

بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز

مشاوره اهواز

شبنم محمدیان^۱، پرویز عسگری^{۲*}، بهنام مکوندی^۳، فرح نادری^۴


چکیده

مقدمه: خانواده به عنوان یکی از مهم ترین نهادهای اجتماعی نقش مهمی در شکل گیری شخصیت افراد دارد. رضایت، مطلوبیت، خشنودی، کیفیت و کارکرد مطلوب خانواده عوامل مهم و تأثیرگذار بر رشد و شکوفایی اعضای خانواده است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل شهر اهواز انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز به دلیل ناسازگاری زناشویی در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش، ۳۰ نفر از زنان متأهل بودند که به صورت نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های خرده مقیاس اضطراب، پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس و مقیاس صفات همدلی باتسون بود. اعضای گروه آزمایش، به صورت گروهی تحت طرحواره درمانی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل برنامه مداخله‌ای دریافت نکرد. پیگیری مداخله ۴۵ روز پس از پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. داده‌ها با روش کوواریانس چندمتغیری و تک‌متغیری توسط نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار اجتناب شناختی و اضطراب و افزایش همدلی در افراد متأهل شد ($p < 0.001$).

- ^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
aseman37@yahoo.com 0000-0003-4148-2205
- ^۲ - دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
askary47@yahoo.com 0000-0002-0349-8727
- ^۳ - دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
b.makvandi@iauahaz.ac.ir 0000-0002-6285-3805
- ^۴ - استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
nmafrah@yahoo.com 0000-0001-5801-5967

حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز  (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که در متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) بین گروه های طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنی دار وجود داشت. همچنین نتایج در دوره ۴۵ روزه تداوم داشته است. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، از برنامه طرحواره درمانی می توان در جهت کاهش اجتناب شناختی و اضطراب و افزایش همدلی در زوجین دارای تعارض بهره برد.

کلیدواژه ها: اجتناب شناختی، اضطراب، سازگاری زناشویی طرحواره درمانی، همدلی

استناد: محمدیان ش، عسگری پ، مکوندی ب، نادری ف. بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره اهواز، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۴): ۶۹-۵۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۵/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۳

مقدمه:

خانواده به عنوان یکی از مهم ترین نهادهای اجتماعی نقش مهمی در شکل گیری شخصیت افراد دارد. رضایت، مطلوبیت، خشنودی، کیفیت و کارکرد مطلوب خانواده عوامل مهم و تأثیرگذار بر رشد و شکوفایی اعضای خانواده است. علاوه بر این اثرات متقابل این عوامل نقش به سزایی در موفقیت و پایداری ازدواج دارد (۱ و ۲). کیفیت پایین زندگی زناشویی یک حالت تجربه شده ی خستگی جسمی، روانی و عاطفی است، که در نتیجه اختلاف زیاد بین انتظارات و واقعیت ها ناشی می شود (۳). کیفیت پایین زندگی به عنوان نشانگان فرسودگی عاطفی، زوال شخصیت و کاهش فضیلت شخصی تعریف شده است و نتیجه درگیری طولانی مدت در موقعیت هایی است که از نظر عاطفی و احساسی مطالبات زیادی دارند (۴). کیفیت پایین زندگی وضعیت ناتوانی عاطفی، روانی و فرسودگی جسمی است که زندگی زوجین دارای ناسازگاری زناشویی را متأثر می سازد و زمانی شکل می گیرد که آنها پی می برند برخلاف تمام تلاش هایشان، رابطه شان به زندگی معنی نداده است. در شدیدترین نوع آن، کیفیت زناشویی پایین منجر به فروپاشی رابطه و جدایی یا طلاق می گردد (۵).

یکی از مشکلات شایع در بین افراد متأهل که بر کیفیت زناشویی آنها اثرگذار است، اضطراب است (۶). اضطراب یکی از شایع ترین اختلالات روانشناختی است که به عنوان یک احساس منفی ناخوشایند و مبهم همراه با نشانه هایی چون نگرانی با منشأ مبهم و برانگیختگی فیزیولوژیکی شناخته می شود (۷). اضطراب پاسخی طبیعی به موقعیت های خطرزا می باشد و یک علامت هشداردهنده است که خبر از خطری قریب الوقوع داده و شخص را برای مقابله آماده می سازد. به طور کلی، اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند حس جسمی مانند خالی شدن سر دل، تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد و غیره همراه است. تقریباً همه انسان ها در طول زندگی خود برخی از علائم و نشانه های اضطراب را تجربه کرده اند (۸). این اشخاص در خود دائماً احساس ترس و نگرانی دارند که دلیل این ترس و نگرانی مشخص نیست، میزان ترسی که در این افراد وجود دارد از میزان تهدید بیشتر می باشد و بین شدت ترس و تهدید در این افراد تناسب منطقی وجود ندارد. ترس و نگرانی که در این افراد وجود دارد باعث رنجش آنها می شود و همچنین باعث می شود که آنها نتوانند زندگی خود را پیش ببرند، شغل خود را حفظ نمایند و نتوانند

با دوست و اعضای خانواده خود رابطه طولانی ایجاد کنند (۹). دهقانی تفتی و همکاران، ۲۰۱۹ نشان دادند که اضطراب پیش بین افزایش طلاق یا جدایی است.

