J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/12/10 *Accepted:2025/03/12*

Effectiveness of Schema Therapy on Turmoil and Marital Boredom of Incompatible Married People

Neda Jamali Galeh (M.Sc.)[1], Azra Mohammadpanah Ardakan (Ph.D.)[2], Zahra Ahmadi Ardakani (Ph.D.)[3]

1.Master's degree Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

2.Corresponding Author: Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Ardakan, Ardakan, Iran

Email: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir Tel: 09137232696

3.Assistant Professor Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

Abstract

Introduction: Marital distress and dissatisfaction are common issues in couples' relationships that reduce the quality of married life. The aim of this research was to investigate the effectiveness of schema therapy in reducing marital distress and dissatisfaction in incompatible married individuals.

Method: This research was an intervention study of a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study consisted of married individuals with marital incompatibility from the city of Ardakan, Ahmadabad district, in the year 2024. The sample included 30 volunteers, selected through convenience sampling from men and women aged 21 to 45. After assessment with Berr-Sternberg questionnaire, participants were recruited via calls on social media, the Basij, and mosques, and were randomly assigned to either the experimental group (15 participants) or the control group (15 participants). The intervention sessions were held at the Jame' Mosque in Ahmadabad. Data collection tools included the Pines Marital Dissatisfaction Questionnaire, the Weiss Marital and Relational Distress Scale, and the Berr-Sternberg Marital Incompatibility Scale, whose validity and reliability have been confirmed in previous studies. The therapeutic intervention consisted of 8 sessions, each lasting 90 minutes, conducted twice a week for the intervention group, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance with SPSS-23 software.

Rusults: Schema therapy was significantly effective in reducing marital distress and dissatisfaction among incompatible married individuals in the intervention group, and its effectiveness was significantly maintained after two months of follow-up. The results of the study showed that there was a significant difference between the experimental and control groups at all three stages: pre-test, post-test, and follow-up ($p< 0/05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, schema therapy has significantly reduced marital distress and dissatisfaction while improving relationships and compatibility among incompatible married individuals. Therefore, it can be considered an effective approach for enhancing the quality of marital life.

Keywords: Schema Therapies, Marital Conflicts, Boredom, Incompatible

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

This Paper Should be Cited as:
Author:Neda Jamali Galeh, Azra Mohammadpanah Ardakan, Zahra Ahmadi Ardakani. Effectiveness of Schema Therapy on Turmoil and Marital Boredom of Incompatible Married…..……Tolooebehdasht Journal. 2025;24(1)64-83.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وچهارم
شماره اول
فروردین و اردیبهشت
شماره مسلسل:۱۰۹

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۱۲/۲۲

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر آشفتگی و دلزدگی زناشویی افراد متأهل ناسازگار

نویسندگان: نداجمالی گله[۱]، عذرا محمدپناه‌اردکان[۲]، زهرا احمدی اردکانی[۳]

۱.کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۳۷۲۳۲۶۹۶ Email:azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

۳.استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

چکیده

مقدمه: آشفتگی و دلزدگی زناشویی مشکلات رایجی در روابط زوجین هستند که کیفیت زندگی مشترک را کاهش می‌دهند. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی افراد متأهل ناسازگار بود.

روش بررسی: این پژوهش مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل افراد متأهل دارای ناسازگاری زناشویی شهرستان اردکان، شهر احمدآباد در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش ۳۰ نفر داوطلب بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان و مردان ۲۱ تا ۴۵ سال انتخاب شدند و پس از ارزیابی با پرسشنامه بیر-استرنبرگ از طریق فراخوان در فضای مجازی، بسیج و مساجد انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵نفر) گمارده شدند. جلسات مداخله در مسجد جامع احمدآباد برگزار شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های دلزدگی زناشویی پاینز، مقیاس‌گری آشفتگی زناشویی و ارتباطی ویسمین و ناسازگاری بیر-استرنبرگ بودندکه روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات پیشین تأیید شده است. مداخله درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو روز در هفته برای گروه مداخله انجام شد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-23 تحلیل شد.

یافته‌ها: طرحواره درمانی به طور معناداری در کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی افراد متأهل ناسازگار درگروه مداخله مؤثر بوده و اثربخشی آن پس از دو ماه پیگیری به طور معنادار حفظ شده است. نتایج تحقیق نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، طرحواره‌درمانی توانسته است به‌طور معناداری درکاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی و بهبود روابط و سازگاری افراد متأهل ناسازگار موثر باشد. بنابراین می‌تواند رویکرد مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی مشترک مطرح شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، آشفتگی و دلزدگی زناشویی، افراد متأهل ناسازگار

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده می‌باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

بسیاری از زوج‌ها ازدواج را پیوندی مقدس می‌دانند که به تشکیل خانواده منجر می‌شود. ثبات ساختار خانواده به کیفیت ارتباط میان زوجین وابسته است و روابط ناسازگار یا ازدواج‌های ناموفق نه تنها سلامت روانی زوج‌ها را تهدید می‌کند؛ بلکه بقای واحد خانواده را نیز به خطر می‌اندازد(۱). ناسازگاری زناشویی نشان دهنده عدم رضایت زوجین از زندگی با یکدیگر و استفاده از روش‌های ناسازگار برای ارتباط با یکدیگر است(۲).

در واقع به اندازه‌ی که اختلافات عاطفی و هیجانی میان زوجین افزایش یابد، میزان سازگاری زناشویی کاهش می‌یابد و این ناسازگاری‌ها در اشکال مختلفی مشاهده شود از جمله: بحث و مشاجرات مکرر، کاهش علاقه طرفین، انزوا، نیافتن اطلاعات درباره‌ی همدیگر، تمایل به تنهایی، تمایل به تغییر همسر و کمبود فعالیت‌ها و برنامه‌های مشترک، عدم احترام به خانواده و نبود حمایت متقابل نمود می‌یابد. ریشه‌ی بسیاری از این ناسازگاری در تفاوت انتظارات و اهداف زوجین، مشکلات روان‌شناختی، مسائل مالی و ارتباط نادرست نهفته است. بنابراین ناسازگاری و تضادهای زناشویی به عنوان یکی از چالش‌های اساسی در زندگی شخصی به شمار می‌آیند(۳).

یکی از مسائل و چالش‌های بزرگسالی که زوجین با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، پدیده(۴) نگران‌کننده طلاق است. طلاق به عنوان یکی از معضلات مهم اجتماعی می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر ساختار جامعه وارد کند و امنیت اجتماعی را هدف قرار دهد. به همین دلیل ازدواج که یکی از ارکان اساسی جامعه به حساب می‌آید با تهدیدات جدی مواجه شده است. اگرچه هدف از تشکیل خانواده، ایجاد روابط زناشویی سالم است و تداوم این پیوند به عواملی مانند رضایت از زندگی زناشویی و سازگاری بستگی دارد اما آمارها حاکی از افزایش ناسازگاری‌های زناشویی و طلاق هستند(۵).

مطالعات انجام‌شده در کشور نشان می‌دهد که ناسازگاری و اختلالات زناشویی به یکی از مسائل اجتماعی جدی تبدیل شده و با افزایش چشم‌گیر نرخ طلاق، به ویژه در سال‌های ابتدایی زندگی مشترک همراه بوده است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات زناشویی سهم عمده‌ای در مراجعات به مراکز مشاوره دارند و از سایر طبقات تشخیصی پیشی گرفته‌اند. این روند بیانگر گسترش نگران‌کننده‌ی تعارضات میان زوجین در جامعه است(۶). افزایش روزافزون مشکلات، نارضایتی و ناسازگاری زناشویی، افزایش آمار طلاق و پیامدهای سوء آن به تأکید بر اهمیت توجه به موضوع روابط زوجین و کاهش مشکلات آنان مشخص می‌کند که ناسازگاری‌ها و اختلاف‌های زناشویی، بدون توجه به اینکه به طلاق منجر شوند یا نشوند، آثار و فشارهای روانی و اجتماعی منفی زیادی بر زوجین وارد می‌کنند(۷).

