

اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در  
زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد  
*Efficiency of Therapeutic Model Based on Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy  
on the Marital Satisfaction in Conflicting Women with Early Maladaptive Schemas Related to  
Disconnection and Rejection Domain*

**Farzaneh Emadifar**

PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

**Mohammad Hosein Fallah Yakhdani** (Corresponding author)

Associate Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

Email: Fallah.yazd@iauyazd.ac.ir

**Saeid Vaziri Yazdi**

Faculty member, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

**Zahra Chboki Nejad**

Member of Psychology and Counseling Department, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.

**Abstract**

**Aim:** The present study was conducted with the purpose of investigating the efficiency of therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy on the marital satisfaction in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain. **Method:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design with a two-month follow-up period. The statistical population of the present study included conflicting women with early maladaptive schemata related to disconnection and rejection domain in the city of Isfahan in the summer of 2020. 30 women were selected through purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups. The experimental group received therapeutic model intervention based on therapeutic schema and compassion-focused therapy (10 sessions). The applied questionnaires include marital conflict (MCQ), early maladaptive schemas (EMSQ) and marital satisfaction questionnaire (MSQ). The data were analyzed through Repeated measurement variance method. **Results:** The results showed that the therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy has effect on the marital satisfaction in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain ( $F=57.85$ ,  $Eta=0.70$ ,  $P\leq 0.001$ ). **Conclusion:** According to the findings, Present treatment model can be used as an efficient therapy to increase marital satisfaction in conflicting women with early maladaptive schemas related to disconnection and rejection domain through employing the concepts of therapeutic schema and compassion-based therapy.

**Keywords:** Therapeutic model based on therapeutic schema and compassion-focused therapy, marital satisfaction, early maladaptive schemas, conflicting women

فرزانه عمادی‌فر

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

محمدحسین فلاح یخدانی (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

Email: Fallah.yazd@iauyazd.ac.ir

سعید وزیری یزدی

عضو هیئت علمی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد، یزد، ایران.

زهرا چابکی نژاد

عضو گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

**چکیده**

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۹ بود. تعداد ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (۱۰ جلسه) دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSQ) و رضایتمندی زناشویی (MSQ) بود. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر دارد ( $F=57.85$ ;  $Eta=0.70$ ;  $P\leq 0.001$ ). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، الگوی درمانی حاضر با بهره‌گیری از مفاهیم طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوانی درمانی کارآمد در جهت افزایش رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مورد استفاده قرار داد.

**کلمات کلیدی:** الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت،

رضایتمندی زناشویی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زنان متعارض

## مقدمه

بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و مؤسسات اجتماعی، خانواده دارای مهم‌ترین، ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نقش‌ها بوده و از اهمیت تربیتی و اجتماعی فراوانی برخوردار است. افراد از طریق خانواده به عرصه هستی گام می‌نهند و جامعه نیز از تشکیل افراد، هستی و قوام می‌یابد. مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزش‌های خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را بپروراند. این موضوع وقتی اهمیت پیدا می‌کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیربنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییر در آن از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها امکان‌پذیر خواهد بود. با توجه به اهمیت خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه و همچنین پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان لازم است که به حفظ کیان آن توجه جدی صورت پذیرد، چرا که توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روانی و عاطفی، اجتماعی و رفتاری آن و الگوبرداری فرزندان در یک محیط عاطفی کاملاً مشهود است (بایرمن و کلورسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به شکل معمول، نخستین روزهای ازدواج با احساس تعهد زوجین به یکدیگر همراه است، اما برخی از زوجین به تدریج دچار مشکلات ارتباطی با یکدیگر می‌شوند، هر چند که بعضاً تفکرات پس از تعارضات زناشویی<sup>۲</sup> نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرایند دارد (ویلسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). البته باید اشاره کرد که تجربه سطوح مختلفی از تعارض، اختلاف نظر و رنجش در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیر قابل اجتناب است (انسی و امر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). تعارضات زناشویی نوعی ناسازگاری مداوم بین دو همسر است که حداقل به وسیله یکی از آن‌ها بروز داده می‌شود. این سطح از ناسازگاری معمولاً بر کارکرد ارتباطی، هیجانی و اجتماعی همسران اثر منفی می‌گذارد. تعارض ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوء رفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر دو زوج بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (فرانکل، آممارا، جاکوبویتز و هازن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). نتایج مطالعه عباس<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹) و ماخانوا، مک‌نالتی، ایکل، نیکونوا و مانر<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) نشان داد که زوج‌های دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی می‌باشند. با افزایش تعارض در روابط زوجی، ناسازگاری افزایش می‌یابد، نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود به علاوه این مشکلات، از مقدمات طلاق محسوب می‌شوند.

