

## اثر بخشی طرحواره درمانی بر کاهش تحمل پریشانی در زنان دارای همسر نظامی

رویا افراعی<sup>۱</sup> | محمدباقر حبیبی<sup>۲</sup> | حجت اله مرادی<sup>۳</sup> | سروش علیمردانی<sup>۴</sup>

۵۵

سال چهاردهم  
پاییز ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:  
۱۳۹۹/۰۹/۱۹  
تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۰/۰۹/۰۹  
صص: ۳۲-۱۱

شایا جایی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸  
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



**چکیده**

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش تحمل پریشانی زناشویی در زنان دارای همسر نظامی صورت گرفت. بدین منظور از شیوه گروه درمانی با روش تحقیق نیمه آزمایشی به شیوه ی پیش آزمون-پس آزمون با گروه آزمون و گواه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان دارای همسر نظامی ساکن در منطقه ۱ شهر تهران که به مراکز مشاوره و روان شناسی خانواده های نظامی مراجعه نموده اند. در این تحقیق، از مراکز مشاوره و روان شناسی ویژه خانواده های نظامی در سطح شهر تهران براساس موقعیت جغرافیایی، مرکز درمانی آتیه را به عنوان گروه نمونه گیری انتخاب و از میان مراجعه کنندگان به این مرکز نمونه انتخاب شد. با توجه به معیارهای ورود به نمونه نهایتاً ۳۲ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه (۱۶ نفر برای گروه آزمایش و ۱۶ نفر برای گروه گواه) گمارش شدند. جلسات طرحواره درمانی براساس پروتکل طرحواره درمانی همتمی ثابت، نوایی نژاد و خلعتبری (۱۳۹۵) بود که حدود ۸ جلسه درمانی بود. جهت تعیین میزان تحمل پریشانی شرکت کنندگان در رابطه زناشویی در مراحل پیش و پس آزمون از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای تعیین اثر بخشی مداخله از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق، ۰/۰۵ تعیین شد. نتیجه کلی تحقیق پیش رو نشان می دهد که طرحواره درمانی بر کاهش تحمل پریشانی در زنان دارای همسر نظامی تاثیر دارد. با توجه به یافته های به دست آمده در این مطالعه می توان نتیجه گرفت، آموزش طرحواره درمانی در کاهش تحمل پریشانی خانواده های نظامی موثر است.

**کلیدواژه ها:** طرحواره درمانی، تحمل پریشانی زناشویی، زنان دارای همسر نظامی

DOR: 20.1001.1.25885162.1402.14.3.1.0

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد، روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

royaafraee@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال و دانشگاه جامع امام حسین (ع).

۳. گروه روانشناسی، دانشکده و پژوهشکده علوم اجتماعی و فرهنگی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نکا، نکا، ایران

## مقدمه

اهمیت توان نیروی نظامی در حفاظت و دفاع از هر کشوری آشکار است. در مشاغل نظامی که زندگی کاری و خانوادگی تداخل بالایی دارند، موضوع سلامت اعضای خانواده به ویژه همسر فرد نظامی اهمیت بیشتری پیدا می کند (نادری، ۱۳۹۷). الزام به تبعیت از شرایط شغلی سخت همسر نظامی در زنان آنها، باعث افزایش توانمندی های روان شناختی همچون معنای زندگی و تاب آوری می شود و از سوی دیگر بر روابط زناشویی و تحمل پریشانی تأثیرات منفی می گذارد (شوقی، ۱۳۹۸). از جمله مشکلات روان شناختی که بر زنان دارای همسر نظامی تحمیل می شود، کاهش تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی، از سازه های معمول برای پژوهش در زمینه بی نظمی عاطفی است (لیرو، ۲۰۱۰) که در شروع و ابقاء آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان آنها نقش به سزایی دارد (زولنسکی، ۲۰۱۱). تحمل پریشانی اشاره به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی در موقعیت های روان شناختی دارد (سیمونز، ۲۰۰۵). پریشانی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی در زوجین شکل باشد. زوجین به دلیل کاهش تحمل پریشانی، هیجان را غیرقابل تحمل می دانند و نمی توانند پریشانی خود در زمینه تاب آوری را تعدیل نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می کنند، زیرا توانایی مقابله خود با هیجانات را دست کم می گیرند و تلاش فراوانی جهت جلوگیری از مسائل منفی و تسکین فوری آن انجام می دهند (ریپوکاری، ۲۰۰۷). افرادی که تحمل آشفتگی پایین دارند، اولاً، هیجان در نظر این افراد غیرقابل تحمل است و توانایی رسیدگی به پریشانی شان را ندارند. دوماً، این افراد وجود هیجان را انکار می کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می کنند، چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی بینند (کوک، ۲۰۱۰). سومین ویژگی تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش زیاد این افراد برای جلوگیری از بروز هیجانات منفی و خاموشی سریع هیجانات منفی در حال تجربه است گزارش می کنند که پایین بودن توانمندی های روان شناختی یکی از عوامل اصلی شکست در روابط عاطفی و زناشویی است. پژوهش های میرگاین (۲۰۰۷) و دونهام (۲۰۰۸) نشان دادند که دشواری در تنظیم هیجان و سطح پایین تحمل مشکلات هم در زنان و هم در مردان، با خشنودی زناشویی رابطه منفی دارد.

یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روانشناختی و هم‌چنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد طرحواره درمانی است (تمبورینی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). طرحواره‌درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و ککلوسکو و ویشار (۱۹۹۰) پایه‌گذاری شده است. او در این درمان کوشیده است تا با به‌کارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمانی شناختی رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء‌ای، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد (یانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی به درک پایه‌های مشکلات روان‌شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع-درمانگر و نشان دادن فرمول-بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تری پای می‌فشارد (کیکرو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). اثربخشی طرحواره درمانی در پژوهش‌های بسیاری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان (محمدی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ بهبود راهبردهای شناختی هیجان، تحمل‌پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸)؛ بهبود حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان (قدم‌پور و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بهبود اختلالات خلقی، اضطرابی (باترهاون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹)؛ فاسبندر<sup>۵</sup> و آرتنز، ۲۰۱۹) و سایر بیماری‌های مزمن و بهبود آسیب‌های هیجانی و تنظیم هیجانی (رنر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) اشاره داشته است. یارمحمدی و همکاران (۱۳۹۱) برای بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده از طرحواره درمانی استفاده کردند که نتایج و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی نسبی طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلال افسردگی و اصلاح و بهبود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد افسرده را نشان داد (یارمحمدی و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که طرحواره درمانی بر متغیرهای مختلفی مثل اختلالات اضطرابی (مالکی و همکاران، ۲۰۱۵)، خوشنویس و همکاران، ۲۰۱۸، حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۹)، افسردگی (سمپرتیگوی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی (عابدی شرق و همکاران، ۲۰۱۶) و

1. Tamborin
2. Young
3. Cecero
4. Boterhoven
5. Fassbinder
6. Renner
7. Sempertegui

اختلال‌های خلقی (سیپسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) تأثیر دارد. با توجه به اهمیت موضوع خانواده و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زنان دارای همسر نظامی، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله الگوی درمانی طرحواره محور برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این که کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. هم‌چنین مطالعات مداخله‌ای متفاوت بر روی زنان متاهل که در معرض آسیب‌های فردی و اجتماعی زیادی می‌باشند در داخل انجام شده است، اما رویکرد طرحواره درمانی بر روی این گروه انجام نگرفته است. تعداد تحقیقاتی که در زمینه طرحواره درمانی انجام گرفته، محدود می‌باشد بنابراین وجود برنامه درمانی مناسب در این زمینه می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی زنان متاهل دارا همسر نظامی موثر واقع شود (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷). بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی در زنان متاهل دارای همسر نظامی صورت گرفت.

## روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است و طرح آن بصورت دو گروهی (۱) گروه آزمایشی و ۱ گروه گواه) در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون شده. متغیر مستقل، طرحواره درمانی است که به صورت گروهی اعمال می‌شود و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون با زنان گروه گواه مورد مقایسه گرفته‌اند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روانشناسی آتیه (در سال ۱۳۹۸) که دارای همسر نظامی بودند. به منظور انجام این پژوهش از میان زنان دارای همسران نظامی در منطقه یک شهر تهران و در مرکز روانشناسی آتیه تعداد ۳۷ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از این تعداد نمرات با توجه به معیارهای ورود در نهایت ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت از: حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۴۰ سال سن، طول مدت ازدواج بین ۱۰ تا ۱۵ سال، عدم سابقه بیماری خاص با توجه به پرونده پزشکی، دریافت حداقل نمره ار پرسشنامه تحمل پریشانی و داشتن علائم اضطرابی و

1. Simpson

افسردگی براساس پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی روان پزشکی یا روان شناس و دریافت حداقل نمره از پرسشنامه تحمل پریشانی. با توجه به اینکه زنان متأهل جامعه هدف می باشند معیار های خروج عبارت اند از: زنانی که به دلایل شخصی مایل به ترک جلسات یا مشارکت در پیشبرد کار نداشته باشند حق خروج را دارند. در این تحقیق از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به عنوان پیش آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد و سپس بسته آموزشی طرحواره درمانی مدل یانگ (۲۰۰۳) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه تجربه نموده اند در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرده اند و پس از پایان جلسات گروه آزمایش و کنترل مجدداً به وسیله پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته اند.

**پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS):** جهت سنجش تحمل پریشانی از پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) استفاده گردید. پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیوند و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. تحمل پریشانی یک سازه‌ی فراهیجانی را مورد توجه قرار می دهد که شامل ارزیابی و انتظارات یک فرد از تجربه حالات هیجانی منفی در مورد (۱) تحمل پذیری و انزجار (۲) ارزیابی و قابلیت پذیرش (۳) گرایش به جذب توجه و از هم گسیختن عملکرد (۴) تنظیم هیجانان و به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) - جذب (جذب شدن به وسیله هیجانان منفی) - ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) - تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا کرونباخ برای این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. در پژوهش حاضر پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۴ و پایایی ابعاد آن به ترتیب (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۲ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار پژوهش می باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای تعیین اثربخشی مداخله از آزمون تحلیل کواریانس با نرم‌افزار کامپیوتری spss نسخه بیست و پنجم استفاده شد.