اختلال در روابط زناشویی، به‌ویژه در قالب نارضایتی و تعارضات مداوم، می‌تواند موجب آشفتگی روانی و هیجانی در زوجین شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این نوع اختلالات ارتباطی و ناسازگاری ها نه تنها کیفیت زندگی مشترک را کاهش می‌دهند، بلکه می‌توانند به بروز علائم افسردگی، اضطراب و حتی اختلالات روان‌شناختی دیگر منجر شوند. به‌ویژه در زوجین با سبک‌های ارتباطی ناسازگار، این تعارضات می‌توانند به چرخه‌ای معیوب منتهی شوند که در آن نارضایتی زناشویی و مشکلات روانی به‌طور متقابل یکدیگر را تقویت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

می‌کنند(۸). وقتی یک فرد متأهل احساس ناامیدی عمیق کند و نسبت به ازدواجش دچار شک و تردید شود، این وضعیت می‌تواند منجر به آشفتگی در زندگی زناشویی گردد. این وضعیت می‌تواند پیامدهای زیادی نظیر بد رفتاری کودکان در خانواده، بی‌ثباتی اقتصادی و مشکلات بهداشت روانی و جسمانی را به همراه داشته باشد(۹). عنصر مشترک در بیشتر روابط آشفته این است که زوجین به نیازهای صمیمیت یکدیگر توجه نمی‌کنند. آشفتگی زناشویی یکی از پیامدهای این نوع روابط در زوجین آشفته است که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی مختلف از جمله اختلالات جسمانی، شناختی، رفتاری و استرس شود(۴). آشفتگی زناشویی یکی از شایع‌ترین و مختل‌کننده‌ترین مشکلات انسانی به شمار می‌رود(۱۰).

آشفتگی‌ها و نا بهنجاری‌های روانی تدریجاً عشق و علاقه بین زوجین را تضعیف می‌کنند و حتی ممکن است آن را از بین ببرند که منجر به بروز مشکلات در روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود و دلزدگی زناشویی را در آن‌ها به همراه دارد(۱۱). دلزدگی زناشویی پدیده‌ای تدریجی است که به آرامی باعث کاهش صمیمیت و عشق میان زوجین می‌شود و با احساس خستگی، نارضایتی و بی‌انگیزگی همراه است. زوجین معمولاً با مجموعه‌ای از رویاها و انتظارات وارد رابطه می‌شوند اما زمانی که این انتظارات با تجربیات منفی و استرس‌زا مواجه می‌شود، رابطه دچار وقفه عاطفی می‌گردد. در چنین شرایطی عشق به تدریج جای خود را به خشم، دلخوری، انتقاد، سکوت و بی‌توجهی عاطفی می‌دهد. تداوم این روند منجر به فرسودگی روانی و احساسی شده و شکاف بین واقعیت و انتظارات را عمیق‌تر می‌کند. در نهایت دلزدگی زناشویی به عنوان یکی از پیامدهای اصلی ناهماهنگی در روابط صمیمانه شناخته می‌شود(۱۲). نتایج مطالعات حاکی از آن است که آموزش رویکرد طرحواره درمانی منجر به کاهش فرسودگی و دلزدگی زناشویی می‌شود(۱۳).

طرحواره‌ها، چارچوب‌های ذهنی هر فرد هستند که نشان‌دهنده‌ی دانش و فرضیات آن فرد درباره‌ی واقعیت‌ها می‌باشد(۱۴). رویکرد طرحواره درمانی بر پایه شناخت درمانی بنا شده است و می‌تواند به عنوان یک راه‌حل برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه هستند مؤثر باشد(۱۵). طرحواره‌ها می‌توانند از نسلی به نسل دیگر منتقل شوند و طرحواره های ناسازگار اولیه که مادران در زمینه بریدگی و طرد دارند از طریق تجربیات نامطلوب کودکی، پیش‌بینی‌کننده طرحواره های ناسازگار اولیه فرزندان در همان زمینه خواهند بود. این مسئله به‌ویژه در موقعیت‌هایی رخ می‌دهد که پدران حمایت کافی در فرآیند پرورش فرزندان ارائه نمی‌دهند(۱۶). در طرحواره درمانی، تمرکز اصلی بر تغییر طرحواره‌های سازگار و حالت‌های طرحواره‌ای است که شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های احساسی و رفتاری به همراه استراتژی‌های مقابله‌ای در پاسخ به فعال‌شدن طرحواره‌ها می‌باشد. این درمان همچنین به تأثیر تجربیات منفی دوران کودکی از جمله آسیب‌های واردشده در شکل‌گیری این طرحواره‌ها توجه دارد(۱۷).

در روابط زناشویی، هر یک از زوجین دارای الگوهای ذهنی و باورهای عمیق در مورد خود، شریک زندگی و نحوه برقراری ارتباط در روابط صمیمی هستند. این الگوهای ذهنی یا همان طرحواره‌ها، به طور ناخودآگاه در نحوه تعامل و درک از یکدیگر تأثیر می‌گذارند. در واقع این طرحواره‌ها

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

چارچوب‌هایی برای تفسیر رفتارها و احساسات طرف مقابل در رابطه زناشویی فراهم می‌آورند. طرحواره‌های ناسازگار که به‌طور معمول در روابط آسیب زده مشاهده می‌شوند می‌توانند منجر به ایجاد الگوهای منفی و تضادهای عاطفی در روابط زناشویی شوند که پایه‌گذار آشفتگی و دلزدگی‌های عاطفی میان زوجین می‌گردند(۱۸). یکی از رویکردهایی که توانایی بالایی در حل مشکلات زناشویی دارد طرحواره درمانی است(۱۹). رویکرد طرحواره‌درمانی یکپارچه از ترکیب نظریات و تکنیک‌های مختلف از جمله درمان شناختی- رفتاری، روان تحلیلی، نظریهٔ دلبستگی و گشتالت درمانی به وجود آمده است(۲۰).

رویکرد طرحواره درمانی بر پایه شناخت درمانی بنا شده است و می‌تواند به عنوان یک راه‌حل برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه هستند، مؤثر باشد(۱۵). طرحواره درمانی به‌جای مداخله در سطح نشانه‌ها به شناسایی و حل ریشه‌های عمیق مشکلات افراد می‌پردازد و تمرکز خود را بر باورهای اساسی و تجربه‌های گذشته فرد متمرکز می‌کند(۲۱). یانگ در تحقیق خود به شناسایی هجده طرحواره پرداخت و آن‌ها را براساس پنج نیاز هیجانی مختلف طبقه‌بندی کرد. سپس این طرحواره‌ها را به پنج حوزه مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه تقسیم نمود که شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری است(۲۲). همچنین هدف نهایی این رویکرد بهبود طرحواره‌ها و سبک های مقابله در افراد است. در واقع در رویکرد طرحواره درمانی، تأکید می‌شود که افراد ممکن است در شروع مشکلات خود نقش چندانی نداشته باشند اما در تداوم مشکلات حتماً نقش دارند(۲۳).

