

June-July 2020, Volume 8, Issue 2

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Schema Therapy on Stress Symptoms in Women With Marital Conflict

Malek Alirezaee¹, *Ghorban Fathiaghdam², Mohammad Ghamari³, Saeedeh Bazazian⁴

1- Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

2- Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran (**Corresponding author**)

Email: fathi4468@yahoo.com

3- Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

4- Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Received: 1 Feb 2020

Accepted: 13 May 2020

Abstract

Introduction: Stress symptoms may result in marital conflict imposing psychological, physical and social difficulties to family.

Methods: The present study is quasi-experimental with pre-test, post-test and one-month follow-up with control group. The study population includes women with marital conflict referred to problem-solving office and counseling center in Varamin. 45 testees getting high mark in Sanaee marital conflict questionnaire were selected through purposive sampling. They were accommodated in 2 experimental and control groups (each group included 15) through random sampling. They filled out Seydkhorasani stress symptoms questionnaire (2000). 2 groups were taught reality therapy and schema therapy for 2 months but control group did not get any treatment. Two experimental groups were tested again through post-test. A month.

Results: The mean & standard deviation in stress symptoms for the reality therapy group, the schema therapy group, and the control group on the posttest were (199.07±6.34), (200.27±5.68) and (201.20±7.123), respectively. The results showed that reality therapy (124.27±6.27) and schema therapy (125.13±5.142) compared to the control group (200.53±7.67) reduced the stress symptoms in women with marital conflict on the posttest ($p < 0.001$). Besides, the effect of reality therapy (123.00±6.68) and schema therapy (123.33±5.34) on the stress symptoms (200.07±7.75) persisted in the follow-up phase ($p < 0.001$). It was also shown that the reality therapy and schema therapy did not show any significant differences in terms of their effects on the stress symptoms at posttest and follow-up phases ($p < 0.05$).

Conclusions: It was also shown that the reality therapy and schema therapy were effective on stress symptoms therefore, these two approaches can help couple therapists improve marital quality life.

Key words: Reality therapy, Schema therapy, Stress symptoms, Marital conflict.

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی

مالک علیرضایی^۱، قربان فتحی اقدم^۲، محمد قمری^۳، سعیده بزازیان^۴

۱- گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: fathi4468@yahoo.com

۳- گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۴- گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۲۴

چکیده

مقدمه: نشانگان تنیدگی یکی از عوامل مهم در ایجاد تعارض زناشویی است که می تواند خسارات جبران ناپذیری به سلامت روانی، جسمی و اجتماعی خانواده وارد کند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی اجرا شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و شورای حل اختلاف ورامین در سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه این پژوهش ۴۵ نفر بودند که از میان افراد جامعه که در پرسشنامه تعارض زناشویی نمرات بالای میانگین کسب کرده بودند، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با روش نمونه گیری تصادفی در گروه های آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش ۱ طی ۷ جلسه ۱/۵ ساعته ۲ ماهه واقعیت درمانی و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته ۲ ماهه طرحواره درمانی به صورت گروهی دریافت کردند. ولی اعضای درمانی کنترل هیچ نوع مداخله ای را دریافت نکردند. سپس پرسشنامه نشانگان تنیدگی اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم افزار SPSS-۲۴ انجام شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نشانگان تنیدگی گروه واقعیت درمانی در پیش آزمون (۱۹۹/۰۷±۶/۳۴)، گروه طرحواره درمانی (۲۰۰/۲۷±۵/۶۶)، و گروه کنترل (۲۰۱/۲۰±۷/۱۲) بود. درمان های واقعیت درمانی (۱۲۴/۲۷±۶/۲۷) و طرحواره درمانی (۱۲۵/۱۳±۵/۱۴) در مقایسه با گروه کنترل (۲۰۰/۵۳±۷/۶۷) نشانگان تنیدگی را در پس آزمون کاهش دادند ($p < 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر واقعیت درمانی (۱۲۳/۰۰±۶/۶۸) و طرحواره درمانی (۱۲۳/۳۳±۵/۳۴) بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی (۲۰۰/۰۷±۷/۷۵) ماندگار بود ($p < 0/001$). تأثیر واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری یکسان بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بر مبنای یافته های این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی و طرحواره درمانی، درمان های موثری برای کاهش نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی هستند. پیشنهاد می شود این دو رویکرد درمانی برای برای درمان تعارض زناشویی در مراکز درمانی استفاده شوند.

کلید واژه ها: واقعیت درمانی، طرحواره درمانی، نشانگان تنیدگی، تعارض زناشویی.

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی بسیار مهمی است که بر پایه ازدواج بنا شده است. مسئله ازدواج از مسائل مهم و اساسی جامعه بشری است که اولین جوانه های ارتباط بین انسان ها در حریم خانواده پدیدار می شود [۱]. بنیان خانواده براساس پیمان زناشویی میان زن و شوهر شکل می گیرد تا در کنار هم زندگی آرام و سعادت‌مندی را تجربه نمایند، ولی متأسفانه شواهد فراوانی گویای آن هستند که زوج‌ها در جامعه امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و دوستانه به مشکلات شدید و فراگیری دچارند [۲]. یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی در جامعه کنونی انسان ها تعارض های خانوادگی است؛ بنابر این، پرداختن به موضوع تعارض زناشویی به منظور دست یافتن به راهبردهای پیشگیری، یکی از مهمترین ضروریات آموزش خانواده است [۳].

تعارض زناشویی (Marital conflict) و آشفتگی رابطه را می‌توان به عنوان ناراضیاتی حداقل یکی از زوجین نسبت به رابطه تعریف نمود که به سرعت افزایش می‌یابد [۳] با مشخص شدن ارتباط تعارض زناشویی با مشکلات متعددی از قبیل افسردگی، اختلالات هیجانی، بیماری مزمن، و فرزند پروری ضعیف، بررسی و مطالعه آن مهم است [۴]. مشکلاتی که از طریق تعارض زناشویی بوجود می‌آید خسرات جبران ناپذیری به پیکر خانواده وارد می‌کند [۴].

