

## اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور

حسین چارستاد<sup>۱</sup>، رحمت اله عظیمی<sup>۲</sup>، مریم موسوی نیک<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه، ایران

<sup>۲</sup> مدرس گروه روان شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران ( نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور بود. این پژوهش در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زوجین نابارور ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ را تشکیل دادند و حجم نمونه ۳۲ زوج نابارور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ زوج) و کنترل (۱۶ زوج) جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) و خود تنظیمی هیجان‌گرتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده گردید و مداخله طرحواره درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش انجام گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که طرحواره درمانی در سطح ( $F=2830/45$ ،  $P<0/01$ ) بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور در مرحله پس‌آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین با عنایت به معنی دار شدن فرضیه این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، طرحواره درمانی توانسته است موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور شهر تهران گردد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، سرمایه روان‌شناختی، خود تنظیمی هیجانی، زوجین نابارور

## مقدمه:

ناباروری به عنوان عاملی تنش زا، در زندگی زوج های نابارور تاثیر منفی بسیار زیادی دارد و افراد را با مشکلات روانی و جسمی زیادی مواجه می کند، ناباروری ممکن است روابط فردی به ویژه ارتباط میان زوج ها را تحت تاثیر قرار دهد. هرچند گاه مشاهده می شود که ناباروری، صمیمت و نزدیکی بیشتری در رابط عاطفی زوج ها ایجاد می کند، اما بسیاری از زوج ها در طول زمان، با مشکلات جانبی بسیاری مواجه می شوند، برخی از زوج ها با اینکه در کنار یکدیگر زندگی می کنند اما دچار طلاق عاطفی شده و هر کدام سرگرم زندگی شخصی خود بوده و هیچ گونه ارتباط عاطفی با هم ندارند (بویون، ۲۰۱۵). ناباروری پیامدهایی دارد که تار و پود زندگی را چه به صورت فردی و چه اجتماعی تحت تاثیر شدید قرار می دهد. بیشترین میزان رضایت و احساس خوشبختی، میان زوج های جوانی دیده می شود که فرزندی ندارند، اما این اتفاق به چندسال اول زندگی مشترک ختم می شود و پس از گذشت چند سال، به مرور، ناباروری موجب مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی و تنش بسیار در خانواده می شود. تجربه ثابت کرده است مشارکت زن و شوهر و تلاش همزمان آنها برای تربیت و رشد کودکان، اغلب موجب استحکام بنیان خانواده می شود. به همین دلیل نبود فرزندی در خانواده، اغلب موجب سست شدن بنیان خانواده می شود. (کارتر و همکاران، ۲۰۱۴). ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که بر زندگی زوج ها و عملکرد خانواده تاثیر می گذارد. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می آورد که فرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل تشخیص ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می شود، همچنین به عنوان یک رویداد منفی بسیار مهم در زندگی می تواند تاثیرات مخربی روی کیفیت زندگی افراد بگذارد (بویون، ۲۰۱۵). باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است. اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود، می تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد (اصغری، عیسی پور و قاسمی، ۱۳۹۷). مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زوجین تاثیر به سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی روانی و همچنین چالش های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش های کمک باروری نیز آنان را تحت تاثیر خود قرار می دهد، به نحوی که مشکلات مربوط به ناباروری، بسیاری از افراد را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سرآشویی منتهی به اختلالات روانی قرار می دهد و تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران قیمت و خسته کننده ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید. با وجود این که مطالعات مختلف اهمیت ارتباط مسایل جسمی و روانی ناباروری را نشان داده اند (زمانی و همکاران، ۲۰۱۵).

جنبه های گوناگون ناباروری هنوز در هاله ای از ابهام قرار دارد. مطالعات زیادی بر روی زوج های نابارور انجام شده است که نشان دهنده آن است که ناباروری می تواند افراد را در معرض فشارهای روانی یا اختلالات روانی گوناگون قرار دهد. اختلالات روانی مانند افسردگی، فشار روانی، اضطراب از مهمترین مشکلاتی است که ۸۵٪ خانواده های نابارور و فاقد فرزند مورد بررسی، با آن مواجه می باشند. بیشترین آسیبی که زوج های نابارور آن را تجربه می کنند، حس استرس، غم و اندوه، حقارت، خشم و عصبانیت، کاهش رضایت از زندگی، حسادت به همسران صاحب فرزند و کاهش امید به زندگی می باشد. این افراد اغلب احساس عدم زیبایی، ناامیدی، خود سرزنش گری و نداشتن هدف را دارند (آجیل چی و سلیمی، ۱۳۹۰). در مطالعه دومر