طرحواره های درمانی در افزایش سلامت روان افراد متاهل مؤثر بوده و با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که این روش در کاهش اختلاف و ناسازگاری زناشویی تأثیر دارد(۲۴). آمار روزافزون طلاق، کاهش سازگاری زناشویی و افزایش تعداد زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، همگی نشان‌دهندهٔ این است که خانواده و روابط زناشویی روبه‌رو با خطراتی قرار دارند و انجام درمان مؤثر در این زمینه توجیه‌پذیر است. بنابراین مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات اندکی در حیطه خانواده، که اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و همچنین دو متغیر آشفتگی زناشویی و دلزدگی زناشویی را مورد بررسی قرار دهد صورت گرفته است. این پژوهش با بررسی هم‌زمان دو متغیرکمتر مورد توجه در مشکلات زناشویی یعنی (آشفتگی و دلزدگی زناشویی)، فراتر از مطالعات پیشین که معمولاً تنها به یک بعد مانند رضایت یا تعارض پرداخته‌اند رویکرد جامع‌تری را به تحلیل ناکارآمدی روابط زوجین ارائه می‌دهد. این رویکرد می‌تواند ابزاری ارزشمند برای تشخیص و درمان مشکلات پیچیده‌تر در روابط باشد. این پژوهش با استفاده از طرحواره درمانی که بر شناخت الگوهای ناهشیار و عمیق کودکی تکیه دارد به بررسی روابط زناشویی ناسازگار پرداخته است. بنابراین در راستای دستیابی به این هدف و پرهیز از پژوهش‌های تکراری و مشابه در اینجا سعی شده است به ابعاد جدیدتری در حوزه متغیرهای نامبرده پرداخته شود. با توجه به مسائل ذکر شده در مورد شیوع و عواقب ویرانگر ناسازگاری زناشویی به خصوص در جامعه ایران و لزوم درمان برای افرادی که سلامت روانی خود را در برابر ناسازگاری زناشویی خود از

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

دست داده‌اند؛ پژوهش حاضر در پی بررسی این مسأله هست که آیا رویکرد طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی افراد متأهل ناسازگار تاثیرگذار است؟

روش بررسی

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل افراد متأهل دارای ناسازگاری زناشویی ساکن در شهرستان اردکان، شهر احمدآباد در سال ۱۴۰۳ بود. شرکت‌کنندگان از میان زنان و مردان ۲۱ تا ۴۵ سال با فراخوان از گروه‌های مجازی، بسیج و مساجد انتخاب شدندکه از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت در دسترس و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) انتخاب شدند (شرکت کنندگان از ماهیت گروه که در آن قرار گرفته بودند مطلع نبودند). جلسات مداخله در مسجد جامع شهر احمدآباد برگزار شد. پیش از آغاز مداخله افراد متأهل با مشکلات ناسازگاری زناشویی با استفاده از نتایج پرسشنامه پیش‌آزمون شناسایی شدند. سپس پس از توضیح تمام مراحل پژوهش و تضمین حفظ حریم خصوصی و هویت آن‌ها برای مشارکت در پژوهش دعوت شدند. همچنین رضایت آگاهانه از تمامی افراد برای مشارکت در برنامه مداخله اخذ شد و آن‌ها از تمام مراحل مداخله آگاه شدند. در نهایت ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود شامل (افراد متأهل دارای ناسازگاری زناشویی با حداقل یک سال زندگی مشترک و تحصیلات پایه) و معیارهای خروج شامل (سابقه اختلالات روانی یا بیماری‌های خاص که ممکن است به روابط زوجین آسیب بزند یا آن‌ها را تشدید کند (با پرسش از فرد در مصاحبه اولیه)، شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر و عدم رضایت یا عدم حضور مستمر در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه) انتخاب شدند و این افراد داوطلبانه در پژوهش مشارکت کردند.

روش کار بدین صورت بود که طرحواره‌درمانی گروهی بر اساس الگوی یانگ طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو جلسه در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد که در مجموع طی چهار هفته به طول انجامید و شامل دوره پیگیری دو ماهه می‌شد. در حالی که گروه کنترل به عنوان گروه کنترل غیرفعال در نظر گرفته شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین پیش از مداخله، پرسشنامه‌های مرحله پیش‌آزمون در اختیار شرکت کنندگان هر دو گروه قرارگرفته شد و نمرات پیش آزمون جمع آوری شد. پس از اتمام دوره درمان از تمامی شرکت‌کنندگان گروه مداخله و گروه کنترل پس‌آزمون گرفته شد (هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند). پس از پایان دوره درمان، فاصله زمانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان دوره درمان تعیین شد. اجرای پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان درمان انجام شد که به پژوهشگر این امکان را می‌دهد تا با سنجش متغیرهای وابسته (آشفتگی و دلزدگی زناشویی) پیش و پس از اجرای مداخله (طرحواره درمانی)، میزان تغییرات ایجاد شده را بررسی کند. علاوه بر این با انجام آزمون پیگیری دو ماه پس از اتمام درمان و تکمیل پرسشنامه در دوره پیگیری، پایداری و دوام اثرات درمانی مورد ارزیابی قرار گرفت. استفاده از این طرح به ویژه در مداخلات روان درمانی که هدف آن کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود روابط بین فردی است، اعتبار بالایی دارد؛ زیرا علاوه بر ارزیابی اولیه و پس از درمان، امکان بررسی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

CC BY-NC 4.0

ماندگاری اثرات درمان نیز فراهم می‌شود. بنابراین این روش از نظر اعتبار درونی و قابلیت تعمیم نتایج برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر مشکلات زناشویی افراد ناسازگار، روشی مناسب و قابل اعتماد محسوب می‌شود. برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمانی، جلسات پیگیری هر دو هفته یک بار در طول دو ماه به صورت حضوری برگزار شد. در این جلسات به افزایش سازگاری و رضایت زناشویی شرکت کنندگان پرداخته شد. پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بودند که از طریق روایی محتوایی و آلفای کرونباخ در مطالعات پیشین ارزیابی و تأیید شده‌اند.داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند تا نتایج به‌دست آمده بررسی شوند.

در این پژوهش از ۳ ابزار جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد: پرسشنامه مقیاس‌گری آشفتگی زناشویی و ارتباطی (SSMRD): این پرسشنامه توسط ویسمین و همکاران در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است. این مقیاس از ۱۰ بخش تشکیل شده که ابعاد مختلف آشفتگی زناشویی را در ۵ حوزه ارزیابی می‌کند: ۱-سطح کلی آشفتگی زناشویی(۲ سوال)، ۲-عدم رضایت جنسی (۲ سوال)، ۳-وقت گذراندن با هم(۲ سوال)، ۴-ارتباط عاطفی (۲ سوال)، ۵-ارتباط معطوف به حل مسأله (۲ سوال). در نسخه اصلی این مقیاس، آزمودنی‌ها به گویه‌ها به صورت دو گزینه‌ای (درست/ غلط) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات بین صفر (کمترین مقدار آشفتگی زناشویی) تا ۱۰ (بیشترین مقدار آشفتگی زناشویی) متغیر خواهد بود. سوالات شماره ۷، ۶، ۵، ۲ و ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی و روایی مقیاس توسط طراحان اصلی پرسشنامه (ویسمین و همکاران) انجام شده است. این مقیاس به‌منظور بررسی ثبات زمانی و روایی از روش‌های پایایی بازآزمایی و روایی همزمان استفاده شده است. ضریب پایایی برای گروه مردان ۰/۷۸ و برای گروه زنان ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین شاخص کپا برای گروه مردان ۰/۷۰ و برای گروه زنان ۰/۶۸ اعلام گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای هر دو گروه زنان و مردان ۰/۸۲ است(۲۵).

پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز (CBM- Q): این پرسشنامه که توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ طراحی شده، شامل ۲۰ گویه است، به سه حوزه خستگی جسمی، از پا افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی تقسیم می‌شود. نمرات بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای تعیین می‌شود که نمرات بالاتر از ۵ نشان‌دهنده نیاز به کمک فوری هستند. دامنه نمرات از ۲۱ (کمترین) تا ۱۴۷ (بیشترین) است پایایی و روایی مقیاس توسط طراحان اصلی پرسشنامه (پاینز و همکاران) انجام شده است. ضریب همبستگی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است. روایی آن نیز از طریق همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت تأیید شده است (۰/۳۳- تا ۰/۴۲-). نسخه‌های ترجمه شده پرسشنامه دلزدگی زناشویی با موفقیت در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند استفاده شده است. ضریب پایایی بازآزمایی در دوره‌های یک‌ماهه (۰/۸۹)، دوماهه (۰/۶۶) و چهارماهه (۰/۶۶) گزارش شده است و همسانی درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با استفاده از ضریب ثابت آلفا بین ۰/۹۱تا ۰/۹۳ اندازه‌گیری شده است. به منظور بررسی همسانی درونی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مؤلفه‌های خستگی، جسمی، ازپا

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

افتادن عاطفی و از پا افتادن روانی، به ترتیب ۷۸٪ ، ۸۹٪ و ۷۶٪ به دست آمده است(۲۶).