مطالعات روانشناختی نشان می‌دهند که تأثیر نشانگان تنیدگی بر تعارض زناشویی بسیار جدی تر از عوامل تنش زای دیگر مثل مشکلات خانوادگی و مالی است [۵]. بی توجهی به نشانگان تنیدگی از عوامل تهدید کننده رضایت زناشویی است، زوجینی که از سلامت روانی، شناختی و جسمانی (نشانگان تنیدگی) برخوردار نیستند در مقایسه با زوجینی که از سلامت روانی، شناختی و جسمانی (نشانگان تنیدگی) برخوردارند بیشتر در معرض اختلالات خلقی اضطرابی، هیجانی، جنسی، اعتیاد و ... قرار دارند [۵].

تنیدگی مجموعه واکنشهای عمومی انسان نسبت به عوامل ناسازگار و غیرمنتظره خارجی تعریف می‌شود؛ از دیدگاه روانشناسان هرگاه تعادل و سازگاری ارگانیزم به علت عوامل مخل خارجی از بین رود، فرد دچار تنیدگی می‌گردد [۶]. سلیه (Selye) که تحقیقان زیادی در مورد تنیدگی دارد، تنیدگی را واکنش نامشخص بدن نسبت به توضیحات و خواسته‌هایی که از یک شخص انتظار می‌رود تعریف کرده اند؛ به عبارت دیگر تنیدگی مجموعه تغییرات انطباقی است که بدن فرد برای کمک به او جهت تطبیق خود با انواع موقعیتهای اجتماعی و روانی و محیطی ارائه می‌دهد

[۷]. نشانگان تنیدگی (Stress symptoms) دارای مولفه های هیجانی، شناختی، رفتاری و بدنی است که به صورت یک پاسخ هیجانی (نگرانی، اضطراب، افسردگی)، شناختی (تردید، اختلال در حافظه و توجه، اغتشاش ذهن و...)، رفتاری (مصرف سیگار، مشروبات، مشکلات بین فردی و...) و فیزیولوژیک (درد، سرگیجه، تنگی نفس، فشارخون بالا، تهوع و...) به فشارآورهای بیولوژیک و فشارآورهای روانی مانند نگرانی، ترس و تشنه های اجتماعی ناشی از شغل جدید یا افزایش مشکلات، مسؤلیتها و تعارض های خانوادگی تعریف شده است [۸].

پژوهش‌های گوناگونی در باره متغیر نشانگان تنیدگی انجام شده و تأکید می‌کنند بین فشارهای روانی (تنیدگی) و بیماری های مزمن رابطه مستقیمی وجود دارد [۹]. یکی از فشارآورهای (تنیدگی‌زا) چشمگیر که در حال حاضر به سرعت در حال گسترش است و باید مورد توجه روانشناسان و مشاوران قرار گیرد، تعارض زناشویی است، در واقع، تنیدگی ها و شرایط دشوار زندگی در برخی مواقع ممکن است آثار منفی در محیط خانوادگی و روابط بین زوجین باقی بگذارد و در نهایت منجر به ایجاد تعارض زناشویی شود [۱۰].

نشانگان تنیدگی بی نظمی و اختلال در سیستم سازگاری و تطبیق بدن با محیط مزاحم بیرونی است؛ عبارتی دیگر، هرگاه ارگانیزم در مواجهه با عوامل مزاحم خارجی دچار بی ثباتی و ناسازگاری شود، فرد تنیدگی را تجربه می‌کند [۱۱] با توجه به خسارات جبران ناپذیر و فشارهای روانی ناشی از تعارضات خانوادگی و نقش مهم زن در تأمین بهداشت روانی خانواده [۱۲]، اهمیت و ضرورت توجه متخصصین علوم رفتاری و خانواده درمانگران در درمان تعارض زناشویی بیش از پیش احساس می‌شود. از جمله نظریه‌هایی که بر روابط زوجین و تعارض‌های زناشویی تأکیدی ویژه دارد، نظریه واقعیت درمانی (Reality therapy) و پلیام گلاسر (William Glasser) است [۱۳].

نظریه انتخاب گلاسر یکی از مداخلات درمانی رایج در حوضه‌ی روانشناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتار و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسؤلیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی در مورد درست بودن یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق که ارتباط مستقیمی با عزت نفس دارد مورد تأکید است [۱۴].

گلاسر تأکید دارد که هسته تمام مسائل فعلی، مسائل

ارتباطی هستند. او به طور فراوان از اصطلاح ارتباط بد برای توصیف روابطی استفاده می‌کند که در آن رفتارهای غیر موثر و ناکارآمد اعمال می‌گردد. در این ارتباط بد، فرد رفتار مخرب و دردسر زایی را انتخاب می‌کند که بیماری روانی نامیده می‌شود. زمانی که که انسان رفتارهای کارآمدتر و مفیدتری را برای ارضا نیاز خود انتخاب کند، علائم به سرعت برطرف می‌گردند [۱۵].

یکی از مفاهیم اصول واقعیت درمانی یادگیری است. ما همان چیزی هستیم که انجام می‌دهیم و به وسعت زیاد، ما همان چیزی هستیم که یاد می‌گیریم، انجام می‌دهیم و هویت ما حاصل یکپارچگی همه رفتارهای یاد گرفته شده و یاد نگرفته شده ماست [۱۶]. واقعیت درمانی در تلاش هست که به افراد کمک بکند بجای روانشناسی کنترل بیرونی (External control psychology)، نظریه انتخاب (Choice theory) یا روانشناسی کنترل درونی (Internal control psychology) را برگزینند در نظریه انتخاب اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می‌تواند کاری را برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند، چنین کنند [۱۷].

یکی دیگر از رویکردهای درمانی موثر بر تعارض زناشویی که با کمک تکنیک‌های موثر درمانی منجر به کاهش تعارض زناشویی می‌شود، طرحواره درمانی (Schema therapy) است [۱۸]. متغیر دیگری که در تنظیم رابطه زناشویی مهم به نظر می‌رسد طرحواره‌ها هستند. طرحواره درمانی (Schema therapy)، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، روابط شی، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاو را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است [۱۹]. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی تجربی (هیجانی، رفتاری) و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان درمانی ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است [۲۰].

