



## The efficacy of schema therapy on communication beliefs and quality of life of couples with low marital compatibility

Behrooz Ahmadian<sup>1</sup>, Ebrahim Alizadeh Mousavi<sup>2</sup>, Ali Jahangiri<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Counseling, Boujnord Branch, Islamic Azad University, Boujnord, Iran. E-mail: [bahmadi623@gmail.com](mailto:bahmadi623@gmail.com)

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. E-mail: [iauqalizade@gmail.com](mailto:iauqalizade@gmail.com)

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payamenoor University, Tehran, Iran. E-mail: [alijahangiri@pnu.com](mailto:alijahangiri@pnu.com)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 23 January 2023

Received in revised form 20 February 2023

Accepted 26 March 2023

Published Online 23 October 2023

#### Keywords:

Schema therapy,  
Communication beliefs,  
Quality of life,  
Compatibility

### ABSTRACT

**Background:** Confusion in the marital relationship has an important role in the quality of life, on the other hand, the quality of life of couples depends on their communication beliefs. Various studies have investigated the effect of schema therapy on behaviors related to emotional divorce, but the extent of the effect of schema therapy on communication beliefs and the quality of life of couples has been neglected.

**Aims:** The present study's purpose was to investigate schema therapy efficacy on communication beliefs and the quality of life of couples.

**Methods:** The present research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and control group. The statistical population included women with low compatibility referring to counseling centers covered by Tehran's welfare between May and June 2021, in the first stage, 108 people were selected using the available method, and after completing the marital compatibility questionnaire, 30 people with compatibility were selected. They were randomly selected and placed in groups. The experimental group underwent schema therapy in 10 sessions of 90 minutes. The data collection tool was Idelsen and Epstein's Communication Beliefs Questionnaire (1981) and Quality of Life Questionnaire (World Health Organization, 2004). Data were analyzed using SPSS 24 software and analysis of covariance.

**Results:** The findings showed that the average social, physical, psychological, environmental health, and overall health has increased, and it is statistically significant in the schema therapy group compared to the control group. The average score of belief in the destructiveness of opposition, belief in the changeability of the spouse, mind reading, sexual perfectionism, and belief in sexual differences in schema therapy has decreased, and this reduction in the schema therapy group is statistically significant compared to the control group.  $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Schema therapy leads to improving the quality of life and changing communication beliefs in couples involved in the conflict. Considering the effect of schema therapy on the communication beliefs and quality of life of couples, it is suggested that counseling centers and welfare centers pay attention to this approach to improve the quality of life and change the communication beliefs of couples involved in a conflict.

**Citation:** Ahmadian, B., Alizadeh Mousavi, E., & Jahangiri, A. (2023). The efficacy of schema therapy on communication beliefs and quality of life of couples with low marital compatibility. *Journal of Psychological Science*, 22(128), 191-208. [10.52547/JPS.22.128.191](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.191)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 22, No. 128, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.128.191](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.191)



✉ **Corresponding Author:** Ebrahim Alizadeh Mousavi, Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

E-mail: [iauqalizade@gmail.com](mailto:iauqalizade@gmail.com), Tel: (+98) 9153197845

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Confusion in the marital relationship has an important role in the quality of life, on the other hand, the quality of life of couples depends on their communication beliefs. Various studies have investigated the effect of schema therapy on behaviors related to emotional divorce, but the extent of the effect of schema therapy on communication beliefs and the quality of life of couples has been neglected. Marital conflict is considered an interaction between couples who have opposing interests, and beliefs; According to statistics, 61% of divorced people reported excessive conflict as one of the reasons for their divorce (Amani, 2014). In clinical evaluations, couples with high marital conflicts have five to six times more mood and anxiety problems than non-conflicted couples (Wang et al., 2014). In general, the quality of life decreases in these couples. According to the new approach of the World Health Organization, health does not only mean the absence of disease, but also the state of physical, mental, and social well-being and comfort; Therefore, in evaluating people's health and hygiene, one should not only pay attention to traditional health indicators such as mortality and disease rates but also pay attention to people's perception of quality of life (Rajmil et al., 2012). The quality of life of couples depends on their communication beliefs (Javidan, 2018). Marital communication is a process in which husband and wife communicate and exchange feelings and thoughts verbally and non-verbally, such as through listening, facial expressions, and different gestures. Despite the effects of the individual characteristics of couples in marital relationships, the social and cultural contexts of their living environment are also effective in the formation of these relationships, which has led to the creation of beliefs in couples. Most of the treatment approaches need to compromise with the cultural and social conditions of the couple. Schema therapy is a potentially efficient approach to solving problems that are largely ignored by mainstream cognitive therapy. This approach gives great importance to the first maladaptive schemas that arise from

dysfunctional patterns in intimate relationships and memories of childhood harshness that lead to distorted perceptions and irrational thinking of couples. Schemas affect relationship activity and are correlated with satisfaction and reduction of marital life conflicts (Arnetz & Jacob, 2013; Tim, 2012). Through schema therapy, gaps in couples' lives are identified, and they are helped to learn how to resolve them and succeed in creating unity in their married life (Refahi et al., 2019). Ghasemabadi et al. (2018) reported that schema therapy leads to a reduction in marital conflicts in life, and this reduction is more evident in women. Askari and Goderzi (2018) showed that schema therapy creates intimacy in couples who intend to divorce. Considering that the quality of life is affected by the communication beliefs of couples, the use of therapeutic approaches such as schema therapy leads to the reduction of conflicts in life, and as a result, the quality of life will increase. According to the stated content, the purpose of the present study is to investigate the effectiveness of schema therapy on communication beliefs and the quality of life of couples.

### **Method**

The present research method was semi-experimental with pre-test, post-test, and control group. The statistical population included women with low compatibility referring to counseling centers covered by Tehran's welfare between May and June 2021, in the first stage, 108 people were selected using the available method, and after completing the marital compatibility questionnaire, 30 people with compatibility were selected. They were randomly selected and placed in groups. The experimental group underwent schema therapy in 10 sessions of 90 minutes. The data collection tool was Idelsen and Epstein's Communication Beliefs Questionnaire (1981) and Quality of Life Questionnaire (World Health Organization, 2004). Data were analyzed using SPSS 24 software and analysis of covariance. Entry criteria include; Obtaining a score lower than 101 in the marital adjustment questionnaire was considered as low marital adjustment, at least a diploma, at least 20 years of age, at least 1 year of cohabitation with a spouse, cohabitation with a spouse during therapeutic interventions and

willingness to cooperate to receive interventions and the exit criteria included incurable physical illness, infertility problems, and drug addiction. Schema therapy content was designed and implemented with the opinion of clinical experts and the use of reliable sources (Yang et al., 2003).

## Results

In the following, we will examine the condition of the subjects in the experimental and control groups and report the results of the tests. The results showed that the average post-test quality of life; the social, psychological, physical, environmental health, and

general health areas have increased in the schema therapy experimental group and the mean post-test of communication beliefs; Belief in the destructiveness of opposition, belief in the changeability of the spouse, mind reading, sexual perfectionism, and belief in sexual differences have decreased in the experimental group of schema therapy. Covariance analysis was used to investigate the efficacy of schema therapy on communication beliefs and the quality of life of couples. To perform covariance analysis, the assumptions were first examined and after their confirmation, covariance analysis was performed.

Table 1. The results of Wilks's multivariate lambda test

| Group membership      | exams               | value | df | Df error | f     | p      |
|-----------------------|---------------------|-------|----|----------|-------|--------|
| Quality of Life       | Pilay effect        | 0.878 | 10 | 19       | 13.66 | <0.001 |
|                       | Wilks Lambda        | 0.122 | 10 | 19       | 13.66 | <0.001 |
|                       | Hoteling effect     | 7.192 | 10 | 19       | 13.66 | <0.001 |
|                       | The largest root on | 7.192 | 10 | 19       | 13.66 | <0.001 |
| Communication Beliefs | Pilay effect        | 0.791 | 5  | 19       | 5.304 | <0.001 |
|                       | Wilks Lambda        | 1.396 | 5  | 19       | 5.304 | <0.001 |
|                       | Hoteling effect     | 1.396 | 5  | 19       | 5.304 | <0.001 |
|                       | The largest root on | 0.791 | 5  | 19       | 5.304 | <0.001 |

According to Table 1, the value obtained for multivariate Wilks' lambda F is significant at the 0.001 level. It is concluded that there is a difference between the experimental and control groups, at least in one of the dependent variables, which include social, physical, mental, environmental health, and general health in the structure of quality of life and belief in the destructiveness of opposition, belief in the changeability of the spouse, mind reading, sexual perfectionism, and belief in sexual differences are communicative beliefs in the structure. There is a significant difference in the pre-test and post-test stages.