پرسشنامه ناسازگاری بیر-استرنبرگ (DQ):پرسشنامه ناسازگاری توسط بیر و استرنبرگ در سال ۱۹۷۷ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ آیتم است که برای اندازه‌گیری دو بعد از یک رابطه زناشویی طراحی شده است. آیتم‌ها به صورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند. در نمره‌گذاری هر آیتم از یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌شودکه نمره بیشتر نشان‌دهنده درگیری و ناخشنودی بیشتر است.

در پژوهش بیر و استرنبرگ (۱۹۷۷) گزارش شده است که روایی همزمان این پرسشنامه ۷۳ درصد بوده و میزان پایایی آن با استفاده از روش همسانی درونی ۸۳ درصد است. همچنین در پژوهش مجرد (۱۳۹۶) میزان پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۹۳ درصد گزارش شده است. روایی محتوا نیز توسط ۷ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی تائید شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ معادل با ۰/۸۱ محاسبه شده است(۲۷).

روش اجرای مداخله درمانی توسط یانگ و همکارانش (۲۰۰۶) تدوین شده است. طرحواره درمانی رویکردی روان شناختی است که به شناسایی و تغییر الگوهای ناسازگار ذهنی و رفتاری فرد می‌پردازد و در درمان مشکلات عاطفی و روابط زناشویی موثر است. این روش به افراد کمک می‌کند تا ریشه مشکلات خود را شناسایی کرده و رفتارهای سازگارتری را جایگزین کنند.

پروتکل طرحواره درمانی در این مطالعه شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به متغیرهای همچون (آشفتگی و دلزدگی زناشویی و ناسازگاری زناشویی) در این پژوهش می‌پردازد. این جلسات با هدف شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار در ذهن افراد، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و بهبود کیفیت رابطه زناشویی طراحی شده‌اند. در هر جلسه درمانگر به مرور مشکلات کلیدی و طرحواره‌های منفی در زندگی زناشویی افراد پرداخته و تکنیک‌های مختلفی مانند بازسازی شناختی، صندلی گذاری، مواجهه با ترس‌ها و احساسات منفی و تمرینات بین‌جلسه‌ای برای ایجاد تغییرات پایدار در رفتار و نگرش افراد ارائه می‌دهد.

شرح مختصر محتوای جلسات درمانی (مداخله پروتکل طرحواره‌درمانی) به شرح ذیل بود:

جلسه ۱ (آشنایی و ارزیابی اولیه): در این جلسه به معرفی درمان و هدف ارزیابی و جهت‌گیری درمان آغاز شد. آشنایی با اصول و مفاهیم طرحواره درمانی و شناسایی اولیه طرحواره‌های ناسازگار صورت گرفت. وضعیت زناشویی مراجعین ارزیابی شد و اهداف درمانی مشخص شدند. از طریق مصاحبه ساختاریافته، تاریخچه رابطه بررسی و اتحاد درمانی شکل گرفت و مشکلات مراجعه کنندگان در قالب این رویکرد صورت‌بندی شد. همچنین پیش‌آزمون برای ارزیابی وضعیت اولیه مراجعه کنندگان انجام شد.

جلسه ۲ (شناسایی طرحواره‌ها): در این جلسه به شناسایی و تحلیل طرحواره‌های ناسازگار که به ایجاد مشکلات در رابطه زناشویی کمک می‌کنند، پرداخته شد. این طرحواره‌ها می‌توانند شامل (طرحواره‌های رهاشدگی، نقص، بی‌اعتمادی و ..) باشند. آن‌ها یاد گرفتند که طرحواره‌ها چگونه شکل می‌گیرند و ریشه‌های تحولی آن‌ها چیست. روابط زناشویی مراجعه کنندگان

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

بررسی شد و الگوهای تکراری و طرحواره‌های فعال شناسایی شدند. با استفاده از پرسشنامه طرحواره یانگ و تحلیل شواهد عینی از زندگی گذشته و فعلی، شواهد تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بررسی شد.

در این جلسه مشکلات زناشویی از منظر طرحواره‌ها تحلیل و زمینه‌سازی برای مداخلات بعدی انجام شد.

جلسه ۳ (شناسایی حالت‌ها): در این جلسه به آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها اختصاص یافت. در این جلسه پنج حوزه اصلی طرحواره‌ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه که ارتباط نزدیکی با مشکلات بین‌فردی دارند، آموزش داده شد.

مهارت‌های ارتباطی و مدیریت هیجانی در روابط زناشویی با استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و صندلی‌گذاری آموزش داده شد. درمانگر حالت‌های مختلف درونی (کودک آسیب‌پذیر، منتقد درونی، والد تنبیه‌گر) را شناسایی کرده و نشان می‌دهد چگونه این حالت‌ها به ایجاد ناسازگاری زناشویی منجر می‌شوند.

مراجعه کنندگان تکنیک‌هایی برای شناسایی و اصلاح حالت‌های درونی خود مانند کودک آسیب‌پذیر و منتقد درونی تمرین کردند و به تحلیل و اصلاح تعاملات زناشویی خود پرداختند. به عنوان مثال مراجع با داشتن احساس نقص و شرم با استفاده از تکنیک صندلی‌گذاری، احساسات خود را مثبت‌تر می‌بیند و به روابطش از دیدگاهی سالم‌تر نگاه می‌کند.

جلسه ۴ (کودک آسیب‌پذیر و دلبستگی امن): در این جلسه، شناسایی و تغییر طرحواره‌های منفی در مورد شریک زندگی و تقویت دلبستگی امن در دستور کار قرار گرفت. از تکنیک‌هایی مانند تجسم هدایت‌شده و نوشتن نامه حمایتی برای بیان نیازهای هیجانی استفاده شد. همچنین مفهوم "بزرگسال سالم" تقویت شد و نیازهای هیجانی ارضا نشده شناسایی و راهکارهایی برای ابراز عواطف بلوکه‌شده آموزش داده شد و درمانگر بر روی کودک آسیب‌پذیر در هر دو شریک زندگی تمرکز می‌کند و نحوه ایجاد دلبستگی امن در رابطه را آموزش می‌دهد. مثال: مراجع با طرحواره رهاشدگی، با استفاده از تکنیک‌های ارتباط مثبت و دلبستگی امن، احساس امنیت بیشتری در روابطش ایجاد کرده و آن را تقویت می‌کند.

جلسه ۵ (منتقد درونی و والد تنبیه‌گر): در این جلسه به آموزش نحوه تداوم طرحواره‌ها اختصاص پرداخته شد. الگوهای تعامل منفی در روابط زناشویی تحلیل و تغییر یافت. از تکنیک‌های صندلی‌گذاری و ایفای نقش برای مواجهه با انتقادها استفاده شد و تمرین‌هایی برای مهربانی به خود و شریک زندگی انجام شد. ارتباط سالم و گفتگوی خیالی نیز به منظور بهبود رابطه آموزش داده شد و همچنین تکنیک‌هایی برای مقابله با انتقادهای درونی و بیرونی در رابطه زناشویی معرفی شد. این تکنیک‌ها به زوجین کمک می‌کنند تا نقدهای سازنده‌تری از یکدیگر دریافت کنند.

جلسه ۶ (تقویت بالغ سالم): در این جلسه فرآیند تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد و ناسازگار آغاز شد. مهارت‌های حل مسئله و تعارض در روابط زناشویی تمرین شد. از ایفای نقش و بازسازی دیالوگ‌ها برای تقویت رفتارهای مقابله‌ای و تصمیم‌گیری سالم استفاده گردید تا مراجعه کنندگان بتوانند در مواجهه با مشکلات رابطه‌ای، تصمیمات سالم و منطقی بگیرند.

جلسه ۷ (بازسازی الگوهای ناسازگار رابطه‌ای): در این جلسه به شروع فرآیند تغییر طرحواره‌ها اختصاص یافت. اعتماد و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

نزدیکی عاطفی در رابطه زناشویی تقویت شد.