طرحواره درمانی سه دسته تکنیک درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرآیند درمان از این تکنیک‌ها بسته به شرایط درمانی بهره گرفته می‌شود. این سه دسته تکنیک عمده عبارتند از: تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی

[۲۱]. در تکنیک‌های تجربی به بیمار کمک می‌شود که با طرحواره‌ها در سطح عاطفی بجنگد و هدف از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی کمک به بیمار برای بیان واضح ندایی سالم است که از طریق آن بتواند با طرحواره‌های ناسازگار اولیه اش به چالش برخیزد و در برابر آنها دست به استدلال منطقی-عقلانی بزند [۲۲]. در واقع تکنیک‌های شناختی به بیمار کمک می‌کنند، بتوانند برای زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی در ذهن خویش به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد [۲۳]. بی‌توجهی به مسائل روانشناختی زنان از جمله تعارض زناشویی خسارات جبران ناپذیری بر خانواده تحمیل می‌کند. پژوهشگر هیچ پژوهشی در داخل و خارج از کشور که اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی را بر نشانگان تنیدگی بررسی کند، نیافت. بنابراین، اینک به پژوهش‌هایی اشاره می‌شود که نزدیک به مولفه‌های نشانگان تنیدگی (هیجان، افکار و بیماری بدنی) باشد: نتایج پژوهش شعاعی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که واقعیت درمانی بر هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) اثربخش بود [۲۴]. خورشید زاده و همکاران نیز گزارش کردند که طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی زنان موثر بوده است [۲۵]. Hoffort و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که طرحواره درمانی در درمان بیماری‌های جسمی اثربخش بوده است [۲۶]. قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱) نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی در درمان خودبیمارانگاری موثر بوده است. [۲۷]. پژوهش‌ها در زمینه تأثیرات مخرب تعارض‌های زناشویی نشان می‌دهد که این تعارض‌ها تأثیرات زیان‌آوری بر سلامت جسم، روان و خانواده دارد. [۲۸] در پژوهشی با موضوع «رابطه خانواده تهران» نشان دادند تعارض زناشویی ۹۹ درصد طلاق عاطفی را پیش‌بینی می‌کند. [۲۹] در پژوهش «رابطه بین تعارض زناشویی و نگرش به خیانت زناشویی» نشان دادند بین متغیر تعارض زناشویی با نگرش به خیانت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

با عنایت به نقش مهم زنان در تنظیم روابط صمیمانه بین زوجین و تربیت فرزندان و تأمین بهداشت روانی خانواده، و همچنین با توجه به اعتبار و جایگاه زنان در آن جامعه بعنوان مهمترین معیار برای سنجش رشد و توسعه یافتگی کشور از یک سو [۱۲]، و لزوم توجه به آسیب‌ها و خسارات جبران‌ناپذیر ناشی از تعارض زناشویی (گرایش به خیانت، طلاق عاطفی، مشکلات در فرزندپروری و ...) از سویی دیگر [۲۸، ۲۹]، بیانگر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر است.

سپس پرسشنامه تعارض زناشویی توسط پژوهشگر در میان آنان توزیع شد. نهایتاً از میان کلیه آزمودنی ها ۴۵ نفر بعنوان نمونه گمارش شدند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری با کد ۲۰۷۲۱۶۰۲۹۷۱۰۰۴ است، پژوهشگر با هدایت و نظارت استاد راهنما و استادان مشاور اقدام به اجرای جلسات آموزشی نمود. پس از اجرای پیش-آزمون، اعضای گروه آزمایش ۱ طی ۷ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته ۲ ماهه واقعیت درمانی (جدول ۱) و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته ۲ ماهه طرحواره درمانی (جدول ۲) را به صورت گروهی دریافت کردند. گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. بعد از اتمام دوره مداخلات درمانی ۱ ماه بعد هر ۳ گروه (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) مورد آزمون قرار گرفتند. (لازم به توضیح است کل مداخلات واقعیت درمانی در ۷ جلسه تدارک دیده شد و طرحواره درمانی بدلیل گسترده بودن دامنه مطالب در ۸ جلسه؛ بنابراین، بنظر نمی رسد اختلاف ۱ جلسه از نظر زمانی و نه از نظر کیفیت آموزشی، تفاوتی در نتایج ایجاد نکرد). بعد از اتمام دوره مداخلات درمانی، پس از آزمون در هر ۳ گروه بطور همزمان ولی بطور مجزا برگزار شد، ۱ ماه بعد طی تماس تلفنی، شرکت کنندگان هر ۳ گروه برای انجام آزمون پیگیری دعوت شدند.

پرسشنامه تجدید نظر شده تعارض زناشویی توسط ثنائی ساخته شده است. این پرسشنامه ۵۴ سوال دارد و برای سنجیدن تعارض زناشویی بر مبنای تجربیات بالینی تدوین و پاسخ سوالات براساس طیف لیکرد بوده که به صورت هرگز ۱ نمره به ندرت ۲ نمره گاهی اوقات ۳ نمره اکثر اوقات ۴ نمره و همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند در این ابزار نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنای رابطه بهتر است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ می‌باشد.

برای تعیین روایی آن بر روی والدین کم توان ذهنی انجام شد، پرسشنامه به تایید صاحب‌نظران رسید و برای اعتبار یابی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ضریب به دست آمده ۰/۷۱۵ بوده است [۳۰]. همچنین در پژوهش اعتبار سنجی پرسشنامه تعارض زناشویی بر زنان متاهل شاغل در بخش ستادی مخابرات شهر تهران آلفای کرونباخ برای مولفه‌های آن بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ بدست آمده است [۲۶]. در این پژوهش برای همسانی درونی (پایایی) از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمده است [۳۱].