یکی از عوامل شناختی که می‌تواند در ارتباط میان زوجین اثرگذار باشد، اجتناب شناختی است. اجتناب شناختی^۱ انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان ارتباطات اجتماعی تغییر می‌دهند (۱۰). اجتناب شناختی شامل پاسخ‌هایی با هدف انکار یا به حداقل رساندن بحران و عواقب آن یا پذیرفتن موقعیت با این باور که نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد، است و شامل سرزنش خود برای رویدادهای مختلف، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، ارزیابی مجدد و تمرکز مجدد روی برنامه‌ها است. از چشم انداز مدل‌های شناختی رفتارهای اجتنابی با نگاهی فاجعه‌آمیز به رویدادها منجر به کناره‌گیری می‌شوند (۱۱). هر فردی در برخورد با یک موقعیت فرضیه‌هایی درباره خود و محیطش می‌سازد. این فرضیه‌ها معیارهایی کمال‌گرایانه و سوگیرانه درباره عملکرد است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشانه‌های جسمی و روانشناختی شود. خدابخش پیرکلانی و رحیم جارونی نشان دادند که اجتناب شناختی نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی و مبتلا شدن به اختلالات روانی دارد (۱۲). نتایج تحقیقات دیگری نشان داد که بین اجتناب شناختی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد (۱۳، ۱۴، ۱۵).

وجود روابط همدلانه در میان زوجها یک عامل تعیین کننده کیفیت زندگی زناشویی است. همدلی^۲ به‌عنوان شناختن و سهیم شدن در شرایط یا بافت هیجانی شریک دیگر تعریف می‌شود همدلی، توانایی درک کردن وضعیت ذهنی شخص دیگری است و سازمان دهنده و تنظیم کننده طیف وسیعی از رفتارها است (۱۶). یک فرد همدل تمایل دارد بر تجربیات دیگران به صورت غیرخودخواهانه تمرکز کند تا این که متکی بر تجربیات خودش به یک شیوه خودخواهانه باشد (۱۷). مطالعات، نشان می‌دهد که همدلی، تحت تأثیر عوامل متعدد مربوط به شخصیت و موقعیت فرد از قبیل عوامل ژنتیکی، جنسیت، یادگیری و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرد. در یک ازدواج سالم، مقداری درک و همدلی بین زن و شوهر وجود دارد و در صورتی که هر یک از طرفین رابطه از قدرت خیال‌پردازی مطلوبی برخوردار نباشد درک تجارب یکدیگر برای آن‌ها بسیار دشوار خواهد بود (۱۸). افراد با همدلی بالا، هیجانات مثبت و تعاملات سازنده‌ای با دیگران دارند. آنها همچنین توانایی بالایی در گوش دادن، ابراز هیجانات و برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی از خود نشان می‌دهند (۱۹).

طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا گردیده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شئی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. این شیوه‌ی درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بغرنج در درمان به شمار می‌آمدند، مناسب است (۲۱).

یکی از درمان‌هایی که امروزه در حوزه مشکلات و اختلالات مختلف زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد، طرحواره درمانی است. امروزه شواهد بسیاری بر اساس اثرگذاری طرحواره درمانی برای افراد به ویژه زوج درمانی و گروه درمانی وجود دارد. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در مقایسه با سایر رویکردها مؤثرتر عمل می‌کند (۱۹). این رویکرد قابلیت آن را دارد تا به

1. Avoid Cognitive

2. sympathy

مشکلاتی که توسط سایر رویکردهای شناختی نادیده گرفته می‌گردند، مانند الگوهای ناکارآمد در روابط نزدیک و تغییر خاطرات مشکل آفرین کودکی بپردازد (۲۰). در درمان طرحواره‌ای ۵ سازه‌ی نظری متصور است: طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۲- قلمروهای طرحواره ۳- تداوم طرحواره ۴- اجتناب طرحواره و ۵- جبران طرحواره. بطور معمول اهداف اساسی این درمان، شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تأیید اعتبار نیازهای هیجانی نامناسب، تغییر عقیده‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار برای بهبود عملکرد، تغییر الگوهای زندگی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و فراهم کردن محیطی برای یادگیری مهارت‌های انطباقی است (۲۱). عسگری و گودرزی، نشان دادند که طرحواره درمانی بر صمیمت زناشویی و مولفه‌های آن اثرگذار بود (۲۲). سعیدنیا و مکوندی گزارش کردند که طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود الگوهای حل تعارض اثربخش است (۲۳). بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که آیا طرحواره درمانی بر اضطراب، اجتناب شناختی و همدلی در متأهلین مراجعه کننده به مراکز مشاوره اهواز اثربخش است یا خیر؟

روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان متأهل دارای سازگاری زناشویی پایین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه پژوهشی تحقیق حاضر را ۳۰ زن متأهل از جامعه مذکور تشکیل دادند که با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مراجعه کنندگان انتخاب شدند. افرادی که بر اساس پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیایی (DAS)، دارای سازگاری زناشویی پایین و واجد شرایط بودند، به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سازگاری زناشویی پایین (گرفتن نمره پایین‌تر از نقطه برش در آزمون سازگاری زناشویی)، حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن پیش از دو سال از ازدواج، داشتن سن ۴۵-۲۵ سال، امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و عدم وقوع رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ خویشاوندان یا دوستان صمیمی در سه ماه گذشته بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روانپزشکی، استفاده همزمان از روش‌های درمانی دیگر، امتناع شرکت‌کنندگان از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن بود. در این پژوهش از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده گردید:

خرده مقیاس اضطراب از پرسشنامه SCL-90: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۳ به وسیله‌ی دراگوتیس، لیپمن و کووی تهیه گردید. دراگوتیس و همکاران در سال ۱۹۸۴ این پرسشنامه را مورد تجدیدنظر قرار دادند و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدید نظر شده‌ی علائم روانی SCL ۹۰-R تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سؤال است که در یک طیف پنج درجه‌ای به صورت ۱ (هیچ)، ۲ (کمی)، ۳ (تا حدی)، ۴ (زیاد) و ۵ (خیلی زیاد) اندازه‌گیری می‌شود. نمره بالا در این آزمون بر پرخاشگری بیشتر دلالت دارد. این ابزار ۹ بعد علائم روانپزشکی شامل شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۴). اعتبار این مقیاس در پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵، ۲۶). دراگوتیس، لیپمن و کووی در پژوهش خود ضرایب پایایی مقیاس مذکور را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس (CAQ): پرسشنامه اجتناب شناختی یک پرسشنامه خود گزارشی است که توسط سکستون و داگاس^۱ ساخته شده است (۲۷). این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش اجتناب شناختی از ابعاد

^۱ Sexton & Dugas

مختلف (واپس زنی افکار نگران کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، استفاده از توجه بر گردانی برای قطع روند نگرانی (حواس پرتی)، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران کننده، تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه (از کاملاً غلط ۱، تا کاملاً درست ۵) می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی مقیاس، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۱۰ تا ۱۱۰ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده اجتناب شناختی پایین و نمره بالاتر به معنای اجتناب شناختی بالا است. ضریب پایایی این مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین در ایران ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرا بهتری برخوردار است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس صفات همدلی باتسون (BEA): پرسشنامه مقیاس صفات همدلی باتسون توسط باتسون در سال ۱۹۸۳ ساخته شد. این مقیاس ۸ ماده ای فهرستی از احساسات همدلانه (همدلی کردن، همدردی کردن، نگران بودن، متأثر بودن، دلسوزی کردن، گرمی و صمیمیت، نرم‌دلی و با ملاحظه‌بودن) را در برمی‌گیرد. آزمودنی احساسات همدلانه فعلی خود را نسبت به همسر در یک درجه‌بندی بر اساس روش لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی شدید) نشان می‌دهد. نمره‌های آزمودنی‌ها در این مقیاس از ۸ تا ۴۸ می‌باشد. فینچام^۱ و همکاران (۲۸) پایایی این پرسشنامه را با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه‌ای بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ و اعتبار آن را از طریق روش بازآزمایی ۰/۶۱ تا ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. کوک^۲ پایایی این پرسشنامه را با استفاده روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه‌ای بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است (۲۹). همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی در دامنه‌ای بین $F=0/61$ تا $F=0/82$ گزارش کرده است. لرنر پایایی این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ گزارش کرده است (۳۰). در پژوهش فرزادی و همکاران نیز برای بررسی ضریب پایایی این مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. ضرایب پایایی با استفاده از روش مذکور ۰/۹۵ به دست آمد. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر ۰/۸۷ به دست آمد.

برای اجرای پژوهش حاضر، روند انتخاب بدین صورت بود که قبل از شروع درمان، پژوهشگر به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناسی شهر اهواز مراجعه کرده و مسئولین را در جریان روند پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آنها، از مسئولین مراکز خواسته شد که زنان دارای سازگاری زناشویی پایین را به پژوهشگر ارجاع دهند. در مصاحبه، سازگاری زناشویی پایین و مشکلات درون فردی بالا به عنوان شکایت اصلی جهت مراجعه به مرکز مشاوره بررسی شد. پس از بررسی‌های لازم، ۳۰ نفر واجد شرایط شرکت در پژوهش تشخیص داده شدند که به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در هر کدام از گروه‌ها) گمارده شدند. پس از انتساب افراد به دو گروه، (آزمایش و کنترل) روی گروه آزمایشی، طرحواره درمانی به صورت گروهی اعمال شد.

لازم به ذکر است که جلسات درمانی گروه آزمایش برای هر شرکت‌کننده، هفته‌ای یکبار انجام گرفت و گروه کنترل در جریان اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد؛ اما بلافاصله بعد از اتمام مداخلات درمانی گروه آزمایش، تحت یک درمان متناسب برای حل ناسازگاری خود قرار گرفتند. در جدول ۱ ساختار درمانی جلسات طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شده است.