یکی از عواملی که رابطه نزدیکی با بروز تعارضات زناشویی داشته و بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، یکی از عوامل بروز تعارضات زناشویی به شمار می‌رود، طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۸</sup> است (اصغری، صادقی، زارع خاکدوست و انتظاری، ۱۳۹۴؛ صدیقی و جعفری، ۱۳۹۵؛ آرین‌فر و پورشهریاری، ۱۳۹۶؛ چهارآز ابوالحسنی و

1. Bayerman, Kleverson

2. marital conflicts

3. Wilson, Andridge, Peng, Bailey, Malarkey

4. Onsy, Amer

5. Frankel, Umemura, Jacobvitz, Hazen

6. Abbas, Aqeel, Abbas, Shafer, Jaffar

7. Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova, Maner

8. early maladaptive schema

هنرپروران، ۱۳۹۶؛ مقتدر و حلاج، ۱۳۹۷). طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف شده که روی افراد تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌ها در دوران کودکی رشد می‌کنند و به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب کلی زندگی عمل می‌کنند. از آنجایی که طرحواره‌ها نسبتاً ثابت هستند به عنوان اطلاعات تاییدی دائماً جستجو می‌شوند و می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه باعث برانگیخته شدن افراد شوند (اورا، کالپت و پادیللا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). طرحواره‌ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصمیم‌گیری کمک می‌کنند. اما در برخی، فرایندهای ذهنی ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کند و موجب کندی در فرایند تغییر الگوهای رفتاری شوند. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، طرحواره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی، می‌توانند موجب تداوم مشکلات روانی شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب اختلالات هیجانی می‌شوند از طرحواره‌های افراد عادی انعطاف‌ناپذیرتر، خشک‌تر و عینی‌ترند (کالوت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بروز تعارضات زناشویی سبب آسیب جدی به روابط زوجین و کاهش رضایتمندی زناشویی<sup>۳</sup> در نزد آنها می‌شود (زاهد بابلان، حسینی شورابه، پیری کامرانی و دهقان، ۱۳۹۴؛ کاظمیان مقدم، مهرابی‌زاده هنرمند، کیامنش و حسینیان، ۱۳۹۷).

رضایت زناشویی به احساس‌های مرتبط با خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده زن یا شوهر اطلاق می‌شود. فرآیندی که در آن یک زوج به صورت کلامی و غیرکلامی مانند گوش کردن، حالات چهره و ژست‌های مختلف با همدیگر تبادل احساسات و افکار را انجام می‌دهند. همچنین از نظر فردی، تفکر نقش مهمی در رضایت زناشویی دارد و بی‌تفاوتی طرفین به علائق و تفکرات یکدیگر موجب کاهش رضایت زناشویی و ایجاد دلسردی می‌شود (هاربر، ناوارو، ومیل و مام<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). رضایت زناشویی یک متغیر نگرشی است و بر این اساس رضایت زناشویی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های گوناگون روابط زناشویی خود دارند و نارضایتی زناشویی در واقع نگرش منفی و ناخشنود از جنبه‌های گوناگون روابط زناشویی است که حتی بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است (چارنیا و ایکس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). رضایت زناشویی، انطباق رفتارهای زناشویی زوجها با یکدیگر و جود تفاهم و همدلی و عشق بین آنهاست. به عبارت دیگر رضایت زناشویی، وجود یک رابطه دوستانه همراه با منطق، تفاهم، درک یکدیگر، ارضای نیازهای مادی و معنوی مرد و زن است. در واقع برای بسیاری، کسب خشنودی از رابطه زناشویی مهمترین منبع خشنودی حتی مهمتر از منابعی همچون کار، دوستان و حتی فرزندان به شمار می‌آید (ژی، ژائو و گانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). از طرفی باید اشاره کرد که رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه

1. Orue, Calvete, Padilla

2. Calvete

3. Marital Satisfaction

4. Huber, Navarro, Womble and Mumme

5. Charnia & Ickes

6. Xie, Zhou, Gong

عاشقانه کنونی فرد است. بنابراین می‌توان رضایت زناشویی را به عنوان یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی‌آید، بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است (کیان، چن و یوان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین و به خصوص زنان متعارض به‌کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی<sup>۲</sup> یکی از مداخلات جدید درمانی است که کارایی آن در تحقیقات پژوهش‌گرانی همچون محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)؛ صفاری‌نیا و عزیزی (۱۳۹۸)؛ عسگری و گودرزی (۱۳۹۷)؛ روحی، جزایری، فاتحی‌زاده و اعتمادی (۱۳۹۶)؛ یوسف‌زاده، طالبی و نشاط‌دوست (۱۳۹۶)؛ بشیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۵)؛ تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵)؛ رنر، دی‌رایبترز، آرنتز، پیترز، لایستال و هایبرز<sup>۳</sup> (۲۰۱۸)؛ نیمادیک، لامبرث و ریسی<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) و پاگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) نشان داده شده است. طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری بنا شده است (نیمادیک و همکاران، ۲۰۱۷). طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت‌درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به‌گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (خاشو، ون‌آلپن، هیجنن-کوهل، کوانس، آمتز و ویدلر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). هدف اولیه طرحواره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). طبق این مدل، افراد در شیوه تجربه هیجان‌ها و مفهوم‌سازی آنها کاملاً متفاوتند و بسته به باورهایی که درباره هیجان‌ها خود دارند، روش‌های متفاوتی برای اقدام انتخاب می‌کنند (پاگ، ۲۰۱۵). افرادی که هیجان‌ها منفی زیادی دارند، به بروز کنش‌های شدید در موقعیت‌های نسبتاً اضطراب‌زا یا نامطلوب تمایل دارند. این افراد خود را سرزنش کرده و به شدت انتقاد می‌کنند و به دیگران بیش از حد حساسیت نشان می‌دهند. این خصیصه‌های منفی، در درازمدت سبب جدایی و فاصله زوجین از یکدیگر شده، به بروز دلزدگی‌های بیشتر در روابط از منجر می‌گردند (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷).