بنابراین باید به دنبال راهکارهایی برای درمان تعارض زناشویی بود. از درمان های مفید بر تعارض زناشویی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی است [۱۳، ۱۸]. از آنجاییکه تأثیر مخرب نشانگان تنیدگی بر تعارض زناشویی بسیار جدی تر از عوامل تنش زای دیگر مثل مشکلات خانوادگی و مالی است [۵] و هیچ پژوهشی یافت نشد که اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی را بررسی کند، بنابراین، این پژوهش در راستای پر کردن بخشی از این خلا با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را ۱۲۰ نفر از زنان دارای تعارض زناشویی که در زمستان ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره و شورای حل اختلاف ورامین مراجعه نمودند، تشکیل دادند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه تعارض زناشویی ثنائی و همکاران (۱۳۸۷) بود. ملاک ورود به پژوهش، جنسیت زن، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۵ تا ۵۰ سال، طول مدت ازدواج حداقل ۲ سال، نداشتن تجربه طلاق، بیماری جسمی یا سایر اختلالات روانپزشکی و عدم شرکت همزمان در برنامه آموزشی و یا شرکت در جلسات مشاوره بود. معیار خروج از مطالعه نیز غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در برنامه آموزشی پژوهش بود. تعداد کل مراجعان زن دارای تعارض زناشویی به شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره در زمستان ۹۷، ۱۸۰ نفر بودند که از میان آنها ۱۲۰ نفر که شرایط پژوهش را داشتند و علاقمند به شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند از میان شرکت کنندگان، ۴۵ نفر که در پرسشنامه تعارض زناشویی ثنائی نمرات بالای ۱۶۲ کسب کرده بودند، به ترتیب از نمره بالا به پایین (۴۵ نفر نمره بالا) انتخاب شدند، حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ می‌باشد. (۱۹). سپس به کمک روش گمارش تصادفی، آزمودنی ها در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱ گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

پس از اینکه مجوز لازم اخذ شد، با هماهنگی اداره شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره، ۱۲۰ نفر شرکت کنندگان (در ۳ نوبت و هر بار ۴۰ نفر) در زمستان ۹۷ دعوت شدند تا در سالن آموزشی شورای حل اختلاف حضور داشته باشند،

مناسبی است. پرسشنامه جهت بررسی ماده های پرسشنامه در اختیار متخصصان روانسنجی و روانشناسی قرار گرفت و برای سنجش میزان تنیدگی مورد تایید واقع شد. اعتبار پرسشنامه نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای کل پرسشنامه برابر است با $0/82 =$ ، ضریب آلفا برای خرده مقیاس نشانگان جسمانی $0/81$ و نشانگان رفتاری $0/83$ گزارش شده است [۳۲]. مقدار پایایی در پژوهش حاضر $0/76$ بدست آمد.

مجوز لازم برای انجام پژوهش از شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره و تایید اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر اخذ شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

پرسشنامه نشانگان تنیدگی که به منظور اندازه گیری میزان تنیدگی زنان داری تعارض به کار می رود بوسیله سید خراسانی (۱۳۷۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۰ پرسش است که بر مبنای یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تعیین می‌شود و دامنه بروز نشانگان تنیدگی می‌تواند از هرگز، کم، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد باشد و چهار دسته از نشانگان تنیدگی شامل نشانگان جسمانی، شناختی، عاطفی و رفتاری را می‌سنجد. بالاترین نمره ۲۵۰ و پایین ترین نمره ۵۰ است. نمره برش ۱۰۰ در نظر گرفته شده است، هرچه نمره بالاتر باشد، نشانه شدیدتر است. نمره در مطالعه مقدماتی جهت تهیه پرسشنامه از منابعی چون راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، پیشینه تحقیقاتی درباره تنیدگی و نیز آزمون نشانگان تنیدگی مازلیچ استفاده شده است. روایی و پایایی: بنابر مطالعات مقدماتی و روانسنجی روشن شد این پرسشنامه دارای روایی صوری و محتوایی

جدول ۱: خلاصه محتوی جلسات آموزشی واقعیت درمانی گلسر

تعداد جلسات	اهداف جلسات	محتوای جلسات	تکلیف جلسات
اول	معرفی اعضا و ایجاد ارتباط بین اعضا و درمانگر	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقراری رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت درمانی گلسر	در پایان جلسه از اعضای گروه خواسته شد تا درباره خواسته‌های اساسی در ارتباط با زندگی زناشویی و مشکلات مربوط به آن فکر کنند و آن‌ها را یادداشت کنند و در جلسه بعد مطرح کنند.
دوم	بررسی مفهوم ارتباط با دیگران و آشنایی با ویژگی‌های ارتباط موثر	ابراز خوشحالی توسط درمانگر و هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار	از اعضای گروه خواسته شد تا برای جلسه بعد در رابطه زناشویی خود به نیازهای اساسی دقت کنند و تأثیر ارضاء نیازها بر رابطه زوجینی را به‌طور مختصر لیست کنند.
سوم	آشنایی با معنا و مفهوم تصمیم‌گیری، اهمیت تصمیم‌گیری و مراحل تصمیم‌گیری	معرفی رفتار کلی؛ جهت آشنایی زنان با ماشین رفتار و جایگاه رفتار کلی در این ماشین رفتار برای آنها توضیح داده شد و همچنین از روش ایفای نقش برای تفهیم مسائل استفاده گردید	از اعضا خواسته شد تا یکی از رفتارهای خود را انتخاب کرده و بگویند که در هنگام انتخاب آن چه فکر و احساسی داشته‌اند و حالت بدنی آن‌ها چگونه بود؟
چهارم	اهمیت ارتباط و نقش آن در رضایت، احساس خود ارزشمندی و برآوردن نیازهای اساسی	آشنایی، معرفی و توضیح تعارضهای ۴گانه که بین ۴ رفتار کلی، و توضیح درباره رفتارهای اجباری به کمک مثالهای مختلف.	بعد از شرح رفتار کامل و اطمینان از درک آن توسط اعضا، از آن‌ها خواسته شد تا در ارتباط با همسرشان، رفتار کامل خود را با توجه به فهرستی از نیازهای اساسی خود که در جلسه دوم تهیه کرده‌اند مشخص کنند.
پنجم	تبدیل رفتارهای منجر به شکست به رفتارهای رضایت بخش، تاکید بر زندگی در زمان حال	معرفی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال که چگونه می‌توان دنیای کیفی خود را قاب‌گیری مجدد کرد.	از اعضا خواسته شد تا عادت‌های رفتاری مخرب خود را هنگام تعامل با همسران یادداشت کنند.
ششم	آشنایی با ابعاد رفتار از دیدگاه گلسر، نقش انسان در کنترل رفتار	شناخت نیازهای انسان با تلاش اعضا کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن نیازها	از گروه خواسته می‌شود جهت‌گیری جدید را که به کمک یکدیگر تهیه نموده‌اند، در منزل مورد ارزیابی قرار دهند و در صورت ناکارآمد بودن، مجدداً رفتارهای جدید را ارزیابی نمایند و آن قدر به این فرآیند ادامه دهند تا یک رفتار درست را بررسی کنند.
هفتم	چگونگی حفظ تغییرات بوجود آمده و اجرای پس‌آزمون	شیوه حفظ و افزایش تغییرات، مرور جلسات قبلی و ارزیابی میزان پیشرفت زنان دارای تعارض زناشویی و زمینه‌سازی تعهد لازم جهت کاربرد آموخته‌ها برای خلق زندگی و روابط بهتر	-