---

<sup>1</sup>- Infertile

<sup>2</sup>- Boivin

<sup>1</sup>-Domer

(۲۰۱۴)، نیمی از افراد نابارور تغییر در روابط جنسی و ۷۵ درصد از آن‌ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. سرمایه روان‌شناختی مفهومی است که عمدتاً از تئوری و تحقیق در حیطه روانشناسی مثبت به دست آمده و خودکارآمدی، تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی هستند (لوتانز، ۲۰۰۷).

روانشناسی مثبت نگر مطالعه علمی تجربه‌ها و صفات فردی مثبت و نهادهایی است که رشد این ویژگی‌ها را تسهیل می‌کند. روانشناسی مثبت نگر با توجه به اینکه به آسایش روانی و کارکرد بهینه می‌پردازد، در بدو امر شاید یک پیوستار از روانشناسی بالینی یا بخشی از آن باشد، اما بر طبق این دیدگاه افرادی که فشارهای روان‌شناختی را تحمل می‌کنند در زندگی به دنبال امری به مراتب بیشتر از تسکین درد و رنج هستند و این افراد در پی خشنودی بیشتر، لذت و رضایت مندی بیشتری هستند تا صرف کم کردن غم و نگرانی شود، این افراد زندگی معنی‌داری داشته و دارای هدف می‌باشند (لوتانز و جنسن، ۲۰۰۲). همچنین تنظیم هیجان که یکی از مولفه‌های مهم هوش هیجانی محسوب می‌شود در بهسازی سلامت روان و روابط بین فردی و زناشویی زوجین نابارور موثر است. یافته‌های پژوهشی دیگر بیانگر آن است که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش تعارضات زناشویی در زوجین می‌شود (اصغری و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده سرمایه روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجان دو سازه مهم و تاثیرگذار در بهداشت روان زوجین مخصوصاً زوجین نابارور می‌شود. رفتارها ریشه در طرحواره‌های اولیه دارند. طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می‌شود. در روانشناسی و روان‌درمانی، طرحواره به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند، حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. با این تعریف کلی، طرحواره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد. برخی از این طرحواره‌ها- به ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار در دوران کودکی شکل می‌گیرند- ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن قرار بگیرند (یانگ، ۱۹۹۸). لذا در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی در زوجین نابارور موثر است؟

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات و برنامه درمانی در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و گواه صورت گرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زوجین نابارور ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ می‌باشد. در این پژوهش ۳۲ زوج ناباور به روش نمونه‌گیری در دسترس ساکن شهر تهران در صورت تمایل به همکاری در این پژوهش انتخاب گردیدند. سپس به طور تصادفی ۳۲ زوج در دو گروه آزمایش (۱۶ زوج) و کنترل (۱۶ زوج) جایگزین شدند و گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. قبل از شروع مداخله پیش‌آزمون و بعد از پایان مداخله نیز پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید.

**ابزار پژوهش:** الف) پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸): این پرسشنامه ۷۵ گویه است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه بر طبق پنج نیاز هیجانی ارضا نشده تقسیم می‌شوند که آنها را حوزه‌های طرحواره می‌نامند. هر گویه روی پیوستار شش درجه ای (یک=به طور کامل درمورد من نادرست است، تا شش= به طور کامل مرا توصیف می‌کند) پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر یک خرده مقیاس نشانگر طرحواره ناسازگار است. پایایی پرسشنامه طرحواره یانگ در نسخه غیر فارسی آن برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است.

ب) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷): برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز تایید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش داده می‌شود. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۵۰۰ نفری برابر با ۰/۹۳ به دست آمد است و روایی صوری و محتوایی ۰/۸۹ این مقیاس مطلوب گزارش شده است که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تایید می‌باشد. کاظمی (۱۳۹۱)، در پژوهشی میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

ج) پرسشنامه خود تنظیمی هیجان گرتز و روئمر (۲۰۰۴): مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خود گزارش دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. نمره گذاری پرسشنامه: یک به معنای تقریباً هرگز، دو به معنای گاهی اوقات، سه به معنای نیمی از مواقع، چهار به معنای اکثر اوقات، پنج به معنای تقریباً همیشه. این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. سوالات ۷، ۶، ۲، ۱، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). بر اساس داده‌های حاصل از عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۸).