جدول ۱. بسته آموزشی طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)

جلسه اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	-برقراری ارتباط و معرفی اعضاء - بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره -تعهد گرفتن -شناخت مشکل فعلی	هر فرد طی چندروز آینده روابط خودبا همسر و دیگران را دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند ودر مقابل آن اهداف خود را در موردمشکل باتوجه به دوره درمان بنویسد.
جلسه دوم	آموزش در مورد طرح واره ها	آموزش طرح واره های سازگاری اولیه، انواع و مشخصات آنها -برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح واره ها	افراد برگه اطلاعات در مورد طرحواره ها را خوب مطالعه کرده و چندموقعیت که سازگاری و صمیمیت زناشویی که در زندگی زناشویی خود دارنددر نظر بگیرند و نوع طرح واره ای که در آن هنگام برانگیخته می شود را بنویسند
جلسه سوم	راهبردهای شناختی	-ارائه منطق تکنیک های شناختی و استعاره جنگ -اجرای آزمون اعتبار طرح واره -استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه	افراد تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرح واره را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأیید کننده و رد کننده آن رایادداشت کنند.
جلسه چهارم	تکنیک های شناختی	-ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای افراد -برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم -استفاده از بازی مدافع شیطان - تدوین کارهای آموزشی	افراد در منزل بین جنبه طرح واره و جنبه سالمشان (صمیمیت زناشویشان)با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفتگویی برقرار سازند و بنویسند.
جلسه پنجم	راهبردهای تجربی	-ارائه منطق تکنیک تجربی واهداف آن -تصویر سازی ذهنی -ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال -انجام گفتگوی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده و ارسال نکرده و در جلسه به همراه خود بیاورند.
جلسه ششم	الگوشکنی رفتاری	-ارائه منطق تکنیک های رفتاری - بیان هدف تکنیک های رفتاری - تعیین فهرست جامعی از رفتارهای	افراد طی چند روز آینده چند موقعیتی که ناسازگاری داشته اند را درزندگی در نظر گرفته و توجه کنندکه چه احساسی داشته اند و

جدول ۱. بسته آموزشی طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)

چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده اند و در صورت بروز رفتار مشکل آفرین، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.	خاصه عنوان موضوع تغییر -ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار -اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین -افزایش انگیزه برای تغییر رفتار		
از افراد خواسته که برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سوال از خود "اگر این طرح‌واره را نداشتم چه کارم کردم؟" رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.	-افزایش انگیزه برای تغییر رفتار - تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش -غلبه بر موانع تغییر رفتار -ایجاد تغییرات مهم در زندگی	تکنیک‌های رفتاری	جلسه هفتم
	-خلاصه جلسات قبل -بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال -جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضاء -ارائه پس آزمون مربوط -تشکر و خداحافظی	جمع بندی و اختتام	جلسه هشتم

### نتایج

نتایج حاصل از آمار توصیفی تحقیق نشان داد که ۵۶/۶ درصد از آزمودنی‌ها فرزند اول، ۱۳/۷ درصد فرزند میانی و ۲۹/۸ درصد فرزند آخر بودند. همچنین در گروه آزمایش ۴۰ درصد آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، ۲۵ درصد فوق دیپلم و ۳۵ درصد لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل ۴۵ درصد زیر دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم و ۳۵ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. از همچنین در گروه آزمایش، آزمودنی‌ها بر حسب وضعیت اقتصادی ۲۰ درصد دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۵۵ درصد متوسط و ۲۵ درصد ضعیف و در گروه کنترل ۳۰ درصد خوب، ۴۰ درصد متوسط و ۳۰ درصد ضعیف بودند.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی تحمل پریشانی و مولفه‌های آن به تفکیک مرحله سنجش در گروه آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	N	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
تحمل	پیش آزمون	آزمایش	۱۶	۱۰/۳۱۲۵	۱/۸۵۱۸۰	۷/۰۰	۱۳/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۹/۳۱۲۵	۲/۲۷۲۱۱	۶/۰۰	۱۳/۰۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶	۱۲/۲۵۰۰	۲/۵۱۶۶۱	۶/۰۰	۱۵/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۹/۲۵۰۰	۲/۸۱۶۶۲	۴/۰۰	۱۴/۰۰
جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی	پیش آزمون	آزمایش	۱۶	۸/۵۰۰۰	۲/۱۹۰۸۹	۳/۰۰	۱۲/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۸/۶۸۷۵	۱/۸۱۷۴۶	۶/۰۰	۱۲/۰۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶	۱۱/۸۷۵۰	۳/۱۳۸۴۷	۶/۰۰	۱۵/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۹/۲۵۰۰	۲/۴۸۹۹۸	۵/۰۰	۱۴/۰۰
برآورد ذهنی پریشانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۶	۱۷/۵۰۰۰	۳/۸۸۱۵۸	۱۲/۰۰	۲۶/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۱۸/۱۲۵۰	۳/۱۳۸۴۷	۱۲/۰۰	۲۵/۰۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶	۲۴/۱۲۵۰	۴/۵۲۹۵۳	۱۶/۰۰	۲۹/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۱۸/۰۶۲۵	۳/۸۰۲۹۶	۱۳/۰۰	۲۶/۰۰
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۶	۹/۵۰۰۰	۲/۵۰۳۳۳	۵/۰۰	۱۴/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۹/۵۰۰۰	۲/۵۵۶۰۴	۵/۰۰	۱۳/۰۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۶	۱۲/۵۶۲۵	۲/۰۶۴۵۸	۸/۰۰	۱۴/۰۰
	آزمون	کنترل	۱۶	۸/۶۲۵۰	۳/۱۵۹۶۴	۴/۰۰	۱۴/۰۰

هم‌چنان که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش در نمره تحمل پریشانی افزایش داشته است و در مولفه‌های جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی نشان می‌دهد که این افزایش محسوس در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. با توجه به توزیع نرمال دادها از آزمون‌های پارامتریک جهت تحلیل فرضیه‌های استاده شد.