¹ Fincham

² Cooke

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (۲۱)

Table1. Summary of schema therapy sessions (21)

اهداف و فعالیت ها	جلسات
<p>- پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد.</p> <p>- بر روی موارد زیر تاکید گردیده است: ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به طرحواره درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، بیان قواعد (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن و ...)، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه فردی</p>	جلسه اول
<p>- شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحوارهها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو گردیده است.</p> <p>- اهداف اختصاصی این جلسه شامل، تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه و تعریف ریشه های تحولی طرح واره ها می باشد.</p>	جلسه دوم
<p>- تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده شد.</p> <p>- اهداف این جلسه شامل: معرفی حوزه های طرح واره و طرح واره های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرح واره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردهای طرحواره می باشد.</p>	جلسه سوم
<p>- مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.</p> <p>- اهداف این جلسه شامل: معرفی سبک ها و پاسخ های مقابله ای ناسازگار که باعث تداوم طرحواره ها می گردند به همراه مثال هایی از زندگی روز مره، تعریف مفهوم ذهنیت های طرح واره ای و ایجاد آمادگی در بیمار برای سنجش و تغییر طرحواره ها می باشد.</p>	جلسه چهارم
<p>- برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده گردیده است. اهداف دیگر این جلسه شامل ایجاد آمادگی برای تغییر، سنجش طرحواره ها از طریق پرسشنامه و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره ها می باشد.</p>	جلسه پنجم

جلسه ششم	- ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر؛ در جلسه ششم تکنیکهای تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده شده است.
جلسه هفتم	- رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. اهداف دیگر شامل برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران و آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران.
جلسه هشتم	- معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر؛ در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. اهداف دیگر این جلسه شامل انجام گفتگوهای خیالی (در بالا توضیح داده شد)، نوشتن نامه به عنوان تکالیف خانگی، ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان و باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی می‌باشد.
جلسه نهم	- (الگو شکنی رفتار)؛ مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتاری اهداف دیگر این جلسه هستند.
جلسه دهم	- ادامه الگو شکنی رفتار؛ مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد. اهداف درمانی شامل: افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، درصد، روش‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد. بعلاوه سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها برابر با ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل شهر اهواز انجام شد. روش پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز به دلیل ناسازگاری زناشویی در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش، ۳۰ نفر از زنان متأهل بودند که به صورت نمونه گیری دردسترس، انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده

شدند. اعضای گروه آزمایش، به صورت گروهی تحت طرحواره درمانی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند و گروه کنترل برنامه مداخله ای دریافت نکرد. پیگیری مداخله ۴۵ روز پس از پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. داده ها با روش کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری توسط نرم افزار SPSS تحلیل شد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در گروه های طرحواره درمانی و گروه گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در گروه آزمایش (گروه طرحواره درمانی)، میانگین و انحراف معیار اضطراب در مرحله ی پیش آزمون برابر ۲۴/۱۳ و ۴/۲، در مرحله ی پس آزمون برابر ۲۰/۸۰ و ۳/۴۲ و در مرحله ی پیگیری برابر ۲۱/۱۳ و ۳/۲۷، میانگین و انحراف معیار اجتناب شناختی در مرحله ی پیش آزمون برابر ۵۱/۲۷ و ۶/۱۳، در مرحله ی پس آزمون برابر ۴۶/۶۷ و ۶/۰۲ و در مرحله ی پیگیری برابر ۴۷/۲ و ۵/۶۴ بود. همچنین، میانگین و انحراف معیار همدلی در مرحله ی پیش آزمون برابر ۲۶/۰۰ و ۲/۶۴، در مرحله ی زمون برابر ۳۰/۵۳ و ۳/۲۴ و در مرحله ی پیگیری برابر ۲۹/۰۷ و ۳/۰۳ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در گروه های طرحواره درمانی و گواه در مراحل پیش - آزمون، پس آزمون و پیگیری

Table2. Mean and standard deviation of cognitive avoidance, anxiety and empathy in schema and control groups in pre-test, post-test and follow-up stages.

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب شناختی	پیش آزمون	۵۱/۲۷	۶/۱۳	۵۱	۵/۹
	پس آزمون	۴۶/۶۷	۶/۰۲	۵۱/۴	۵/۹۸
	پیگیری	۴۷/۲	۵/۶۴	۵۱/۴	۶/۱۸
اضطراب	پیش آزمون	۲۴/۱۳	۴/۲	۲۳/۶۷	۲/۹۲
	پس آزمون	۲۰/۸۰	۳/۴۲	۲۴/۲۷	۲/۹۶
	پیگیری	۲۱/۱۳	۳/۲۷	۲۴/۴	۲/۶۶
همدلی	پیش آزمون	۲۶/۰۰	۲/۶۴	۲۷/۰۷	۳/۱۵
	پس آزمون	۳۰/۵۳	۳/۲۴	۲۶/۱۳	۳/۰۲
	پیگیری	۲۹/۰۷	۳/۰۳	۲۶/۳۳	۳/۲۲