## Conclusion

The purpose of this study was to investigate the efficacy of schema therapy on communication beliefs and the quality of life of couples. As the findings showed, the average social, physical, mental, and environmental health and overall health of schema therapy has increased, and it is statistically significant in the schema therapy group compared to the control group. This finding is in line with the research of Luppino et al. (2018) regarding the effect of schema

therapy and cognitive therapy on marital conflict and couples' quality of life. This finding can be explained as schema therapy is an integrated intervention that uses experimental methods in addition to cognitive methods in order to bring all types of schemas to active awareness and overcome emotional distance. As the findings showed, the average score of belief in the destructiveness of opposition, belief in the changeability of spouse, mind reading, sexual perfectionism, and belief in sexual differences in schema therapy has decreased and was significant. This finding is in line with the research of Loppino et al. (2018) regarding the effect of schema therapy and cognitive therapy on marital conflict and the quality of life of couples, and it is aligned with the research of Alipanah et al. (2019) regarding the effect of couple therapy based on acceptance and commitment using the conceptualization of Gutman's schemas and couple therapy on irrational communication beliefs in couples' relationships. This finding can be explained by the fact that schemas are one of the fundamental components of thought, which are a kind of mental framework and allow us to organize large amounts of information. The limitation of the current research

was that it was only limited to the counseling centers covered by Tehran's welfare for a certain period of time. Therefore, it is suggested to conduct more future research, especially longitudinally, in different samples.

Schema therapy leads to improving the quality of life and changing communication beliefs in couples involved in the conflict. Considering the effect of schema therapy on the communication beliefs and quality of life of couples, it is suggested that counseling centers and welfare centers pay attention to this approach to improve the quality of life and change the communication beliefs of couples involved in a conflict.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of counseling in the Faculty of Psychology, University of Azad. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

**Funding:** This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors, and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the supervisor, the advisors, and the participants in the study.



## اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوج‌های با سازگاری زناشویی پایین

بهروز احمدیان<sup>۱</sup>، ابراهیم علیزاده موسوی<sup>۲</sup>، علی جهانگیری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

باورهای ارتباطی،

کیفیت زندگی،

سازگاری

**زمینه:** آشننگی در رابطه زناشویی بر کیفیت زندگی نقش مهمی دارد از طرفی کیفیت زندگی زوجین در گرو باورهای ارتباطی آن‌هاست. مطالعات مختلفی به بررسی اثر طرحواره درمانی بر رفتارهای مرتبط با طلاق عاطفی پرداخته‌اند ولی میزان تأثیر طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین مغفول مانده است.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان با سازگاری پایین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تحت پوشش اداره کل بهزیستی استان تهران در سال ۱۴۰۰ بود که در مرحله اول به روش در دسترس تعداد ۱۰۸ نفر انتخاب و بعد از تکمیل پرسشنامه سازگاری زناشویی تعداد ۳۰ نفر با سازگاری کم انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه تحت طرحواره درمانی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه باورهای ارتباطی آیدلسن و اپستین (1981) (RBI) و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد، میانگین حیطه اجتماعی، جسمی، روانی، سلامت محیط و حیطه کلی سلامت افزایش یافته است و این افزایش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است. میانگین نمره باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر، ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسی طرحواره درمانی کاهش یافته است و این کاهش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج موجود می‌توان استنباط کرد که طرحواره درمانی منجر به ارتقای کیفیت زندگی و تغییر باورهای ارتباطی در زوجین درگیر تعارض می‌گردد. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین پیشنهاد می‌گردد در آینده مراکز مشاوره و مراکز بهزیستی به این رویکرد برای ارتقای کیفیت زندگی و تغییر باورهای ارتباطی زوجین درگیر تعارض توجه داشته باشند.

**استناد:** احمدیان، بهروز؛ علیزاده موسوی، ابراهیم؛ و جهانگیری، علی (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوج‌های با سازگاری زناشویی پایین.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۱۹۱-۲۰۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.128.191](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.191)



## مقدمه

باورهای ارتباطی با تعارضات زناشویی رابطه معناداری دارد (مجیدنژاد، ۱۴۰۰). این باورها از جمله عواملی است که بر رابطه زوجین تأثیر می‌گذارد (جانسون و همکاران، ۲۰۲۰). باورهای ارتباطی هم برای شروع رابطه و هم برای تداوم آن مهم هستند؛ به عبارتی ارتباط صحیح کلامی و غیرکلامی، اساس یک زندگی زناشویی موفق است. اهمیت باورها و الگوهای ارتباطی در شکل دادن و تعیین کیفیت روابط زوجین غیر قابل انکار است. این باورها نیز مانند هر متغیر دیگری نشأت گرفته از عوامل بسیاری نظیر فرآیندهای درونی و ویژگی شخصیتی هر فرد و نیز عوامل محیطی و بافت اجتماعی است (پوراسمعی و همکاران، ۱۳۹۸). بسیاری از واکنش‌های نامطلوب و مشکلات، ناشی از باورها و تفکرات غیرمنطقی زوجین است و تا زمانی که این گونه افکار تداوم یابند، مشکلات مربوط به ارتباط، پذیرش و همراهی تداوم خواهند داشت. پژوهش‌های انجام شده بیانگر رابطه مثبت بین باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد با تعارضات زناشویی، افزایش خشم، کاهش سلامت روانی، عدم توانایی در کنترل خشم و کاهش کیفیت زندگی است.

کیفیت زندگی فرآیندی است که از طریق درجه تعارض زناشویی، رضایت، نزدیکی و توافق در تصمیم‌گیری مشخص می‌شود (رکنی لموکی و همکاران، ۱۳۹۹). این متغیر در زندگی بسیار حائز اهمیت بوده و میزان رفاه جسمی، روانشناختی، اجتماعی و رضایت فرد از موهبت‌های زندگی را نشان می‌دهد. به عبارتی کیفیت زندگی به ادراک هر فرد از رفاه و رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی اطلاق می‌شود. این مفهوم امروزه نزد اکثر افراد با عبارتی نظیر خوشی و ناخوشی، آسایش و ناراحتی همراه شده است. کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که فرد از خودش در حیطه‌های سلامت جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارد (دسیانی و همکاران، ۲۰۱۹). تعارض زناشویی به عنوان تعامل بین زوج‌هایی در نظر گرفته می‌شود که علایق، دیدگاه‌ها و باورهای متضادی دارند؛ مطابق با آمار ۶۱ درصد افراد مطلقه تعارض بیش از حد را یکی از دلایل طلاق خویش گزارش کرده‌اند (امانی، ۱۳۹۴). برخی نظریات بر این باور هستند که تعارض در زندگی خانوادگی، رویدادی طبیعی است و در اغلب اوقات، پدیده‌ی اجتناب‌ناپذیری در نظر گرفته می‌شود که در تمامی روابط خانوادگی به

چشم می‌خورد (فیرکلوث، ۲۰۱۲). در دیدگاه سیستمی، تعارض را ناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه و منابع قدرت در بین زوج‌ها می‌دانند (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۴). هرچند تعارض در هر رابطه نزدیکی پرهیزناپذیر است ولی پیش‌درآمد جدایی همسران تعارضات زناشویی است که از بگومگوهای ساده آغاز شده تا درگیری‌های سهمگین گفتاری، کشمکش، کنک‌کاری و گاهی شاید تا جدایی گسترش یابد (آرین‌فر و پورشهریاری، ۱۳۹۶). تعارض به عنوان یک فرآیند تعاملی با ناسازگاری و عدم توافق زوجین شناخته می‌شود (کرمی بلداجی و همکاران، ۱۳۹۳). به طوری که وجود آشفتگی در رابطه زناشویی در مقایسه با نارضایتی از سایر روابط عاطفی همپوشی بالاتری را با اختلالات هیجانی و رفتاری نشان می‌دهد و در ارزیابی‌های بالینی زوجین آشفته پنج تا شش برابر بیشتر از زوجین غیرآشفته مشکلات خلقی و اضطرابی دارند (وانگ و همکاران، ۲۰۱۴). یکی دیگر از ویژگی‌هایی که در زوجین آشفته کاهش می‌یابد، کیفیت زندگی است.

