Research in Clinical Psychology and Counseling

https://tpccp.um.ac.ir Vol. 16, No 2, 2026 Research Article
ISSN(Online): 2423-4265 ISSN(Print): 2251-6352

The Effectiveness of Schema Therapy on Resilience and Communication Skills in Women Experiencing Domestic Violence

Hadi Hashemi Razini
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author), Email: hadihashemi@khu.ac.ir
Sharifeh Soltani
Master's degree in Family Counseling, Counseling Department, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

Extended Abstract

Introduction

The family, as a foundational institution and the smallest social unit, constitutes the primary context for human psychological growth and development. However, when individuals face the destructive phenomenon of domestic violence, their psychological structure suffers severe damage (Mohseni Tabrizi et al., 2012). It is essential to recognize that domestic violence against women represents a multifaceted crisis that encompasses not only physical harm but also the erosion of self-concept, the weakening of resilience, and the impairment of communication skills (Young & Jang, 2014). As a result, these forms of harm confine female victims to a cycle of helplessness, depriving them of the ability to form healthy relationships or regulate their emotions. Within this context, the "Schema Therapy" approach—which concentrates on identifying and modifying early maladaptive schemas—provides a novel pathway for addressing such psychological damage (Young, 2017). The main aim of this research is to empirically investigate the effectiveness of Schema Therapy in strengthening resilience and enhancing communication skills among women who have experienced domestic violence. The results of this study will offer practical strategies for their psychological empowerment.

Method

The study utilized a quasi-experimental pretest-posttest design that included a control group. The target population consisted of all women in Tehran who had encountered violence between 2018 and 2019. Recruitment took place via an announcement posted at the Ghalamestan Neighborhood Center in Tehran, which advertised an educational-therapeutic workshop designed for female victims of violence. A violence questionnaire was administered to volunteers, and those whose scores exceeded the cut-off point were added to the pool of potential participants. The inclusion criteria required participants to have completed at least a middle-school education (equivalent to ninth grade), be aged 18 to 50, provide written informed consent, agree not to pursue individual counseling outside the study sessions, and obtain the required minimum score on the domestic violence questionnaire. Exclusion criteria were alcohol or psychoactive substance use, psychiatric medication use, and a history of hospitalization in a psychiatric facility. The final sample comprised 30 participants who were randomly allocated to either the experimental group or the control group, with 15 individuals in each. The experimental group underwent Young's Schema Therapy across eight weekly 90-minute group sessions. The instruments administered in this

©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

study were the Domestic Violence Against Women Questionnaire (Mohseni Tabrizi et al., 2012), the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003), and the Communication Skills Inventory (Atare, 2017). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was employed for data analysis.

Findings

The multivariate analysis of covariance (MANCOVA) results revealed that schema therapy significantly influenced the communication skills of women who had experienced violence ($p < 0.05$). Specifically, the findings confirmed that schema therapy enhanced both the communication skills and the ability to establish effective communication among these women. The F-values for the effect of the independent variable (schema therapy) on resilience (32.326) and communication skills (25.355) were statistically significant ($p < 0.01$). The effect size (partial eta squared) indicated that 55% of the variance in resilience scores and 49% of the variance in communication skills scores could be attributed to the implementation of schema therapy. Furthermore, the results showed that schema therapy had a significant effect on the following components: resistance to negative influences (14.749), positive acceptance of change (19.546), trust in one's instincts (21.544), emotion management (23.299), and assertiveness (17.232) ($p < 0.01$). The effect size (partial eta squared) demonstrated that the variability in group scores for these components—resistance to negative influences, positive acceptance of change, trust in one's instincts, emotion management, and assertiveness—was attributable to schema therapy by 40%, 47%, 49%, 48%, and 41%, respectively. Consequently, it can be concluded that schema therapy exerts a significant and positive effect on enhancing resilience and communication skills in women who have experienced domestic violence.

Discussion

Based on these results, it can be concluded that schema therapy, as an effective therapeutic intervention, improves resilience and communication skills in women who have experienced domestic violence. These outcomes are consistent with those reported in earlier studies (Janovsky et al., 2023; Karantzas et al., 2023; Sasanpour et al., 2017; Scott & Crino, 2014). A possible explanation for this result lies in the activation of the "Defectiveness/Shame" schema, which falls within the "Disconnection and Rejection" domain. This schema causes individuals to view themselves as defective, unlovable, or worthless, and heightens their sensitivity to criticism, rejection, or blame. Through developing awareness of this schema and working to modify it, individuals gain a stronger sense of self-worth, become less vulnerable, and show a greater willingness to engage in social relationships and form effective communication. Schema therapy, moreover, is a form of psychotherapy that draws on cognitive, emotional, behavioral, and interpersonal techniques to correct maladaptive behavioral patterns and help individuals replace them with more adaptive coping strategies. This process has been found to strengthen resilience and communication skills, thereby contributing to better mental health and marital satisfaction. Notwithstanding these outcomes, the present study had several limitations, including its cross-sectional design, the lack of a follow-up phase, and a narrow focus on specific types of violence. Accordingly, future research is encouraged to investigate other psychological variables, such as hardiness or coping skills, and to explore alternative therapeutic approaches in comparison with schema therapy. In conclusion, delivering schema therapy in counseling and clinical settings represents an effective strategy that can play a key role in improving the quality of life for women who have experienced violence.

Keywords: Schema Therapy, Resilience, Communication Skills, Women Subjected to Domestic Violence

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

مقاله پژوهشی https://tpccp.um.ac.ir دسترسی آزاد

اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی

هادی هاشمی رزینی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روان شناسی و تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)،

hadihashemi@khu.ac.ir

شریفه سلطانی

دانش‌آموختهٔ کارشناسی‌ارشد مشاورهٔ خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

چکیده

هدف: نقش خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی می‌تواند هم در جنبه مثبت و هم درجنبه منفی، بسیارتأثیرگذار باشد. این پژوهش کاربردی و با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی انجام شد.

روش: روش انجام پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مورد خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. اعضای نمونه به‌صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند؛ بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرحواره‌درمانی بر مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت تأثیر معناداری دارد. به‌عبارت دیگر، نتایج پژوهش مؤید آن بود که طرحواره درمانی در زنان مورد خشونت موجب افزایش مهارت‌های

ارتباطی وبهبود توانایی برقراری ارتباط مؤثر در سطح معنی‌داری ۰/۹۵ می‌باشد. بنابر یافته‌های این پژوهش، طرحواره درمانی سبب بهبود تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت می‌شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، طرح واره درمانی بر میزان تاب‌آوری افراد مؤثر است و موجب افزایش مهارت‌های ارتباطی و توانایی ارتباطات می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، تاب‌آوری ، مهارت‌های ارتباطی، زنان مورد خشونت خانگی.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد و تداوم خانواده، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضاء، به ویژه زن و شوهر است. ارتباط زناشویی موفق و رضایت‌بخش، اساس عملکرد خانواده است و زمینه‌ساز افزایش توانایی سازگاری شناختی و کاهش تعارض‌ها می‌شود. زیر بنای اصلی هسته خانواده، زنان هستند؛ هنگامی که دچار مشکلات شناختی و تعارض شوند، معضلات زناشویی پدید می‌آید. زنان متأهلی که در زندگی مشترک به ناسازگاری دچار می‌شوند، معمولاً احساس خستگی، ناامیدی و گاهی پوچی دارند که این وضعیت با آشفتگی‌های شناختی همراه است (Kline,2023 ;Edalati et al., 2010).