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی طرحواره درمانی

تعداد جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	تکلیف جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	۱- برقراری ارتباط و معرفی اعضا ۲- بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره ۳- تعهد گرفتن ۴- شناسایی مشکل فعلی.	هر فرد طی چند روز آینده درباره روابط خود را با همسر دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند.
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	۱- آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها ۲- توضیح سبک‌های مقابله‌ای ۳- برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره.	افراد برگه اطلاعات در مورد طرحواره‌ها را خوب مطالعه کرده و چند موقعیت را که دچار تعارض زناشویی می‌شوند را در زندگی زناشویی خود در نظر بگیرند و نوع طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای را مشخص کنند.
سوم	راهبردهای شناختی	۱- ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ ۲- اجرا آزمون اعتبار طرحواره ۳- استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه ۴- تعریف جدید از شواهد تعیین کننده طرحواره.	افراد تا جلسه بعد چند مورد از رفتار طرحواره را در نظر بگیرند طرحواره زیربنایی آن شواهد تعیین کننده ورد کننده آن را یادداشت کنند.
چهارم	تکنیک‌های شناختی	۱- ارزیابی مزایا و معایب پاسخهای مقابله‌ای افراد ۲- برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم ۳- استفاده از بازی مدافع بازی شیطان ۴- آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی	افراد در منزل بین جنبه طرحواره و جنبه سالمشان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفتگویی برقرار سازند و بنویسند.
پنجم	راهبردهای تجربی	۱- ارائه منطق تکنیک تجربی و اهداف آن ۲- تصویر سازی ذهنی ۳- ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به حال ۴- انجام گفتگویی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده و ارسال نکرده و در جلسه همراه خود بیاورند.
ششم	الگو شکنی رفتاری	۱- ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری ۲- بیان هدف تکنیک‌های رفتاری ۳- تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر ۴- ارائه راهمایی برای تهیه فهرست رفتار ۵- الویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین ۶- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار	افراد در چند موقعیتی که دچار تعارض زناشویی شده‌اند را در زندگی در نظر گرفته و احساس، افکار و رفتار خود را ثبت کرده و در صورت بروز رفتار مشکل آفرین، رفتار سالم جایگزین مقابل آن بنویسند.
هفتم	تکنیک‌های رفتاری	۱- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار ۲- تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی و ایفای نقش ۳- غلبه بر موانع تغییر رفتار ۴- ایجاد تغییرات مهم در زندگی	از افراد خواسته شود که برای رفتاری که هنوز در آن تغییر ایجاد نشده با پرسیدن این سوال از خود اگر این طرحواره را نداشتیم چکار می‌کردیم، رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند
هشتم	جمع بندی و اختتام	۱- خلاصه جلسات قبل ۲- بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال ۳- جمع بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا ۴- ارائه پس آزمون و تشکر و خداحافظی	-

۵/۲۲ ± ۳۶/۰۹ سال، میانگین و انحراف معیار تعداد فرزند آن‌ها ۱/۶۵ ± ۱/۶۰، میانگین و انحراف معیار مدت زمان ازدواج آن‌ها ۵/۳۴ ± ۱۲/۶۹ سال، و میانگین و انحراف معیار تعارض زناشویی آن‌ها ۷/۳۴ ± ۱۹۲/۱۸ بود. در (جدول ۳)، میانگین و انحراف معیار سن، تعداد فرزند، مدت ازدواج، و تعارض زناشویی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن، تعداد فرزند، مدت ازدواج، و تعارض زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

برای تحلیل آماری داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها نیز به کمک نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن، تعداد فرزند، مدت ازدواج و تعارض زناشویی زنان مراجعه کننده به شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره ورامین در سال ۱۳۹۷ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	واقعیت درمانی (انحراف معیار ± میانگین)	طرحواره درمانی (انحراف معیار ± میانگین)	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	P
سن	۳۵/۶۰ ± ۳/۹۹	۳۶/۴۰ ± ۶/۲۳	۳۶/۲۷ ± ۵/۵۳	۰/۹۰۸
تعداد فرزند	۱/۶۰ ± ۰/۶۳	۱/۵۳ ± ۰/۶۴	۱/۶۷ ± ۰/۷۲	۰/۸۶۱
مدت ازدواج (به سال)	۱۳/۴۷ ± ۴/۵۱	۱۳/۵۳ ± ۵/۳۹	۱۱/۰۷ ± ۶/۰۰	۰/۳۶۳
تعارض زناشویی	۱۸۹/۸۰ ± ۷/۷۸	۱۹۲/۳۳ ± ۷/۸۸	۱۹۴/۴۰ ± ۵/۹۳	۰/۳۳۲

آزمون: تحلیل واریانس یک راهه، - اختلاف معنی دار $p < ۰/۵۰$

نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد اختلاف میانگین نمرات نشانگان تنیدگی در گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی دار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد معنی‌داری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های درمانی با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، نمرات نشانگان تنیدگی گروه‌های درمانی کم‌تر از نمره گروه کنترل است، ولی نمره نشانگان تنیدگی واقعیت درمان و طرحواره‌درمانی متفاوت از هم نیست. بنابراین، واقعیت درمان و طرحواره درمانی در کاهش نشانگان تنیدگی برتری نسبت به هم ندارند.

