۱۲۵.
- انسان دوست، طیبه؛ ثمری، علی اکبر؛ بیاضی، محمدحسین و رجایی، علیرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸(۱): ۳۴-۲۵.
- امینی، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و ثلثی، منصور. (۱۳۹۹). رابطه باورهای مرتبط با درد و اضطراب درد با افسردگی در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید. *بیهوشی و درد*، ۱۱(۱): ۳۷-۲۵.
- ابراهیمی، لیمان و حیدری، رقیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به طلاق عاطفی براساس ویژگی‌هایی شخصیتی، باورهای فراشناختی و بلوغ عاطفی زوجین. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۴): ۶۱-۵۳.
- بخشی پور، ابوالفضل و هدایتی مقدم، سهیلا. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر طلاق عاطفی و بلوغ عاطفی زوجین متقاضی طلاق شهر بابل. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۸): ۴۷-۳۹.
- جعفرپور قهنویه، معصومه؛ معروفی، محسن و ملایی نژاد، میترا. (۱۳۹۴). رابطه خود پنداره جنسی و عملکرد زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشت و درمان شهر مبارکه. *مجله توسعه تحقیقات در پرستاری و مامایی*، ۱۲(۳): ۴۷-۴۰.
- حسنی مقدم، صدیقه؛ گنجی، ژیلای؛ شریف نیا، سید حمید؛ اعرابی، محسن و خانی، صفیری. (۱۳۹۸). بررسی عوامل مرتبط با الگوهای ارتباطی زوجین ایرانی: مطالعه مروری مفهومی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹(۱۷۷): ۲۳۹-۲۲۲.
- رمضانی، محمدآرش؛ قائم‌مقامی، آفاق و طلاکار، مهرداد. (۱۳۹۱). ارزیابی پایایی و روایی پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی در جمعیت ایران. *مجله طب نظامی*، ۱۴(۵): ۳۱۵-۳۰۲.
- سرابی، پیام؛ الهیاری، وحید؛ پرویزی، فردین و کاکابرای، کیوان. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به زودانزالی اکتسابی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۱۰): ۲۶-۱۱.

- شایگان، مریم. (۱۳۹۹). مقایسه سلامت معنوی و نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلابه درد مزمن در مقایسه با افراد سالم، *نشریه روانشناسی بالینی*، ۶(۲): ۸۹-۱۰۰.
- صفایی، مریم و صداقت، مستوره. (۱۳۹۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، سبک زندگی و بلوغ عاطفی در بین زنان و مردان متأهل، نوزدهمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم و فناوری.
- صفارپور، آتنا. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه رابطه بلوغ عاطفی و سازگاری زناشویی کارکنان مرد متأهل دارای استنباط سالم و ناسالم از خانواده‌های خود در شرکت خطوط لوله نفت منطقه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی. دانشگاه شیراز.
- ضرغام حاجی، مجید؛ میرباقری، محبوبه و پاک‌نژاد، ثمین. (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی. *پژوهش‌نامه زنان*، ۹(۲۳): ۱۳۴-۱۲۳.
- عبادت پور، بهناز. (۱۳۷۹). هنجاریابی پرسشنامه الگوهای ارتباطی زناشویی در شهر تهران در سال ۷۹-۷۸. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- کیانی، سیاوش. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر آشفته‌گی‌های روانشناختی بیماران مبتلابه درد مزمن. *نشریه علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۹(۳۶): ۱۵۰-۱۳۳.
- کامرانی، زینب؛ بهرامی، فاطمه؛ گودرزی، کورش و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزشی فراتشخیصی زوجی بر الگوهای ارتباطی و پیوند ایمن زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۱): ۹۲-۸۳.
- گلزار سیرجانی، ملیحه و بیان فر، فاطمه. (۱۳۹۹). نقش الگوهای ارتباطی زوجین در گسست عاطفی. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۲(۴): ۵۱-۳۳.
- معصومی تبار، زینب؛ افشاری نیا، کریم؛ امیری، حسن و حسینی، سعیده سادات. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دهه اول زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۵): ۱۰-۱.
- منصورنژاد، زهرا؛ پورسید، سید رضا؛ کیانی، فریبا و خدابخش، محمدرضا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تحول بلوغ عاطفی دانشجویان دختر در آستانه‌ی ازدواج. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۵۹): ۱۷۰-۱۵۸.
- نشاط دوست، حمید طاهر؛ یوسف زاده، مهدیه؛ هاشمی، مسعود؛ طالبی، هوشنگ؛ طاهری، مهرداد و مومن‌زاده، سیروس. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش خطای شناختی فاجعه‌آفرینی درد و افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلابه کم‌درد مزمن شهر تهران. *بیهوشی و درد*، ۱۱(۲): ۴۳-۲۶.