جدول ۳. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیرها شاخص	تحمل	جذب شدن به وسیله هیجانان منفی	برآورد ذهنی پریشانی	تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی
F	۰/۰۲۵	۱/۶۶۵	۰/۲۸۷	۵/۵۴۹
Df1	۱	۱	۱	۱
Df2	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
معناداری	۰/۸۷۶	۰/۲۰۷	۰/۵۹۷	۰/۰۲۶

همان گونه که مشاهده می‌شود فرض تساوی واریانس‌ها برای همه متغیرها برقرار است ( $p > 0/05$ ). با توجه به مجموعه پیش فرض‌ها مطرح شده مشاهده می‌گردد که داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کواریانس را دارا می‌باشند و می‌توان تفاوت‌های دو گروه را در متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره زیرمولفه‌های متغیر تحمل پریشانی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
هم پراش	۱/۰۲۶	۱	۱/۰۲۶	۰/۱۴۰	۰/۷۱۱	۰/۰۰۵	۰/۰۶۵
گروه	۷۱/۸۸۵	۱	۷۱/۸۸۵	۹/۷۸۸	۰/۰۰۴	۰/۲۵۲	۰/۸۵۶
خطا	۲۱۲/۹۷۴	۲۹	۷/۳۴۴				
کل	۳۹۸۴/۰۰۰	۳۲					

## نتایج

جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب  $F(9/788)$  محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تحمل پریشانی هیجانی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ). هم‌چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که  $0/25$  تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از طرحواره درمانی است. بنابراین بیانگر این نکته است که با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر به درستی رد شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره زیرمولفه‌های متغیر جذب شدن به وسیله هیجانان منفی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
هم پراش جذب شدن به وسیله هیجانان	۲۴/۷۷۸	۱	۲۴/۷۷۸	۳/۳۲۷	۰/۰۷۸	۰/۱۰۳	۰/۴۲۲
گروه	۵۱/۵۶۵	۱	۵۱/۵۶۵	۶/۹۲۴	۰/۰۱۳	۰/۱۹۳	۰/۷۲۰
خطا	۲۱۵/۹۷۲	۲۹	۷/۴۴۷				
کل	۳۸۶۶/۰۰۰	۳۲					

### نتایج

جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب  $F(۶/۹۲۴)$  محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات جذب شدن به وسیله هیجانان منفی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < ۰/۰۵$ ). هم‌چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که  $۰/۱۹$  تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از طرحواره درمانی است. بنابراین بیانگر این نکته است که با احتمال ۹۵ درصد فرض صفر به درستی رد شده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره زیرمولفه‌های متغیر برآورد ذهنی پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
هم پراش برآورد ذهنی پریشانی	۱/۴۳۱	۱	۱/۴۳۱	۰/۰۷۹	۰/۷۸۰	۰/۰۰۳	۰/۰۵۹
گروه	۲۸۷/۸۸۵	۱	۲۸۷/۸۸۵	۱۵/۹۵۵	۰/۰۰۰	۰/۳۵۵	۰/۹۷۱
خطا	۵۲۳/۲۵۷	۲۹	۱۸/۰۴۳				
کل	۱۵۰۵۷/۰۰۰	۳۲					

### نتایج

جدول ۶ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب  $F(۱۵/۹۵۵)$  محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات برآورد ذهنی پریشانی شرکت‌کنندگان برحسب

عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ). هم‌چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که  $0/35$  تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از طرحواره درمانی است. بنابراین بیانگر این نکته است که با احتمال  $95$  درصد فرض صفر به درستی رد شده است.

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره زیرمؤلفه‌های متغیر تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
هم‌پراش تنظیم تلاش‌ها برای تسکین	۳/۳۸۷	۱	۳/۳۸۷	۰/۴۶۷	۰/۵۰۰	۰/۰۱۶	۰/۱۰۱
گروه	۱۲۴/۰۳۱	۱	۱۲۴/۰۳۱	۱۷/۱۰۴	۰/۰۰۰	۰/۳۷۱	۰/۹۷۹
خطا	۲۱۰/۳۰۱	۲۹	۷/۲۵۲				
کل	۳۹۲۹/۰۰۰	۳۲					

## نتایج

جدول ۷ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب  $F(17/104)$  محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ). هم‌چنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که  $0/37$  تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از طرحواره درمانی است. بنابراین بیانگر این نکته است که با احتمال  $95$  درصد فرض صفر به درستی رد شده است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد طرحواره درمانی توانسته تحمل پریشانی هیجانی را در زنان دارای همسر نظامی کاهش دهد. با توجه به این که تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مؤلفه پریشانی هیجانی صورت نگرفته و پژوهش حاضر برای نخستین بار به بررسی این موضوع پرداخته، لذا امکان مقایسه دقیق زیر مقیاس تحمل پریشانی هیجانی با پژوهش‌های دیگر وجود ندارد؛ اما از آن جا که در تعاریف گفته شده، پریشانی هیجانی روان‌شناختی ابتدا با مشخصه