خشونت علیه زنان در همه طبقات اجتماعی، اقتصادی، نژادی، سنی و جغرافیایی یافت می‌شود. اما در برخی از گروه‌ها شایع‌تر است. خشونت بازتابی از حس پرخاشگری است. خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده، اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی، روانی و جنسی می‌شود. زنان در زندگی خود چهار شکل خشونت شامل فیزیکی، روانی، اقتصادی و جنسی را تجربه می‌کنند. خشونت فیزیکی، همان‌طور که از نامش پیدا است، شیوه‌ای آزار و اذیت جسمانی، ضرب و جرح، کشیدن مو، سوزاندن، گرفتن و بستن، زندانی کردن، اخراج از خانه، کتک کاری مفصل، محروم کردن از غذا، سیلی، لگد و مشت زدن، کشیدن و هل دادن، محکم کوبیدن در، به هم زدن سفره و میز غذا و شکستن اشیای منزل را شامل می‌شود که این نوع خشونت ممکن است برای همه زنان بدون توجه به نوع تحصیلات، نژاد و وضعیت خانوادگی روی دهد. خشونت‌های روانی و کلامی نوع دیگری از خشونت‌هایی است که در خانه علیه زنان استفاده می‌شود. از جمله می‌توان به، دشنام و به‌کار بردن کلمات رکیک، بهانه‌گیری‌های پی درپی، داد و فریاد و بداخلاقی، بی احترامی، رفتار آمرانه و تحکم آمیز و دستور دادن‌های پی درپی، تهدید به آزار یا کشتن وی، تحقیر زن، قهر و صحبت نکردن وممنوعیت ملاقات با دوستان، اشاره کرد. این نوع خشونت موجب بروز روحیه پوچی یا خودنابودسازی، گریز از مشارکت اجتماعی و اضطراب در زنان می‌شود و علاوه بر این، برخی معتقدند که تاکنون جامعه بین المللی توجه لازم را نسبت به جلوگیری از این جرم معمول

داشته است، بخشی از این بی توجهی به نظر آنان ناشی از آن است که حقوق بشردوستانه بین المللی این جرم را یک جرم علیه حیثیت و شرافت زن، و نه یک خشونت جسمانی علیه وی، محسوب داشته است و بنابراین میزان شیوع خشونت در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و برآورد می‌شود که در بیش از نیمی از خانواده‌ها وجود داشته باشد. بر پایه برخی گزارشات، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است و تقریبا یک سوم زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند. یکی از انواع خشونت[1] از جامعه انسانی، خشونت در عرصه خانواده است. خشونت خانگی[2] شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان در جهان با بیشترین پیامدهای جسمی[3]، اجتماعی[4]، روانی[5] و اقتصادی[6] است. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع و ابعاد جمعیت شناختی خشونت‌های خانگی علیه زنان انجام شد (Hedayati et al., 2012). عوامل بسیاری هستند، که می‌توانند در بهبود این آشفتگی مثمر ثمر باشند چرا که انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش فرد را در رویارویی با استرس و مشکلات زندگی تغییر داد؛ به گونه‌ای که بتواند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط، غلبه کند (Liu et al., 2018). نظر محققین بر این است که یکی از علت‌های اصلی و زیر بنایی تعارضات زوجین طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این طرحواره‌ها، در واقع همان باورهای اغراق آمیز بسیار غیرعقلانی و مطلق نگر نسبت به رابطه یا طرف مقابل، هستندکه بر اساس واقعیت و تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند و با ابعاد صمیمیت زناشویی همبستگی منفی و معناداری دارند، یعنی هر چه طرحواره‌ها ناسازگارتر می‌شوند صمیمیت زناشویی نیز کاهش می‌یابد (Sobouhi et al., 2017). عوامل بسیاری وجود دارند تا این ناهماهنگی و تعارضات بین زوجین تعدیل یابد، یکی از مهم‌ترین این عوامل تأثیرگذار بر خشونت خانگی تاب‌آوری است که به‌عنوان توانایی سازگاری موفق فرد با شرایط سخت تعریف شده است (Khajouei Nia et al., 2014). تاب‌آوری، توانمندی تحت شرایط تنش‌زا و همچنین در طول بحران و مصیبت تعریف می‌شود . می‌توان گفت تاب‌آوری، فرایندی پویاست که دربرگیرنده سازگاری مثبت دریافتی از شرایط مصیبت بار و ناگوار است. تاب‌آوری معمولاً سه نوع پدیده را توصیف می‌کند پیامدهای رشدی خوب علیرغم وضعیت پرخطری که فرد با آن مواجه است (مانند وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، تحصیلات پایین مادر و فقر)، حفظ شایستگی و صلاحیت در شرایط

---

[1] violence
[2] domestic violence
[3] physical
[4] social
[5] mental
[6] economic

تهدیدآمیز و استرس زا (مانند طلاق و بیماری یکی از اعضای خانواده)، برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه روانی (مانند بدرفتاری و سوء استفاده) (Gheisari et al., 2023).

افراد تاب‌آور پس از رویا رویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می گردند، حال آنکه برخی دیگر افراد پس از مواجهه با ناکامی‌ها و مشکلات نسبت به قبل رشد هم می کنند . تاب‌آوری رسیدن به تعادل یا رسیدن به سطوح بالاتر در شرایط مخاطره آمیز است که نتیجه‌ی آن سازگاری موفقیت آمیزی را به دنبال داشته باشد (Priemer et al., 2015). مؤلفه تاب‌آوری در کاهش استرس و بهبود زندگی زوجین نقش مهمی دارد. ساختار خانواده می تواند به‌عنوان عامل اصلی خشونت خانگی باشد. یکی از راه‌های نگریستن به ساختار خانواده این است که به کانال‌های ارتباطی که از طریق آن‌ها با همدیگر به تعامل می‌پردازند، پرداخته شود. مهارت‌های ارتباطی به منزله‌ی آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به واسطه‌ی آن‌ها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین‌فردی و فرآیند ارتباط شوند، یعنی فرآیندی که افراد در طی آن، اطلاعات، افکار و احساسات خود را از طریق مبادله‌ی کلامی و غیرکلامی با یکدیگر در میان می گذارند (Yousefi, 2007). این مهارت‌ها مشتمل بر مهارت‌های فرعی یا خرده مهارت‌های زیر است که اساس مهارت‌های ارتباطی را تشکیل می‌دهد:۱. درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی: توانایی دریافت و ارسال پیام‌های واضح ارتباطی که از آن به‌صورت مهارت‌های درک پیام، یاد می‌شود؛ ۲. نظم‌دهی به هیجان‌ها: به‌طور خلاصه مقوله‌ی کنترل عواطف، ناظر بر توان ابراز احساسات و کنترل آن و نیز کنار آمدن با عواطف دیگران است؛۳. گوش‌دادن: گوش دادن عبارت است از فرایند پیچیده‌ی حس کردن، تفسیر، ارزیابی، ذخیره‌سازی و پاسخ‌دهی به پیام‌های شفاهی؛۴. بینش نسبت به فرایند ارتباط: توانایی درک چگونگی تاثیرگذاری در روابط اجتماعی و نیز توانایی فهم دیگران است که یکی دیگر از مهارت‌های ارتباطی می‌باشد؛ ۵. قاطعیت در ارتباط: این مهارت ناظر به برخورداری از جسارت بدان حد است که فرد بتواند از واکنش‌عاطفی دیگران سئوالات و ابهامات خود را بیان کند (Hosseinchari & Fadakar, 2006). مداخلات شناختی درمانی زیادی وجود دارد که می‌تواند سطح تاب‌آوری افراد را بالا ببرد، یکی از رویکردهای درمانی که بسیار در این حوزه حائز اهمیت است طرحواره درمانی می‌باشد (Dixon, 2016). طرحواره‌ها در اوایل کودکی و نوجوانی شکل می گیرند و می‌توانند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشند. طرحواره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل مشکلاتی است که به‌طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود. در رویکرد طرحواره درمانی، درمانگران به شیوه‌های همدلانه بیماران را با دلایل و ضرورت تغییر رو به رو می کنند. این درمان به طرحواره‌های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکار آمد در روابط صمیمی