امروزه تغییر در سبک زندگی کاهش میزان مرگ‌ومیر، بیماری‌های عفونی و افزایش طول عمر را به همراه داشته و باعث افزایش توجه به کیفیت زندگی در مقایسه با دهه‌های گذشته شده است. اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز خود را بر مراقبت‌هایی جهت بهبود کیفیت زندگی بیان کردند (چیو و همکاران، ۲۰۱۸). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی سلامتی نه فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است؛ بنابراین در ارزیابی سلامت و بهداشت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (راجمیل و همکاران، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی زوجین در گرو باورهای ارتباطی آن‌هاست (جاویدان، ۱۳۹۸).

ارتباط زناشویی فرآیندی است که در آن زن و شوهر به صورت کلامی و غیرکلامی مثل گوش دادن، حالات چهره و ژست‌های مختلف با همدیگر به برقراری ارتباط و تبادل احساسات و افکار می‌پردازند. وضعیت فوق که تا حدود زیادی ریشه در دگرگونی‌های عمیق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی در جامعه بزرگتر دارد که تأثیرات عمیقی در نقش‌ها و وظایف زن و شوهر در خانواده بر جای گذاشته است. به عبارت روشن‌تر، ازدواج سنتی که پیوند میان زن و مرد بر اساس نقش‌های ثابت (مرد نان‌آور - زن خانه‌دار)

بود، در طول چند نسل دچار تغییر شده و امروزه بیشتر بر اساس توافق و گفت‌وگوی میان اعضا تعریف می‌شود. در واقع شناخت خود و هویت خود در جامعه مدرن به صورت پروژه‌ای بازاندیشانه درآمده و دیگر «زن» و یا «مرد» بودن از نظر هویت و وظایفی که ایجاب می‌کند، معنای روشن و مشخصی ندارد (صبوری کاشانی، ۱۳۹۸). نظم هنجاری که در ازدواج حالتی تحمیلی پیدا می‌کرد و به صورت یک نظم باثبات و بادوام در طول زندگی ادامه می‌یافت، اینک حاکمیت خود را از دست داده و زنان به عنوان شخصیت‌های مستقل برای خود این حق را قائلند که در مورد مسائل و موضوعات خانواده اظهار نظر نمایند، لذا گفت‌وگو و مذاکره روشی منطقی برای تصمیم‌گیری در این زمینه است که هر یک از اعضای خانواده چه رابطه‌ای با دیگری داشته باشد و کیفیت این رابطه چگونه باشد و تا چه زمانی دو طرف حاضرند این نوع رابطه را ادامه دهند. از سوی دیگر، دسترسی سهل و آسان به وسایل پیشگیری از بارداری و در نتیجه آن کنترل مولید به این معنی است که رابطه جنسی دیگر با هدفی مانند باز تولید نسلی معنا پیدا نمی‌کند، بلکه در این نوع رابطه لذت‌جویی و رضایت طرفین شرط برقراری رابطه است. از دیدگاه گیدنز، جهان شاهد انقلابی بزرگ در این زمینه بوده؛ به گونه‌ای که برای اولین بار زنان نیز مانند مردان از امکان پذیرش یا عدم پذیرش این رابطه برخوردار شده‌اند. در واقع، تهی شدن معنای این رابطه از باز تولید نسلی به معنی آزاد شدن زنان از قید و بندهای سنتی است، چرا که آن‌ها خود تصمیم می‌گیرند چه رفتاری در این زمینه داشته باشند (مورفی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اما وضعیت یاد شده، در کنار پیامدهای مثبتی که گفته می‌شود در حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی زنان برجای گذاشته است، انتظارات زوجین از همدیگر را از حالت از پیش تعیین شده قبلی خارج کرده و زن و شوهر را به نوعی در برآوردن انتظارات و خواسته‌های یکدیگر با ابهامات اساسی مواجه نموده است. این ابهام به ویژه در درک خواسته‌ها و انتظارات زنان از سوی شوهرانشان بیشتر قابل مشاهده است.

با وجود تأثیرات ویژگی‌های فردی زوجین در روابط زناشویی، بافت‌های اجتماعی و فرهنگی محیط زندگی آنان نیز در شکل‌گیری این روابط مؤثر می‌باشند که منجر به ایجاد باورهای در زوجین شده است. از همین رو بیشتر رویکردهای درمانی نیازمند سازش با شرایط زوجین از لحاظ فرهنگی و اجتماعی هستند. طرحواره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل

مشکلاتی است که به‌طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود. این درمان به طرحواره‌های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی و یادبودهایی از سخت‌گیری دوران کودکی هستند که منجر به ادراک تحریف شده و تفکر غیرمنطقی زوج‌ها می‌شوند، اهمیت زیادی می‌دهد، چرا که طرحواره‌ها همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه نشان می‌دهند و مایه‌ی تأثیر در کنش‌گری رابطه می‌شوند و با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی همبستگی دارند (کایا و آیدین، ۲۰۲۱؛ والبرگ و چارملو، ۲۰۱۵)؛ درواقع از طریق طرحواره درمانی، خلاها و شکاف‌های موجود در زندگی زوجین شناخته می‌شوند و به آن‌ها کمک می‌شود تا چگونگی برطرف کردن آن‌ها را بیاموزند و در ایجاد وحدت و کلیت در زندگی زناشویی خویش توفیق یابند که این دو خصوصیت در سایه شناخت طرحواره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرحواره‌ها و الگوشکنی رفتاری حاصل می‌شود (رفاهی و همکاران، ۱۳۹۰). زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند شده و به گونه‌ای منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شود، در حقیقت طرحواره‌ها توسط شرایط و موقعیت‌های خاصی فعال می‌شوند و سپس دوباره ذخیره می‌گردند (صلواتی و یک‌یزدان‌دوست، ۱۳۸۹؛ محسنی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان‌های مبتنی بر طرحواره که این باورهای زیربنایی را در مبتلایان به اضطراب اجتماعی هدف قرار دهد، می‌تواند سودمند باشد. فرهنگی (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های حل تعارض کارآمد در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای ارتباطی غیرمنطقی در قالب یک مدل پرداختند. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۹۳ نفر از دانشجویان زن متأهل کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران بود. بررسی یافته‌ها نشان داد که اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های حل تعارض کارآمد (سبک یکپارچگی و سبک مصالحه) بر باورهای ارتباطی غیرمنطقی معنادار بود. همچنین، در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای ارتباطی غیرمنطقی، سبک‌های حل تعارض کارآمد، نقش واسطه‌ای داشتند؛ بنابراین درمانگران می‌توانند، با بررسی طرحواره‌ها و افزایش مهارت‌های حل تعارض کارآمد مراجعان، میزان تأثیر باورهای ارتباطی غیرمنطقی را در روابط آن‌ها کاهش دهند. آذرینیک و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش باورهای ارتباطی و مهارت‌های

اعم از دانشجویان، مراکز مشاوره خانواده و پژوهشگران روانشناسی قرار گیرد. از سوی دیگر می‌تواند راهگشایی در حل تعارضات بین زوجین باشد. علاوه بر این پژوهش حاضر ممکن است راهنمایی برای مراکز مشاوره در جهت شناسایی خلأهای زندگی زناشویی زوجین باشد. با توجه به مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین است. با عنایت به تأثیر مشکلات و تعارضات زناشویی بر کیفیت زندگی پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که تا چه میزان طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زناشویی زوجین اثرگذار است؟

## روش

**(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل زنان با سازگاری پایین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تحت پوشش بهزیستی شهر تهران در فاصله زمانی اردیبهشت ماه تا خردادماه سال ۱۴۰۰ بود. برای نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا تعداد ۱۰۸ زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تحت پوشش بهزیستی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند تا با تکمیل پرسشنامه سازگاری زناشویی به زوجینی که دارای سازگاری پایین هستند دست یابیم. به عقیده دلاور (۱۳۹۳) به منظور اجرای پژوهش نیمه‌آزمایشی ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه گواه و آزمایش) کفایت می‌کند از این رو این کار تا زمانی ادامه پیدا می‌کند که تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل؛ کسب نمره پایین‌تر از ۱۰۱ در پرسشنامه سازگاری زناشویی به عنوان سازگاری زناشویی پایین، حداقل مدرک تحصیلات دیپلم، حداقل سن ۲۰ سال، حداقل ۱ سال زندگی مشترک با همسر، زندگی مشترک با همسر در طول مداخلات درمانی و تمایل به همکاری جهت دریافت مداخلات بود. ملاک‌های خروج؛ ابتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی، مشکل نازایی و مصرف مواد بود.