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زنان دارای تعارضات زناشویی درمان متمرکز بر شفقت<sup>۷</sup> است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگران مختلف نشان داده شده است. چنان‌که باتیستا، کانه‌ها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی آنها شود. علاوه بر این پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف<sup>۹</sup> (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوهر-ماول<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۷)؛

1. Qian, Chen, Yuan

2. Schema Therapy

3. Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters, Lobbestael, Huibers

4. Nenadic, Lamberth, Reiss

5. Pugh

6. Khasho, Van Alphen, Heijnen-Kohl, Ouwens, Arntz, Videler

7. Compassion-focused Therapy

8. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso

9. Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff

10. Lathren, Bluth, Park

11. Bluth, Eisenlohr-Moul

تاننباوم، آدامز، گونالز، هانس و هود<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود کارآیی درمان متمرکز بر شفقت را بر استرس، افسردگی و سلامت روان شناختی افراد مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند. همچنین کازن، کیدنی، ریچارد، هیکس (۲۰۱۶)؛ الاین و هالینز<sup>۳</sup> (۲۰۱۶)؛ خونساری، تاجری، سرداری پور، حاتمی و حسین زاده تقوایی (۱۳۹۸) و زمانی مزد، گرافر، داورنیا و بابایی گرمخانی (۱۳۹۷) در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که مولفه شفقت و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد گردد. علاوه بر این بابایی گرمخانی، کسای، زهراکار و اسدپور (۱۳۹۸)؛ شفیعی و جزایری (۱۳۹۶)؛ دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)؛ ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) نیز گزارش کرده‌اند که شفقت و درمان مبتنی بر آن می‌تواند منجر به کاهش مولفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای زوجین شود. درمان متمرکز بر شفقت مستلزم آن می‌باشد که شخص یک آگاهی بی‌طرفانه و عینی از هیجانات خود داشته باشد. به عقیده پژوهشگران شفقت‌ورزی راستین مواجهه (نه اجتناب) با افکار و هیجاناتی است که دردناک می‌باشند (باری، لوفین و داکت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). همچنین شفقت‌ورزی، به فعال‌سازی نظام تسکین فرد کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در اشخاص منجر می‌شود (دورکین، بیامونت، مارتین و کارسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). گیلبرت<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام نمود و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را بیان نمود. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد که مطابق با یافته‌های پژوهشگران ذکر شده، درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به عنوان یک سپر حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی باشد. دلیل بهره‌گیری از این درمان در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، آن بود که در درمان مبتنی بر خودشفقتی بر رنج افراد تمرکز می‌شود، این فرایند در حالی است که افراد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آنها به ثبات امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. خانواده‌های اصلی آنها معمولاً بی‌ثبات (رهاشدگی، بی‌ثباتی)، بدرفتار (بی‌اعتمادی/ بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (محرومیت هیجانی)، طرد کننده (نقص و شرم) یا منزوی (انزوای اجتماعی/ بیگانگی) هستند. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه بریدگی و طرد قرار می‌گیرد، اغلب بیشترین آسیب را می‌بینند. بسیاری از آنها، دوران کودکی تکان‌دهنده‌ای داشته‌اند. این مفاهیم بیانگر آن است که آنان در رنج بوده و حالات روانی‌شان موجب آشفتگی بیشتر می‌شود؛ بر این اساط درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌توان منجر به کاهش این رنج‌ها شود.

1. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood

2. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin

3. Elaine, Hollins

4. Barry, Loflin, Doucette

5. Durkin, Beaumont, Martin, Carson

6. Gilbert

با توجه به آنچه که در مورد طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت ذکر شد، به نظر می‌رسد که تلفیق این دو رویکرد اثرات هم‌افزایی بر بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشته باشد. همچنین با توجه به پیشینه پژوهش‌های فوق، مشخص می‌شود که طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت اثر معناداری بر بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی در جوامع آماری گوناگون، داشته است، اما نکته‌ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نپرداخته است. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد بود.

### روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سه ماهه تابستان ۱۳۹۹ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر اصفهان، تعداد ۱۰ مرکز انتخاب شد). سپس با پخش فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زنان متعارض پخش شد. با شناسایی زنان داوطلب، پرسشنامه تعارض زناشویی به آنها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده‌اند، انتخاب شد. در گام بعد زنان شناسایی شده توسط ملاک ورود مهم دیگر به پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که در بین زنان دارای تعارضات زناشویی شناسایی شده، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توزیع شد. سپس زنانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۸۷: در جامعه ایرانی). سپس این زنان با استفاده از مصاحبه بالینی نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفت. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این زنان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت زن، داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن تعارضات زناشویی، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

## ابزار

پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)<sup>۱</sup>: پرسشنامه ۴۲ سوالی تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی در سال ۱۳۷۵ ساخته شده است. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری (۵ سوال)، کاهش رابطه جنسی (۷ سوال)، افزایش واکنش‌های هیجانی (۸ سوال)، افزایش جلب حمایت فرزند (۶ سوال)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود (۵ سوال)، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر (۵ سوال) و جدا کردن امور مالی از یکدیگر (۶ سوال). هر سوال آزمون دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این آزمون توسط سازندگان آن هنجاریابی شده و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای کاهش همکاری ۰/۵۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. برای تعیین روایی این آزمون از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این آزمون دارای روایی محتوایی مناسبی است (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSQ)<sup>۲</sup>: پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل حوزه بریدگی و طرد (۲۵ سؤال)، حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (۲۰ سؤال)، حوزه جهت‌مندی (۱۰ سؤال)، حوزه بازداری و گوش به زنگی بیش از حد (۱۰ سؤال) و حوزه محدودیت‌های مختل (۱۰ سؤال) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده روان‌بندگی‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیرصحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه نمره کل ندارد و نمرات افراد در ۵ حوزه ذکر شده قابل محاسبه است (یانگ، ۱۹۹۸). در پژوهش والر، میرر و اوهانیان<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۲ به دست آمد. در ایران صدوقی، آگیلار-وفایی، رسوالزاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) به منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی (MSQ)<sup>۴</sup>: پرسشنامه ۳۵ سوالی رضایت زناشویی اینریچ توسط اولسون و اولسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است که عبارتند از: تحریف آرمانی (۵ سوال)، رضایت

1. Marital Conflict Questionnaire

2. Early Maladaptive Schemas Questionnaire

3. Waller, Meyer, Ohanian

4. Marital Satisfaction Questionnaire

5. Olson, Olson

زناشویی (۱۰ سوال)، ارتباطات زناشویی (۱۰ سوال) و حل تعارض (۱۰ سوال). در فرم ۳۵ سوالی اجرا شده در ایران برای هر یک از سوال‌ها ۵ گزینه منظور شده است. گزینه‌ها عبارتند از کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالفم که نمره گذاری به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره بالاتر نشان دهنده رضایت زناشویی بالاتر است. نمرات معکوس این پرسشنامه عبارتند از: ۴۴، ۳۶، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۱۷، ۱۰، ۹، ۷، ۵، ۳، ۲، ۱. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۱۷۵ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده رضایتمندی زناشویی بیشتر است. اولسون و اولسون (۲۰۰۶) اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سامی، نظری، محسن‌زاده و طاهری (۱۳۹۳) ضریب آلفای ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۵ بدست آمد. همچنین ضریب بازآزمایی این آزمون در کل ۰/۹۸ بدست آمد که نشان دهنده ثبات بالای این آزمون است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

### روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرایند نمونه‌گیری، زنان انتخاب شده (۳۰ زن متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). پس از تدوین الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از روش ۴ مرحله‌ای تطبیقی مقایسه‌ای بردی، این بسته به پنج متخصص حوزه خانواده درمانی ارائه و از آنها درخواست شد با مطالعه و اظهار نظر راجع به ساختار فرآیند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته تلفیقی در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفت، به رفع اشکالات احتمالی این بسته یاری رسانند. علاوه بر این در این مرحله لازم بود یک فرم اظهار نظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند این بسته تلفیقی در اختیار آنها قرار گرفت. سپس با بررسی نظرات تخصصی پنج متخصص و اعمال نظرات اصلاحی آنها درباره الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بسته نهایی درمان آماده شد. در گام نهایی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به پنج متخصص همراه با فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرآیند، ساختار و محتوای بسته درمانی تلفیقی مجدداً ارائه داده شد. در این مرحله در صورتی که همچنان متخصصان نظرات اصلاحی داشتند به صورت موردی در بسته درمانی تلفیقی اعمال شد. گروه آزمایش الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت را در ۱۰ جلسه طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. دوره پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد.



جدول ۱: خلاصه الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (محقق ساخته)