و یاد بودهایی از سختگیری دوران کودکی هستند، که منجر به ادراک تحریف شده و تفکر غیر منطقی زوج‌ها می‌شوند، اهمیت زیادی می‌دهد، چرا که طرحواره‌ها همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه نشان می‌دهند و موجب تأثیر در کنشگری رابطه می‌شوند و با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی همبستگی دارند (Jacob & Arntz,2013 ; Thimm,2010 a). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نتیجه عدم ارضاء ۵ نیاز هیجانی اساسی (دلبستگی ایمن، خودگردانی، محدودیت‌های واقع‌گرایانه، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح)، تجارب اولیه زندگی و خلق و خوی کودک شکل می‌گیرند (Farahani & Farzad,2015 ; Young et al.,2006). یانگ و همکاران(Young et al.,2006) ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه در رابطه با عدم ارضاء ۵ نیاز هیجانی اساسی در دوران کودکی مشخص کرده‌اند: ۱- حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/سوء رفتار، محرویت هیجانی، نقص/ شرم، انزوای اجتماعی/ بیگانگی؛ ۲- حوزه خودمتاری و عملکرد مختل (وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر/ بیماری، خود تحول یافته، شکست؛ ۳- حوزه محدودیت‌های مختل (استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتنداری و خود انضباطی ناکافی)؛ ۴- حوزه دیگر جهت‌مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/ جلب توجه) و ۵- حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه/ عیب‌جویی افراطی، تنبیه). این طرحواره‌ها، افراد را از تشخیص، تجربه و ارضای نیازهای اساسی‌شان باز می‌دارند (Jacob & Arntz,2013 ; Thimm,2010 b). این طرحواره‌ها، نه تنها برباورهایمان (یعنی، محتوای شناختی) تأثیر می‌گذارند بلکه، بر چگونگی پردازش اطلاعاتی نیز که در زندگی روزانه با آن‌ها مواجه می‌شویم(یعنی، پردازش اطلاعات) مؤثرند. وقتی یک طرحواره و باورهای مرکزی مربوط به آن فعال می‌شوند، افراد اطلاعات را به‌صورت سوگیرانه پردازش می‌کنند طوری که اطلاعات سازگار با طرحواره، بازیابی و اطلاعات ناسازگار با طرحواره، نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، رابطه متقابل بین سوگیری در پردازش اطلاعات و باورهای مرکزی وجود دارد (Sprecher et al., 2018).

هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار برانگیخته می‌شوند افرادهیجاناتی همچون خشم زیاد، افسردگی و بدنبال آن احساس گناه را تجربه می‌کنند که موجب کاهش تاب‌آوری وافزایش تنش در روابط بین فردی می‌شود. علیزاده اصل و جعفرنژاد لنگرودی (Alizadeh Asli & Jafar Nezhad Langroudi, 2018) نشان دادند که طرحواره درمانی مبتنی بر غنی سازی ارتباطی، پذیرش و ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش صمیمیت، سازگاری، تاب‌آوری و کاهش تعارضات زناشویی می‌شود. این درمان تأثیر بیشتری نسبت به زوج درمانی مبتنی بر پذیرش وتعهد دارد (Hemati et al., 2017). از آن‌جایی که زندگی امروزه زوجین، با

مشکلات و استرس فراوانی رو برو است این مداخلات شناختی درمانی، می‌تواند سطح تاب‌آوری افراد را در شرایط دشوار بالا ببرد.

با توجه به این‌که پژوهش‌های پیشین به طور کافی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی را بررسی نکرده‌اند، این مطالعه در پی پاسخ به این پرسش است که آیا طرحواره درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر این دو مؤلفه مهم داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع، هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی است.

خشونت علیه زنان در همه طبقات اجتماعی، اقتصادی، نژادی، سنی و جغرافیایی وجود دارد، اما در برخی گروه‌ها شایع‌تر است. خشونت بازتابی از حس پرخاشگری بوده و خشونت خانگی نوع خاصی از آن است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب جسمی، روانی و جنسی می‌شود. زنان چهار گونه خشونت فیزیکی، روانی، اقتصادی و جنسی را تجربه می‌کنند. خشونت فیزیکی شامل ضرب و جرح، کشیدن مو، زندانی کردن، محروم کردن از غذا و دیگر رفتارهای آزار جسمی است که ممکن است بدون توجه به تحصیلات، نژاد یا وضعیت خانوادگی، برای همه رخ دهد. خشونت روانی و کلامی شامل دشنام، بی‌احترامی، تهدید، تحقیر، قهر و ممنوعیت ملاقات با دوستان است. این خشونت‌ها موجب بروز اضطراب، گریز از مشارکت اجتماعی و احساس پوچی در زنان می‌شوند. خشونت خانگی شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان بوده و پیامدهای جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی گسترده‌ای دارد (Hedayati et al., 2012). برآوردها نشان می‌دهد که بیش از نیمی از خانواده‌ها این خشونت را تجربه می‌کنند و از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت قرار دارد

عوامل متعددی در بهبود این وضعیت تأثیرگذارند؛ چرا که انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و قادرند واکنش خود را در مواجهه با استرس و مشکلات زندگی تغییر دهند تا بتوانند بر اثرات منفی محیط غلبه کنند (Liu et al., 2018). یکی از عوامل اصلی تعارض‌های زوجین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که باورهای اغراق‌آمیز، غیرعقلانی و مطلق‌نگر نسبت به رابطه یا طرف مقابل محسوب می‌شوند. این طرحواره‌ها پاسخ‌های رفتاری را تحت تأثیر قرار داده و با ابعاد صمیمیت زناشویی همبستگی منفی دارد؛ یعنی هرچه ناسازگاری طرحواره‌ها بیشتر باشد، صمیمیت زناشویی کاهش می‌یابد صبوحی و همکاران (Sobouhi et al.,2016,2017). یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خشونت خانگی، تاب‌آوری است که به‌عنوان توانایی سازگاری موفق فرد با شرایط سخت تعریف می‌شود (Khajouei Nia et al., 2014).

تاب‌آوری فرایندی پویاست که شامل سازگاری مثبت با شرایط ناگوار و توانمندی حفظ شایستگی در موقعیت‌های پرخطر است. افراد تاب‌آور پس از مواجهه با مشکلات به سطح عملکرد عادی بازمی‌گردند و برخی حتی رشد نیز می‌کنند(Priemer et al., 2015). تاب‌آوری در کاهش استرس و بهبود زندگی زوجین نقش مهمی دارد.

مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان ابزار تعامل بین فردی، نقشی کلیدی در کاهش تعارض و بهبود رابطه زوجین دارند (Yousefi, 2007). این مهارت‌ها از پنج بخش اصلی تشکیل شده‌اند: ۱) درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی؛ ۲) نظم‌دهی به هیجانات؛ ۳) گوش‌دادن فعال؛ ۴) بینش نسبت به فرایند ارتباط؛ و ۵) قاطعیت در ارتباط (Hosseinchari & Fadakar, 2006). بهبود این مهارت‌ها می‌تواند به کاهش خشونت خانگی کمک کند.

مداخلات شناختی-درمانی متعددی وجود دارد که به افزایش تاب‌آوری کمک می‌کنند. یکی از رویکردهای مؤثر، طرحواره درمانی است (Dixon, 2016). طرحواره‌ها عمدتاً در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند و می‌توانند سازگار ویا ناسازگار باشند. طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه که از الگوهای ناکارآمد و تجارب دشوار دوران کودکی ناشی می‌شوند، تمرکز دارد و با اصلاح این طرحواره‌ها، تعارضات زناشویی کاهش و تاب‌آوری افزایش می‌یابد (Farahani & Farzad,2013 ; Jacob & Arntz,2015). این طرحواره‌ها بر پردازش اطلاعات و شناخت افراد تأثیر گذاشته و باعث سوگیری در ادراک واقعیت می‌شوند (Sprecher et al., 2018).

طرحواره‌های ناسازگار باعث بروز هیجانات منفی مانند خشم، افسردگی و کاهش تاب‌آوری می‌شوند (Alizadeh Asli & Jafar Nezhad Langroudi, 2018). مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره درمانی مبتنی بر غنی‌سازی ارتباطی و پذیرش به طور معناداری افزایش صمیمیت، سازگاری، تاب‌آوری و کاهش تعارضات زناشویی را به دنبال داشته است و از زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر است (Hemati et al., 2017).

با توجه به این‌که پژوهش‌های پیشین به طور کافی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی را بررسی نکرده‌اند، این مطالعه در پی پاسخ به این پرسش است که آیا طرحواره درمانی می‌تواند تأثیر مثبتی بر این دو مؤلفه مهم داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع، هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی است. در این راستا فرضیه اصلی تحقیق مطرح می‌شود که طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی این زنان اثربخش است.