## (ب) ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ طراحی شد که دارای ۲۶ گویه

زناشویی (جنسی) بر تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زنان دانشجوی پرداختند. بررسی نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی و زناشویی، منجر به افزایش عملکرد جنسی و کاهش تعارضات زناشویی گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه شد؛ ضمن این که تفاوت معنی داری بین دو راهبرد آموزشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود داشت. آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تعارض زناشویی و آموزش مهارت‌های زناشویی بر بهبود عملکرد جنسی زنان مؤثرتر بود.

محمدی و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که طرحواره درمانی اثربخشی مثبت بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای حل تعارض دارد و همچنین بررسی تاریخی طرحواره درمانی اثربخشی آن را آشکار می‌کند. قاسم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۸) گزارش داد که طرحواره درمانی تعارضات زناشویی را در زنان کاهش می‌دهد. علاوه بر این، شهابی و سناگویه - محار (۱۳۹۸) دریافتند که طرحواره درمانی می‌تواند سازگاری زناشویی و صمیمیت را در زوجها افزایش دهد. عسگری و گودرزی (۱۳۹۸) نشان دادند که طرحواره درمانی باعث ایجاد صمیمیت در زوج‌های در آستانه طلاق می‌شود. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی، یکی از چالش‌های موجود بر سر راه متخصصان حوزه سلامت روان، به‌کارگیری شیوه‌های سودمند در جهت افزایش این مؤلفه و به تبع آن کاهش آشفتگی‌های موجود بین زوجین است (تقوی، ۱۳۹۱؛ یونگ و براون، ۱۹۹۴؛ خدابندلو و همکاران، ۱۳۹۷). در ایران به منظور اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی و به مراتب افزایش کیفیت زندگی و باورهای ارتباطی و حل تعارضات زوجین اثربخشی رویکردهای درمانی متعددی مورد بررسی قرار گرفته و هر رویکرد بر اساس تبیین‌های خاص خود روش‌های درمانی و آموزشی متفاوتی را پیشنهاد داده است. همچنین، توجه به این نکته که تاکنون پژوهشی به مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و باورهای ارتباطی و حل تعارضات نپرداخته و تقریباً تمام پژوهش‌های پیشین به صورت تک بعدی به بررسی اثرات درمانی رویکردهای مختلف پرداخته‌اند، از این رو انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین با توجه به اینکه برآورد اثربخشی هر رویکرد مداخله‌ای نسبت به سایر رویکردهای درمانی به جهت کمک رسانی مؤثرتر به زوجین متعارض ازجمله دغدغه‌های درمانگران است. یافته‌های این پژوهش از یک سو می‌تواند مورد استفاده جامعه روانشناسان

می‌باشد. در این ابزار ۷ گویه حیطه جسمی، ۶ گویه حیطه روانی، ۳ گویه حیطه اجتماعی، ۸ گویه حیطه سلامت محیط و ۲ گویه حیطه کلی سلامت را می‌سنجند که در این پژوهش از دو حیطه یا بعد اجتماعی و روانی استفاده شد. گویه‌های این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن بعد به دست می‌آید و نمره بیشتر به معنای بهتر بودن در آن ویژگی می‌باشد. در پژوهش اسکوینگتون و همکاران (۲۰۰۴) روایی همگرا با فرم بلند ۰/۹۵ گزارش شد و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش گردید. پایایی آن را به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۰ گزارش گردید. در ایران در پژوهش جات و همکاران (۱۳۸۵) که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها ۰/۷۵-۰/۸۵ بود و آلفای کرونباخ از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵-۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای ارتباطی آیدلسن و اپستین (RBI): این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در زندگی زناشویی توسط آیدلسن و اپستین در سال ۱۹۸۱ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال است که پنج خرده آزمون به نام‌های باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییر ناپذیری همسر، ذهن خوانی، کمال گرایی جنسی، باور به تفاوت‌های جنسی دارد. هر سؤال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری گردید. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش برادبوری و فینچام (۱۹۹۳) برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل ۰/۷۲-۰/۸۱ برآورد گردیده است. روایی همگرا با بررسی پرسشنامه فرم بلند ۰/۹۰ و پایایی آن را به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۷ و همبستگی سؤالات را از ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. در پژوهش شایسته و همکاران (۱۳۸۵) در ایران ۰/۷۱-۰/۸۱ محاسبه گردیده است. روایی همگرا با بررسی فرم بلند ۰/۸۰ و پایایی آن را به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۱ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌ها برابر ۰/۶۲-۰/۸۱ بود.

پرسشنامه سازگاری (DAS): پرسشنامه سازگاری اسپانیر (۱۹۹۶) یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. این ابزار برای دو هدف ساخته

شده است. می‌توان با به دست آوردن کل نمرات، از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در یک رابطه صمیمانه استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد از این قرارند: رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت. نمره‌ی کل مجموع نمرات از صفر تا ۱۵۱ است. آن‌ها که نمره شان در این آزمون ۱۰۱ و کمتر از آن باشد، ناسازگار تلقی می‌شوند. مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (اسپانیر، ۱۹۹۶). این مقیاس با روش‌های منطقی روایی محتوا چک شد. مقیاس سازگاری زن و شوهر با قدرت تمیز دادن زوج‌های متأهل و مطلقه در هر سؤال، روایی خود را برای گروه‌های شناخته شده نشان داده است. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس همبستگی دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). در ایران نیز این مقیاس در سال ۱۳۷۴ توسط آموزگار و حسین‌نژاد هنجاریابی شده است. این مقیاس با روش بازآزمایی و با فاصله‌ی ۱۰ روز روی نمونه‌ای متشکل از ۱۲۰ نفر از زوج‌ها (۶۰ مرد و ۶۰ زن) اجرا گردید و برای میزان همبستگی از روش گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی بین نمرات زوج‌ها طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، مقیاس رضایت زناشویی ۰/۶۸، مقیاس همبستگی دونفری ۰/۷۵، مقیاس توافق دونفری ۰/۷۱ و مقیاس ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی: محتوای طرحواره درمانی با نظر متخصصین بالینی و بهره‌گیری از منابع معتبر (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل طرحواره درمانی