قبل از تحلیل داده ، برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه های تحلیل کوواریانس را برآورد می کنند، به بررسی آن ها پرداخته شد. بدین منظور چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس ها و همگنی شیب های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. بنیادی ترین فرض برای تحلیل کوواریانس خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد

بررسی و متغیر کمکی (کوواریت^۱) است. از مفروضات آزمون کوواریانس این است که باید بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی باشد. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۹۴ و ۰/۹۴ به دست آمدند. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده ($p < 0/05$)، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) وابسته محقق شده است. در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی، به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. ضرایب همبستگی محاسبه شده در دامنه‌ای بین ۰/۰۹ ($p > 0/05$) تا ۰/۱۰ ($p > 0/05$) به دست آمدند، با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، می‌توان گفت که تقریباً مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها)، تأیید شد. قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون مساوی بودن واریانس‌های لوین^۲ استفاده شد. جدول ۳، نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها را در متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج همگنی واریانس‌های لوین در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله‌ی پیش‌آزمون

Table3. Results of homogeneity of Levin variances in research dependent variables in the pre-test stage

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی‌داری
اجتناب شناختی	۱/۳۷	۱	۲۸	۰/۲۶
اضطراب	۱/۴۱	۱	۲۸	۰/۲۵
همدلی	۲/۱۴	۱	۲۸	۰/۱۲

نتایج یافته‌های جدول ۲ نشان دهنده همگنی واریانس‌ها بود که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > 0/05$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش‌آزمون) از نظر واریانس‌ها همگن بودند.

جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. چنانچه تعامل بین این دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار باشد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی نمی‌کنند. جدول ۳ همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) را نشان می‌دهد.

جدول ۳. همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون‌های اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی با پس‌آزمون‌های آن‌ها

Table3. Homogeneity of regression patterns of cognitive avoidance, anxiety and empathy pre-tests with their post-tests

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری

¹- covariate

²- Leven's test of equality of variances

بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره اهواز

گروه × اجتناب شناختی	۵/۲۹	۲	۲/۶۴	۰/۹۲	۰/۵۱
گروه × اضطراب	۳/۳	۲	۱/۶۵	۱/۰۱	۰/۳۸
گروه × همدلی	۷/۴۳	۲	۲/۴۷	۱/۳۰	۰/۲۸

بر اساس جدول ۳، نتایج F گروه × پیش‌آزمون متغیرهای وابسته نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار نبود ($p > 0.05$). بنابراین، تعامل شیب‌های رگرسیون متغیرهای اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی با گروه معنی‌دار نبود و فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید شد.

برای مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی، ابتدا یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت، سپس فرضیه‌های پژوهش آزمون شدند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پس‌آزمون اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در گروه‌های آزمایش و گواه

Table4. Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) on post-test scores of cognitive avoidance, anxiety and empathy in experimental and control groups

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۹۲۸	۹۸/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۲	۹۸/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۲/۸	۹۸/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲/۸	۹۸/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه‌های گروه طرحواره درمانی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پس‌آزمون اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی

Table5. Results of univariate analysis of covariance in Mankova text on post-test scores of cognitive avoidance, anxiety and empathy

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اجتناب	۱۸۹/۰۱	۱	۱۸۹/۰۱	۷۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	شناختی	۱۱۰/۲۴	۱	۱۱۰/۲۴	۶۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	اضطراب	۱۱۷/۶۸	۱	۱۱۷/۶۸	۲۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	همدلی						

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای همه متغیرها معنادار بود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) بین گروه‌های طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنی‌دار وجود داشت. برای مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه بر اساس نمره‌های پیگیری، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله طرحواره درمانی و طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی، یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پیگیری اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در گروه‌های آزمایش و گواه

Table6. Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) on cognitive avoidance, anxiety and empathy follow-up scores in experimental and control groups

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۸۵۴	۴۴/۸۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۶	۴۴/۸۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۸۵	۴۴/۸۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۸۵	۴۴/۸۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) در گروه‌های طرحواره درمانی و گواه در مرحله پیگیری نشان داد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا برای نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پیگیری اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی

Table7. Results of univariate analysis of covariance in Mankova text on cognitive avoidance, anxiety and empathy follow-up scores

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اجتناب شناختی	۱۵۴/۶۶	۱	۱۵۴/۶۶	۴۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	اضطراب	۹۷/۳۵	۱	۹۷/۳۵	۴۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	همدلی	۱۰۰/۹۴	۱	۱۰۰/۹۴	۲۳/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵

همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای همه متغیرها معنادار بود. این یافته‌ها نشان داد که در متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) بین گروه‌های طرحواره درمانی و گواه در مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل شهر اهواز بود. یافته‌ها نشان داد که در متغیرهای وابسته (اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی) بین گروه‌های طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنی دار وجود داشت. همچنین نتایج در دوره ۴۵ روزه تداوم داشته است. نتایج این یافته از پژوهش با نتایج پژوهش‌های عسگری و گودرزی (۲۲) و سعیدنیا و مکنونی (۲۳) همسو می‌باشد.