درمانگر الگوهای ناسازگار در رابطه (مانند اجتناب، تسلیم، جبرانی) را شناسایی کرده تمرین‌هایی برای مقابله با سبک‌های ناسازگار مانند اجتناب یا تسلیم و بهبود تعاملات با افراد مهم زندگی انجام شد تا رفتارهای سالم جایگزین سبک‌های مخرب گذشته شوند.

جلسه ۸ (جمع‌بندی و تثبیت تغییرات): دراین جلسه، روند درمان جمع‌بندی شد و پیشرفت‌ها ارزیابی گردید. مراجعه کنندگان تشویق شدند تا از دستاوردهای برنامه آموزشی در روابط زناشویی خود استفاده کنند. پس‌آزمون برای ارزیابی پیشرفت مراجعین انجام شد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر آموزش داده شد. جلسات به پایان رسید.

یافته ها

در ابتدا بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی (جدول۱) نشان داد که نسبت جنسیت شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، ۴۶/۶۷ درصد زن و ۵۳/۳۳ درصد مرد بودند. در گروه آزمایش،۶۶/۶۷ درصد زن و ۳۳/۳۳ درصد مرد حضور داشتند. میزان تحصیلات در گروه کنترل۳۳/۳۳ درصد زیر سیکل، ۴۶/۶۷ درصد سیکل و ۴۰ درصد دیپلم داشتند. در گروه مداخله، ۴۶/۶۷ درصد زیر سیکل، ۳۳/۳۳ درصد سیکل و ۲۰ درصد دیپلم بودند. سن شرکت کنندگان در گروه کنترل، میانگین سن ۳۴/۰۷ سال با انحراف استاندارد ۸/۱۹ و دامنه سنی بین ۲۱ تا ۴۵ سال بود. در گروه آزمایش، میانگین سن ۲۹/۲۰سال با انحراف استاندارد ۵/۹۸ و دامنه سنی بین ۲۱ تا ۳۹ سال بود.

در این بخش آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای تحقیق و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است(جدول۲). اطلاعات جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه کنترل و آزمایش در دوره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. برای نرمال سازی داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلکز استفاده شد.

جدول ۱: ویژگی‌های متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

ویژگی دموگرافیک	گروه کنترل (n=۱۵)	گروه مداخله (n=۱۵)
جنسیت		
زن	۷ نفر (۴۶/۶۷٪)	۱۰ نفر (۶۶/۶۷٪)
مرد	۸ نفر (۵۳/۳۳٪)	۵ نفر (۳۳/۳۳٪)
تحصیلات		
زیرسیکل	۲ نفر (۱۳/۳۳٪)	۷ نفر (۴۶/۶۷٪)
سیکل	۷ نفر (۴۶/۶۷٪)	۵ نفر (۳۳/۳۳٪)
دیپلم	۶ نفر (۴۰٪)	۳ نفر (۲۰٪)
سن		
میانگین سن	۳۴/۰۷ سال	۲۹/۲۰ سال
انحراف استاندارد	۸/۱۹	۵/۹۸

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

CC BY-NC 4.0

جدول۲ : آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

		کنترل	آزمایش
منبع تغییر	گروه	انحراف استاندارد±میانگین	انحراف استاندارد±میانگین
	پیش آزمون	۲۴/۴۷±۶/۷۵	۲۵/۲۰±۹/۱۴
	پس آزمون	۲۵/۴۰±۹/۱۴	۱۸/۴۰±۷/۶۴
دلزدگی جسمی	پیگیری	۲۵/۷۳±۸/۵۶	۲۱/۴۷±۶/۷۷
	پیش آزمون	۲۲/۰۰±۸/۸۱	۲۲/۴۷±۹/۴۰
	پس آزمون	۲۲/۴۰±۹/۸۵	۱۷/۶۷±۹/۴۱
دلزدگی عاطفی	پیگیری	۲۳/۲۰±۹/۴۲	۱۹/۶۷±۷/۳۳
	پیش آزمون	۳۰/۰۷±۸/۵۷	۳۰/۴۰±۷/۴۸
	پس آزمون	۲۹/۵۳±۷/۵۷	۲۲/۵۳±۳/۵۶
دلزدگی روانی	پیگیری	۳۰/۱۳±۸/۰۱	۲۲/۲۰±۳/۲۸
	پیش آزمون	۷۶/۵۳±۲۰/۱۴	۷۸/۰۷±۱۴/۵۳
	پس آزمون	۷۷/۳۳±۱۹/۴۲	۵۸/۶۰±۱۴/۴۳
دلزدگی زناشویی	پیگیری	۷۹/۰۷±۱۹/۳۲	۶۳/۳۳±۱۱/۵۲
	پیش آزمون	۱۶/۱۳±۳/۰۹	۱۶/۰۰±۲/۵۶
	پس آزمون	۱۶/۰۰±۲/۹۳	۱۲/۴۷±۲/۱۰
آشفتگی زناشویی	پیگیری	۱۵/۱۳±۳/۲۳	۱۴/۲۷±۳/۲۴

نتایج حاصل از آزمون نشان داد که اثر اصلی زمان اندازه‌گیری معنی‌دار است(جدول۳). یعنی بین آشفتگی و دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین نتایج نشان‌داد که اثر اصلی گروه و تعامل زمان در گروه نیز حاکی از این بود که بین آشفتگی و دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی یکسان بودن واریانس ها از آزمون کرویت ماوچلی استفاده شده‌است؛ یافته‌های آزمون ماوچلی برای آشفتگی زناشویی معنی‌دار نبود(w>۰/۰۵). نتایج آزمون ماچولی برای بررسی یکسانی شرایط آزمون‌ها در مراحل سنجش برای متغیرهای آشفتگی و دلزدگی زناشویی نشان داد که پیش‌فرض‌های مربوط به این دو متغیر به صورت متفاوتی برآورده شده‌اند.

برای متغیر آشفتگی زناشویی، آزمون ماچولی آماره (W=۰/۸۸۴) نشان داد که پیش‌فرض گرین‌هاوس-گیسر برقرار نیست (سطح معنی‌داری ۰/۱۸۹)، بنابراین درجات آزادی تعدیل شده کرویت برای گزارش مقدار F استفاده شد.

در مقابل برای متغیر دلزدگی زناشویی، آزمون ماچولی آماره (W=۰/۷۳۰) به نتیجه‌ای معنی‌دار رسید (سطح معنی‌داری ۰/۰۱۴) که نشان‌دهنده برقراری پیش‌فرض گرین‌هاوس-گیسر برای این متغیر است و بنابراین مبنای گزارش مقدار F قرار گرفت.

به طور کلی نتایج نشان‌دهنده تفاوت در شرایط آزمون‌ها برای این دو متغیر است. این بدان معناست که پیش فرض گرین هاوس-گیسر برای این متغیر برقرار نیست و بنابراین درجات آزادی تعدیل شده کرویت، مبنای گزارش مقدار F قرار گرفت. اما یافته‌های آزمون ماوچلی برای دلزدگی زناشویی معنی‌دار بود (w >۰/۰۵) و این بدان معناست که پیش‌فرض گریسن‌هاوس – گیسر برای این متغیر برقرار است و مبنای گزارش مقدار F قرار