| شماره جلسه | هدف و محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                | تکلیف                                                                         |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | موضوع: معارفه / پیش‌آزمون<br>معرفی اعضا، معرفی پژوهشگر، اهداف پژوهش، شرایط و قراردادهای گروه، ساعات تشکیل جلسات، الزامات و...                                                                                                                                                                                    | اجرای پیش‌آزمون / پرسشنامه‌ی ۷۵ سؤالی یانگ، پرسشنامه‌های پژوهش حاضر           |
| جلسه دوم   | موضوع: آشنایی با مفهوم طرحواره<br>۵ نیاز جهان‌شمول / چگونگی تشکیل طرحواره‌ها / اختلال طرحواره‌ای<br>طرحواره‌ها و موضوع عشق و رابطه زوجین                                                                                                                                                                         | تکلیف: مطالعه جزوه طرحواره و طرحواره درمانی                                   |
| جلسه سوم   | موضوع: صدای طرحواره<br>عملکردهای ناسازگار بر آمده از طرحواره‌ها، به هم پیوستن طرحواره‌ای<br>(مفهوم عشق از نگاه طرحواره)<br>جنگ طرحواره‌ها در موضوع تعارضات زناشویی، طرحواره صدای والدین / نام‌گذاری صدای طرحواره<br>بازخورد جلسات قبل / پل زدن بین جلسات / بررسی تکلیف هفته قبل                                  | تکلیف: شنیدن صدای طرحواره در سه حالت نشخوار فکری، تصاویر، رفتارهای طرحواره‌ای |
| جلسه چهارم | موضوع این جلسه: ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها<br>تاریخچه زندگی و خاطرات طرحواره‌ساز / ارتباط گزاره‌های شناختی با هیجانات<br>از نگاه طرحواره درمانی، عاشق کسی می‌شویم که طرحواره‌های ما را تأیید کند<br>ایجاد ارتباط بین مفاهیم مطرح شده در جلسات قبل و موضوع این جلسه / دیدن تکالیف هفته قبل                         | تکلیف: پیدا کردن خاطرات طرحواره‌ساز                                           |
| جلسه پنجم  | موضوع: ایجاد ارتباط بین مشکلات کنونی زوجین و طرحواره‌های زوجین<br>طرحواره‌ها بینش‌های دوران کودکی و نوجوانی هستند که خودشان را به اکنون و زندگی امروز تحمیل می‌کنند.<br>ایجاد ارتباط بین مفاهیم مطرح شده در جلسات / بررسی تکالیف هفته قبل                                                                        | تکلیف: یافتن ارتباط بین مشکلات و تعارضات زن و شوهری و طرحواره‌ها              |
| جلسه ششم   | موضوع جلسه: شروع تغییر / رفتارهای ناسازگار آماج تغییر در ارتباط زوجین روابط و تعاملات ناسازگار اغلب از راه اندازی شدن یک طرحواره در طرف مقابل ناشی می‌شود / مثل بی‌توجهی به همسری که محرومیت هیجانی دارد یا نا ارزنده‌سازی همسری که طرحواره استحقاق دارد.<br>جمع‌بندی کل مفاهیم جلسات / رسیدگی به تکلیف هفته قبل | تکلیف: یافتن رفتارها، حرف‌ها، تعاملات ناسازگار خویشتن در تعارضات زناشویی      |
| جلسه هفتم  | موضوع جلسه: چگونه رفتارهای ناسازگار را کنار بگذاریم<br>آگاهی به اینکه بسیاری از تعارضات می‌توانسته از برانگیختن طرحواره همسر بوده باشد می‌تواند لیستی از رفتارهای آماج تغییر را به ما بدهد / این رفتارها را می‌توان با تکنیک‌های رفتار درمانی کلاسیک تغییر داد.<br>بازخورد تکلیف هفته قبل                        | تمرین: تصویرسازی ذهنی رفتار مطلوب                                             |
| جلسه هشتم  | موضوع جلسه: موقعیت‌های راه‌انداز<br>طرحواره‌ها در موقعیت‌های خاص روانی یا واقعی راه‌اندازی می‌شوند / آموزش آگاهی به موقعیت‌های راه‌انداز<br>طرحواره با قصد پیش‌بینی و کنترل رفتارهای طرحواره‌ای<br>نظر خواهی از اعضا در مورد موقعیت‌های راه‌انداز طرحواره‌ها در زندگی مشترک                                      | تمرین: فراخوان یک موقعیت راه‌انداز / ثبت احساس و افکار در موقعیت راه‌انداز    |
| جلسه نهم   | موضوع جلسه: غنی‌سازی خزانه رفتاری<br>طرحواره‌ها منشأ عشق و تنفراند / طرحواره‌ها احساسات و رفتارهای مشابه‌ای را در موقعیت‌های راه‌انداز بروز می‌دهند / داشتن لیستی از رفتارهای سالم در موقعیت‌های راه‌انداز                                                                                                       | تکلیف: کار کردن با کارت آموزشی طرحواره درمانی                                 |
| جلسه دهم   | جمع‌بندی / نتیجه‌گیری<br>اجرای پس‌آزمون / قرار پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |

### یافته‌ها

در ادامه به بررسی وضعیت آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه پرداخته می‌شود، به‌طوری‌که ابتدا میانگین‌های عملکرد افراد در آزمون‌های اجرا شده بررسی و سپس مفروضات اجرای تحلیل کواریانس و نتایج

حاصل از آن پرداخته شده است. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه طرحواره درمانی  $41/25 \pm 4/36$  و گروه گواه برابر با  $41/06 \pm 4/22$  است. در گروه طرحواره درمانی ۱ نفر با دیپلم و ۱۴ نفر با تحصیلات دانشگاهی و در گروه گواه ۱ نفر دیپلم و ۱۴ نفر با تحصیلات دانشگاهی حضور داشتند.

**جدول ۲. آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

| مؤلفه‌ها        |                          | گروه آزمایش |              |         |              |          |              |         |              | گروه گواه |              |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|---------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|-----------|--------------|
|                 |                          | پیش‌آزمون   |              |         |              | پس‌آزمون |              |         |              | پس‌آزمون  |              |
|                 |                          | میانگین     | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین   | انحراف معیار |
| باورهای ارتباطی | باور به مخرب بودن مخالفت | ۱۵/۹۳       | ۶/۵۴         | ۷/۶۶    | ۲/۵۵         | ۱۳/۹۳    | ۶/۰۲         | ۱۴/۴۶   | ۵/۸۹         |           |              |
|                 | باور به تغییرپذیری همسر  | ۹/۲۶        | ۵/۵۷         | ۵/۴۰    | ۲/۴۷         | ۸/۱۳     | ۳/۸۱         | ۸/۲۶    | ۳/۷۵         |           |              |
|                 | ذهن‌خوانی                | ۸/۱۳        | ۳/۳۹         | ۵/۳۳    | ۲/۲۲         | ۸/۰۶     | ۳/۶۵         | ۷/۹۳    | ۳/۵۷         |           |              |
|                 | کمال‌گرایی جنسی          | ۱۴/۶۶       | ۴/۶۷         | ۷/۴۶    | ۲/۱۹         | ۱۳/۶۰    | ۵/۷۴         | ۱۳/۳۳   | ۵/۲۱         |           |              |
|                 | باور به تفاوت‌های جنسی   | ۹/۰۶        | ۵/۰۷         | ۵/۳۳    | ۲/۲۸         | ۸/۱۳     | ۳/۸۵         | ۸/۰۰    | ۳/۵۲         |           |              |
| کیفیت زندگی     | کل باورهای ارتباطی       | ۲۵/۲۰       | ۱۱/۵۸        | ۱۳/۰۶   | ۴/۸۱         | ۲۲/۰۶    | ۹/۷۵         | ۲۲/۷۳   | ۹/۵۲         |           |              |
|                 | حیطه اجتماعی             | ۴/۴۶        | ۲/۱۹         | ۵/۳۳    | ۲/۱۹         | ۴/۲۰     | ۱/۸۹         | ۴/۲۶    | ۱/۷۵         |           |              |
|                 | حیطه روانی               | ۱۷/۸۰       | ۳/۸۹         | ۲۰/۷۳   | ۳/۶۷         | ۱۶/۶۶    | ۵/۴۸         | ۱۶/۷۳   | ۴/۸۰         |           |              |
|                 | حیطه جسمی                | ۱۶/۵۳       | ۱/۷۲         | ۱۷/۷۳   | ۱/۹۴         | ۱۶/۳۳    | ۲/۱۲         | ۱۶/۱۳   | ۲/۰۳         |           |              |
|                 | حیطه سلامت محیط          | ۱۰/۲۰       | ۳/۵۲         | ۱۲/۲۰   | ۳/۰۹         | ۱۰/۰۰    | ۳/۷۹         | ۱۰/۱۳   | ۳/۳۳         |           |              |
|                 | حیطه کلی سلامت           | ۴/۶۰        | ۱/۶۸         | ۷/۶۶    | ۱/۳۹         | ۵/۰۰     | ۱/۰۶         | ۵/۶۰    | ۰/۶۳         |           |              |
|                 | کل کیفیت زندگی           | ۴۹/۰۰       | ۸/۴۱         | ۵۶/۰۰   | ۶/۸۵         | ۴۷/۲۰    | ۱۰/۱۵        | ۴۷/۲۶   | ۸/۸۱         |           |              |

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار هر یک از مؤلفه‌های باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیان شده است. نتایج درج شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین پس‌آزمون نمره کل کیفیت زندگی؛ حیطه اجتماعی، روانی، جسمی، سلامت محیط، حیطه کلی سلامت در گروه آزمایشی زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی افزایش یافته است. میانگین پس‌آزمون نمره کل باورهای ارتباطی؛ باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر، ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسی در گروه آزمایشی زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی کاهش یافته است. به‌منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی

زوجین از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های لازم بررسی شدند. داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و واریانس گروه‌ها در همه مؤلفه‌ها برابر بود. برای اثبات همگنی شیب رگرسیون باید مقدار  $F$  تعامل بین متغیرهمپراش و مستقل در همه گروه‌ها محاسبه گردد و نتایج نشان داد، این پیش‌فرض برقرار است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های آنکووا، یکسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس در بین سلول‌هایی که بر اساس اثرات بین آزمودنی‌ها تشکیل شده‌اند. با توجه به نتایج آزمون ام. باکس، این پیش‌فرض تأیید گردید. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان لازم از آزمون کوواریانس استفاده شد. در ادامه نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

**جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و باورهای ارتباطی**

| متغیر           | اثر               | مقدار | F      | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|-----------------|-------------------|-------|--------|----------------|----------------|--------------|
| کیفیت زندگی     | اثر پیلای         | ۰/۸۷۸ | ۱۳/۶۶۵ | ۱۰             | ۱۹             | ۰/۰۰۰۱       |
|                 | لامبدای ویلکز     | ۰/۱۲۲ | ۱۳/۶۶۵ | ۱۰             | ۱۹             | ۰/۰۰۱        |
|                 | اثر هتلینگ        | ۷/۱۹۲ | ۱۳/۶۶۵ | ۱۰             | ۱۹             | ۰/۰۰۱        |
|                 | بزرگترین ریشه روی | ۷/۱۹۲ | ۱۳/۶۶۵ | ۱۰             | ۱۹             | ۰/۰۰۱        |
| باورهای ارتباطی | اثر پیلای         | ۰/۷۹۱ | ۵/۳۰۴  | ۵              | ۱۹             | ۰/۰۰۳        |
|                 | لامبدای ویلکز     | ۱/۳۹۶ | ۵/۳۰۴  | ۵              | ۱۹             | ۰/۰۰۳        |
|                 | اثر هتلینگ        | ۱/۳۹۶ | ۵/۳۰۴  | ۵              | ۱۹             | ۰/۰۰۳        |
|                 | بزرگترین ریشه روی | ۰/۷۹۱ | ۵/۳۰۴  | ۵              | ۱۹             | ۰/۰۰۳        |

با توجه به جدول ۳ و از آنجا که مقدار به دست آمده برای F چند متغیره لامبدای ویلکز در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. نتیجه گرفته می‌شود که بین گروه آزمایشی و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته که شامل حیطه اجتماعی، جسمی، روانی، سلامت محیط و حیطه کلی سلامت در سازه کیفیت زندگی و باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر،

ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسی در سازه باورهای ارتباطی است در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی دقیق تر نتایج کوواریانس چند متغیری گزارش می‌گردد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و گواه در باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین با کنترل پیش‌آزمون

| منابع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معناداری | میزان تأثیر | توان آزمون |
|-------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-------------|------------|
| مرحله | ۱/۹۰۸         | ۱          | ۱/۹۰۸           | ۰/۳۵۲   | ۰/۵۵۹        | ۰/۰۱۵       | ۰/۰۸       |
| گروه  | ۳۵۱/۳۸۰       | ۱          | ۳۵۱/۳۸۰         | ۶۴/۸۹۵  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۳        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۱۲۴/۵۳۶       | ۲۳         | ۵/۴۱۵           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۰/۰۴          | ۱          | ۰/۰۴            | ۰/۰۱۳   | ۰/۹۰۹        | ۰/۰۰۱       | ۰/۵۱       |
| گروه  | ۶۴/۵۱۹        | ۱          | ۶۴/۵۱۹          | ۲۱/۷۵۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۸        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۶۸/۲۱۷        | ۲۳         | ۲/۸۱۲           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۰/۲۷۸         | ۱          | ۰/۲۷۸           | ۰/۰۹۹   | ۰/۷۵۶        | ۰/۰۰۴       | ۰/۰۶۰      |
| گروه  | ۵۲/۲۳۸        | ۱          | ۵۲/۲۳۸          | ۱۸/۵۷۹  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۴        | ۰/۹۸       |
| خطا   | ۶۴/۶۶۹        | ۲۳         | ۲/۸۱۲           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۶۷/۳۶۷        | ۱          | ۶۷/۳۶۷          | ۲۰/۱۱۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۶۶       | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۲۳۷/۵۶۹       | ۱          | ۲۳۷/۵۶۹         | ۷۰/۹۱۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۷۷/۰۵۱        | ۲۳         | ۳/۳۵۰           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۰/۳۹۸         | ۱          | ۰/۳۹۸           | ۰/۱۵۷   | ۰/۶۹۵        | ۰/۰۰۷       | ۰/۱۵۷      |
| گروه  | ۵۳/۰۶۵        | ۱          | ۵۳/۰۶۵          | ۲۰/۹۵۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۷        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۵۸/۲۴۱        | ۲۳         | ۲/۵۳۲           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۲۳۸/۷۲۸       | ۱          | ۲۳۸/۷۲۸         | ۸۷/۲۳۸  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۹۱       | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۶۶/۵۳۵        | ۱          | ۶۶/۵۳۵          | ۲۴/۳۱۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۱۴       | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۶۲/۹۴۰        | ۲۴         | ۲/۷۳۷           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۳۵/۱۹۷        | ۱          | ۳۵/۱۹۷          | ۷۱/۱۴۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵        | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۵/۳۳۹         | ۱          | ۵/۳۳۹           | ۱۰/۷۹۲  | ۰/۰۰۳        | ۰/۳۱        | ۰/۸۸       |
| خطا   | ۱۱/۳۷۹        | ۲۴         | ۰/۴۹۵           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۱۳۷/۶۱۶       | ۱          | ۱۳۷/۶۱۶         | ۲۱۳/۳۹۷ | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۰        | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۲۷/۳۶۹        | ۱          | ۲۷/۳۶۹          | ۴۲/۴۴۰  | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۴        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۱۴/۸۳۲        | ۲۴         | ۰/۶۴۵           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۶۳/۸۸۳        | ۱          | ۶۳/۸۸۳          | ۴۷/۹۵۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۷        | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۱۴/۴۱۱        | ۱          | ۱۴/۴۱۱          | ۱۰/۸۱۸  | ۰/۰۰۳        | ۰/۳۲۰       | ۰/۸۸       |
| خطا   | ۳۰/۶۴۰        | ۲۴         | ۱/۳۳۲           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۱۵/۱۲۲        | ۱          | ۱۵/۱۲۲          | ۲۵/۱۶۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۲        | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۳۸/۳۹۲        | ۱          | ۳۸/۳۹۲          | ۶۳/۸۸۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۳        | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۱۳/۸۲۲        | ۲۴         | ۰/۶۰۱           | -       | -            | -           | -          |
| مرحله | ۲۳۸/۷۲۸       | ۱          | ۲۳۸/۷۲۸         | ۸۷/۲۳۸  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۹۱       | ۰/۹۹       |
| گروه  | ۶۶/۵۳۵        | ۱          | ۶۶/۵۳۵          | ۲۴/۳۱۴  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۱۴       | ۰/۹۹       |
| خطا   | ۶۲/۹۴۰        | ۲۴         | ۲/۷۳۷           | -       | -            | -           | -          |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به نتایج جدول فوق، معنی‌دار بودن اثر مرحله حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کمال‌گرایی جنسی در بین گروه طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی بین باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییر پذیری همسر، ذهن‌خوانی و باور به تفاوت‌های جنسی در بین گروه طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون باور به مخرب بودن مخالفت در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/559$  و  $p=0/352$ ) مشاهده نمی‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون باور به تغییر پذیری همسر در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/909$  و  $p=0/013$ ) مشاهده نمی‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ذهن‌خوانی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/756$  و  $p=0/099$ ) مشاهده نمی‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمال‌گرایی جنسی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=20/110$ ) مشاهده می‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون باور به تفاوت‌های جنسی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/699$  و  $p=0/157$ ) مشاهده نمی‌شود. معنی‌دار بودن اثر گروه حاکی از آن است که بین میزان باور به مخرب بودن مخالفت ( $f=0/001$  و  $p=64/895$ ) و باور به تغییرپذیری همسر ( $f=0/001$  و  $p=21/753$ ) و ذهن‌خوانی ( $f=0/001$  و  $p=18/579$ ) و کمال‌گرایی جنسی ( $f=0/001$  و  $p=70/916$ ) و باور به تفاوت‌های جنسی ( $f=0/001$  و  $p=20/956$ ) آزمودنی‌ها گروه طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این نتایج بیانگر این است میانگین نمره باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر، ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسی طرحواره درمانی کاهش یافته است و این کاهش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون حیطه جسمی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=71/143$ ) مشاهده می‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون حیطه روانی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=213/397$ ) مشاهده می‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون حیطه سلامت محیط در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=47/953$ ) مشاهده می‌شود و بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون کلی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=26/163$ ) مشاهده می‌شود. معنی‌دار بودن اثر گروه حاکی از آن است که بین میزان حیطه اجتماعی ( $f=0/001$  و  $p=24/314$ )، حیطه جسمی ( $f=0/001$  و  $p=10/792$ )، حیطه روانی ( $f=0/001$  و  $p=42/440$ )، حیطه سلامت محیط ( $f=0/001$  و  $p=10/818$ ) و حیطه کلی سلامت ( $f=0/001$  و  $p=63/884$ ) آزمودنی‌ها گروه طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این نتایج بیانگر این است میانگین حیطه اجتماعی، جسمی، روانی، سلامت محیط و حیطه کلی سلامت طرحواره درمانی افزایش یافته است و این افزایش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی اثر بخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین بود. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد، میانگین حیطه اجتماعی، جسمی، روانی، سلامت محیط و حیطه کلی سلامت طرحواره درمانی افزایش یافته است و این افزایش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. این یافته با پژوهش لوپینو و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی بر تعارض زناشویی و کیفیت زندگی زوجین همخوانی دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که طرحواره درمانی مداخله یکپارچه‌ای است که علاوه بر شیوه‌های شناختی، رفتاری از شیوه‌های تجربی به منظور آوردن انواع طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله‌ی هیجانی استفاده می‌کند (یونگ و براون، ۱۹۹۴؛ خداوندلو و همکاران، ۱۳۹۷). طرحواره درمانی می‌تواند به مشکلاتی بپردازد که در سایر رویکردهای شناختی نادیده گرفته شده‌اند، مانند الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمانه و تغییر خاطرات دردسرساز دوران کودکی (محمدی و