طرحواره درمانی با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجانات و احساسات سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. طرحواره درمانی بین گذشته و حال به خوبی رابطه برقرار می‌کند. طبق دیدگاه یانگ، کلسکو و ویشار (۲۱)، درمان متمرکز بر طرحواره‌ها برای درمان مشکلات روان شناختی مؤثر است، زیرا که این درمان تکنیک شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی را برای ارزیابی طرحواره‌ها ترکیب می‌کند و با تأکید به ریشه‌های مشکل و فرایندهای تحولی درگیر در پیدایش و حفظ طرحواره‌ها سبب بهبود اضطراب می‌شود. اضطراب می‌تواند سبب کاهش اعتماد به نفس زوجین و متعاقب آن اختلال در بهداشت روانی خانواده گردد. اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که خبر از خطری ناگهانی و قریب الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می‌سازد (۳۱). تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش‌های روان شناختی مانند طرحواره درمانی می‌تواند نقش مؤثری بر گواه عملکردهای مخرب افراد داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به عنوان راه حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (۳۲). به عبارت دیگر، چون هیجانات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد که از تعارضات زناشویی رنج می‌برند، به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجانات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های چالش برانگیز زندگی زناشویی و استرس‌زا و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، آموزش طرحواره درمانی می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای خوب برای جلوگیری از تعارضات زناشویی را داشته باشد.

اجتناب شناختی راهی است که زوجین در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ گویند. بر اساس این راهبرد انسانها ذهنیت خود را در جریان روابط اجتماعی تغییر می‌دهند. در اجتناب شناختی طیف وسیعی از راهبردها از جمله تلاش عمدی برای سرکوب فکر، جانشینی فکر، اجتناب از محرک‌های ترس‌آور، حواس‌پرتی و تبدیل تصور به فکر به کار گرفته می‌شود. این راهبردها برای منحرف‌سازی ذهن از موضوعات نگران کننده به موضوعات دیگر است. طرحواره درمانی با کار بر روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می‌کند که این ابعاد شامل بعد شناختی، تجربی، عاطفی و رفتاری هستند. در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کار کردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح هیجان یعنی طرحواره‌ها کمک می‌کند تا زوجین ناراضی از روابط زناشویی به ریشه هیجانات خود آگاهی یابند و با استفاده

از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تایید کننده یا رد کننده طرحواره، طرحواره و هیجانات منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به روابط زناشویی پیدا کنند (۳۳). افراد طی ساهای متمادی اطلاعات همخوان با طرحواره را برجسته می‌کنند و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در روابط زناشویی تداوم می‌بخشند و مستقیماً مشاهده کند که چگونه طرحواره در روابط زناشویی برای بقای خودش می‌جنگد. طرحواره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به فرد جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرحواره، تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در روابط زناشویی است، که باعث آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌ها می‌شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع آن در روابط زوجین فراهم می‌کند (۳۴).

همدلی اجازه آگاهی از احساسات افراد و پیش بینی آن را به ما می‌دهد و کلید رشد و حفظ روابط انسانی است. می‌توان این چنین گفت که همدلی توانایی ورود به دنیای دیگران یا به عبارتی نگرستن از دریچه چشم دیگران است. جهان‌دوست‌دالنجان و همکاران معتقد است که همدلی سازمان دهنده و تنظیم کننده طیف وسیعی از رفتارها است (۳۵). یک فرد همدل تمایل دارد بر تجربیات دیگران به صورت غیرخودخواهانه تمرکز کند تا این که متکی بر تجربیات خودش به یک شیوه خودخواهانه باشد (۳۴). مطالعات، نشان می‌دهد که همدلی، تحت تأثیر عوامل متعدد مربوط به شخصیت و موقعیت فرد از قبیل عوامل ژنتیکی، جنسیت، یادگیری و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرد. در یک ازدواج سالم، مقداری درک و همدلی بین زن و شوهر وجود دارد و در صورتی که هر یک از طرفین رابطه از قدرت خیال‌پردازی مطلوبی برخوردار نباشد درک تجارب یکدیگر برای آن‌ها بسیار دشوار خواهد بود (۳۶). رویکرد طرحواره محور به دلیل کارکردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای میل به طلاق، در اصلاح عقیده‌ها و افکار آنها مفید می‌باشد و بر کاهش میل به متارکه و طلاق مؤثر است. در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی عقیده شناختی که به عقیده هیجانی گره خورده است را به چالش می‌اندازد تا زوجین در جلسه درمان با طرحواره‌هایش علاوه بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک، به تخلیه هیجانی فرد در روابط زناشویی کمک می‌کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده‌اش را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار شده بشناسد. تکنیک جالب راهبرد تجربی یعنی نوشتن نامه به همسر کمک می‌کند تا فرد از آن به عنوان فرصتی برای احقاق حقوق، احساسات، خشم ابراز نشده و ابراز عقیده فردی که به نظر می‌رسد درالگوی ارتباطی زوجین تعارض و مشکل ایجاد می‌کند، استفاده کند.