سؤال پژوهش: آیا طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی تاثیرگذار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی بود. در روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه، متغیر وابسته قبل و بعد از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود. مراحل اجرای پژوهش به‌صورت: الف) اجرای پیش‌آزمون؛ ب) قراردادن آزمودنی‌ها در معرض متغیر مستقل؛ ج) اجرای پس‌آزمون و مقایسه نتایج حاصل با استفاده از آزمون مناسب آماری می‌باشد. همچنین، در این پژوهش تاب‌آوری و مهارت ارتباطی متغیر وابسته و طرحواره درمانی متغیر مستقل در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مورد خشونت قرار گرفته شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که با توجه عدم ثبت دقیق این اطلاعات در نهادهای رسمی، برآورد دقیق تعداد افراد جامعه آماری میسر نبود. برای دسترسی به گروه نمونه مورد نظر (زنان مورد خشونت)، ابتدا در سرای محله قلسمتان شهر تهران مبنی بر برگزاری کارگاه آموزشی – درمانی برای زنان قربانی خشونت فراخوانی داده شد. در بین افرادی که داوطلب بودند پرسشنامه خشونت توزیع شد. افرادی که بر اساس نتایج پرسشنامه دارای خشونت تشخیص داده شده بودند، در لیست افراد داوطلب قرار گرفتند. لازم به ذکر است معیارهای ورود و خروج در این مرحله مدنظر قرار گرفته بود. بعد از این‌که تعداد افراد گروه نمونه به حدنصاب رسید، برنامه درمانی اجرا شد.

ملاک‌هایی که جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گفته شد به ترتیب عبارت بودند از: (۱) زنان مورد مطالعه حداقل مدرک تحصیلی سیکل داشته باشند؛ (۲) در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال قرار داشته باشند؛ (۳) فرم رضایت‌نامه درمان را تکمیل کرده باشند؛ (۴) تعهد بدهند که خارج از جلسات درمانی خدمات مشاوره فردی دریافت نکنند؛ (۵) بر اساس پرسشنامه خشونت خانگی، حد نصاب لازم را کسب کرده باشند و میزان خشونت معنادار باشد. افزون بر این، (۱) مصرف الکل و مواد روانگردان؛ (۲) مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

در مورد حجم نمونه باید اشاره کرد که در طرح‌های تجربی دلاور، ۱۳۹۵ باید هر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد. با توجه به طرح پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول به‌صورت داوطلبانه انتخاب شد. اعضای نمونه به‌صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و بدین

ترتیب، در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و همچنین، با آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان و کسب اجازه از آن‌ها، پژوهش اجرا شد. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کنند. گروه آزمایش طرحواره درمانی یانگ را دریافت کردند. مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی و در هفته یک بار اجرا گردید. بعد از تمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

جدول ۱: پروتکل طرحواره درمانی (Young et al., 2006)

جلسه	محتوا
اول	**عنوان: برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه** دستور جلسه: ۱- برقراری ارتباط و معرفی اعضا، ۲- بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره،۳- گرفتن تعهد از افراد، ۴- سنجش تناسب افراد برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی، ۵- شناخت مشکل فعلی افراد، ۶- اجرای پیش آزمون (پرسشنامه طرحواره ها، اسنادها، باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی). تکلیف: هر یک از افراد طی چند روز آینده در روابط خود با همسر و دیگران دقت کنند و مشکلات فعلی خود را شناسایی نموده، سپس این مشکلات را طبق توضیحات جلسه به‌صورت اختصاصی بنویسند و در مقابل آن اهداف خود را در مورد مشکل با توجه به دوره درمان ذکر کنند.
دوم	**عنوان: آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای** دستور جلسه: ۱- آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، ۲- توضیح سبک‌های مقابله‌ای ، ۳- برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها. تکلیف: افراد برگه اطلاعات در مورد طرحواره‌ها را خوب مطالعه کرده، چند موقعیت مشکل آفرین در زندگی زناشویی خود را در نظر بگیرند، نوع طرحواره‌ای که در آن هنگام برانگیخته می‌شود و با آن مرتبط است را بنویسند و سبک مقابله‌ای خود برای کنار آمدن با آن طرحواره نیز مشخص نمایند.
سوم	**عنوان: راهبردهای شناختی** دستور جلسه: ۱ - ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، ۲- اجرای آزمون اعتبار طرحواره، ۳- استفاده از سبک درمانی رویا روسازی همدلانه، ۴- تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره. تکلیف: افراد تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرحواره محور را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأیید کننده، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده و شواهد رد کننده را یادداشت نمایند.
چهارم	**عنوان: تکنیک‌های شناختی** دستور جلسه: ۱- ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای افراد، ۲- برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم ، ۳- استفاده از بازی «مدافع شیطان » ، ۴- آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی.

تکلیف: افراد در منزل بین جنبه طرحواره و جنبه سالمشان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفتگویی برقرار سازند و در کاربرگ بنویسند.

پنجم **عنوان: راهبردهای تجربی**

دستور جلسه: ۱- ارائه منطق تکنیکی تجربی و اهداف آن ، ۲- تصویر سازی ذهنی ، ۳- ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال ، ۴- انجام گفتگوی خیالی.

تکلیف: از افراد خواسته می‌شود نامه ای به والدین یا افراد زندگی خود بنویسند که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده اند. به آنها توضیح می دهیم که این نامه ها را برای والدین خود نفرستند ولی برای جلسه بعدی با خود همراه داشته باشند.

ششم **عنوان: الگو شکنی رفتاری**

دستور جلسه: ۱- ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، ۲- بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، ۳- تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص ، به‌عنوان موضوع تغییر، ۴- ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار ، ۵- اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار ، ۶- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار.

تکلیف: افراد طی چند روز آینده چند موقعیت مشکل‌ساز زندگی را در نظر بگیرند توجه کنند که چه احساسی داشته اند، چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده‌اند در صورت بروز رفتار مشکل آفرین رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.

هفتم **عنوان: تکنیک‌های رفتاری**

دستور جلسه: ۱- افزایش انگیزه برای تغییر رفتار ، ۲- تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی و ایفای نقش ، ۳- غلبه بر موانع تغییر رفتار ، ۴- ایجاد تغییرات مهم در زندگی.

تکلیف: از افراد می خواهیم برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سؤال از خود «اگر این طرحواره را نداشتم چه کار می کردم؟ » رفتار جایگزین بیابند مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.

هشتم دستور جلسه: ۱- خلاصه جلسات قبل ، ۲- بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال ، ۳- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک افراد ، ۴- ارائه پس آزمون‌های مربوطه، ۵- تشکر، خداحافظی و ختم جلسات.

پرسشنامه‌های پژوهش، شامل پرسشنامه خشونت علیه زنان محسنی تبریزی وهمکاران، (Mohseni Tabrizi et al., 2013) ، پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی و مقیاس تاب‌آوری کورنر و دیویدسون(Connor & Davidson, 2003). قبل و بعد از اجرای طرحواره درمانی در بین دو گروه گواه و آزمایش توزیع شد.

پرسشنامه خشونت خانگی: برای غربال‌گری افراد داوطلب، از پرسشنامه خشونت علیه زنان محسنی تبریزی و همکاران (Mohseni Tabrizi et al., 2013)، استفاده شد. در پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان ابزار جمع آوری اطلاعات یک فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک می‌باشد که سوالات ۱ تا ۱۰ پرسشنامه را تشکیل