در کیفیت زندگی با توجه به نتایج جدول فوق، معنی‌دار بودن اثر مرحله حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره حیطه اجتماعی، جسمی، روانی، سلامت محیط و حیطه کلی سلامت در بین طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون حیطه اجتماعی در این گروه‌ها تفاوت معنی‌دار ( $f=0/001$  و  $p=87/238$ ) مشاهده می‌شود و بین

همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین نیازهای عاطفی نامطلوب؛ و طرحواره‌های ناسازگار برای بهبود عملکرد؛ تغییر الگوهای سبک زندگی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تسهیل یادگیری مهارت‌های انطباقی کمک می‌کند (عرفان و همکاران، ۱۳۹۵) و از طریق آموزش مهارت‌های انطباقی و تسهیل یادگیری آن بر کیفیت زندگی زوجین در تمامی ابعاد تأثیر مثبت می‌گذارد.

همان‌طور که یافته‌ها نشان داد، میانگین نمره باور به مخرب بودن مخالفت، باور به تغییرپذیری همسر، ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور به تفاوت‌های جنسی طرحواره درمانی کاهش یافته است و این کاهش در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. این یافته با پژوهش لوپینو و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی بر تعارض زناشویی و کیفیت زندگی زوجین، با پژوهش علی‌پناه و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از مفهوم‌بندی طرحواره‌های و زوج درمانی گاتمن بر باورهای ارتباطی غیرمنطقی در روابط زوجین، همخوانی دارد و این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که طرحواره‌ها یکی از مؤلفه‌های بنیادین اندیشه هستند که نوعی چهارچوب ذهنی می‌باشند و به ما امکان می‌دهند تا مقادیر زیادی از اطلاعات را سامان‌دهی کنیم (مورفی و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی می‌توان گفت، طرحواره‌ها قوی‌تر از باورها هستند که ما را برای پیش‌بینی رخ داده‌ها و دسته‌بندی اطلاعات محیطی توانا می‌سازند (بلیست و همکاران، ۲۰۱۵). آن‌ها اغلب مانند فیلتر عمل می‌کنند، یعنی اطلاعاتی را که با طرحواره ما همخوان هستند را مورد توجه قرار می‌دهیم و دیگر اطلاعات را فقط اگر خیلی پررنگ باشند، به کانون توجهمان منتقل می‌کنیم. در واقع طرحواره یک بسته حافظه‌ای است که محتوای آن را آموزه‌های فرد در طول زمان شکل می‌دهد و این بسته حافظه‌ای مانند یک فیلتر بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل کرده و شکل‌گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می‌سازد (وگل و همکاران، ۲۰۱۸). طرحواره‌ها مانند یک شمشیر دو لبه هم سودمند هستند و هم زیان‌هایی دارند، زیرا از یک طرف موجب صرفه‌جویی شناختی ما می‌شوند و از سوی دیگر موجب تحریف فهم ما از دنیا می‌گردند (یالچین و همکاران، ۲۰۱۷). در طرحواره درمانی این باورها و اطلاعاتی که در حافظه هستند، مرکز

توجه قرار می‌گیرند و درمانگر سعی به تعدیل این باورها می‌کند از این طریق بر باورهای ارتباطی منفی افراد تأثیر مثبت می‌گذارد. علاوه بر آن در رویکرد طرحواره درمانی بر آگاهی به اینکه بسیاری از تعارضات می‌توانسته از بر انگیزختن طرحواره همسر بوده باشد می‌تواند لیستی از رفتارهای آماج تغییر را هر فرد تهیه کند با آگاهی از آن‌ها ارتباطات زوجین با هم تغییر می‌کند.

عدم همکاری برخی زوجین برای شرکت در پژوهش و ریزش گروه‌ها به دلیل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای سنجش تعارضات زناشویی، باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین استفاده شد و ممکن است شرکت‌کنندگان برای موجه جلوه دادن خود پاسخ‌های خود را به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه تحریف کرده باشند. بر همین مبنا پیشنهاد می‌گردد از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه، مشاهده و درجه‌بندی رفتار برای ارزیابی تعارضات زناشویی، باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی بهره گرفته شود چرا که استفاده از فرم‌های خودگزارش‌دهی احتمال کتمان واقعیت وجود دارد. انجام مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری بلندمدت و چند مرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری این مدل رویکردهای درمانی به پژوهشگران ارائه می‌دهد. انجام پیگیری در طرح‌های نیمه آزمایشی و آزمایشی میزان پایداری و ثبات اثرات رویکرد طرحواره درمانی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را روشن می‌سازد. با توجه به اینکه عوامل مداخله‌گری مانند وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال بر تعارضات زناشویی اثر دارند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این متغیرها مورد بررسی قرار گیرند. همچنین به دلیل همزمان شدن اجراها با پیک پنجم کرونا برخی از جلسات به صورت مجازی برگزار شدند. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین پیشنهاد می‌گردد در آینده مراکز مشاوره و مراکز بهزیستی به این رویکرد برای ارتقای کیفیت زندگی و تغییر باورهای ارتباطی زوجین درگیر تعارض توجه داشته باشند.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در

رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد واحد بجنورد با کد اخلاق

IR.IAU.OBJNOURD.REC.1400.007 در تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۰۷ است. به جهت حفظ

رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب

رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ

اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی

نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد

منافعی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و مشارکت‌کنندگان

که در این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

آذر نیک، مینا؛ رفیعی پور، امین؛ حاتمی، محمد و موسوی، مه‌سادات. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان رضایت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی دانشجویان زن دانشگاه علوم پزشکی. زن و مطالعات خانواده.

[https://journals.iau.ir/article\\_682565.html](https://journals.iau.ir/article_682565.html)

شاکری، سیده سارا؛ شعبانی، جعفر؛ اقامحمدیان شرباف، حمیدرضا و عقیلی سید، مجتبی. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای نگرش به خیانت و تعارضات زناشویی در رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و طلاق عاطفی در معلمان متأهل شهر مشهد. *مجله تحقیقات سلامت*، ۸ (۴)، ۲۲۰-۲۲۷.

<http://dx.doi.org/10.18502/jchr.v8i4.2077>

شهابی، شیفته و ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر نگرش به روابط فرا زناشویی و دلزدگی زناشویی زوجین، سلامت اجتماعی، ۱(۷)، ۸۷-۹۴.

<https://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23086>

عسگری، امین و گودرزی کورش. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق، سلامت اجتماعی، ۲(۶)، ۱۸۵-۱۷۴.

<https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23281>

قاسم آبادی جواد، احترام؛ شهره، خلعتبری؛ شیرودی، قربان و رحمانی، محمدعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارضات زناشویی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر. *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*، ۲(۶)، ۱۵۷-۱۶۴.

<https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23231>

قربانخانی، مهدی؛ صالحی، کیوان و مقدم‌زاده، علی. (۱۳۹۹). ساخت پرسشنامه میزان شده برای تشخیص ارزشیابی کاذب در مدارس ابتدایی. *علوم تربیتی*، ۲۷(۲)، ۹۱-۱۱۶.

<https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>

قربانخانی، مهدی؛ صالحی، کیوان؛ خدایی، ابراهیم؛ مقدم‌زاده، علی و دهقانی، مرضیه. (۱۴۰۱). نظام نشانگرها برای سنجش آمادگی معلمی در دوره ابتدایی: یک مطالعه مرور نظام‌مند. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۱۰(۱)، ۱۰۹-۱۲۵.