های اضطراب و افسردگی تظاهرمی یابد و اضطراب و افسردگی بخشی از سازه کلی پریشانی روان شناختی می باشند، پس می توان یافته زیر مقیاس تحمل پریشانی هیجانی را با پژوهش هایی که اثر بخشی طرحواره درمانی را بر کاهش افسردگی و اضطراب سنجیده اند، مقایسه کرد. بنابراین، این یافته همسو با پژوهش های رضایی و همکاران (۲۰۱۶)، امام زمانی (۲۰۱۷)، و مرواریدی (۲۰۱۷) می باشد. به نوعی این یافته را نیز همسو با پژوهش هایی دانست که به نقش و تأثیر این نوع رویکرد مداخله ای بر هیجانات مؤثر یافتند، این یافته همسو با پژوهش های عرفان و همکاران (۲۰۱۶)، دانشمندی و همکاران (۲۰۱۴) و نادری و همکاران (۲۰۱۵)، می باشد. هم راستا با این نتایج، عرب پور محمد آباد (۱۳۹۷) پژوهش با هدف نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و تحمل پریشانی بر نگرش به زندگی در دانش آموزان خواف نتایج نشان دادند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش به زندگی رابطه منفی و معنادار، بین تحمل پریشانی با نگرش به زندگی در دانش آموزان رابطه مثبت و معنادار، بین طرحواره های ناسازگار اولیه و تحمل پریشانی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. رجیبی و نظامی پاکدهی، (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی مشابه تحت عنوان بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه بر تحمل پریشانی دانش آموزان متوسطه اول شهر گناباد نشان دادند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و تحمل پریشانی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. همچنین طرحواره های ناسازگار اولیه، قادر به پیش بینی تحمل پریشانی در دانش آموزان بود. لذا می توان گفت که افراد دارای نمرات بالا در این طرحواره های ناسازگار اولیه، تحمل پریشانی پایین تری دارند. طرحواره درمانی با مطرح کردن نقش طرحواره ها و پاسخ های مقابله در مفهوم سازی مشکلات روانشناختی توانسته است، سهم بیشتری در تبیین سازگاری روانشناختی ایفا کند. از سوی دیگر، طرحواره درمانی با پرداختن به نقش مؤلفه های هیجانی در درمان توانسته است، رویکردهای کلاسیک رفتاری-شناختی را از توجه صرف به مؤلفه های شناختی و رفتاری نجات دهد. در این پژوهش بر حسب نمونه ای که وارد پژوهش شده شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت زوجین و آگاه کردن آنها از تأثیرگذاری این طرحواره های ناسازگار بر روابط بین فردی زوجین، آنها را هشیار کرده که در برخوردهای بین فردی نقش این طرحواره ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند و از طرف دیگر مجهز کردن آنها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ بین فردی از بروز مشکلات زوجیت جلوگیری کرده و افراد را

نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کنند. به طور کلی، با در نظر گرفتن حیطه های تحت پوشش در طرحواره درمانی می توان تاثیر این رویکرد را بر کاهش پریشانی هیجانی توجیه کرد. با این اوصاف آگاهی از تاثیر این طرحواره ها بر عملکرد و تصمیم گیریها، می تواند زنان را تشویق کند که ضمن شناسایی نقش طرحواره ها در تجارب تنش زای روزمره، در جهت رفع طرحواره های ناسازگار تلاش کرده و در نتیجه عملکرد آنان در ناسازگاری زناشویی بهبود یابد. طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می شوند را درک کنند و همین امر باعث رضایت زناشویی بیشتر می شود. آموزش طرحواره درمانی با کنترل طرحواره های بدکارکرد افراد و از طرفی افزایش سطح ذهن آگاهی موجب بهبود سطح شناختی، تواناییهای خودآگاهی و پذیرش در فرد می شود و این امر موجب افزایش تاب آوری میشود. بنابراین، نتیجه ای که میتوان از این یافته گرفت این است که رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد موثر در کاهش فشار روانی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. بنابراین مشاوران و درمانگران میتوانند برای افزایش سازگاری فردی از روش طرحواره درمانی استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور میتوان امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند با پریشانی های هیجانی مقابله کنند.

علاوه بر این، نتایج نشان داد طرحواره درمانی توانسته جذب شدن به وسیله هیجانات منفی را در زنان دارای همسر نظامی کاهش دهد. در تبیین این یافته ها می توان بیان کرد که درمانگر ابتدا از راه آموزش روانی درباره انواع راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان همچون سومصرف مواد، پرخوری، روابط جنسی پرخطر و غیره به موقتی بودن حس خوشایندی که این راهبردها ایجاد میکنند، برگشت پذیری هیجان ناخوشایند با شدتی بیشتر از قبل و تایید شدن بیش از پیش باور غیر قابل تحمل بودن هیجان های ناخوشایند، اشاره نموده و به اعضا در پذیرش هیجانات نامطلوبشان کمک کرد. همچنین، تلاش شد تا اعضا بتوانند راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان مانند طلب حمایت اجتماعی، تغییر در محتوای افکار (بازسازی شناختی)، انجام فعالیت های لذت بخش و غیره را آموخته و هنگام پریشانی و تجربه هیجان های دشوار، جایگزین راهبردهای دردسر ساز قبلی نمایند و به هدف تنظیم هیجان نایل شوند. دیگر تلاشی که در این درمان برای کاهش