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن از اعضا برای حضور مداوم در کلاس و توضیح مختصر در مورد طرحواره درمانی و شفقت درمانی، برگزاری پیش‌آزمون.
دوم	توضیح در مورد طرحواره، اهمیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار، حضور طرحواره‌ها در روابط زوجین، طرحواره‌های رایج در طلاق عاطفی؛ قسمت دوم آموزش: شفقت درمانی شامل: مبانی فلسفی شفقت به خود (ذهن تکامل یافته)، ارائه تکلیف.
سوم	توضیح در مورد اهداف طرحواره درمانی، آگاهی دادن افراد نسبت به هیجان‌های ناشی از طرحواره‌ها، نحوه‌ی عملکرد طرحواره‌ها (تداوم طرحواره، بهبود طرحواره)؛ قسمت دوم آموزش: خاطره غمبار، ذهن اجتماعی، از تقصیر ما نیست تا پذیرش مسئولیت، استعاره‌ها در شفقت درمانی، توضیح در مورد سیستم نیازها، سیستم تهدید، سیستم تسکین‌دهی، ارائه تکلیف.
چهارم	بررسی تکلیف، توضیح در مورد سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (تسلیم طرحواره، اجتناب طرحواره، جبران افراطی طرحواره)؛ قسمت دوم آموزش: توضیح در مورد احساس شرمساری، احساس شرمساری از نادیده گرفته شدن، احساس شرمساری از مورد آزار و توهین واقع شدن، خاطره احساس شرمساری، تاثیرات متعدد احساس شرمساری، ارائه تکلیف مرتبط.
پنجم	بررسی تکلیف، توضیح در مورد ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، روش‌های مقابله‌ای اجتناب-فرار، روش مقابله‌ای جبران-مبارزه، روش مقابله‌ای تسلیم-میخکوب شدن، توضیح در مورد انواع ذهنیت‌ها؛ قسمت دوم آموزش: خودسرزنشی یا خود انتقادی، تحلیل کارکردی خود انتقادی، خودپایشی و خودسرزنشی به عنوان راهکارهای ایمنی بخش، ارائه تکلیف.
ششم	آموزش و تمرین تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره، تکنیک گفتگوی خیالی؛ قسمت دوم آموزش: تمایز احساس شرمساری، گناه و حقارت؛ مسئولیت‌پذیری در مقایسه با سرزنش خودانتقادگرانه، تکلیف منزل.
هفتم	کار با تصاویر ذهنی بازوالدینی: شامل گام اول: اجازه خواستن درمانگر برای وارد شدن به تصویر ذهنی و صحبت مستقیم با کودک آسیب‌پذیر؛ گام دوم: بازوالدینی کودک آسیب‌پذیر توسط درمانگر؛ گام سوم: ذهنیت بزرگسال بیمار پس از مدل‌سازی درمانگر؛ قسمت دوم آموزش: ماهیت دلسوزی، ذهن تهدیدمدار در برابر ذهن دلسوزمدار، دانایی، قدرت، صمیمیت و عدم قضاوت، چندجزیی بودن، ارائه تکلیف منزل.
هشتم	معرفی راهبردهای شناختی در طرحواره درمانی، آزمون اعتبار طرحواره‌ها (بررسی شواهد عینی تاییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها)، معرفی و آموزش تکنیک تعریف جدید از شواهد تاییدکننده ی طرحواره، تکنیک نوشتن نامه؛ قسمت دوم آموزش: توضیح در مورد ذهن‌آگاهی، اساس ذهن‌آگاهی، ذهن سرگردان، تمرین ذهن‌آگاهی با خوردن کشمش، ارائه تکلیف.
نهم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار، تدوین و ساخت کارتهای آموزشی طرحواره، فرم ثبت طرحواره؛ قسمت دوم آموزش: تمرین چرخه تنفس تسلی بخش، ذهن‌آگاهی نسبت به فکر و هیجان، ارائه تکلیف.
دهم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، آموزش تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، کمک به تصویرسازی مخاطبان، تصویرسازی دلسوزانه (خلق یک مکان امن).
یازدهم	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی، تصویر خود دلسوز، تمرینات مربوط به خود دلسوز، ارائه تکلیف.
دوازدهم	فوران دلسوزی و توجه خود دلسوز به دیگران، جمع‌بندی جلسات، پاسخ‌گویی به سوالات و برگزاری پس‌آزمون.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۱۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۱۶/۶۷ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۱۶/۶۷ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۲۰ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیر شفقت به خود در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد رضایتمندی زناشویی و ابعاد آن

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل رضایتمندی زناشویی	۷۹/۳۸	۱۱/۸۲	۹۴	۱۲/۱۲	۹۰/۲۳	۱۲/۲۹
	۷۹/۸۴	۱۰/۹۹	۷۷/۱۵	۱۰/۶۶	۷۸	۱۰/۸۴
تحریف	۱۳/۱۵	۲/۹۵	۱۵/۷۷	۲/۴۲	۱۴/۸۴	۲/۵۷
	۱۲/۷۷	۲/۵۳	۱۲/۲۳	۲/۵۳	۱۲/۳۰	۲/۱۸
رضایت	۲۱	۵/۱۹	۲۴/۶۹	۶/۳۱	۲۴	۵/۷۳
	۲۱/۴۶	۵/۴۱	۲۱/۰۷	۵/۱۳	۲۱	۵/۲۷
زیرمقیاس‌های رضایتمندی زناشویی	۲۳/۳۸	۵/۹۳	۲۷/۳۸	۶/۵۵	۲۶/۳۸	۶/۳۴
	۲۲/۸۴	۶/۱۹	۲۲/۲۳	۶/۰۵	۲۲/۳۰	۵/۷۵
ارتباطات	۲۱/۸۴	۶/۳۶	۲۶/۱۵	۶/۸۴	۲۵	۶/۹۷
	۲۲/۷۷	۷/۶۹	۲۱/۶۱	۷/۱۳	۲۲/۳۸	۷/۳۰
حل تعارض	۲۱/۸۴	۶/۳۶	۲۶/۱۵	۶/۸۴	۲۵	۶/۹۷
	۲۲/۷۷	۷/۶۹	۲۱/۶۱	۷/۱۳	۲۲/۳۸	۷/۳۰