**روش اجرا و پروتکل مداخله جلسات طرحواره درمانی :** در این پژوهش از ۵۶ زوجین نابارور ساکن شهر تهران به روش نمونه گیری دردسترس با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی از آنها خواسته شد تا ابتدا به پرسشنامه‌های طرحواره یانگ، سرمایه روان‌شناختی لوتانز و خود تنظیمی هیجان گرتز و روئمر پاسخ بدهند و از میان ۵۶ زوج پاسخگو ۳۲ زوج که بیشترین نمره در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین با نمره زیر نقطه برش پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز و خود تنظیمی هیجان گرتز و روئمر، انتخاب و سپس بعد از توضیحات کافی از هدف پژوهش برای مراجعین و با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی در صورت تمایل به همکاری در این پژوهش انتخاب گردیدند و برحسب تصادف به دو گروه آزمایش شامل ۱۶ زوج و گروه گواه شامل ۱۶ زوج تقسیم گردیدند و از آنها درخواست گردید که به پرسشنامه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی به عنوان پیش آزمون پاسخ بدهند. سپس مداخله طرحواره درمانی بر روی گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت و گروه گواه در انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله طرحواره درمانی، از هر دو گروه در خواست گردید مجدداً پرسشنامه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی را به عنوان پس آزمون تکمیل کنند.

شرح پروتکل مداخله طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای :

**اهداف آموزشی جلسه اول:** آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات و مبحث تفکر، احساس و رفتار و آموزش مدل ABC

**اهداف آموزشی جلسه دوم:** شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات و آشنایی با شیوه‌های تفکر منفی و ناکارآمد ماهیت طرحواره‌ها

**اهداف آموزشی جلسه سوم:** درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی و دسته بندی باورها و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اعضا

**اهداف آموزشی جلسه چهارم:** تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تاکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت زدایی منظم و آموزش نحوه تهیه نقشه شناختی

**اهداف آموزشی جلسه پنجم:** شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره‌های ذهنی و شیوه‌های مبارزه با باورها از طریق عینی‌تر کردن آنها

**اهداف آموزشی جلسه ششم:** آموزش تکنیک کاهش و با استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره به مقابله و حذف طرحواره‌های ناسازگار افراد پرداخته شد و اعضا به بررسی شواهد عینی تایید کننده طرحواره‌های خویش و ارائه تعریفی جدید و بررسی صورت پذیرفت.

**اهداف آموزشی جلسه هفتم:** مسولیت پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای افراد پرداخته شد. انجام تکنیک صندلی خالی

**اهداف آموزشی جلسه هشتم (نهایی):** جمع بندی جلسات و انجام پس آزمون

## یافته ها

**فرضیه پژوهش:** طرحواره درمانی بر سرمایه روان شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین نابارور موثر است.

جدول (۱): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب ایتا
اثر پیلایی	۰/۹۹۵	۲۸۳۰/۴۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
لامبدی ویلکز	۰/۰۰۵	۲۸۳۰/۴۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
اثر هتلینگ	۲۰۹/۶۶۳	۲۸۳۰/۴۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
بزرگترین ریشه روی	۲۰۹/۶۶۳	۲۸۳۰/۴۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵

با توجه به نتایج جدول (۱) مداخله، طرحواره درمانی در سطح ( $F=2830/45$ ،  $P=0/01$ ) در افزایش سرمایه روان شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از متغیرها اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می گردد. یعنی، نتیجه گرفته می شود در این پژوهش، مداخله طرحواره درمانی بر سرمایه روان شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین نابارور موثر بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است. اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود، می تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد ( اصغری، عیسی پور و قاسمی، ۱۳۹۷). مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زوجین تاثیر به سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی روانی و همچنین چالش های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش های کمک باروری نیز آنان را تحت تاثیر خود قرار می دهد، به نحوی که مشکلات مربوط به ناباروری، بسیاری از افراد را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سرایشی منتهی به اختلالات روانی قرار می دهد و تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران قیمت و خسته کننده ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید. با وجود این که مطالعات مختلف اهمیت ارتباط مسایل جسمی و روانی ناباروری را نشان داده اند (زمانی و همکاران، ۲۰۱۵)،