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

گرفت. به منظور بررسی اثرات درون‌گروهی یعنی زمان سنجش (دارای ۳ سطح: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل زمان سنجش با اثر بین گروهی یعنی گروه‌های مورد مطالعه (دارای ۲ سطح طرحواره درمانی و گروه کنترل)، بر متغیرهای پژوهش نتایج جدول (نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر اول) ارائه شده‌است. طبق جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط بر اساس تصحیح کرویت برای متغیر آشفتگی زناشویی ($F_{(۲)}$=۳/۹۷ ,η^2=۰/۱۳ ،p<۰/۰۵)، نشان داد که عامل زمان تأثیر معنی‌داری بر آشفتگی زناشویی داشته‌است که این نشان می‌دهد نمرات آشفتگی زناشویی در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته‌است. همچنین بر اساس تصحیح کرویت برای آشفتگی زناشویی ($F_{(۲)}$=۳/۵۰ ,η^2=۰/۱۲،p<۰/۰۵)، نشان‌داد که در متغیر مورد بررسی تعامل عامل زمان در گروه تأثیر معنی‌داری داشته‌است که این نشان می‌دهد نمرات آشفتگی زناشویی حداقل در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط بر اساس تصحیح گریسن‌هاوس-گیسر برای متغیر دلزدگی زناشویی ($F_{(۱)}$=۳/۹۴ ,η2=۰/۱۲،p>۰/۰۵)، نشان‌داد که عامل زمان تأثیر معنی‌داری بر دلزدگی زناشویی در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته‌است. همچنین بر اساس تصحیح گریسن‌هاوس-گیسر برای دلزدگی زناشویی ($F_{(۱)}$=۵/۲۴ ,η^2=۰/۱۶،p>۰/۰۵)، نشان‌داد که در متغیر مورد بررسی تعامل عامل زمان در گروه بر دلزدگی زناشویی در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته‌است. به منظور بررسی اثر بین گروهی یعنی گروه‌های مورد مطالعه (دارای ۲ سطح طرحواره درمانی و گروه کنترل)، بر متغیرهای پژوهش نتایج جدول ۵ ارائه شده است. طبق جدول سطح معناداری به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین آشفتگی زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. به عبارتی، تاثیر طرحواره‌درمانی بر آشفتگی زناشویی تا دوره پیگیری ادامه نداشت. اما سطح معناداری به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود ندارد. همچنین بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. به عبارتی، تاثیر طرحواره درمانی بر آشفتگی زناشویی تاثیر نداشت.

جدول۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای آشفتگی و دلزدگی زناشویی

تاثیر	آزمون	مقدار	F	df فرضیه	Df خطا	P	η2
	Pillal's Trace	۰/۳۳ **	۳/۱۰	۴	۲۵	۰/۰۳	۰/۳۳
	Wilk's Lambda	۰/۶۶ **	۳/۱۰	۴	۲۵	۰/۰۳	۰/۳۳
	Hotelling's Trace	۰/۴۹ **	۳/۱۰	۴	۲۵	۰/۰۳	۰/۳۳
زمان	Roy's Largest Root	۰/۴۹ **	۳/۱۰	۴	۲۵	۰/۰۳	۰/۳۳
	Pillal's Trace	۰/۳۹ **	۴/۰۱	۴	۲۵	۰/۰۱	۰/۳۹
	Wilk's Llambda	۰/۶۰ **	۲/۶۱	۶	۳۳	۰/۰۱	۰/۳۹
	Hotelling's Trace	۰/۶۴ **	۲/۶۱	۶	۳۳	۰/۰۱	۰/۳۹
زمان* گروه	Roy's Largest Root	۰/۶۴ **	۲/۶۱	۶	۳۳	۰/۰۱	۰/۳۹

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آشفتگی و دلزدگی زناشویی با تصحیح گریسن‌هاوس - گیسر و کرویت

متغیر	گروه	آماره	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
	اثر زمان	کرویت	۵۴/۴۶	۲	۲۷/۲۳	۳/۹۷	۰/۰۲	۰/۱۳
آشفتگی زناشویی	اثر زمان*گروه	کرویت	۴۸/۰۲	۲	۲۴/۰۱	۳/۵۰	۰/۰۳	۰/۱۲
	اثر زمان	گریسن‌هاوس - گیسر	۱۳۴۷/۷۵	۱/۵۷۵	۸۵۵/۶۶	۳/۹۴	۰/۰۴	۰/۱۲
دلزدگی زناشویی	اثر زمان*گروه	گریسن‌هاوس - گیسر	۱۷۹۴/۶۸	۱/۵۷۵	۱۱۳۹/۴۲	۵/۲۴	۰/۰۱	۰/۱۶

جدول ۵: میانگین‌های تعقیبی به تفکیک عامل درون گروهی برای مقایسه آشفتگی و دلزدگی زناشویی

منبع متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری	سطح معناداری	
						حد پایین	حد بالا
		پس آزمون	۱/۸۳	۰/۷۱	۰/۰۴	۰/۰۱	۳/۶۵
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۳۶	۰/۷۴	۰/۲۳	-۰/۵۴	۳/۲۷
آشفتگی زناشویی	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۶	۰/۵۵	۱/۰۰	-۰/۹۳	۱/۸۷
		پس آزمون	۹/۳۳	۴/۱۶	۰/۰۹	-۱/۲۷	۱۹/۹۳
	پیش آزمون	پیگیری	۶/۱۰	۲/۹۷	۰/۱۴	-۱/۴۶	۱۳/۶۶
دلزدگی زناشویی	پس آزمون	پیگیری	۳/۲۳	۲/۸۴	۰/۷۹	-۴/۰۱	۱۰/۴۸

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر آشفتگی و دلزدگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی تأثیر معناداری در کاهش آشفتگی‌های زناشویی در افراد متأهل ناسازگار دارد. نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده‌ی تفاوت‌های معنادار در سطح آشفتگی زناشویی بین گروه آزمایشی است که تحت درمان قرار گرفته‌اند. این مطالعه با پژوهش پورفرج و مهدیان(۲۸) که نشان داد طرحواره درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و کاهش آشفتگی روان شناختی زوجین مؤثر است با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. مطالعات قبلی از جمله پژوهش وکیلی و امانی (۲۹) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش آشفتگی زناشویی و افزایش خودتنظیمی هیجانی زوجین با تعارض زناشویی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج تحقیق حاضر در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر آشفتگی و دلزدگی زناشویی همسو است. در هر دو مطالعه تأکید بر بهبود کیفیت روابط زوجین و کاهش مشکلات زناشویی از طریق مداخلات درمانی مشابه وجود دارد. در تبیین یافته های می‌توان این گونه بیان کرد که نتایج این پژوهش همچنین با پژوهش فارنل و شاو(۳۰) همخوانی دارد که نشان داده‌اند طرحواره درمانی در حل مشکلات زناشویی مؤثر بوده و به ویژه در مواردی که زوجین از مشکلات طولانی مدت رنج می‌برند می‌تواند نتایج قابل توجهی به دنبال داشته باشد و منجر به بهبود چشمگیر در ارتباطات احساسی و حل تعارضات و ناسازگاری بین زوجین می‌شود. در این راستا طرحواره درمانی کمک می‌کند تا زوجین به درک عمیق‌تری از یکدیگر برسند و در نتیجه تعاملاتشان بهبود یابد. علاوه بر این تمرکز طرحواره درمانی بر خودآگاهی و تغییر الگوهای شناختی عمیق، به زوجین این امکان را می‌دهد که نه تنها مشکلات رابطه‌ای خود را در سطح فوری حل کنند، بلکه نیازهای عاطفی زیرین که به نارضایتی و ناسازگاری زناشویی منجر می‌شود را نیز مورد توجه قرار دهند(۳۱).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

در پژوهش جیکوب و ویلسون(۳۲) نتایج این پژوهش همچنین بر اهمیت توجه به طرحواره‌های ناسازگار از مراحل اولیه درمان تأکید می‌کند. زوجینی که در فرآیند طرحواره درمانی به ریشه‌های عاطفی مشکلات خود پرداخته‌اند، نتایج بهتری در مقایسه با زوجینی که تنها به مشکلات سطحی توجه کرده‌اند به دست آورده‌اند و همچنین تأکید شده است که طرحواره درمانی به‌طور چشمگیری موجب بهبود پایدار رضایت زناشویی با تمرکز بر نیازهای عاطفی اساسی زوجین می‌شود. مطالعه‌ای که توسط میلر و همکارانش(۳۳) انجام شد نشان داد که زوج‌هایی که از طرحواره درمانی بهره برده‌اند به‌طور معناداری کاهش در ناسازگاری زناشویی و افزایش رضایت رابطه‌ای را گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، طرحواره درمانی به زوجین کمک کرد تا الگوهای شناختی منفی خود را شناسایی و اصلاح کنند که به نوبه خود موجب کاهش آشفتگی‌های زناشویی شد. این نتایج با نتایج پژوهش حاضر که نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی زناشویی در افراد متاهل ناسازگار هم‌سو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که طرحواره درمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش آشفتگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار باشد. این رویکرد درمانی به افراد کمک می‌کند تا الگوهای عاطفی ناسازگار را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند که در نهایت به بهبود مشکلات رابطه و کیفیت زندگی زناشویی منجر می‌شود. در همین راستا وینر(۳۴) تأثیر روش آموزش طرحواره‌درمانی بر کیفیت و سازگاری روابط زناشویی زوجین را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که طرحواره درمانی با افزایش کیفیت روابط، باعث بهبود سازگاری زناشویی آنان می‌شود.