می‌دهد، به علاوه سوالاتی در رابطه با سنجش انواع همسر آزاری، باورهای مردسالارانه، سنت‌ها و تربیت خانوادگی و یادگیری خشونت در این پرسشنامه گنجانده شده است. این سوالات نیز ۶۰ سوال را در برمی‌گیرد . در کل این پرسشنامه ۷۱ گویه دارد که در این پژوهش، سوالات مربوط به خشونت ارزیابی شد. محسنی تبریزی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را۰/۸۳ بدست آورند و میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ در این پژوهش مشاهده گردید.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال است که دارای ۳ خرده مقیاس مدیریت هیجان‌ها شامل سئوال های ۳،۴، ۱۲،۱۳، ۱۴،۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۳۰،۳۱. ادارک دیگران شامل سئوال‌های ۱، ۵ ، ۷، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۸، ۳۲. ابرازوجود شامل سئوال‌های ۲ ، ۶، ۸، ۱۱ ،۱۶، ۲۵، ۲۶،۲۹، ۳۳، ۳۴. ضریب پایایی با استفاده از آلفای‌کرونباخ برای خرده مقیاس مدیریت هیجان‌ها ۰/۷۳، برای خرده مقیاس ادراک دیگران۰/۶۳و برای خرده‌مقیاس ابراز وجود۰/۵۵ و در محاسبه پایایی به روش باز-آزمایی ضریب‌همبستگی برای خرده آزمون مدیریت‌هیجان ۰/۸۳، خرده آزمون ادراک دیگران ۰/۷۰، خرده آزمون ابراز وجود ۰/۵۷ گزارش شده است. برای ساخت این پرسشنامه از الگوی مهارت‌های ارتباط میان-فردی (Hargie & Marshall, 1997) استفاده و این سه عامل را با توجه به این الگو مشخص کردند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به‌دست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری : برای سنجش تاب‌آوری زنان متقاضی طلاق از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیدیدسون (Connor & Davidson, 2003) استفاده شد. این پرسشنامه را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس با هدف سنجش ابعاد مختلف تاب‌آوری، گسترش یافته است و احساس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احساس حمایت اجتماعی، ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه به روش‌های حل مسئله را شامل می‌شود. پرسشنامه مذکور مشتمل بر ۲۵ سؤال است. طیف نمره گذاری این پرسشنامه بر حسب لیکرت ۵ درجه‌ای بین صفر (کاملا نادرست) و ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حسین‌چاری و همکاران (Hosseinchari et al., 2019) در پژوهشی بر روی ۵۱۶ دانش آموز دبیرستانی (۲۵۵ دختر، ۲۹۱ پسر) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در پژوهش دیگر سامانی و همکاران (Samani et al.,2007) در بین دانشجویان همسانی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ۰/۸۷ به دست آوردند.

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات این پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. در روش آمار توصیفی، به منظور توصیف اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف

معیار استفاده شد. علاوه بر این، قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری مورد بررسی قرار گرفت. با رعایت مفروضه‌ها، جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد و جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب۳/۳۷ ± ۴۰/۴ و۴/۳۹ ± ۴۳/۳ محاسبه شد. همچنین، به منظور مقایسه میانگین سنی دو گروه از آزمون تی استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معناداری (P =۰/۱۶۳) برای مقدار t محاسبه شده (t =۱/۴۳۳) از مقدار آلفای تعیین شده (α = ۰/۰۵) بزرگ‌تر است. بنابراین، اگرچه بین میانگین دو گروه تفاوت اندکی وجود دارد؛ اما، این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد دو گروه از نظر سنی همتا هستند.

جهت تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. قبل از هرگونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده‌ها صورت می‌گیرد، نیاز به آزمون نرمال بودن است. بر این اساس، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد تا از نرمال بودن داده‌ها اطمینان حاصل گردد. در پژوهش حاضر، با توجّه به این‌که سطح معناداری متغیّرهای مورد بررسی در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بالاتر از۰/۰۵است، می‌توان گفت که داده‌ها توزیع‌شان نرمال است. از آنجا که سطح معناداری آماره F بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین، می‌توان گفت که واریانس خطای گروه‌ها با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است. براساس نتایج به دست آمده برای مراحل پیش آزمون و پس آزمون، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است، در نتیجه با توجه به این‌که پیش‌فرض‌های مربوط به توزیع آزمون پارامتری برآورده شده است، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌توان از این نوع آزمون استفاده کرد. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون است. برای اثبات همگنی شیب رگرسیون باید مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در همه گروه‌ها محاسبه شود. اگر این شاخص معنادار نباشد، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. در جدول فوق، سطح معناداری مقدار F تعامل همپراش برای متغیرهای تاب‌آوری (و مؤلفه آن) و مهارت ارتباطی (و مؤلفه‌های مدیریت هیجانات و ابراز وجود) بزرگتر از ۵ صدم است که معنادار نمی‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده است و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. برای بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر

تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۲ ارائه شده است که تأثیر معنادار طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در فرضیه کلی

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثرپیلایی	۰/۷۱۱	۳۰/۷۳۳	۰/۰۰۰**
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸۹	۳۰/۷۳۳	۰/۰۰۰**
	اثر هتلینگ	۲/۴۶۲	۳۰/۷۳۳	۰/۰۰۰**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۶۲	۳۰/۷۳۳	۰/۰۰۰**

P< ۰/۰۱** P< ۰/۰۵*

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. این جدول نشان‌دهنده تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مختلف تاب‌آوری و مهارت ارتباطی می‌باشد.

جدول ۳: اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	همپراش	۱	۳۲/۰۱۶	۴/۰۲۷	۰/۰۵۵	
	گروه	۱	۲۵۷/۰۱۰	۳۲/۳۲۶	۰/۰۰۰**	۰/۵۵۴
	خطا	۲۶	۷/۹۵۱	–	–	
مهارت	همپراش	۱	۸۶/۸۷۰	۲۷/۶۴۶	۰/۰۰۰	
ارتباطی	گروه	۱	۵۸/۵۰۷	۲۵/۳۵۵	۰/۰۰۰**	۰/۴۹۴۴
	خطا	۲۶	۲/۳۰۸	–	–	

P < ۰/۰۱** P < ۰/۰۵*

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (طرحواره درمانی) بر تاب‌آوری (۳۲/۳۲۶) و مهارت ارتباطی (۲۵/۳۵۵) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده

کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور بتا) بیانگر آن است که ۵۵ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) و ۴۹ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر مهارت ارتباطی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (طرحواره درمانی) است. برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری زنان مورد خشونت خانگی، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

بررسی فرضیه‌های پژوهش، تأثیر طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است که تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش (تاب آوری و مهارت‌های ارتباطی) را نشان می‌دهد.

جدول ۴: آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در فرضیه فرعی اول

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثرپیلایی	۰/۸۰۴۴	۱۱/۶۱۳	۰/۰۰۶**
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۶	۱۱/۶۱۳	۰/۰۰۶**
	اثر هتلینگ	۴/۰۹۹	۱۱/۶۱۳	۰/۰۰۶**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۹۹	۱۱/۶۱۳	۰/۰۰۶**

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^{*}$

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است. این جدول نشان‌دهنده تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مختلف تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد.

جدول ۶: اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های تاب‌آوری

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر

احساس توانایی فردی	همپراش	۱	۲/۷۹۲	۴/۳۹۷	۰/۰۴۸	
	گروه	۱	.۲/۰۸۲	۰/۱۲۹	۰/۷۲۳	–
	خطا	۲۲	۰/۶۳۵	–	–	
مقاومت در برابر تاثیرات منفی	همپراش	۱	۴/۲۱۶	۶/۱۹۸	۰/۰۲۱	
	گروه	۱	۱۰/۰۳۲	۱۴/۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	خطا	۲۲	۰/۶۸۰	–	–	
پذیرش مثبت تغییر	همپراش	۱	۳/۰۸۱	۳/۱۱۳	۰/۰۹۲	
	گروه	۱	۱۹/۳۴۱	۱۹/۵۴۶	۰/۰۰۰۰۰	۰/۴۷۰
	خطا	۲۲	۰/۹۹	–	–	
اعتماد به غرایز فردی	همپراش	۱	۱۴/۹۵۹	۱۴/۲۲۷	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۲۲/۶۵۲	۲۱/۵۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
	خطا	۲۲	۱/۰۵۱	–	–	
احساس حمایت اجتماعی	همپراش	۱	۳/۰۵۱	۲/۶۷۳	۰/۱۱۶	
	گروه	۱	۰/۱۱۷	۰/۱۰۳	۰/۷۵۲	–
	خطا	۲۲	۱/۱۴۴۲	–	–	
ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	همپراش	۱	۵/۰۳۱	۳/۷۵۳	۰/۰۶۶	
	گروه	۱	۰/۳۵۳	۰/۲۶۳	۰/۶۱۳	–
	خطا	۲۲	۱/۳۴۱	–	–	

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^{*}$

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۶، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (گروه) بر مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی (۱۴/۷۴۹)، پذیرش مثبت تغییر (۱۹/۵۴۶) و اعتماد به غرایز فردی (۲۱/۵۴۴) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر و اعتماد به غرایز فردی زنان مورد خشونت خانگی تأثیر دارد.

برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، با توجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۷: آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در فرضیه فرعی دوم

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثرپیلایی	۰/۶۳۲	۱۳/۱۴۰	۰.۰۰۶**
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۸	۱۳/۱۴۰	۰.۰۰۶**
	اثر هتلینگ	۱/۷۱۴	۱۳/۱۴۰	۰.۰۰۶**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۱۴	۱۳/۱۴۰	۰.۰۰۶**

P< ۰/۰۱** P < ۰/۰۵*

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های مهارت ارتباطی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸: اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مهارت ارتباطی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مدیریت	همپراش	۱	۴۲/۶۲۱	۴۲/۴۵۹	۰/۰۰۰	
هیجانات	گروه	۱	۲۳/۳۸۷	۲۳/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲
	خطا	۲۵	۱/۰۰۴	–	–	
ادراک	همپراش	۱	۳/۰۲۵	۲/۹۵۶	۰/۰۹۸	
دیگران	گروه	۱	۰/۵۷۹	۰/۵۶۵	۰/۴۵۹	–
	خطا	۲۵	۱/۰۲۳	–	–	
ابراز وجود	همپراش	۱	۳۱/۱۴۴	۵۷/۱۳۳	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۹/۳۹۳	۱۷/۲۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۰۸
	خطا	۲۵	۰/۵۴۵	–	–	

P< ۰./** P < ۰/۰۵*

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۸، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (گروه) بر مؤلفه‌های مدیریت هیجانات (۲۳/۲۹۹) و ابراز وجود (۱۷/۲۳۲) معنادار شده است (P < ۰/۰۱)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مدیریت

هیجانات و ابراز وجود زنان مورد خشونت خانگی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور بتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در مؤلفه‌های مدیریت هیجانات و ابراز وجود به ترتیب به اندازه ۴۸ و ۴۱ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (طرحواره درمانی) بوده است.

برای ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت خانگی، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است. این جدول نشان‌دهنده تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های مختلف تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد.

جدول ۵: اثربخشی طرحواره درمانی بر مولفه های تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس توانایی فردی	همپراش	۱	۲./۷۹۲	۴.۳۹۷	۰/۰۴۸	
	گروه	۱	۰/۰۸۲	۰.۱۲۹	۰./۷۲۳	–
	خطا	۲۲	۰./۶۳۵	–	–	
مقاومت در برابر تاثیرات منفی	همپراش	۱	۴/۲۱۶	۶.۱۹۸	۰/۰۲۱	
	گروه	۱	۱۰/۰۳۲	۱۴.۷۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	خطا	۲۲	۰/۶۸۰	–	–	
پذیرش مثبت تغییر	همپراش	۱	۳/۰۸۱	۳.۱۱۳	۰/۰۹۲	
	گروه	۱	۱۹/۳۴۱	۱۹.۵۴۶	./۰۰۰	۰/۴۷۰
	خطا	۲۲	۰/۹۹۰	–	–	
اعتماد به غرایز فردی	همپراش	۱	۱۴/۹۵۹	۱۴.۲۲۷	۰./۰۰۱	
	گروه	۱	۲۲/۶۵۲	۲۱.۵۴۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
	خطا	۲۲	۱/۰۵۱	–	–	
احساس حمایت اجتماعی	همپراش	۱	۳/۰۵۱	۲.۶۷۳	۰/۱۱۶	
	گروه	۱	۰/۱۱۷	۰.۱۰۳	۰/۷۵۲	–
	خطا	۲۲	۱/۱۴۲	–	–	
ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	همپراش	۱	۵/۰۳۱	۳.۷۵۳	۰/۰۶۶	
	گروه	۱	۰/۳۵۳	۰/۲۶۳	۰/۶۱۳	–
	خطا	۲۲	۱/۳۴۱	–	–	
مدیریت هیجانات	همپراش	۱	۴۲/۶۲۱	۴۲/۴۵۹	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۲۳/۳۸۷	۲۳/۲۹۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲
	خطا	۲۵	۱/۰۰۴	–	–	

ادراک دیگران	همپراش	۱	۳/۰۲۵	۲/۹۵۶	۰/۰۹۸	
	گروه	۱	۰./۵۷۹	۰/۵۶۵	۰/۴۵۹	–
	خطا	۲۵	۱/۰۲۳	–	–	
ابراز وجود	همپراش	۱	۳۱/۱۴۴	۵۷/۱۳۳	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۹/۳۹۳	۱۷/۲۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۰۸
	خطا	۲۵	۰/۵۴۵	–	–	

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^{*}$

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سطح کلیه آزمون‌های معناداری، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۶، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (گروه) بر مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی (۱۴/۷۴۹)، پذیرش مثبت تغییر (۱۹/۵۴۶)، اعتماد به غرایز فردی (۲۱/۵۴۴) ، مدیریت هیجانات (۲۳/۲۹۹) و ابراز وجود (۱۷/۲۳۲) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها معنادار است. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور بتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر و اعتماد به غرایز فردی، مدیریت هیجانات و ابراز وجود به ترتیب به اندازه ۴۰، ۴۷ ، ۴۹، ۴۸ و ۴۱ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (طرحواره درمانی) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد طرحواره درمانی بر مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت تأثیر معناداری دارد؛ به عبارت دیگر، نتایج پژوهش مؤید آن بود که طرحواره درمانی در زنان مورد خشونت باعث افزایش مهارت ارتباطی می‌شود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی داخل و خارج از کشور همسو بود. برای مثال ساسان‌پور (Sasanpour et al., 2017) نشان داد طرحواره درمانی بر بهبود باورهای ارتباطی غیرمنطقی و همچنین بهبود سازگاری زناشویی هر دو زوج (زن و شوهر) اثرگذار است. اسکات و کرینو (Scott & Crino, 2014) نیز دریافتند استفاده از طرحواره درمانی می‌تواند اضطراب اجتماعی و مشکلات ارتباطی مربوط به آن را در افراد که به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، کاهش دهد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند افرادی که از طرحواره‌های ناسازگار برخوردار بودند به میزان بیشتری نسبت به افراد گروه کنترل در زمینه مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و شغلی ناکارآمد بودند. همچنین،

جانوسکی (Janovsky et al., 2023) دریافتند افرادی که از مشکلات طرحواره‌ای برخوردار بودند افکار خودآیند منفی بیشتری در زمینه طرد و خودپنداره منفی از خویشتن دارند. علاوه بر این، کارانتزاس و همکاران (Karantzas et al., 2023) در پژوهشی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در روابط اجتماعی و ارتباطی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه نشان داد طرحواره بر مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی افراد تأثیر معناداری دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت فعال شدن طرحواره نقص / شرم از حوزه بریدگی و طرد باعث می‌شود در فرد این احساس به وجود بیاید که در مهم‌ترین جنبه های شخصیت اش، انسانی ناقص، مطلوب، بد، حقیر و بی‌ارزش است و یا این که در نظر افراد مهم زندگی‌اش، فردی منفور و نامطلوب به حساب می‌آید. افرادی که این طرحواره را دارند حساسیت بیش از حدی نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کمرویی، مقایسه‌های نابجا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص های درونی خود را دارند. که ریشه‌های تحولی این طرحواره در فرد، کماگرایی، ایرادگیری و عیب‌جویی والدین که با شکل گرفتن این طرحواره، فرد بیشتر به ناارزنده سازی و مقایسه کردن خود با همسالان می‌پردازد و حتی به دیگران این اجازه را می‌دهد به نا ارزنده سازی او بپردازد. با آگاه شدن آزمودنی از این طرحواره در خود و تعدیل شدن آن، موجب افزایش احساس ارزشمندی آنها می‌شود و آنها احساس می کنند چنین طرحوارهای یا اشتباه بوده، یا این که بسیار اغراق- آمیز جلوه داده شده است، در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می کنند، کمتر احساس آسیب پذیری و بی‌پناهی می کنند، تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارند، تمایل بیشتری برای صحبت کردن با دیگران نشان می‌دهند و دیگر سعی نمی کنند بسیاری از جنبه‌های شخصیت خود را پنهان کنند و موفقیت‌ها و پیشرفت خود را در زندگی نتیجه کوشش‌ها و استعدادهای خود می‌دانند که این منجر به بهبود مهارت‌های ارتباطی در حوزه زناشویی و اجتماعی می‌شود(Sayadi et al., 2017). طرحواره‌ها که در واقع در کودکی شکل گرفته‌اند مبنایی برای نحوهٔ تفکر، احساس، رفتار و نوع روابط ما با دیگران می‌باشند و در تمام حوزه های زندگی حضور دارند. یکی از این حیطه‌ها ازدواج و زندگی مشترک می‌باشد ؛ چرا که در روابط بین‌فردی و بخصوص نزدیک طرحواره‌ها بیشتر فعال می‌شوند. این طرحواره‌ها همیشه باعث سوگیری در تفسیر ما از وقایع اطراف شده، که این سوگیری نیز به نوبه خود منجر به سوء تفاهم، فرض‌های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع بینانه می‌شود. بنابراین باورهای ارتباطی ناکارآمد زوجین نیز می‌توانند ناشی از این طرحواره‌ها باشند. در رویکرد طرحواره درمانی این طرحواره‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی که بیشتر بر روابط درمانگر با فرد تأکید دارد،