(جدول ۴) نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر نشانگان تنیدگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات نشانگان تنیدگی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر آن، تأثیر واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی بعد از یک ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره تنظیم هیجان گروه‌های درمانی با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر نشانگان تنیدگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مراجعه کننده به شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره ورامین در سال ۱۳۹۷

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی
نشانگان تنیدگی	واقعیت‌درمانی	۱۹۹/۰۷ ± ۶/۳۴	۱۲۴/۲۷ ± ۶/۲۷	۱۲۳/۰۰ ± ۶/۶۸	$P < ۰/۰۰۱$ *	$P < ۰/۰۰۱$ *
	طرحواره درمانی	۲۰۰/۲۷ ± ۵/۶۸	۱۲۵/۱۳ ± ۵/۱۴	۱۲۳/۳۳ ± ۵/۳۴	$P < ۰/۰۰۱$ *	$P < ۰/۰۰۱$ *
	کنترل	۲۰۱/۲۰ ± ۷/۱۲	۲۰۰/۵۳ ± ۷/۶۷	۲۰۰/۰۷ ± ۷/۷۵	$P > ۰/۸۰۸$	$P > ۰/۸۰۸$
سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها		$p > ۰/۶۶۱$	$p < ۰/۰۰۱$ *	$p < ۰/۰۰۱$ *	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < ۰/۰۵$ * اختلاف معنی‌دار

تعیینی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۵) آورده شده است.

جهت مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره‌درمانی بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی از آزمون

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بر حسب عضویت گروهی در متغیر نشانگان تنیدگی زنان مراجعه‌کننده به شورای حل اختلاف و مراکز مشاوره ورامین در سال ۱۳۹۷

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
(پیش‌آزمون)	واقعیت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	-۱/۸۶۷	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۲/۰۶۷	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
(پیش‌آزمون)	طرحواره‌درمانی	واقعیت‌درمانی	۱/۸۶۷	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۰/۲۰۰	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
(پیش‌آزمون)	کنترل	واقعیت‌درمانی	۲/۰۶۷	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
	کنترل	طرحواره‌درمانی	۰/۲۰۰	۱/۳۴۰	۱/۰۰۰
(پس‌آزمون)	واقعیت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	۱/۰۰۰	۲/۸۸۲	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۳۵/۲۶۷	۲/۸۸۲	۰/۰۰۱
(پس‌آزمون)	طرحواره‌درمانی	واقعیت‌درمانی	-۱/۰۰۰	۲/۸۸۲	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۳۶/۲۶۷	۲/۸۸۲	۰/۰۰۱
(پس‌آزمون)	کنترل	واقعیت‌درمانی	۳۵/۲۶۷	۲/۸۸۲	۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره‌درمانی	۳۶/۲۶۷	۲/۸۸	۰/۰۰۱
(پیگیری)	واقعیت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	-۱/۴۶۷	۲/۷۹۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۳۴/۸۶۷	۲/۷۹۸	۰/۰۰۱
(پیگیری)	طرحواره‌درمانی	واقعیت‌درمانی	۱/۴۶۷	۲/۷۹۸	۱/۰۰۰
	کنترل	کنترل	-۳۳/۴۰۰	۲/۷۹۸	۰/۰۰۱
(پیگیری)	کنترل	واقعیت‌درمانی	۳۴/۸۶۷	۲/۷۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره‌درمانی	۳۳/۴۰۰	۲/۷۹۸	۰/۰۰۱

مدرجات (جدول ۵) نشان می‌دهد که بین افراد گروه واقعیت‌درمانی، طرحواره‌درمانی و کنترل در پیش‌آزمون از منظر تنظیم هیجان تفاوت وجود ندارد؛ اما بین افراد این گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری از منظر تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نمرات افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در متغیر تنظیم هیجان متفاوت از نمرات افراد گروه کنترل است. همچنین، نمرات افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در متغیر تنظیم هیجان در پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست؛ و این نشان می‌دهد که تأثیر این درمان‌ها بر تنظیم هیجان زنان دارای تعارض زناشویی متفاوت از هم نیست.

بحث

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی می‌باشد. نتایج نشان داد بین افراد گروه واقعیت‌درمانی، طرحواره‌درمانی و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری از منظر نشانگان تنیدگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نمرات افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در متغیر نشانگان تنیدگی کم‌تر از نمرات افراد گروه کنترل است. اما بین افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی از منظر نشانگان تنیدگی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی می‌باشد. نتایج نشان داد بین افراد گروه واقعیت‌درمانی، طرحواره‌درمانی و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری از منظر نشانگان تنیدگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نمرات افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در متغیر نشانگان تنیدگی کم‌تر از نمرات افراد گروه کنترل است. اما بین افراد گروه واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی از منظر نشانگان تنیدگی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که

نتایج بدست آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که زوجین در هنگام رویارویی با موقعیت‌های فشارزا و دشوار، استرس و تنیدگی را تجربه می‌کنند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا ناامیدی و تعارض بین آنها می‌شود.

موقعیت فشارزا سامانه خانواده را مختل می کند، مگر اینکه زوجین بتوانند با وضعیت تازه خود را سازگار کنند [۳].

از نظر واقعیت درمانی چنانچه افراد تصور مثبت و واقع بینانه ای نسبت به خودشان داشته باشند و مسئولیت کارهایشان را برعهده بگیرند احساس ارزشمندی و بهتری را تجربه می کنند و در نتیجه روی سلامت روانی جسمانی (نشانگان تنیدگی) و سازگاری آنها تأثیر زیادی دارد [۳۶].

برای این اساس، در رویکرد واقعیت درمانی به زنان دارای تعارض زناشویی آموزش داده شد تا نیازهای اساسی را به شیوه صحیح ارضاء کنند و همچنین باعث تقویت منبع کنترل درونی شوند و موفقیت ها را به خود نسبت دهند و معتقد شوند رفتار، تفکر و احساسی را که تجربه می کنند تحت کنترل خودشان است در نتیجه باعث کاهش فشارهای روانی ناشی از تنش های زناشویی و مثبت شدن خود پنداره، افزایش سلامت روانی و جسمانی (نشانگان تنیدگی) و انتخاب بهتر کارها و رفتارهای درست در آنان و نهایتاً به کاهش تعارض زناشویی منجر می شود. براساس رویکرد واقعیت درمانی به زنان دارای تعارض زناشویی آموزش داده شد که هر عملی که از آنان سر می زند به رفتار کلی است که گلسر آن را به ماشین رفتار تشبیه کرده است که از ۴ مولفه اساسی ("فکر و عمل": چرخ های جلو ماشین، "فیزیولوژی و احساس": چرخ های عقب ماشین) تشکیل شده است، گلسر در تمایل ماشین رفتار به زیبایی نشان می دهد همانگونه که راننده بر چرخ های جلو ماشین کنترل دارد و به هرجهتی که بخواهد می تواند هدایت کند و چرخ های عقب ماشین تابع چرخ های جلو هستند؛ فرد بر فکر و عمل کنترل مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی کنترل غیر مستقیم دارد. یعنی برای تغییر فیزیولوژی (بیماری های جسمی) و کنترل احساس (غم، خشم، اضطراب، افسردگی و ...) باید بر چرخ های جلو (تفکر و عمل) را تمرکز کند تا بتواند با اعمال دستکاری و تغییر در افکار و اعمال می تواند فیزیولوژی و احساس خود را تغییر دهد [۳۷].