با توجه به نتایج جدول (۱) مداخله، طرحواره درمانی در سطح ( $F=2830/45$ ،  $P=0/01$ ) در افزایش سرمایه روان شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین در مرحله پس آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق

تأیید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین نابارور موثر بوده است. در مقایسه یافته‌های بدست آمده از فرضیه اصلی پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش درمقایسه یافته‌های بدست آمده از فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش محمدی، حافظی، احتشام زاده، افتخارسعدی و بختیار پور (۲۰۲۰)، در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی طرحواره درمانی و خودتنظیمی هیجانی در مولفه‌های تعارضات زناشویی زنان» در ژورنال کلاینت سنتر به چاپ رسانده‌اند، در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی و خودتنظیمی هیجانی به طور موثر مؤلفه‌های تعارض زناشویی را در زنان بهبود می‌بخشد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. همچنین مطالعه عسگری و گودرزی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان «اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر فرسودگی زناشویی در آستانه طلاق» نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی، نمرات فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن را در زوج‌های گروه آزمایش نسبت به گروه‌های مشاوره و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داد. همچنین بین کاهش میزان فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در زوج‌های گروه مشاوره نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود داشت، اما در مرحله پیگیری این امر اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. براساس نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش فرسودگی زناشویی در آستانه طلاق نقش اساسی دارد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در مطالعات خارج از کشور می‌توان به مطالعه رودریگر و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان «اثربخشی تصویرسازی در طرحواره درمانی با زوجین: یک آزمایش بالینی با مقایسه اثرات ثبت تصاویر و مداخلات شناختی در زوج درمانی طرحواره‌ای کوتاه مدت» نتیجه گرفتند بازنویسی تصاویر اثرات قابل توجهی قوی‌تر بر احساس نزدیکی و خلق هر دو شریک نسبت به تکنیک‌های درمانی شناختی مبتنی بر مدل طرحواره نشان داد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. هانس و همکاران (۲۰۱۰) پژوهشی با عنوان بررسی طرحواره درمانی و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه در اختلالات شخصیت و سایر بیماری‌های روانی انجام داد و به این نتیجه رسید که طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه با آسیب‌های شخصیت و ناراحتی‌های روانی ارتباط دارد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجان در زوجین نابارور می‌توان عنوان نمود که سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجان دو سازه مهم و تأثیرگذار در بهداشت روان زوجین مخصوصاً نابارور می‌شود. رفتارها ریشه در طرحواره‌های اولیه دارند. طرحواره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد. برخی از این طرحواره‌ها- به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار در دوران کودکی شکل می‌گیرند- ممکن است

---

Roediger, E.Hans et al -<sup>۱</sup>

هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن قرار بگیرند. بنابراین طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین نابارور را تعدیل می‌دهد و این امر موجب شناخت و عمیق مولفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، شادکامی، امید و خودکارآمدی) شده و ارزیابی دقیق زوجین نابارور در رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی‌پرده‌گویی، تمرین گوش دادن فعال، پی‌بردن به اثر افکار خود روی یکدیگر، دیدن خود از دریچه چشم همسر، کمک به کاهش اضطراب و استرس درخانه). با هدف‌های فوق از طریق: ۱- تشخیص موقعیت، افکار و باورهای غلط ۲- توانایی جداسازی موقعیت و افکار ۳- شناخت افکار خودآیند و شواهدی که این افکار را تایید و یا رد می‌کنند و در جهت شناخت تفکر جایگزین یا متعادل در زوجین شده و با استفاده از راهبردهای مقابله با طرحواره‌های ناسازگار از جمله بازسازی شناختی، پیش‌بینی و آماده شدن با استفاده از تجسم ذهنی (مراقبه و ریلکسیشن)، تشخیص نشانه‌های اختطاری و اسنادهای بدبینانه، ایجاد وقفه (دور ساختن خود از موقعیت) و جرات‌آموزی و آموزش تشخیص باورهای غیر منطقی، افکارخودآیند، تشریح اسنادهای بدبینانه و کلی ارائه شد و اسنادهای خوش‌بینانه و تمرین موجب شده طرحواره‌های ناسازگار حذف گردیده و مسولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین و شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی و تلاش برای دستیابی به هویت موفق و مسولیت‌پذیری در قبال رفتار و باورهای خود در واقعیت‌های زندگی خود بیش از پیش درک کرده و روحیه مسولیت‌پذیری در قبال این واقعیت‌ها را در خود افزایش دهند، که نتیجه آن موجب تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین شده که نتیجه آن موجب افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی می‌شود.