نتایج جدول توصیفی حاکی از آن است که میزان رضایتمندی زناشویی زنان حاضر در گروه آزمایش افزایش یافته است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیر رضایتمندی زناشویی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس-کواریانس نیز برقرار بوده است ( $p > 0/05$ ). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر رضایتمندی زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $p > 0/05$ ). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (رضایتمندی زناشویی) معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در رضایتمندی زناشویی رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی تاثیر الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر

## شفقت بر رضایتمندی زناشویی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۲۸/۳۱	۲۶۴/۷۳	۲	۵۲۹/۴۶	زمان
۱	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱	۲۲/۳۴	۱۸۷۰/۸۲	۱	۱۸۷۰/۸۲	عضویت گروهی
۱	۰/۷۰	۰/۰۰۰۱	۵۷/۸۴	۵۴۰/۸۶	۲	۱۰۸۱/۷۲	تعامل زمان و گروه
				۹۳۵	۴۸	۴۴۸/۸۲	خطا

نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد داشته و ۵۴ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) هم بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر معنادار داشته و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات

رضایتمندی زناشویی را تبیین می‌کند. از طرفی این نتایج بیان‌گر آن بود که نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر معنادار داشته و ۷۰ درصد از تفاوت در نمرات رضایتمندی زناشویی را تبیین می‌کند. حال در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی به مقایسه زوجی میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی پرداخته می‌شود.

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین نمرات رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	مرحله مبنا (میانگین)
۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	-۶۷۰۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۱	۰/۹۰	-۴/۸۰	پیگیری	پس‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	۶۷۰۴	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۰/۰۷	۰/۳۸	۱/۲۳	پیگیری	پس‌آزمون

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر رضایتمندی زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری رضایتمندی زناشویی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد که در مرحله پس‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

حال در ادامه به بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد رضایتمندی زناشویی (تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض) زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد پرداخته می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی تاثیر الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر

شفقت بر ابعاد رضایتمندی زناشویی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۱	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱	۱۵/۹۱	۷/۰۹	۲	۱۴/۱۸	زمان	تحریف آرمانی
۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۴/۳۱	۹۰/۴۶	۱	۹۰/۴۶	عضویت گروهی	
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۳۷/۹۰	۱۶/۸۸	۲	۳۳/۷۷	تعامل زمان و گروه	
				۳/۸۲	۳۲/۹۵	۱۲۵/۸۳	خطا	
۰/۹۹	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱	۱۲/۷۰	۱۹/۴۷	۲	۳۸/۹۵	زمان	رضایت زناشویی
۰/۹۶	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۰/۵۵	۸۲/۰۵	۱	۸۲/۰۵	عضویت گروهی	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۰/۴۸	۳۱/۳۹	۲	۶۲/۷۹	تعامل زمان و گروه	
				۱/۵۳	۴۸	۷۳/۵۹	خطا	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۰	۱۹/۸۹	۲	۳۹/۷۹	زمان	ارتباطات
۰/۹۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۱/۸۵	۲۰۶/۷۸	۱	۲۰۶/۷۸	عضویت گروهی	
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۳۸/۱۰	۳۷/۸۹	۲	۷۵/۷۹	تعامل زمان و گروه	
				۰/۹۹	۴۸	۴۷/۷۴	خطا	
۱	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۵/۶۳	۱۹/۲۴	۲	۳۸/۴۸	زمان	حل تعارض
۰/۹۹	۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۱۳/۵۷	۸۴/۱۱	۱	۸۴/۱۱	عضویت گروهی	
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۴۰/۵۳	۴۹/۸۸	۲	۹۹/۷۷	تعامل زمان و گروه	
				۱/۲۳	۴۸	۵۹/۰۹	خطا	

نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد داشته و به ترتیب ۴۰، ۳۵، ۴۶ و ۳۹ از تفاوت در واریانس‌های نمرات تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) هم بر تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۳۸، ۳۲، ۳۴ و ۳۷ درصد از تفاوت در نمرات تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج بیان‌گر آن بود که نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۱، ۴۶، ۶۱ و ۶۲ درصد از تفاوت در نمرات تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض را تبیین می‌کند. حال در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی به مقایسه زوجی میانگین نمرات ابعاد رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی پرداخته می‌شود.