زنان با نشانگان تنیدگی دارای تعارض زناشویی بر مبنای تئوری انتخاب یاد گرفتند با تغییر افکار و اعمال می توانند فیزیولوژی (دردهای جسمانی و مزمن) و احساس (افسردگی، اضطراب و ...) را کنترل کنند. بنابراین نمرات آنان در پس آزمون در متغیر نشانگان تنیدگی با اندازه قابل قبولی کنترل شده بود که حاکی از اثربخشی واقعیت درمانی بر این متغیر بوده است. نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی طرحواره بر نشانگان تنیدگی نزدیک به پژوهش خورشیدزاده و همکاران

درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی [۲۵]، Hoffort و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر طرحواره درمانی در درمان بیماری های جسمی [۲۶] و پژوهش قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۶) در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در درمان خود بیمارانگاری می باشند [۲۷].

بنابراین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی بطور خلاصه می توان گفت طرحواره های ناسازگار اولیه بین هر یک از زوجین، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و به سختی قابل تغییر هستند. طبق این توصیف، رفتارهای ناسازگار و تنیدگی و استرس ایجاد شده بر اثر تعارض زناشویی بین زوجین در پاسخ به طرحواره های قبلی است [۳۸].

آزمودنی های این پژوهش یاد گرفتند به کمک راهبردهای شناختی از قبیل: بررسی شواهد تایید کننده و رد کننده طرحواره، بررسی سود و زیان، برقراری گفتگو میان جنبه سالم و جنبه طرحواره و ... جهت تغییر در سیستم ارزیابی خود، بازسازی و تغییر در طرحواره های ناکارآمد و تغییر در باورها غیرمنطقی و نگرش های ناکارآمد و همچنین با استفاده از فنون تجربی از قبیل انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی درحین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی ذهنی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی جهت سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت های زناشویی فراهم سازد [۳۹].

از آنجایی که گستره وسیعی از رفتارها می تواند بر نشانگان تنیدگی بین زوجین تأثیر بگذارد، بنابراین، زنان دارای تعارض زناشویی به کمک تکنیک های رفتاری توانستند با یادگیری مهارت های لازم، تغییر در سبک های مقابله ای شرایط و عوامل تنیدگی را کنترل کنند و با تغییر در سیستم ارزیابی خود و یادگیری الگوهای رفتاری جدید یا تمرین در جلسات گروهی و دریافت بازخورد از اعضا به خزانه رفتاری موثر و کارآمدی مجهز شوند تا بتوانند نشانگان تنیدگی را کنترل کنند و در نهایت تعارض زناشویی را کاهش دهند. با توجه به موارد گفته شده می توان گفت هر دو رویکرد (واقعیت درمانی و طرحواره درمانی) اثر بخشی یکسانی بر نشانگان تنیدگی زنان دارای تعارض زناشویی داشته است.

سیاسگزاری

این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دکتری مشاوره خانواده با کد ۲۰۷۲۱۶۰۲۹۷۱۰۰۴ مصوب زمستان ۹۸ دانشگاه آزاد ابهر و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق و نظارت بر مطالعات علمی دانشگاه به شماره (IR.IAU.Z.REC.1397.142) می باشد. بدین وسیله از کلیه آزمودنی ها و کسانی که در انجام پژوهش نویسنده را یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Cheng S Y, Lin P C, Chang Y K, Lin Y K, Lee, P H., Chen, S R. Sleep quality mediates the relationship between work-family conflicts and the self-perceived health status among hospital nurses. *Journal of nursing management*, (2019); 27 (2):381-387. <https://doi.org/10.1111/jonm.12694> PMID:30328175
- Alirezaie M. Relationship between attachment styles and family functioning and marital intimacy. MSc thesis. (2015), Allameh Tabatabai university.
- Papp L M. Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. (2018);17 (1): 7-24. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302377>
- Hibel L C, & Mercado, E. . Marital conflict predicts mother-to-infant adrenocortical transmission. *Child development*,. (2019); 90(1): e80-e95. <https://doi.org/10.1111/cdev.13010> PMID:29266194 PMID:PMC6812492
- Repetti R, Wang S W. Effects of job stress on family relationships. *Current Opinion in Psychology*, (2017);13:15-18 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.010> PMID:28813286
- Lähdepuro A, Savolainen K, Lahti-Pulkkinen, M., Eriksson, J. G., Lahti, J., Tuovinen, S Rääkkönen K. The Impact of early Life stress on Anxiety symptoms in Late Adulthood. *Scientific reports*, . (2019); 9(1):43-95

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی اثربخش بودند. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و لزوم توجه به آسیبها و خسارات جبرانناپذیر ناشی از تعارض زناشویی (گرایش به خیانت، طلاق عاطفی، مشکلات در فرزندپروری و ...)، پیشنهاد می شود در کلینیک های روانشناسی بیمارستان ها، شبکه های بهداشت خانواده و سایر مؤسسات دولتی و خصوصی، از واقعیت درمانی و طرحواره درمانی گروهی در زمینه کاهش تعارض زناشویی استفاده شود.