بنابراین نتیجه موثر بودن طرحواره درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی در زوجین نابارور با نتایج پژوهش‌های که مطرح شد و با نتایج پژوهش‌های بکایی، سمیر، یاسینی و علوی مجد (۱۳۹۶)، اسماعیلی، (۱۳۹۷)، محمودی و همکاران (۱۳۹۶)، جعفری زاده و سدر پوشان (۱۳۹۶)، آرین فر و پورشهریاری (۱۳۹۶)، سواری و منشداوی (۱۳۹۵)، اصغری و همکاران (۱۳۹۴)، زمانی و همکاران (۱۳۹۲) و استیلز (۲۰۰۴) با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. بنابراین، در تبیین موثر بودن طرحواره درمانی در افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی، می‌توان نتیجه کلی گرفت، با مداخله طرحواره درمانی در بررسی نظام ارزشی زوجین (رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی‌پرده‌گویی، تمرین گوش دادن فعال، پی‌بردن به اثر افکار خود روی یکدیگر، دیدن خود از دریچه چشم همسر، کمک به کاهش اضطراب درخانه) با هدف‌های فوق از طریق: ۱- تشخیص موقعیت، افکار و باور



های غلط ۲- توانایی جداسازی موقعیت و افکار ۳- شناخت افکار خود آیند و شواهدی که این افکار را تایید و یا رد می کنند و در جهت شناخت تفکر جایگزین یا متعادل در زوجین شده و با استفاده از راهبردهای مقابله با طرحواهای ناسازگار از جمله بازسازی شناختی، پیش بینی و آماده شدن با استفاده از تجسم ذهنی (مراقبه و ریلکسیشن)، تشخیص نشانه های خطراتی و اسنادهای بدبینانه، ایجاد وقفه (دور ساختن خود از موقعیت) و جرات آموزی و آموزش تشخیص باورهای غیر منطقی، افکارخودآیند، تشریح اسنادهای بدبینانه و کلی ارایه شد و و اسناد های خوش بینانه و تمرین موجب شده طرحواره های ناسازگار حذف گردیده و مسئولیت پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین و شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی و تلاش برای دستیابی به هویت موفق ومسئولیت پذیری در قبال رفتار و باورهای خود در واقعیت های زندگی بدون فرزند خود، بیش از پیش درک کرده و روحیه مسئولیت پذیری در قبال این واقعیت ها را در خود افزایش دهند، که نتیجه آن روابطی است که نهاد خانواده زوجین نابارور را استمرار داده و موجب افزایش سرمایه روان شناختی (امید، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی) و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور گردید.

پیشنهاد می گردد مشاوران و روانشناسان برای افزایش سرمایه های روان شناختی و خودتنظیمی هیجانی زوجین نابارور با توجه به نتایج پژوهش حاضر، جلسات و کارگاه های آموزش طرحواره درمانی را در برنامه کاری خود قرار دهند. و همچنین به پژوهشگران توصیه می شود که در تحقیقات بعدی پژوهش حاضر بر روی زوجین نابارور در شهرهای دیگر کشور انجام گیرد .

#### منابع:

- اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۴). اثربخشی رویکرد روانی آموزشی مبتنی بر شناختی- رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. رساله دکترای مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- اعتمادی، عذرا، نوایی نژاد، شکوه، احمدی، احمد، و فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایما گوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۱۹، صص ۲۲-۹.
- اصغری، فرهاد، عیسی پور، خدیجه و قاسمی، رضا، (۱۳۹۷)، اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرسودگی زناشویی و وطلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دوره ۷، شماره یکم، ص ۱-۱۴.
- عزیزی، علیرضا. میرزایی، آزاده. شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار

عسگری، امین؛ گودرزی، کورش (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق. مطالعات ناتوانی. ۶(۲). ۱۸۵-۱۷۴.