جدول ۶: مقایسه زوجی میانگین نمرات ابعاد رضایتمندی زناشویی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تحریف آرمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۰۴	۰/۲۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۶۱	۰/۱۸	۰/۰۰۰۶
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۴	۰/۲۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۰۰۰۷
ارتباطات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۶۵	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۲۷	۰/۳۷	۰/۰۰۰۷
حل تعارض	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۵	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۳۸	۰/۲۶	۰/۰۰۰۱
ارتباطات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۶۹	۰/۳۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۲۳	۰/۳۱	۰/۰۰۰۲
حل تعارض	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۹	۰/۳۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۰۰۰۸
حل تعارض	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۵۷	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۳۸	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱
حل تعارض	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۵۷	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۰۸۵

همانگونه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، ارتباطات و حل تعارض را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی در زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد انجام گرفت. نتایج نشان داد که الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر دارد. چنان که این درمان توانسته منجر به افزایش رضایتمندی زناشویی زنان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، با یافته عسگری و گودرزی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق؛ با نتایج پژوهش روحی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثر رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی؛ و با گزارشات تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل همسو بود. علاوه بر این زمانی مزد (۱۳۹۷) نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک موثر است. همچنین دشت‌بزرگی، (۱۳۹۶) و بابایی گرمخانی و

همکاران (۱۳۹۶) گزارش کرده‌اند که مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی، تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی موثر است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد می‌توان بیان نمود که طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (روحی و همکاران، ۱۳۹۶) فرصتی را فراهم می‌سازد تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دست از ارزیابی منفی و اجتناب کشیده و بجای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده نماید. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نیز می‌تواند با بهبود پردازش شناختی، هیجانی و روان‌شناختی، منجر به بهبود قدرت حل مساله در زنان شود. این روند سبب می‌شود تا زنان دارای تعارضات زناشویی، با بهره‌گیری حل مساله مبادرت به حل مشکلات زناشویی نموده و از این طریق، دلزدگی زناشویی آنان کاهش و میزان رضایتمندی زناشویی در آنان افزایش یابد. همچنین می‌توان بیان نمود رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آنها مفید است. بر همین اساس طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و تشکیل کمال‌گرایی مفرط منجر شده است، بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند با بهبود و تلطیف نگرش خود، به میزان رضایتمندی زناشویی خود بیفزایند. این در حالی است که در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌بایست به نقش درمان متمرکز بر شفقت نیز اشاره نمود. خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن، همراه با ذهن‌آگاهی تأکید دارد (لاترن و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی نیز سبب می‌شود تا زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد نسبت به پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی خود آگاهی یافته و با نظاره‌گر بودن افکار، از هم‌درآمیزی با آنها بپرهیزند. این فرایند سبب می‌شود تا زنان افکار مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه را نیز فقط به عنوان فکر در نظر گیرند؛ بدون آنکه با این افکار درآمیخته شوند. بنابراین نقش این طرحواره‌ها در ایجاد مشکلات زناشویی کاهش یافته و بر این اساس رضایتمندی زناشویی زنان نیز افزایش می‌یابد. علاوه بر این شفقت سبب برخورد توأم با محبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی خود شده و فرد را نسبت به برخورد مهربانانه با خود و دیگران تشویق می‌کند (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس می‌توان اظهار کرد درمان متمرکز بر شفقت سبب می‌شود تا زنان حاضر در پژوهش از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردار شده، در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توانمند گشته و به شکل مطلوب‌تری بتوانند ادراکات منفی و

آزاردهنده را در فرایندهای پردازشی شناختی و هیجانی خود کاهش دهند. بر حسب این روند، نیز می‌توان افزایش در رضایتمندی زناشویی زنان حاضر در پژوهش را تبیین نمود.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند علل تعارضات زناشویی زنان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان، کنترل عوامل ذکر شده، روش نمونه‌گیری تصادفی و با اجرای مرحله پیگیری اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های دیگر کارایی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر خود در دیگر جامعه‌های آماری همچون زنان مطلقه، زوجین دارای تعارضات زناشویی، زوجین ناباور و .. نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر رضایتمندی زناشویی زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود الگوی درمانی حاضر طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمان‌گران حوزه خانواده در سطح مراکز مشاوره سطح شهر و دادگستری‌ها ارائه داده شود تا آنها با بکارگیری این الگوی درمانی برای زنان متعارض، جهت افزایش شفقت به خود آنان گامی عملی برداشته باشند.

#### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی فرناز عمادی‌فر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد بود. بدین وسیله از تمام رزنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- آرین‌فر، ن؛ و پورشهریاری، م. (۱۳۹۶). مدل معادلات ساختاری پیش بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و متغیر میانجی سبک‌های عشق ورزی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲۹(۱)، ۲۴-۳۷.
- اصغری، ف؛ صادقی، ع؛ زارع خاکدوست، س؛ و انتظاری، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار با تعارض زناشویی و بی‌ثباتی زناشویی در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی، مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۱(۱)، ۴۶-۵۸.
- ایزدی، ن؛ و سجادیان، ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خوددقت‌آوایی، روان‌پرستاری، ۲(۲)، ۱۵-۲۲.
- بابایی گرمخانی، م؛ کسای، ع؛ زهراکار، ک؛ و اسدپور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان شکن دارای خیانت سایبری، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۹(۲)، ۷۳-۹۲.
- بشیری، ط؛ گل‌محمدیان، م؛ و حجت‌خواه، س.م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۷)، ۱۸۸-۱۷۱.
- تقی‌یار، ز؛ پهلوان‌زاده، ف؛ و سماوی، س.ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، زن و مطالعات خانواده، ۹(۳۴): ۶۳-۴۹.
- چهرآز ابوالحسنی، م؛ و هنرپوران، ن. (۱۳۹۶). تبیین رابطه تعارضات زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نگرش به روابط فرا زناشویی در زوجین، اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد و حسابداری و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- خونساری، م؛ تاجری، ب؛ سرداری پور، م؛ حاتمی، م؛ و حسین‌زاده تقوایی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته شده و خودکارآمدی دانش‌آموزان، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۷۳): ۲۷-۱۷.
- دشت‌زرگی، ز. (۱۳۹۶). تاثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۸(۴): ۷۲-۷۹.
- روحی، ع؛ جزایری، ر؛ فاتحی‌زاده، م؛ و اعتمادی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی، مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۸(۲۹): ۱۵۹-۱۳۵.
- زاهد بابلان، ع؛ حسینی شورابه، م؛ پیری کامرانی، م؛ دهقان، ف. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت زناشویی، تعارض زناشویی و بخشش در زوجین عادی و در حال طلاق، دوفصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۲(۱)، ۷۴-۸۴.
- زمانی مزد، ر؛ گرافر، ا؛ داورنیا، ر؛ و بابایی گرمخانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. مجله تصویر سلامت، ۹(۴): ۲۳۳-۲۴۳.
- سامی، ع؛ نظری، ع.م؛ محسن‌زاده، ف؛ و طاهری، م. (۱۳۹۳). روابط چندگانه سبک‌های دلبستگی، ابعاد شخصیت و رضایت زناشویی با پیمان شکنی زناشویی. فصلنامه زنان و خانواده، ۹(۲۹)، ۷۹-۹۳.
- سدوقی، ز؛ آگیلاز-وفایی، م؛ رسال‌زاده طباطبایی، س.ک؛ و اصفهانیان، ن. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره بانگ در نمونه غیربالینی ایرانی، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲): ۲۱۴-۲۱۹.
- صدیقی، س.ر؛ و جعفری، ا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعارضات زناشویی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین جوان، دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- صفاری‌نیا، م؛ و عزیزی، ز. (۱۳۹۸). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان، مطالعات روان‌شناختی، ۱۵(۱): ۱۴۷-۱۶۳.
- عسگری، ا؛ و گودرزی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق، مطالعات ناتوانی، ۸(۱): ۲۳-۳۵.
- فتوحی، س؛ میکاییلی، ن؛ عطادخت، ا؛ و حاجلو، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دلزدگی زناشویی در همسران دارای تعارض، ۱۲(۳۹): ۶۴-۴۵.
- کاظمیان مقدم، ک؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ کیامنش، ع؛ حسینیان، س. (۱۳۹۷). رابطه علی‌تمایزافتگی، معناداری زندگی و بخشودگی با دلزدگی زناشویی از طریق میانجی‌گری تعارض زناشویی و رضایت زناشویی، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۹(۳۱)، ۱۳۱-۱۴۶.



- محمدی، ح؛ سپهری شاملو، ز؛ و اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۵۱): ۲۷-۳۶.
- مقتدر، ل؛ و حلاج، ل. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی هیجانی و شادکامی در زنان با و بدون تعارضات زناشویی، مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۷(۲): ۱۳۸-۱۴۵.
- یوسف‌زاده، م؛ طالبی، ه؛ و نشاط دوست، ح.ط. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۷(۲): ۸۱-۶۹.
- Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaheer, B., Jaffar, A., Sundas, J., Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affective Disorders*, 244, 231-238.
- Barry, C.T., Loflin, D.C., Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118-123.
- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30: 28-32.
- Bayerman, S., Kleverson, E. (2014). Family therapy and Self Differentiation in women with and without mental disorders. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 2 (11), 223-232.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 37(4), 735-746.
- Charnia, M.R., & Ickes, W. (2007). Predicating marital satisfaction: Social absorption and individuation versus attachment anxiety avoidance. *Personal Relationship*, 14, 187-208.
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C.J.H., Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109-114.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Frankel, L.A., Umemura, T., Jacobvitz, D., Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73-83.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Huber, C.H., Navarro, R.L., Womble, M.W., and Mumme, F.I. (2010). family Resilience and midlife marital satisfaction. *The family journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 33, 347-456.
- Khasho, D.A., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14, 321-330.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41.
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, L., Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27.
- Nenadic, I., Lamberth, S., Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.
- Olson, D.H. & Olson, A. (2000). *Preventive approaches in Couple Therapy*. New York: talor and francis pub.
- Onsy, E., Amer, M.M. (2014). Attitudes Toward Seeking Couples Counseling among Egyptian Couples: Towards a Deeper Understanding of Common Marital Conflicts and Marital Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140, 470-475.
- Orue, I., Calvete, E., Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8): 1281-1291.
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hammer, L.B., Ickson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4): 361-86.

- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41.
- Qian, Y., Chen, F., Yuan, C. (2020). The effect of co-parenting on children's emotion regulation under fathers' perception: A moderated mediation model of family functioning and marital satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 119, 105-111.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(10), 1540-1541.
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2), 137-147.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13.
- Xie, J., Zhou, Z.E., Gong, Y. (2018). Relationship between proactive personality and marital satisfaction: A spillover-crossover perspective. *Personality and Individual Differences*, 128, 75-80.
- Young, J.E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.