محدودیت‌های پژوهش:

بدون شک هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو است که این محدودیت‌ها روی نتایج اثر منفی دارند به همین دلیل توجه به این محدودیت‌ها به پژوهشگران دیگر کمک کند تا با شناخت دقیق‌تری کار خود را انجام دهند و تحقیق حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده که به آنها اشاره میشود: ۱- محدود بودن جامعه‌ی آماری به زنان ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز امکان تعمیم نتایج به سایر مناطق را با محدودیت مواجه می‌کند. ۲- استفاده مکرر از ابزارهای پژوهش تکراری با فاصله زمانی کوتاه ممکن است حس بدی در آزمودنی‌ها ایجاد کند و موجب بی‌رغبتی آنها به مشارکت فعال در درمان باشد. هر چند در پژوهش حاضر سعی شد با تبیین روند اجرای درمان و ضرورت آگاهی از نتایج تأثیرات درمان در طی فرآیند درمان، ضرورت اجرای ابزارهای پژوهش در

دفعات مکرر توجیه شود. بنابراین اجرای مکرر ابزارهای پژوهش محدودیتی دیگر بود که در این پژوهش وجود داشت. ۳- در این پژوهش امکان استفاده از نمونه گیری تصادفی، به دلیل اعمال ملاک‌هایی جهت انتخاب زنان ناسازگار فراهم نشد. یکی دیگر از محدودیت های پژوهش این بود که این این رویکرد روی زنان متأهل اجرا شده است. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگر، این درمان بر گروه های زنان و مردان به طور مجزا یا به صورت زوجی اجرا و مورد بررسی قرار گیرد. همچنین محدودیت دیگر این پژوهش، ناشی از شرایط همه گیری بیماری کوئید ۱۹ بود که درمانگر و شرکت کنندگان ناچار به رعایت پروتکل- های مصوب بودند. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود درمانگران و مشاوران از طرحواره درمانی برای بهبود متغیرهای زوجی و زناشویی استفاده کنند. همچنین، پژوهشگران می توانند اثربخشی این رویکرد را بر متغیرهای دیگر زندگی زناشویی زوجین مورد بررسی قرار دهند.

کاربرد پژوهش:

از جمله پیشنهادات پژوهش حاضر می توان به موارد مقابل اشاره کرد: ۱- با توجه به تاثیر مثبت رویکردهای درمانی به کارگرفته شده در این پژوهش پیشنهاد می شود روانشناسان و مشاوران خانواده و ازدواج از موضوع پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در روابط زناشویی غافل نباشند. توصیه می شود روانشناسان و مشاوران خانواده و ازدواج از پروتکل درمانی ارائه شده در این پژوهش که بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تدوین شده است، در هنگام کار با زوجین به منظور بهبود مشکلات از جمله اضطراب، اجتناب شناختی، انعطاف پذیری کنشی و همدلی استفاده کنند. ۲- با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، اجتناب شناختی، انعطاف پذیری کنشی و همدلی اثربخش بوده است، به درمانگران توصیه می شود که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کنار سایر مدل های درمانی مورد توجه قرار دهند. از آن جایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی نسبتاً جدیدی است مطلوب است روی سایر گروه های فرهنگی- اجتماعی مطالعاتی صورت گیرد. ۳- با توجه به اینکه طرحواره درمانی بر اضطراب، اجتناب شناختی، انعطاف پذیری کنشی و همدلی اثربخش بوده است، پیشنهاد می شود که متخصصان روانشناسی حوزه خانواده در کنار روش های دیگر درمانی، از روش طرحواره درمانی نیز جهت بهبود اضطراب، اجتناب شناختی، انعطاف پذیری کنشی و همدلی افراد استفاده نمایند. ۴- مادران شاغل ممکن است به دلیل ضعف در مهارت تقسیم وظایف خانه فشار زیادی را متحمل بشوند بنابراین لازم است آموزش هایی برای تقسیم وظایف و مشارکت امور در منزل توسط همسر و فرزندان را ببینند.

References

1. Norouzadeh S., Abdollahpour M.. The relationship between personality traits and self-differentiation with life satisfaction in couples applying for divorce in Malekan city. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 2017; 6(23): 1-14.
2. Salehpour P., Ahghar G., Navabi Nejad S.. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Irrational Beliefs and Emotional Divorce in Married Women Referred to Tehran Counseling Centers. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 2019: 169-178.
3. Amini M., Heydari, H. Effectiveness of Relationships Enrichment Education on Improvement of Life Quality and Marital Satisfaction in Married Female Students. *Journal of Education and Community Health*, 2016; 3(2): 23-31.