همسرانی که دچار دلزدگی زناشویی شده‌اند حتی در مواجهه با رفتارهای مثبت طرف مقابل، هیجانات مثبت را ابراز نمی‌کنند و به سرعت به رفتارها و هیجانات منفی واکنش نشان می‌دهند. تعاملات آن‌ها معمولاً با جملات خصمانه آغاز و ادامه می‌یابد. این زوجین به طور متقابل به پاسخ‌های منفی یکدیگر واکنش نشان می‌دهند و هرگز احساسات منفی خود را مدیریت نمی‌کنند. به مرور زمان، الگوی رفتاری آن‌ها به سمت فاصله‌گیری از یکدیگر پیش می‌رود و به جای تلاش برای نزدیکی، عمداً از هم دور می‌شوند. پایه‌گذاری ازدواج بر شکل‌گیری و توسعه رابطه بین دو فرد استوار است و این روابط به شدت تحت تأثیر طرحواره‌ها و باورهای ارتباطی هر یک از زوجین قرار دارد. طرحواره های ناسازگار اولیه همواره در جریان یک رابطه خود را نشان می‌دهند و بر رفتارهای رابطه تأثیر می‌گذارند. ماهیت ناسازگار این طرحواره‌ها زمانی نمایان می‌شود که افراد در زندگی و در تعامل با دیگران، به ویژه در روابط زناشویی به گونه‌ای عمل می‌کنند که این طرحواره‌ها تأیید شوند، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد(۳۵). همچنین یکی دیگر از یافته‌ها پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر دلزدگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار بود که نشان داد اثرگذاری معنادار بود. کمالیان و همکاران(۳۶) در پژوهشی دیگر نشان دادند که روش طرحواره‌های هیجانی بر دلزدگی زناشویی زنان تاثیرگذار بوده و سطوح دلزدگی زناشویی را کاهش می‌دهد. یافته‌های این تحقیق نیز همسو با تحقیقات پیشین نشان داد که بکارگیری دوره طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش ناسازگاری زناشویی می گردد و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

اصطکاک بین زوجین را تقلیل می بخشد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش طهماسبی‌زاده و همکاران(۳۵) نشان دادند که طرحواره درمانی بر تعدیل دلزدگی زناشویی و ارتقاء رضایت زناشویی در افراد خیانت‌کننده تأثیر معناداری دارد. این نتایج با پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار همسو است. در هر دو مطالعه استفاده از طرحواره‌درمانی به عنوان یک مداخله مؤثر در کاهش مشکلات زناشویی و بهبود رضایت زناشویی زوجین نشان داده شده است. پژوهش عمادی فر و همکاران (۳۷) نشان دادند که ترکیب طرحواره درمانی با درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند در کاهش دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی مؤثر باشد. این نتایج با پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار همسو است. بنابراین این روش‌ها می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر در درمان مشکلات زناشویی، به ویژه برای افراد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مورد استفاده قرار گیرند. همچنین، عسگری و گودرزی (۳۸) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق نشان دادند که این نوع درمان منجر به کاهش نمرات دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه‌های مشاوره نما و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. همچنین در مرحله پس‌آزمون، کاهش نمرات زوجین گروه مشاوره نما نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری داشت اما این تفاوت در مرحله پیگیری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طرحواره درمانی هیجانی به کاهش دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق کمک می‌کند که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. طرحواره درمانی با هدف تغییر الگوهای فکری و رفتاری افراد قادر است به بهبود روابط زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی در این افراد کمک کند.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این گونه بیان کرد که این رویکرد چارچوبی برای زوجین فراهم می‌آورد تا درک بهتری از یکدیگر پیدا کرده و به همدلی، فهم و تعامل بهتری دست یابند. همچنین مطالعات جدیدتر نشان داده‌اند که طرحواره درمانی به ویژه برای زوجین با سابقه مشکلات ارتباطی و ناسازگاری طولانی‌مدت مؤثر است. این درمان بر تغییر الگوهای عاطفی و شناختی که به بی‌اعتمادی، سردی عاطفی و دلزدگی در روابط زناشویی منجر می‌شود تمرکز دارد. این الگوها معمولاً در روابط ناسازگار عمیقاً ریشه دارند و درمان آن‌ها نیازمند زمان و تلاش فراوان است. در این راستا، طرحواره درمانی به زوجین کمک می‌کند تا به درک بهتری از نیازهای عاطفی و رفتارهای خود و شریک زندگی‌شان دست یابند که در نهایت باعث بهبود تعاملات و رضایت زناشویی می‌شود(۳۹). مطالعات متعددی این موضوع را تأیید کرده‌اند. برای مثال پژوهشی نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر طرحواره می‌تواند به زوجین کمک کند تا الگوهای ناسازگارانه ارتباطی خود را شناسایی کرده و بهبود بخشند که این امر منجر به افزایش درک آن‌ها از تفاوت‌های یکدیگر می‌شود که این نوع آموزش‌ها به زوجین امکان می‌دهد تا با شناسایی و تغییر الگوهای قدیمی و ناکارآمد، ارتباطات سالم‌تر و رضایت بخش تری برقرار کنند. این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت آموزش‌های مبتنی بر طرحواره در افزایش درک زوجین از تفاوت‌های یکدیگر و بهبود کیفیت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

زندگی مشترک است(۴۰). بنابراین یافته‌ی مطرح شده مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر آشفتگی و دلزدگی زناشویی در افراد متأهل ناسازگار با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین تأیید می‌شود. این روش می‌تواند به عنوان رویکردی مؤثر برای حل مشکلات زناشویی و بهبود سلامت روانی زوجین مطرح شود.

در این پژوهش نتایج نشان داد که طرحواره درمانی تأثیر قابل‌توجهی در کاهش آشفتگی و دلزدگی زناشویی زوجین ناسازگار دارد. مداخلات این روش با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و الگوهای رفتاری آسیب زننده به بهبود تعاملات زناشویی و افزایش رضایت زوجین کمک کرده است. همچنین با استفاده از روش‌های معتبر و نمونه‌های مناسب، شواهد علمی لازم را برای اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش مشکلات زناشویی ارائه می‌دهد.

با این حال برخی محدودیت‌ها مانند تنوع فرهنگی جامعه موردپژوهش و کنترل نشدن متغیرهای مزاحم (وضعیت اقتصادی، شغلی و خانوادگی) می‌تواند بر تعمیم نتایج تأثیر بگذارد. همچنین فاصله کوتاه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ممکن است اثرات مداخله را به‌طور کامل نشان ندهد. با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی عوامل زمینه‌ای مانند سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و مدت زمان ازدواج در ارتباط با اثربخشی طرحواره‌درمانی پرداخته و از روش‌های ترکیبی برای درک بهتر این روش استفاده کنند. همچنین بررسی تأثیر درمان بر فرزندان و گروه‌های مختلف خانواده نیز پیشنهاد می‌شود. این الگوی درمانی می‌تواند به عنوان رویکردی برای کاهش مشکلات زناشویی و بهبود روابط زناشویی در نظر گرفته شود و در بسترهای گروهی مانند زوج درمانی و خانواده درمانی به‌کار رود. با این حال تحقیقات بیشتر برای تعمیم نتایج و تأیید اثرات آن در شرایط مختلف لازم است.

ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی این مقاله در دانشگاه اردکان با کد اخلاق IR.ARDAKAN.REC.1403.012 به تصویب رسیده است و کلیه اصول اخلاقی ازجمله محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان و کسب رضایت آگاهانه کتبی در این پژوهش رعایت شده است.