<https://doi.org/10.1038/s41598-019-40698-0>
PMid:30867476 PMID:PMC6416302

- Szabo S, Yoshida M, Filakovszky J., Juhasz, G. "Stress" is 80 years old: From Hans Selye original paper in 1936 to recent advances in GI ulceration. *Current pharmaceutical design*, (2017);23(27): 4029-4041. <https://doi.org/10.2174/1381612823666170622110046>
- Gana K, Jakubowska, S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of health psychology*, 2018; 21(6):1043-1054. <https://doi.org/10.1177/1359105314544990> PMID:25139894
- Gaines, J., Vgontzas, A. N., Fernandez-Mendoza, J., He, F., Liao, D., Calhoun, S., ... & Bixler, E. O. Stress and Objective Short Sleep Duration Predict Higher Blood Pressure in Adolescents. *Sleep*,. (2018):41, A316. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy061.851>
- Lucas-Thompson, R. G., Lunkenheimer, E. S., & Dumitrache, A. Associations between marital conflict and adolescent conflict appraisals, stress physiology, and mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, (2017): 46 (3), 379-393. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046179> PMID:26136117 PMID:PMC4698249
- Krannitz, M. A., Grandey, A. A., Liu, S, Almeida, D. A. Workplace surface acting and marital partner discontent: Anxiety and exhaustion spillover mechanisms. *Journal of Occupational*

- Health Psychology, (2018).; 20(3): 314-325.
<https://doi.org/10.1037/a0038763>
 PMID:25705910 PMCID:PMC4478215
12. Aghajanian, A., & Thompson, V. Female headed households in Iran (1976° 2009). *Marriage & Family Review*, (2016): 49 (2), 115-134.
<https://doi.org/10.1080/01494929.2012.728558>
 13. Aqayousefi, A, Fathi Ashtiani, A, Ali Akbari, M, Imanifar, H. The Effectiveness of reality therapy based on choice theory on marital conflicts and social well-being. (2016). *Woman and society*. (7) 2: 35-49.
 14. Glasser, W. *Reality therapy in Action*. New York: Harper Collins. (2010).
 15. Shafiabadi A , Naseri G. *Counseling and psychotherapy theories*. Tehran publishing center publication. (2018).
 16. Marshal M .Using a discipline system to promote learning. *International journal of reality. Therapy*. Vol 24, number 1.(2015).
 17. Wubbolding, R. *Counseling with reality therapy*. Routledge. (2017).
<https://doi.org/10.4324/9781315173009>
 18. Mottaqi Kashani, M, Maleki rad, A. The effectiveness of Schema therapy, major depression disorder, marital conflict, and quality of life in drug abuse women,. 11th international conference on psychology and social sciences, (2018) ;(6) 3: 37-49.
 19. Lounch, I(2017). *Effects of Schema Therapy vs. Cognitive Behavioral Therapy in Patients With Depression*. University of Munich.
 20. Mandler, J. M.. *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Psychology Press. (2017).
 21. Young, J.E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*, (rev. ed). Sarasota, FL: Professional Resources Press, (2016).
 22. Mousavi, S., Low, W., & Hashim, A.. The relationships between perceived parental rearing style and anxiety symptoms in Malaysian adolescents: the mediating role of early maladaptive schemas. *J Depress Anxiety*, (2016); 2: 2167-1044.
<https://doi.org/10.4172/2167-1044.S2-009>
 23. Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S.. Associations between perfectionism and generalized anxiety: Examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, (2017): 33(2), 160-178.
<https://doi.org/10.1007/s10942-015-0208-9>
 24. Shoaie L, Vahidi V, Blak, H Baghbadrani, Sh. The effectiveness reality therapy based on choice theory on difficulty in adjusting emotions and negative emotions (Depression, Anxiety and stress) of mothers of children with learning disabilities, national conference on social development, Ahvaz, Shahid Chamran university- Iranian Sociological Association. (2019).
 25. Khorshidzadeh, M, Borjali, A, Sohrabi, F & Delaware, A. The effectiveness of schema therapy in the treatment of women with social anxiety disorder. *Clinical psychology and counseling research of Ferdosi university of Mashhad*. (2015). 2 (6), 34-49.
 26. Hoffort. A., Verland, S &Sexton, H. Selfunderstanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality disease: A process outcome study. *Journal of cognitive therapy and research*. (2016).: 26 (2), 190 219.
 27. Ghorbanalipour M ,SmaeeliA.Effectiveness of schema therapy on hypochondriasis .*clinical psychology*.(2016):9(1);43-58
 28. Safai Rad, S & Varasteh Far, A. The relationship between marital conflicts and emotional divorce of women referred to Tehran courts, social research, (2015), (6) 20 106-85.
 29. Rajae Fard, M & Mohammadi M. The relationship between marital conflict and attitude to infidelity in married students of Shiraz Azad university, National conference of modern Iranian and world research in psychology, Educational sciences and social studies, Shiraz, Islamic Azad university, Zaghan branch, Shoushtar branch, Tabriz, M. Sc., Islamic Azad university, central Tehran Branch. (2017).
 30. Sana'ae, B. *Family and marriage measurement scales*, Tehran: Bassat publications (2018).
 31. Haji Karam, A. The relationship between work family conflict and mental health and marital conflict in working woman in Tehran. *Clinical psychology research & counseling*, (2018): 6 (1), 127- 113
 32. Seyyed Khorasani Sediqian, N. The relationship between stressors, Hardiness and biological, cognitive and psychological reactions of students, (1998).
 33. Sahebbi, A. Theory of reality choice therapy (part I). *journal of School counseling growth*, (2017):27 (2), 4-11.

34. Taghi Yar, Z, Pahlavanzadeh, F & Samavi, A. The effectiveness of Schema therapy on marital frustration of married women, women and family studies, (2016): (34) 9, 64-49.
35. Ghahari M. Effectiveness of reality therapy on emotion regulation and mental health in heart disease. new strategies in psychology and education. (2019):4(1);24-36.
36. Corey, G. Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 9th edition, 333-359. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning. (2016).
37. Low F M., Gao GJ. Choice and hope: a preliminary study of choice- base reality therapy in strengthening hope in recovery of women convicted with drug offences In Taiwan. International journal of offender therapy and comparative criminology, (2018);61(3),310-333. <https://doi.org/10.1177/0306624X15596392> PMID:26216919
38. Paim, K. C., & Falcke, D. The experiences in the family of origin and the early maladaptive schemas as predictors of marital violence in men and women. Análise Psicológica, (2018), 36 (3), 279-293. <https://doi.org/10.14417/ap.1242>
39. Rafael E, Bernstein D. P, Young J. Schema therapy. US and Canada: Routledge. (2018).