پریشانی و کاهش جذب شدن به وسیله هیجان‌نا‌ت منفی، تقویت باور گذرا بودن احساسات در اعضا بود که در همین راستا، درمانگر تمثیل خوش آمدگویی به مهمان را برای اعضا بیان داشت. در این تمثیل به اعضا آموزش داده شد که تصور کنند احساس پریشانی، یکی از مهمان‌های آنان در یک ضیافت بزرگ است. پس میبایست با پذیرش نسبت به آن رفتار کرد اما در عین حال، این فقط یکی از مهمان‌هاست و نباید تمام توجه شان را به او معطوف کنند؛ یعنی در حالی که هیجان دشواری مثل احساس پریشانی در پس زمین‌ه‌وجود دارد، آن‌ها می‌توانند با انجام فعالیت‌های لذت بخش و مورد علاقه شان، مانند ورزش، نواختن یا شنیدن موسیقی، مطالعه و غیره، هیجان‌های مثبت را فعال کنند. در این جاست که متوجه می‌شوند احساس پریشانی دیگر حضور ندارد؛ همانند هر مهمان دیگری که مدتی حضور دارد و سپس می‌رود. همچنین درمانگر با استفاده از تکنیک بهنجار سازی هیجان به اعضا در فهم این موضوع کمک کرد که پریشانی و آشفتگی هیجانی که در حال حاضر تجربه می‌کنند، مقتضی شرایط بوده و کاملاً طبیعی است. این عادی سازی هیجان به اعضا در پذیرش هیجان‌نا‌ت ناخوشایند فعلی شان کمک کرده و موجب شد تا کمتر از قبل، به خاطر داشتن چنین هیجان‌هایی احساس شرم و گناه کنند. در تبیین این یافته‌ها، میتوان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق مراجعین را دقیقتر تعریف کرده، آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، رد پای طرحواره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به کارگیری این مدل بیماران میتوانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزهی بیشتری پیدا میکنند. طرحواره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند؛ محتوای طرحواره‌ها، همه‌ی جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را در بر گیرد. طرحواره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد به دنیا میدهد، ایجاد می‌کنند. آنها در طول دوره‌ی تحول فرد شکل گرفته‌اند؛ به این معنا که به موازات دریافت اطلاعات فرد از محیط اطراف، آن را پردازش و فیلتر می‌کنند. به طور خلاصه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند.

همچنین، نتایج نشان داد طرحواره درمانی توانسته برآورد ذهنی پریشانی را در زنان دارای همسر نظامی کاهش دهد. طرحواره ها، نقش عمده ای در شیوه ی تفکر، عواطف، رفتار و نحوه ی برقراری رابطه با دیگران؛ خصوصا در رابطه با همسر ایفا می کنند. طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند برخی روابط زوجی را به گونه ای اجتناب ناپذیر و متناقض، به سمت وقایعی سوق دهند که پیامد آن یک زندگی زناشویی پرتنش و توانکاه باشد. نتایج یافته ها حاکی از آن است که طرحواره درمانی، از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک های مقابله ای کارآمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می نماید تا به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی خویش، دست یابند (حسینی و جمالی، ۱۳۹۵). بررسی طرحواره های افراد درباره ی خویش و دیگران به طرحواره درمانگران کمک می کند تا با استفاده از راهبردهای شناختی، رفتاری، هیجانی و بین شخصی، این طرحواره ها و عملکردهای تداوم بخش آنها را آماج تغییر قرار دهند. افراد در فرایند درمان یاد می گیرند که حتی با وجود رها کردن راهبردهای ایمنی بخش، باز هم امنیت دارند. در واقع، تمامی این مداخلات مبتنی بر آموزش، بینش، مفهوم سازی مشکل فرد و در قالب طرحواره درمانی و به کارگیری فنونی برای تعدیل طرحواره ها است (یانگ، ۲۰۰۳). بی شک، طرحواره درمانی با وارد کردن مفاهیم زیربنایی نظیر طرحواره ها، پاسخ های مقابله ای، ذهنیت های طرحواره های و کشف مکانیسم های تداوم طرحواره، کمک قابل توجهی در مفهوم سازی و کاهش برآورد ذهنی پریشانی محسوب می شود. تفسیرهای منفی از هیجانها از جمله احساس گناه، عدم پذیرش هیجانها و ... فرد را به این نتیجه سوق میدهد که هیجان دردسر آور است که پیامد آن پریشانی های ذهنی است و همه ی اینها در هم کنشی با طرحواره ها منجر به برون دادهایی همچون تجزیه، رفتارهای اعتیادی، از دست دادن کنترل، رؤیاپردازی، افکار بازانجامی همچون اندیشناکی، نشخوار فکری ..... که سبب برآورد ذهنی منفی از پریشانی های روانی می شود. ارمغان این روند چیزی جز بیش برآورد سازی ذهنی از پریشانی ها نخواهد بود، که با واقعیت چندان قابل همخوانی نیست.

تکنیک های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می پردازد و کمک می کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک های تجربی بر روی هیجانهاست،

به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و بایادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد.

تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرح‌واره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می‌شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمده تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرح‌واره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند. که مراجع در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست. در تکنیک گفت‌وگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا می‌سازد و باعث فاصله گرفتن از طرح‌واره‌ها می‌شود و در نهایت احساس شفقت نسبت به فرد آسیب‌رسان در آن خاطره و سرانجام شفقت به کودک آسیب‌دیده را باعث می‌شود.

از مزایای دیگر طرح‌واره‌درمانی در تکنیک‌های تجربی اختصاصی بودن آن است، از جمله بازآفرینی نقش والدین مناسب، برای هر فرد با توجه به نوع نیاز مغفول‌مانده در آن خاطره. معمولاً افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، نیاز بیشتری به درک شدن، همدلی و محبت دارند. این نیازهای آن‌ها در کودکی در مقابل افراد مهم زندگی مانند والدین برطرف نشده است. با کمک تکنیک‌های تجربی، خاطرات تلخ کودکی آن‌ها مجدداً بازسازی می‌شود، به صورتی که نیاز کودک در آن تصویر ذهنی با کمک درمانگر برطرف شود. فرد می‌آموزد در زندگی کنونی خویش نیز این نیازها را چگونه برطرف کند. همچنین با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان و نیازهای رفع‌نشده‌شان می‌یابند. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران هدف طرح‌واره‌درمانی کمک به رفع نیازهای هیجانی بیمار است.

زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی برطرف می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌سازد، چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به خاطر برطرف نشدن نیازهای هیجانی ایجاد می‌شود و این، از علل تأثیر آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان



و کیفیت زندگی افراد است. مهم‌ترین موضوعی که می‌توان در فرایند درمانی در مقایسه با درمان‌های متداول به آن اشاره کرد، جنبه بسیار دلسوزانه و انسانی بودن این درمان است. طرح‌واره‌درمانی به جای اینکه اختلالات روان‌شناختی را امری غیرعادی بداند، با عادی تلقی کردن آن‌ها، سعی می‌کند به تغییر و اصلاح جنبه‌های ناکارآمد و ناسازگارانه آن‌ها پردازد و نقش مؤثری در سلامت روان و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. تکنیک‌های رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرح‌واره، سبک مقابله سالم‌تری را جانشین سازند. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری نیز باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و تسلیم می‌شود. در این حالت درمانگر و بیمار، فهرستی از رفتارهای جدید تهیه می‌کنند و در مورد مزایا و معایب هریک از آن‌ها به بحث و تبادل نظر می‌پردازند و آن‌گاه درباره چگونگی جانشین‌سازی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مشکل‌ساز به جمع‌بندی می‌رسند و سپس ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند. مهم‌ترین دلیل شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار، برطرف‌نشدن نیازهای هیجانی است که در آموزش گروهی، در هنگام ارتباط با درمانگر و سایر اعضای گروه تا حدودی برطرف شده و در نهایت فرد می‌آموزد این نیازها را در زندگی شخصی و در رابطه با افراد مهم زندگی خود چگونه برطرف کند. اتحاددرمانی عامل مهمی در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع اتحاددرمانی مثبت با درمانگر، تجربه هیجانی تصحیح‌کننده‌ای برای بیماران فراهم می‌آورد. بنابراین ممکن است یکی از دلایل درمان مؤثر باشد. اتحاددرمانی مثبت یک محیط راحت و امن ایجاد می‌کند که در آن، بیمار برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک خود به اندازه کافی احساس ایمنی کند. محیط امن ناشی از اتحاددرمانی، می‌تواند به بیمار اجازه دهد که کمتر تدافعی برخورد کند و به ترس‌هایی که در حالت عادی به آن‌ها فکر نمی‌کند، آگاهی پیدا کند. این محیط نه تنها به بیمار اجازه می‌دهد که به عواطف دردناک خود آگاهی پیدا کند، بلکه او را در انجام رفتارهای جدید حمایت می‌کند. در این محیط معمولاً نیازهای هیجانی فرد تقریباً با کمک درمانگر و سایر اعضای گروه برطرف شده و نوعی بازوالدینی انجام می‌گیرد.

نتایج نشان داد طرح‌واره‌درمانی توانسته تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی را در زنان دارای همسر نظامی کاهش دهد. تا کنون مطالعه‌ای در زمینه کارایی و اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر

تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی صورت نگرفته است. اما از آنجا که تسکین پریشانی جزء از راهبردهای مقابله ای که با هدف کاهش پریشانی روان شناختی صورت می گیرد. این نتایج می تواند همسو با یافته های مردانی، تیشه کنی، رستمی و علی پور (۱۳۹۸)، ناوردی و همکاران (۱۳۹۳)، رجبی و همکاران (۲۰۱۷)، بروسکی و تامبلینگ (۲۰۱۵) و کرتر و موانتر (۲۰۱۴) باشد. همچنین این یافته می تواند، تأیید کننده و همسو با پژوهش هایی باشد که اثربخشی طرحواره درمانی را بر تنظیم هیجانات منفی مؤثر دانسته اند. زیر پریشانی ها شامل انواع مختلفی از هیجانات منفی هستند که تلاش برای تسکین آن به عنوان تنظیم هیجانات محسوب می گردد. این نتیجه، در راستای یافته های آوانتس و همکاران (۲۰۰۹)، فیودالاین و همکاران، (۲۰۱۰)، کیمان و گرانت، (۲۰۳۰)، چانک و همکاران، (۲۰۱۱)، میت ماسگروبر و همکاران، (۲۰۱۱)، گیلنرت و لیهی، (۲۰۱۲)، وای تکی ویکز و بروس، (۲۰۱۳)، بائر، (۲۰۱۴)، مارلات و همکاران، (۲۰۱۴)، مارون و همکاران، (۲۰۱۵)، سیدآسیابان، منشی، عسگری (۱۳۹۶) قرار دارد.

رویکرد درمانی طرحوارهها برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تاکید می کند، بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتار که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. شناخت طرحواره های ناکارآمد به مراجع کمک می کند تا سبک های مقابله ای سالم تری را جانشین سازد؛ هم چنین به مراجع کمک می کند تا از طرحواره ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند (جهان بخشی و کلانتر کوشه، ۱۳۹۱). طرحواره درمانی با تأکید بر سبک های مقابله ای ناسازگار و تأکید بر الگوهای رفتاری صحیح، فرصتی را برای شناخت الگوها و طرحواره های ناکارآمد فراهم آورده و در غلبه بر نشخوارهای فکری و انتخاب راه حل صحیح فراهم می سازد (شریعتمدار، ۱۳۹۱). حضور در جلسات طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا با تغییر باورهای افراط گونه و غالب منفی، مشکلات را قابل حل تعریف کرده و از طریق طرح پرسش، بیرونی سازی، نامگذاری مجدد، نتایج منحصر به فرد و در نهایت بازنویسی و تعدیل طرحواره ها ناسازگار، به تواناییهای خود در حل مسائل زندگی امیدوار شده، و به تنظیم تلاش کارآمد آن ها بر تسکین پریشانی های روان شناختی گردد.