<https://doi.org/10.30473/etl.2022.61342.3646>

محمودپور، عبدالباسط؛ امینیان، ابوالفضل؛ نودری، محمد و نعیمی، ابراهیم. (۱۴۰۰). نقش اجتناب شناختی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی تعارض

زناشویی زنان شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۸)، ۲۰۹-۲۱۸.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.98.8.7>

مصباح، ایمان. (۱۳۹۸). رابطه مؤلفه‌های عشق (صمیمیت، شور و شوق، تعهد) با رضایت زناشویی در دانشجویان زن و مرد متأهل. *رویش روانشناسی*، ۱(۸)، ۳۰-۲۱.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.1.6.2>

موسی پور، حامد؛ مهرآور، محمد؛ بتویی، علی؛ حسینی سید، حامد و چنگی آشتیانی، جواد. (۱۳۹۹). پیامدهای اهمال کاری در تعارضات زناشویی: یک مطالعه کیفی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۸۵-۱۷۴.

<http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6380-fa.html>

## References

- Aghayousefi, A., Fathi Ashtiani, A., Aliakbari, M., & Imanifar, H. (2020). The effectiveness of structuralism on marital conflicts, attribution styles and social well-being. *Clinical Psychology and Personality*, 13(2), 115-128. [HTTPS://doi:10.22070/13.2.115](https://doi.org/10.22070/13.2.115)
- Amani, R. (2015). Comparison of marital conflict in the structure of power distribution in the family. *The Women and Families Cultural-Educational*, 10(32), 41-52. [https://cwfs.ihu.ac.ir/article\\_201668.html?lang=fa](https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201668.html?lang=fa)
- Arianfar, N., & Arianfar, N. (2017). Structural Equation Modeling of the predicting marital conflict on the basis of initial maladaptive schemas of the cuts and rejection areas and the mediatory variable of the lovemaking styles. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8(29), 107-134. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2017.20080.1470>
- Askari, A., & Godarzi, K. (2019). The effectiveness of emotional schema therapy on marital intimacy of couples on the verge of divorce. *Social Health*, 2(6), 174-185. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23281>
- Blissett, S., Cavalcanti, R., & Sibbald, M. (2015). ECG rhythm analysis with expert and learner-generated schemas in novice learners. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 20(4), 915-933. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9572-y>
- Choi, E. S., Chang, Y. K., Lee, D. H., Ko, J. H., Lim, I., Bang, H., & Kim, J. H. (2018). Gender-specific associations between quality of life and leukocyte telomere length. *Maturitas*, 107, 68-70. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.008>

- Desyani, N. L. J. Waluyo, A. & Yona, S. (2019). The relationship between stigma, religiosity, and the quality of life of HIV-positive MSM in Medan, Indonesia. *Enfermeria clinica*, 29, 510-514. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.077>
- Delavar, A. (2010). *Statistical methods in psychology and educational sciences*. Payamnoor. <https://www.gisoom.com/book/1732819/>
- Erfan, A., Noorbalafti, A. A., Mohammadi, A., & Peyman, A. (2016). *The effectiveness of emotional schema therapy on the correction of emotional schemas and the difficulty of emotional regulation in patients with irritable bowel syndrome*. 9th International Congress of Psychotherapy (Asian meeting in the context of cultural values), Tehran. <https://civilica.com/doc/557123/>
- Faircloth, B. (2012). *Children and marital Conflict: A Review*. Case makers, 6(1), 1-5. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkozje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2015410](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2015410)
- Ghasemabadi, J., Ehteram, SH., Shiroodi, GH., & Rahmani, M. A. (2019). The effectiveness of schema therapy, compassion-based therapy and dialectical behavior therapy on marital conflicts of women referring to the social emergency in Tonkabon and Ramsar cities. *Social Health*, 2(6), 157-164. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23231>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Scinces*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., Khodaie, E., Moghadazadeh, A., & Dehghani, M. (2022). A System of Indicators for Assessing the Teacher Readiness in Primary Education: a Systematic Review. *Research in School and Virtual Learning*, 10(1), 109-125. <https://doi:10.30473/etl.2022.61342.3646>
- Johnson, M. D., Lavner, J. A., Barton, A. W., Stanley, S. M., & Rhoades, G. K. (2020). Trajectories of relationship confidence in intimate partnerships. *Journal of Family Psychology*, 34(1), 24-34. <https://doi.org/10.1037/fam0000575>
- Karamiboldaji, R., Sabetzadeh, M., Fallahchai, S. R., & Zarei, E. (2014). Adult Attachment Style as Predictors of Marriage Conflict Resolution Style in Bandar Abbas Married Teachers. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(1), 85-113. <https://dori.net/dor/20.1001.1.22516654.1393.4.1.5.4>
- Kaya, Y., & Aydin, A. (2021). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Attachment and Mental Health Symptoms of University Students. *Journal of Adult Development*, 28, 15-24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). *Psychology*, 9(9), 2261-2277. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.99129>
- Mohammadi, S., Hafezi, F., Ehteshamzadeh, P., Eftekhari Saadi, Z., & Bakhtiarpour, S. (2020). Effectiveness of schema therapy and emotional self-regulation therapy in the components of women's marital conflicts. *Journal of Client-centered Nursing Care*, 6(4), 277-288. <http://dx.doi.org/10.32598/JCCNC.6.4.341.1>
- Mohseni, S., Barzgar, M., & Rezaei, A. (2023). The influence of cognitive emotion regulation strategies on the causal links between early maladaptive schemas, anger rumination and aggression. *Journal of Psychological Sciences*, 21(119), 2269-2284. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.119.2269>
- Murphy, Ch., Barry, M. M., & Nic Gabhainn, S. (2018). Programme Implementation in Schools: Conceptualisations from Irish Teachers. *Health Education*, 118(6), 483-498. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/HE-11-2017-0062/full/html>
- Pouresmaili, A., Heshmati, R., & Parniyanhoy, M. (2019). the role of family-of-origin function and neuroticism in relationship beliefs of divorce applicant couples. *Quarterly Journal of Women and Society*, 10(40), 155-174. <https://dori.net/dor/20.1001.1.20088566.1398.10.4.0.6.1>
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Gallardo, A. & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-006-9027-8>
- Rajmil, L., Roizen, M., & Psy, A. U. (2012). Health related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value Health*, 15(2), 312-322. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.028>

- Refahi, J., Ghaderi, Z., & Bahmani, M. (2011). The effect of schema-based couple therapy training on improving the performance of couples. *Psychological methods and models*, 2, 29-45. <https://www.sid.ir/paper/227469/fa>
- Rokni Lemouki, J., Pasha, R., Hafezi, F., & Shams, J. (2020). The effect of pre-marriage workshop of life skills training on quality of life in student couples. *Educational researches*, 15(62), 99-114. [https://edu.bojnourd.iau.ir/article\\_672404.html?lang=en](https://edu.bojnourd.iau.ir/article_672404.html?lang=en)
- Salvati, M., & Yeke Yazdan Dost, R. (2019). *Schema therapy*. Danje Publications. <https://www.gisoom.com/book/1665511>
- Shahabi, SH., & Sanagooyemoharar, Gh. (2009). The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on attitudes towards extramarital relationships and marital burnout of couples. *Social Health*, 1(7), 87-94. <https://doi.org/10.22037/ch.v7i1.23086>
- Shaeban, M., Peyvastegar, M., & Khosravi, Z. (2021). The effectiveness of the localized model of schema therapy on changing the schema of therapists. *Journal of Psychological Sciences*, 20(100), 511-520. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.10.0.2.5>
- Taghavi, N. (2011). *The relationship between attachment styles, self-differentiation and father absence with women's marital intimacy*. [Unpublished master thesis]. University of Ferdowsi. <https://elmnnet.ir/article/52478-10567292>
- Vogel, S., Kluehn, L. M., Fernández, G., & Schwabe, L. (2018). Stress Leads to Aberrant Hippocampal Involvement When Processing Schema-Related Information. *Learning & Memory*, 25(1), 21-30. <http://learnmem.cshlp.org/content/25/1/21.short>
- Walburg, V., & Chiaramello, S. (2015). Link between early maladaptive schemas and defense mechanisms. *European Review of Applied Psychology*, 65(5), 221-226. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.07.003>
- Wang, Q., Wang, D., Li, C., & Miller, R. B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18(1), 11-18. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.805730>
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 2, 63-76. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000>