یوسف زاده، مهدیه؛ طالبی، هوشنگ و نشاط دوست، حمیدطاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۷(۲): ۸۲-۶۹.

- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). Communication patterns questionnaire. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles.
- Conermann, T. (2021). Chronic Pain. *StatPearls Publishing*, 11(57): 147-153.
- Dumitrescu, D., & Rusu, A. (2021). The effectiveness of emotion-oriented schema therapy on marital satisfaction of couples. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 12(1): 119-128.
- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., & Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*, 104(6): 44-51.
- Hannier, S., & Tassoul, A. (2022). The understanding of women's sexual self-esteem in the light of the new concept of the sexualized body perception. *La compréhension de l'estime de soi sexuelle des Femmes à la lumière du nouveau concept de la perception du corps sexualisé*. *Sexologies*, 27(4): 112-120.
- Joy, M., & Mathew, A. (2021). Emotional Maturity and General Well-Being of Adolescents. *Journal of Pharmacy*, 8(5): 10-116.
- Kratz, K., Whibley, V., Alschuler, K., Ehde, D., Williams, D., Clauw, D., & Braley, J. (2021). Characterizing chronic pain phenotypes in multiple sclerosis: a nationwide survey study. *PAIN*, 162(5): 1426-1433.
- Kok, L., Huisstede, B., Voorn, V., Schoones, J., & Nelissen, R. (2016). The occurrence of musculoskeletal complaints among professional musicians: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 89(3): 373-396.
- Leahy, R. (2016). Emotional schema therapy: A metaexperiential model. *Australian Psychologist*, 51(2): 82-88.
- Leahy, R. (2011). Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, 2(1): 109-123.
- Mertens, Y., Yilmaz, M., & Lobbstaël, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, 104(6): 44-54.
- Negi, S., Rajkumari, Y., & Rana, M. (2022). A deep dive into metacognition: Insightful tool for moral reasoning and emotional maturity. *Neuroscience Informatics*, 2(4): 96-105.
- Nooroney, N., Jafar, W., Hasan, S., & Noal, S. (2019). The effect of schema therapy and schema-focused mindfulness therapy on marital communication of Iranian women in Malaysia. *Konselor*, 8(3): 74-83.
- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2018). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Res*, 253(1): 9-12.
- Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Hagedoorn, M. (2022). Beyond "being open about it": A systematic review on cancer related communication within couples. *Clinical Psychology Review*, 96(10): 21-32.
- Peters, K., Killinger, K., Jaeger, C., & Chen, C. (2015). Pilot Study Exploring Chronic Pudendal Neuromodulation as a Treatment Option for Pain Associated with Pudendal Neuralgia. *Low Urin Tract Symptoms*, 7(3): 138-142.

- Parra-Delgado, M., & Latorre-Postigo, J. (2013). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomised Trial. *Cogn Ther Res*, 37(5): 1015–1026.
- Singh, P. & Bhargava, M. (1991). Emotional maturity scale. Agra: Nationa Psychological Corporation.
- Snell, W. (1995). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. In: Davis CM, Yarber WL, Baurerme R, Schreer G, Davis SL, editors. *Sexualityrelated measures: A compendium*. 2nd ed. CA: Sage Pub.
- Yadavari, M., Naderi, F., Makvandi, B., & Hafezi, F. (2020). The Effects of Metacognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Quality of Life in Patients with Chronic Pain. *MEJDS*, 10(1): 134-144.
- Young, J. E. (2011). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