یکی از فوایدی که می توان به عنوان نتیجه جلسات آموزش گروهی طرحواره درمانی معرفی کرد، فهم یک نگاه جدید به دنیا خصوصا با مضمون مثبت برای حل گذشته دردناک برای مراجعین است. همانطوری که طرحواره درمانی، نگاه تازه را در افراد ایجاد می کند، تمایل در جهت رفتارهای مناسب و در خورد برای کاهش پریشانی های گوناگون نیز به عنوان یک رأی مثبت به خود برای زیستن در زمان حال است، وقتی از رفتارهای کاهش دهنده پریشانی امتناع میکنیم درواقع ترجیح میدهیم بهجای اینکه قدمی در بهبود اوضاع برداریم، در گذشته زندگی کنیم که این همان شکل گیری طرحواره تحقیر و سرزنش است. وقتی رفتاری مناسب برای کاستن از پریشانی انجام نمی دهیم، درواقع ماندن در پریشانی ها را انتخاب می کنیم و بدین ترتیب خود را در رنج روحی بیشتری قرار میدهیم درواقع این همان طرحواره نقص / شرم و بیکفایتی است. بنابراین آموزش طرحواره درمانی شاه راهی است برای التیام بخشیدن به رویدادهای آسینزای زندگی و گذشتن از آن و جادهای است هموار در سوق دادن افراد به آیندهای با معنی و با مضمونی مثبت که نتیجه این نگرش چیزی جز آرامش درون نخواهد بود (نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱).

در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی ها به گروه های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از پیگیری بود. از محدودیت های دیگر این پژوهش می توان به نمونه گیری در محدوده ای خاصی اشاره کرد که در مراکز مشاوره و فرهنگ سراها صورت گرفته است؛ این افراد خود تمایل به بهبود روابط زناشویی داشتند، که جهت تعمیم نتایج بایستی از نمونه های تصادفی استفاده کرد که داوطلبانه نبوده است. پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده، اثربخشی این رویکرد درمانی در مرحله پیگیری نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به محدودیت های موجود در این پژوهش، پیشنهاد می شود از تحقیقات طولی برای تبیین بهتر و تحقیقات بیشتر در زمینه مساله تحمل پریشانی با توجه به وضعیت کنونی ارتباطات زن و شوهر و به کارگیری سایر روش های درمانی در ارتباط با بهبود سرخوردگی و کاهش دلزدگی و پریشانی عاطفی استفاده شود. بر اساس یافته های بدست آمده میتوان از طرحواره درمانی مبتنی بر گروه درمانی را در جهت افزایش تحمل پریشانی روانی و سازگاری زوجین بهره برد. با توجه به اثربخشی این روش میتوان

برای ارتقای تحمل پریشانی روانی در زنان از طرح واره درمانی بهره برد. همچنین برای اثربخشی بهتر آموزشهای بعدی می تواند به صورت زوج صورت بگیرد و اثر بخشی آن بر روی مردان نیز به تنهایی مورد بررسی قرار گیرد. لازم به ذکر است که این روش در مورد زنان کارکنان نظامی که به مرکز مشاوره و فرهنگ سراها در شهر تهران مراجعه نموده اند، به دست آمده است و در تعمیم یافته های این پژوهش باید احتیاط کرد.

## فهرست منابع

- سیدآسیابان، سمیرا، منشی، غلامرضا، عسگری، پرویز. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان مواد محرک. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۲)، ۱-۱۰.
- هندریکس، هارویل و هانت، هلن (۲۰۰۸). دریافت عشق دلخواهتان: راهنمای عملی زوجها. ترجمه رحمانی شمس، حسن و نظری، مرتضی، (۱۳۹۵) تهران: نسل آفتاب.
- حسینی، فریبا و مرجان جمالی، ۱۳۹۵، اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین، دومین همایش ملی سبک زندگی و خانواده پایدار، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
- Avants, S. K., Beitel, M., & Margoline, A. (2009). Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 167-177.
- Chung T., Langenbucher J., Labouvie E., Pandina R.J., Moos R.H. (2011). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consult Clin Psychol.*: (69): 92-100.
- Dunham, S. M. (2008). **Emotional skillfulness in African American marriage: Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction** (Doctoral dissertation, University of Akron).
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2012). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy* 2010;41(4):567-74.
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. **Behavior Therapy**, 41(4), 567-574.
- Kinman, G., Grant, L. (2010). Exploring steers resilience in trainee social workers: The Role of Emotional and social competencies. *Journal of Personality and Psychology*, 82, 1007-1022.
- Larsen DL, Atkinson CC, Hargeruz WA, Nequin TD. (1979). Evaluation of client/patient satisfaction. *J Eval Prog Plan*: 2: 207. 39.
- Larson JH, Wilson SM. (1998). Family of origin influences on young adult career decision problems: A test of Brownian theory. *Am J Fam Ther*: 26: 39-53.

- Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin* 2010;136(4):576-600.
- Mirgain, S. A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health: the association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 983-1009.
- Repokari L, Punamäki R-L, Unkila-Kallio L, Vilks S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human reproduction* 2007;22(5):1481-91.
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005;29(2):83-102.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.
- Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application. 1st ed. New York: Guilford Press; 2011: 96-7.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.