به چالش کشیده شده و اصلاح می‌شوند (Samimi et al., 2022). بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که در تحقیق حاضر، زنان حاضر در گروه آزمایش با استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی و اصلاح طرحواره های خود، آموختند که مشکلات ارتباطی خود را زیر سؤال برده و از نظر منطقی و هیجانی با آن‌ها مبارزه کنند و این منجر به مؤثر بودن طرحواره درمانی بر مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت شد. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگو شکنی رفتاری است. این راهبرد به افراد کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند. برای مثال، در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده زنان مورد خشونت را ارضا کند. مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه کننده‌ای که طرحواره ناسازگار اطاعت داشت، کمتر اطاعت کند. برای مثال، به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث افزایش ابراز وجود و در نهایت مهارت ارتباطی می‌شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی، تأثیر معناداری بر میزان کنترل تاب‌آوری زنان مورد خشونت در مرحله پس آزمون دارد (P > ۰/۰۱). بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، میزان این تأثیر با استفاده از ضریب مجذور بتا در مرحله پس آزمون برای ابعاد مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر و اعتماد به غرایز فردی و نمره کلی تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۴۰۱، ۴، ۰/۴۹۵ و ۰/۵۵۴ محاسبه شد. این تأثیر در جهت افزایش میزان تاب‌آوری بود؛ یعنی طرحواره درمانی بر افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش مؤثر واقع شده است. ارزیابی تاب‌آوری زنان مورد خشونت در مرحله پیش آزمون نشان داده است که زنان مورد خشونت در هر دو گروه (آزمایش و گواه)، تاب‌آوری نسبتاً پایینی دارند. به‌منظور مداخله در تاب‌آوری ، طرحواره درمانی اجرا شد. نتایج پژوهش حاضر به وضوح نشان دهنده اثربخشی درمان ارائه شده بر تغییر میزان تاب‌آوری گروه آزمایش در جهت ارتقاء تاب‌آوری بود و در نتیجه، اعتبار برنامه درمانی ارائه شده را مورد تأیید قرار داد. در اثر اجرای برنامه آموزشی، بین میانگین تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری به وجود آمد ؛ زیرا نتایج مؤید افزایش قابل توجه میانگین

تاب‌آوری در گروه آزمایش است. نتایج به دست آمده در این پژوهش با مطالعه پیشین در داخل و خارج از کشور همسو است.

برای مثال، نتایج مطالعات همتی و مداحی (Hemmati & Maddahi, 2018)، مرادحاصلی و یارمحمدی واصل (Moradhaseli & Yarmohamadi Vasel, 2020)، عیسی‌نژاد و همکاران (Isanejad et al., 2018)، همتی و مداحی (Hemmati & Maddahi, 2018) و اندیشه و همکاران (Andisheh et al., 2024) با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان بود.

هدف طرحواره درمانی که در پژوهش حاضر استفاده شد، اصلاح و بهبود طرحواره هاست. طرحواره‌ها موضوعات ثابت و دراز مدتی هستند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. این طرحواره‌ها الگویی برای پردازش تجارب بعدی محسوب می‌شوند، . با توجه به اینکه طرحواره‌ها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط با دیگران بازی می‌کنند، به گونه‌ای متناقض و اجتناب ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشانند (Young et al., 2006).

طرحواره درمانی با توجه به ارائه کارت‌های آموزشی که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرحواره‌هاست منجر به هشیار نمودن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی که وی قصد تغیرشان را دارد شده که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود چرا که تاب‌آوری، مشارکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (Moradhaseli & Yarmohamadi Vasel, 2020). از این رو، به نظر می‌رسد شرکت در جلسات طرحواره درمانی راهبردی مناسب برای بهبود تاب‌آوری زنان مورد خشونت باشد.

طرحواره درمانی به‌کار رفته در این پژوهش می‌تواند با سایر روش‌های درمانی بهبود بخش تاب‌آوری و مهارت ارتباطی، توسط مشاوران و درمانگران برای ارتقاء تاب‌آوری و مهارت ارتباطی زنان مورد خشونت مورد استفاده قرار گیرند. همچنین نتایج این پژوهش دانش کاربردی را در اختیار مسئولین برای طراحی برنامه‌هایی برای بهبود تاب‌آوری و مهارت ارتباطی می‌گذارد که این دانش از لحاظ بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به ویژه نظام سلامت و کاهش مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های درمانی حائز اهمیت است. اجرای گروهی طرحواره درمانی، فرصتی برای اولویت‌بندی تکنیک‌ها بر اساس نیازهای منحصر به فرد هر یک از اعضا باقی نگذاشت. این محدودیت اثربخشی این درمان را بر تعدادی از مؤلفه‌های مورد بررسی تحت تأثیر قرار داد. عدم دسترسی به تعداد مطلوب و یکسان از شرکت‌کنندگانی با همه انواع خشونت (فیزیکی، روانی و جنسی) و در نتیجه ناهمگونی گروه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

لذا امکان بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هر یک از انواع خشونت وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود روش درمانی مذبور در مراکز مشاوره بهزیستی، مراکز خدمات روان‌شناختی دولتی و خصوصی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مسئولین سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیشتر از پیش در جریان نقش و اهمیت طرحواره‌ها در سلامت افراد قرار بگیرند و دوره‌هایی مطابق با مدل مداخلاتی در محیط‌های درمانی جهت ارتقا سلامت روانی زنان مورد خشونت، برگزار کنند.

در طرحواره درمانی ، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا انتخاب‌های سالم‌تری را انجام داده و رفتارهای ناسازگار قبلی والگوهای رفتاری خود آسیب رسان را کنار بگذارد تا با این رویکرد، سازگاری و رضایت زناشویی افزایش یابد. رویکرد طرحواره درمانی به دلیل کارکردن بر سلامت روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای میل به طلاق، در اصلاح طرحواره‌ها و ساخت‌های شناختی آنان تاثیر چشمگیری دارد و برکاهش میل به متارکه و طلاق مؤثرمی‌باشد. طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری در سبک زندگی زن و شوهر، انتخاب مسیر درست زندگی که عامل مهمی در تداوم طرحواره‌ها در روابط زناشویی هستند نیز تغییرات چشمگیری به‌وجود می‌آورد و در نهایت به بهبود طرحواره‌ها کمک می‌کند. این رویکرد به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده زوجین در روابط زناشویی که در نهایت منجر به‌خود سانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی در روابط زناشویی می‌شود، کمک زیادی می‌کند با توجه به طرحواره درمانی به‌عنوان یک تکنیک درمانی مؤثر در مطالعات بالینی، این روش به ترمیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداخته چرا که شناخت گرایان معتقدند وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث ناسازگاری‌های رفتاری و تعارض زناشویی می‌گردد و زمانی که هر دو یا یکی از زوجین نسبت به رویدادهای ارتباطی خود دارای باورهای غلط و شناخت نادرست باشند، واکنش منفی و بیمارگونه‌ای از خود بروز می‌دهند. به نظر می‌رسد که تلفیق سه تکنیک شناختی، تجربی و رفتاری رویکرد طرحواره درمانی در افراد دارای مشکلات زناشویی مناسب باشد، همچنان که در این پژوهش اثر طرحواره درمانی بر بالا رفتن سطح تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی مؤثر بوده است. طرحواره درمانی جرأت ورزی را در این زنان بالا برده و به آنها این توان را می‌دهد تا به‌خودکارآمدی دست پیدا کنند و در مقابل مسائل گوناگون سطح تحمل و تاب‌آوری خود را بالا ببرند و به ابعاد گوناگون، صرفا به دیده عاطفی نظر نکنند. بلکه استدلال منطقی و چارچوب‌های درست ذهنی را انتخاب کنند. این خودکارآمدی و در پی آن جرأت ورزی ناشی از درهم شکستن طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که فرد را در مقابل رویدادهای

آسیب‌زا به‌صورت یک قربانی درمی‌آورد. با شرکت در این گروه‌های درمانی فرد این طرحواره‌ها را تغییر می‌دهد و سعی در مبارزه با این نقش‌ها دارد. بنابراین، تاب‌آوری یک فرایند سازگاری مجدد با شرایط آسیب‌زاست و از طرفی طرحواره‌های ناسازگار در چنین شرایطی به شدت زیادی فعال می‌شوند و سطح تاب‌آوری را پایین می‌آورند. در پی طرحواره‌درمانی به طرحواره‌های ناسازگار ترمز زده می‌شود و نتیجه تاب‌آوری افزایش می‌یابد.