سهم نویسندگان

ندا جمالی و عذرا محمدپناه اردکان بخش تحریر مقدمه و طراحی عنوان و نگارش بخش روش تحقیق و بحث و نتیجه‌گیری و نیز جمع آوری داده‌ها و بخش تحلیل داده‌ها را بر عهده داشتند وتمامی مراحل مورد تایید تمامی نویسندگان می‌باشد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ گونه تعارض منافعی دراین مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش از تمامی افراد متأهل شرکت کننده در گروه آزمایش و کنترل کمال تشکر و قدردانی را دارند. مقاله حاضر حاصل پایان نامه پژوهشی می‌باشد. از این رو از دانشگاه اردکان و همچنین کلیه دست اندرکاران تشکر می‌کنیم.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

CC BY-NC 4.0

References

1-Sayehmiri K, Kareem KI, Abdi K & et al. The relationship between personality traits and marital satisfaction: a systematic review and meta-analysis. BMC psychol. 2020;8:1-8.

2-Gouin J-P, Paquin C, Wrosch C & et al. Marital quality and inflammation: The moderating role of early life adversity. Health Psychol. 2020;39(1):58.

3-Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO & et al. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. Ginekol Pol. 2021;92(2):98-104.

4-Aghaie A, Khanjani Veshki S, Pasha S. The effectiveness of compassion-based education on reducing emotional turbulence in women experiencing marital infidelity. J Appl Psychol Res. 2021;12(1):299-313.[Persian]

5-Tahan M, Saleem T, Moshtagh M & et al. Psychoeducational Group Therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. Heliyon. 2020;6(7).

6-Moghaddamzadeh A, Alavi TS, Mazaheri MA & et al. Representation of individual factors affecting the probability of divorce: A phenomenological study. Fam Couns Psychother. 2019;8(2):115-46.[Persian]

7-Shamir AS, Saniee M, Zare E. Effectiveness of Couple Therapy by Gottman Method on Family Function and Marital Adjustment in Divorce Applicant Couples. 2018.

8-Salinger JM, Whisman MA, Randall AK & et al. Associations between marital discord and depressive symptoms: A cross-cultural analysis. Fam Process. 2021;60(2):493-506.

9-Mao K, Niu J, Chen H & et al. Mining of marital distress from microblogging social networks: A case study on Sina Weibo. Fut Gen Comput Syst. 2018;86:1481-90.

10-Kiecolt-Glaser JK, Wilson SJ, Bailey ML& et al. Marital distress, depression, and a leaky gut: translocation of bacterial endotoxin as a pathway to inflammation. Psychoneuroendocrinology. 2018;98:52-60.

11-Neal AM, Lemay EP. The wandering eye perceives more threats: Projection of attraction to alternative partners predicts anger and negative behavior in romantic relationships. J Soc Pers Relat. 2019;36(2):450-68.

12-Harasymchuk C, Peetz J, Fehr B & et al. Worn out relationship? The role of expectations in judgments of relational boredom. Pers Relat. 2021;28(1):80-98.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

13-Erfan A, Ghezelbash S, Kazemian M & et al. The effectiveness of emotional schema therapy on impulsivity and mood symptoms of women with bipolar disorder. J Res Behav Sci. 2019;17(3):388-99.[Persian]

14-Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB & et al. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. Clin Psychol Psychother. 2020;27(3):408-47.

15-Khasho D, Van Alphen S, Heijnen-Kohl S & et al. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. Contemp Clin Trials Commun. 2019;14:100330.

16-Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. Child Abuse Negl. 2020;99:104235.

17-Moeller SB, Arendt I-MT, Meline JSJ & et al. Case report: Schema therapy for a case of treatment resistant schizotypal and paranoid personality disorder with a trauma history. Eur J Trauma Dissociation. 2024;8(3):100414.

18-Bernstein DP, Barlow DH. Schemas and marital distress: Integrating cognitive-behavioral and interpersonal perspectives. J Cogn Psychother. 2018;32(3):205-21.

19-Nikamal M, Salehi M, Bermas H. Effectiveness of schema therapy based on emotional on marital satisfaction, of couple. J Psychol Stud. 2018;13(4):157-74.[Persian]

20-Pozza A, Albert U, Dèttore D. Early maladaptive schemas as common and specific predictors of skin picking subtypes. BMC Psychol. 2020;8:1-11.

21-Louis JP, Ortiz V, Barlas J & et al. The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program: Participant experience. PloS one. 2021;16(1):e0243508.

22-Rahimi S, Kalantari M, Abedi MR & et al. The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in the prediction of Gender Dysphoria in Transsexual men. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2019;6(3):144-55.[Persian]

23-Nasiri A, Sharifi T, Ghazanfari A & et al. Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Reality Therapy on Psychological Capital of Preschool Teachers. Q Appl Psychol. 2021;15(3):511.[Persian]

24-Mourkani SS. The effectiveness of treatment schemas on reducing marital conflicts and increasing mental health. Int J Med Investig. 2021;10(1):76-84.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

25-Khaksar B. Predicting marital and communication disorders based on parenting styles and emotional instrumentalism of couples in Kermanshah city. J Islam-Iranian Fam Stud. 2021;1(2):40-56.[Pesian]

26-Nazeran Z, Haghayegh SA, Raeisi Z & et al. The relationship between marital attributions and marital burnout the mediating role of couple forgiveness. Rooyesh. 2023;12(1):187-96. [Persian].

27-Sadri Damirchi E, Mojarrad A, Matin H. The effectiveness of Resilience training to reduce the risk of divorce and marital discord in Women seeking divorce. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2022;11(1):175-84.[Persian]

28-Mahdian R, Pourfaraj M. Effectiveness of Schema Therapy on the Quality of Marital Relationships and Psychological Distress of Couples. Community Health J. 2024;18(1):1-10.[Persian]

29-Vakili M, Amani A. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional self-regulation and marital distress in couples with marital conflicts referred to counseling centers in Sanandaj. : Kurdistan Univ, Faculty of Humanities and Social Sciences; 2020.[Persian]

30-Farrell JM, Shaw DA. The effectiveness of schema therapy in couples counseling: A review of the literature. J Marital Fam Ther. 2020;46(3):350-62.

31-Hoffart A, Martell CR, van den Bosch LM. Schema therapy and marital distress: An integration of cognitive-behavioral approaches. Cogn Ther Res. 2020;44(4):531-44.

32-Jacob SR, Wilson GE. Core emotional needs and schema therapy: Reframing marital problems in therapy. J Cogn Psychother. 2021;35(2):118-30.

33-Miller PM, Anderson DR, Lee SR. Impact of schema therapy on marital conflict and distress. Psychother Res. 2019;29(2):210-25.

34-Wiener J. Childhood predictors of adult attention deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Biol Psychiatry. 2021;65:45-54.

35-Tahmasibizadeh F, Ali AP, Shalchi B & et al. The Effectiveness of Schema Therapy onMarital Satisfaction and Boredom in Those who Cheat. QJCR. 2023;22(87):6.[Persian]

36-Kamalian T, Mirzahoseini H, Monirpoor N. Comparison of the effectiveness of Emotional Schema Therapy with Self-Differentiation Method on marital burnout in women. . Appl Psychol. 2020;14(1):9-33.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

 CC BY-NC 4.0

37-Emadi Far F, Fallah Yakhdani MH, Vaziri Yazdi S & et al. Offering and evaluation therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy and evaluating its effectiveness on the on women's marital burnout. J Appl Psychol Res. 2022;13(4):91-108.[Persian]

38-Asgari A, Goodarzi K. The effectiveness of Emotional Schema Therapy on marital burnout on the Brink of Divorce. MEJDS. 2018;8:55-5.[Persian]

39-Lobbestael J, Arntz A, Morina N. The impact of schema therapy on marital distress: A systematic review. J Cogn Psychother. 2021;35(2):118-30.

40-Pasha D, Hatamipour K, Rostam Nezhad M. Effectiveness of schema therapy on marital relationship quality and emotion regulation in couples affected by infidelity. J Assess Res Appl Couns. 2024;6(2):71-8.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18929]

 CC BY-NC 4.0