سایت سام نو پلاس، (۱۳۹۸).

سلیمی، سید حسین، آزاد مرزآبادی، اسفندیار، امیری، ماندانا، و تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۹۷). ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز. فصلنامه اندیشه های نوین تربیتی، ۴، صص ۷۲-۵۵.

عزیزی، علیرضا. میرزایی، آزاده. شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار

متقی کاشانی، معصومه؛ ملکی راد، علی اکبر (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال افسردگی اساسی، تعارض زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای سوء مصرف مواد مخدر. یازدهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.

محمودی، شهلا؛ محمدی، علی زاده؛ فلاح زاده، هاجر (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و دزدگی زناشویی در متاهلین شهر تبریز. دومین همایش روانشناسی و علوم تربیتی ایران.

نظری، علی محمد. (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط و مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوج های هر دو شاغل. رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.

نوریلا، احمد علی، رمضان زاده، فاطمه، ملک افضل اردکانی، حسین، عابدی نیا، نسرین، رحیمی فروشانی، عباس، و شریعت، مالک. (۱۳۹۶). تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت روانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴۹، ص ۱۰۴.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی).

ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸). تهران: ارجمند.

یانگ، جفری (۱۹۹۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه حسن حمیدپور و علی صاحبی (۱۳۹۵). تهران: آگه، ارجمند.

Berg B, Kirchengast S, Vytiska-Binstorfer E, Huber. (2016). Infertility caused by PCOS-health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. Human Reprod; 19(10):2251-7.

Boivin (2015) J. A review of psychosocial interventions in infertility. Sock Sic Med;

۵۷(۱۲):۲۳۲۵-

- Bendrura, A(1997). Self – efficacy: The exercise of control. NewYork: W.H. Freeman.
- Carter J, Applegate L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z.(2014) A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertile Sterile* 2014;95( 2):711-6
- Diener, E, Sandvic, E & Pavot, W. (2015). *Happines is the frequency , not the intensity, of positive versus negative affect*. Inf.
- Gordon, L.O., Heyman, D.C. (1999). *Preventive approaches in couple therapy*.
- Gordon, T. (2015). *What is pairs? Murphy design studios*. Pennsylvania.
- Grath, M.C., Catherine, Mantgomery, Karolyn, Whit, Kerridge, Lanh. (2016). *A narrative account of positive thinking on discussion about death and dying*.
- Johnson, S.M., Denton, W. (2012). *Clinical hand book of couple therapy*. New York: Guilford.
- Luthans, F. (2007). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of organizational behavior*, 23, 695-706
- Lay, R. A, Livenh H, Sheldon M, Kaplan j. (1996). The relationship between anxiety and coping modes. *Journal of human behavior* :36(3).325-329.
- Lazarus, R. S.s &Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York; Springer.
- Linley A. P. Maltby, J, Wood, A.P. Hurling, R, (2009). Measuring happiness: Thehigher order facor structure of subjective and psychological Well-being masures. *personality and Indivitual., Dferencess* New. Jersey: wiley
- Fredrickson, B.L. (2011). *The rolr of positive emotion in positive psychology*. *Journal of American Psychologist*, 3, pp 218-226.
- Ryan KJ, Kistner. (2015). *Gynecology and women’s health*. 7th ed. Michigan: Mosby; ۱۹۹۹.□۶۶۰
- Ryff. C.D.Singer. B.Love .G.D.Essex, M.(1998)Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J.Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mentalhealth: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Seligman.M.E. P.Walker.E.F.&Rosenhan, D, L, (2001). *Abnormal phycology* (4 td ed). New York: Norton company.
- Sodock, B.J.&Sodock, V. A (2005). *conprehensive textbook of psychaiatry*. philadelphia: Lippincott Willims&Wikins
- Stiles, O. E. (2004). *Early maladaptive schemas and intimacy in young adults' romantic relationships*. Alliant International University, San Francisco Bay.

- Taggart, T. C., Bannon, S. M., & Hammett, J. F. (2019). Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Individual Differences*, 139, 281-289.
- Wood, S. Wood, E. (2013). *The World of Psychology* (2ndEdn.), Allyn and Bacon, USA
- Yoyng J.E. & Brown.G. (2003). Young schema Queationnaire Special Edition. New York: schema Therapy Institute.