4. Tafreshi A.. Job satisfaction prediction based on quality of work life and quality of life (Case Study). *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 2019; 8(29): 28-38.
5. Xie, J., Shi, Y., Ma H.. Relationship between similarity in work-family centrality and marital satisfaction among dual-earner couples. *Personality and Individual Differences*, 2017; 113: 103-108.
6. Delbarnasab F., Mirzamani Bafghi S., Vatankhah H.. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on coping strategies in people with anxiety disorder. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 2016; 5(18): 45-59.
7. Cisler J.M., Olatunji B.O., Feldner M.T., Forsyth J.P.. Emotion Regulation and the anxiety disorders: An Integrative Review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 2010; 32(1): 68-82.
8. Noosh Kia M., Rasouli M., Zare Bahramabadi M.. Effectiveness of Dialectical Behavioral Group Therapy on Rumination and Emotional Regulation Strategies in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 2020; 9(34): 69-83.
9. Meacham F., Bergstrom C.. Adaptive behavior can produce maladaptive anxiety due to individual differences in experience. *Evolution, medicine, and public health*, 2016; 1: 270-285.
10. Tavakol Z., Nikbakht Nasrabadi A., Behboodi Moghadam Z., Salehiniya H., Rezaei E.. A Review of the Factors Associated with Marital Satisfaction. *Galen Medical Journal*, 2017; 6(3): 197-207.
11. Hofmann S.G.. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 2007; 36(4): 193-209.
12. Khodabakhsh Pirkalani R., Rahim Jamarouni H.. Effectiveness of Mixed Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness Based stressreduction in Treating a Case of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Studies*, 2013; 4(13): 121-147.
13. Aghajani S., Samadifard H., Narimani M.. The Role of Cognitive Avoidance Components and Metacognitive Belief in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 2017; 6(21): 142-156.
14. Esmailian N., Dehghani M., Akbari F., Hasanvand M.. Evaluation of psychometric and factor structural properties of Experiential Avoidance multidimensional questionnaire (short form). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2016; 11(39): 57-66.
15. Sharifi Rigi A., Amini Z., Mehrabizadeh Honarmand M., Beshlideh K.. A study of the role of cognitive behavioral avoidance and diffuse avoidance style in prediction of adjustment to college with control of cognitive flexibility. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2018; 20(5): 325-331.
16. Shahsiah M.. Effect of attachment-based couple therapy on sexual satisfaction and intimacy. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2010; 12(46): 496-505.

17. Soltani Azemat, E., Mohammadian A., Kamie M., Jebreeili M., Doolatshahi B.. A Comparison of Theory of Mind and Empathy in Male and Female Students at University of Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran. *The-Neuroscience-Journal-of-Shefaye-Khatam*, 2016; 4(2): 19-26.
18. Zare B., Safyari Jafarabad H.. The Study of Marital Satisfaction and its Determinants on Married Women and Men in Tehra City. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 2015; 13(1): 111-140.
19. Rajabi G., Harizavi M., Taghipour M.. Evaluating the model of the relationship between self-compassion, marital empathy, and depression with mediating marital forgiveness in Female. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2017; 6(2): 1-22.
20. Pakandish S., Kraskyan A., Jomehri F.. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 2020; 9(34): 20-32.
21. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E.. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, 2003.
22. Asgari A., Goodarzi K.. The effectiveness of Emotional Schema Therapy on marital burnout on the Brink of Divorce. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 2018; 8(0): 55-55.
23. Saeidnia Z., Makvandi B.. Schema Therapy Efficacy Training on Early Maladaptive Schemas and Conflict Resolution Patterns in Married Women Referring to Counseling Centers. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*, 2018; 10(37): 99-113.
24. Naeinian M., Shaeiri M., Sharif M., Hadian M.. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 2011; 9(1): 41-50.
25. Hassanvand Amouzadeh, M. Evaluation of validity and reliability of social phobia inventory among students in Payame Noor University of Lorestan. *JFUMS*, 2017, 7(2), 181-189.
26. Sereda Y., Dembitskyi S.. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*, 2016; 16(1): 300.
27. Sexton K.A., Dugas M.J.. The Cognitive Avoidance Questionnaire: validation of the English translation. *Journal of anxiety disorders*, 2008; 22(3): 355–370.
28. Fincham F.D., Paleari G., Regalia C.. Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*, 2002; 9: 27-37.
29. Cooke, K. I. Models of Forgiveness and Adult Romantic Attachment in Ended Relationships: Forgiveness over Time. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science at Virginia Commonwealth University, 2006.
30. Lerner A. J. Gender and Forgiveness in Early Married Couples. Dissertation. Virginia Commonwealth University, 2003.

31. Sadarinia M., Zare H., Karami J., Solgi Z.. The efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating students' social anxiety disorder. *Pajoohandeh*, 2014;19(4): 211-218.
32. Farokhzadian A., Rezaei F., Sadeghi, M.. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy with Metacognitive Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in elderly people. *Aging Psychology*, 2018; 4(2): 83-91.
33. Mahmoudpour A., Aminian A., Nowzari M., Naeimi E.. The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran. *Journal of Psychoscience*, 2021; 20(98): 209-218.
34. Jomepour M., Mahmoudipour M.. The effectiveness of marital life enrichment program education on balanced emotional empathy and responsibility of the couples. *fpcej*, 2019; 4(2): 29-42.
35. Jahandoost S., Alaedini Z., Barati H.. The role of successful intelligence and emotional empathy in marital satisfaction Considering the moderating role of age. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2020; 11(41): 139-156.
36. Refahi Z., Moghtaderi N.. The Effectiveness of Empathy Skill Training to the Group on Increasing Intimacy Couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2013; 3(1): 44-56.