این مطالعه خالی از محدودیت نبود. از جمله محدودیت آن می‌توان به مقطعی بودن و نداشتن مرحله پیگیری اشاره کرد. همچنین منحصر بودن مطالعه به یک پرسشنامه و هماهنگ شدن برای جلسات درمان از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. بر این اساس برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود برای زنان مورد خشونت خانگی همراه با طرحواره درمانی درمان‌های شناختی- رفتاری دیگری مانند ذهن‌آگاهی یا درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت مقایسه‌ای با طرحواره درمانی انجام گیرد تا تعیین شود هر کدام از این درمان‌ها به چه مقدار بر میزان تاب‌آوری مؤثر خواهد بود. همچنین برای این زنان متغیرهای روانشناختی دیگری مانند سرسختی روانشناختی، مهارت‌های مقابله‌ای و... همراه با طرحواره درمانی بررسی شوند تا بتوان به این قشر آسیب‌دیده روانشناختی کمک بهتری کرد.

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش تاب‌آوری زنان مورد خشونت بود. یافته‌های به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که طرحواره‌درمانی توانسته است مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری شرکت‌کنندگان را به شکل معناداری ارتقاء دهد. این نتایج نشان می‌دهد شرکت در جلسات طرحواره‌درمانی می‌تواند به بهبود تعاملات و مقاومت روانی افراد در مقابله با شرایط دشوار زندگی کمک نماید. همسویی یافته‌های حاضر با مطالعات پیشین نیز قابل توجه است؛ برای مثال نتایج پژوهش ساسان‌پور و همکاران (Sasanpour et al., 2017) حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی موجب بهبود باورهای ارتباطی غیرمنطقی و افزایش سازگاری زناشویی می‌شود. همچنین مطالعاتی چون اسکات و کرینو (Scott & Crino, 2014) بیان داشته‌اند که افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار، بیشتر دچار ضعف در مهارت‌های ارتباطی هستند. بر اساس گزارش جانوسکی و همکاران (Janovsky et al., 2023)، مشکلات طرحواره‌ای می‌تواند به شکل‌گیری نگرش منفی نسبت به خود و افزایش احساس طرد منجر شود. پژوهش کارنتزاس (Karantzas et al., 2023) نیز تأثیر معنادار طرحواره‌های اولیه ناسازگار بر روابط

اجتماعی و ارتباطی را نشان داد. چنین شواهدی مؤید آن است که اصلاح و تعدیل طرحواره‌ها از طریق مداخلات منعطف، به بهبود مؤلفه‌های سازگاری و ارتباط مؤثر می‌انجامد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان اشاره کرد فعال شدن طرحواره نقص/شرم باعث می‌شود فرد خود را انسانی ناقص، نامطلوب یا کم‌ارزش بپندارد و نسبت به انتقاد، طرد یا سرزنش حساسیت بیشتری نشان دهد. این طرحواره‌ها عمدتاً ریشه در تجربیات دوره کودکی و تعاملات اولیه با والدین دارند و زمینه‌ی ناارزنده‌سازی روانی را فراهم می‌کنند. آگاهی‌یافتن آزمودنی از این باورها و اصلاح آن با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی می‌تواند منجر به افزایش احساس ارزشمندی، کاهش احساس آسیب‌پذیری و تمایل بیشتر به برقراری ارتباط شود. افراد پس از تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، احساس راحتی بیشتری در حضور دیگران دارند و دستاوردهای خود را حاصل تلاش و شایستگی خویش می‌دانند که این امر در بهبود مهارت‌های ارتباطی و زناشویی نقش بسزایی دارد.

نتایج آماری این پژوهش نیز تأیید می‌کند که طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری زنان مورد خشونت دارد؛ به‌طوری که در مرحله پس‌آزمون، بهبود چشمگیری در ابعاد مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر و اعتماد به غرایز فردی مشاهده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش افزایش معناداری در تاب‌آوری کلی نسبت به گروه گواه نشان دادند، موضوعی که در همراستایی با مطالعات همتی و مداحی (Hemmati & Maddahi, 2018)، مرادحاصلی و یارمحمدی وصال (Moradhaseli & Yarmohamadi Vasel, 2020)، عیسی‌نژاد (Isanejad et al., 2018)، همتی و مداحی (Hemmati & Maddahi, 2018) و اندیشه و همکاران (Andisheh et al., 2024) و دیگر پژوهش‌های معتبر است.

اصلاح و بهبود طرحواره‌ها، که ریشه در تجارب اولیه زندگی دارند، نه‌تنها واکنش‌های هیجانی و شناختی فرد را تنظیم می‌کند، بلکه او را برای مقابله فعال با چالش‌های زندگی توانمند می‌سازد. استفاده از تکنیک‌های متنوع شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی در طرحواره‌درمانی، زمینه را برای تغییر الگوهای ناکارآمد و یادگیری شیوه‌های جدید سازگارانه فراهم می‌کند. این امر نه‌تنها به ارتقای تاب‌آوری و مهارت ارتباطی، بلکه به بهداشت روانی، رضایت زناشویی و کاهش هزینه‌های درمانی منجر می‌شود.

با وجود این دستاوردها، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مانند مقطعی بودن مطالعه، نداشتن مرحله پیگیری و تنوع محدود در نوع خشونت مواجه بوده است. عدم امکان اولویت‌بندی تکنیک‌ها متناسب با نیاز هر شرکت‌کننده نیز می‌تواند بر میزان اثربخشی مداخله تأثیر بگذارد. لذا برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود

متغیرهای روان‌شناختی دیگر نظیر سرسختی یا مهارت‌های مقابله‌ای نیز مورد بررسی قرار گیرند و نیز سایر رویکردهای درمانی به شکل مقایسه‌ای با طرحواره‌درمانی به کار بسته شود.

در پایان، می‌توان نتیجه گرفت که اجرای طرحواره‌درمانی در مراکز مشاوره و بالینی به‌عنوان راهبردی مؤثر، می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خشونت نقشی کلیدی ایفا کند و زمینه لازم را برای بهبود مهارت‌های فردی، زناشویی و اجتماعی آنان فراهم آورد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و افزایش تاب‌آوری زنان مورد خشونت دارد. به بیان دیگر، اجرای این رویکرد درمانی موجب شد زنان شرکت‌کننده بتوانند روابط بین‌فردی مؤثرتری برقرار کرده، احساس ارزشمندی و خودکارآمدی بیشتری تجربه کنند و در برابر فشارهای روانی ناشی از خشونت، سازگاری بالاتری نشان دهند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که طرحواره‌درمانی با تقویت ابعاد مختلف تاب‌آوری شامل مقاومت در برابر شرایط منفی، پذیرش تغییر و اعتماد به غرایز فردی، تأثیر چشمگیری بر بهبود عملکرد روان‌شناختی این گروه از زنان داشته است .این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین ساسان‌پور و همکاران،کارنتزاس و همکاران، جانوسکی و همکاران (Janovsky et al.,2023 ; Karantzas et al.,2023 ; Sasanpour et al.,2017) همسو است که نشان داده‌اند اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی و روابط زناشویی می‌شود. بر اساس مدل نظری یانگ (Young et al., 2006)، طرحواره‌های ناسازگار در دوران کودکی و در نتیجه تجارب آسیب‌زا با والدین شکل می‌گیرند و در بزرگسالی به صورت الگوهای ناکارآمد در روابط بین‌فردی تکرار می‌شوند. فعال شدن این طرحواره‌ها، مانند طرحواره نقص/شرم یا اطاعت، سبب می‌شود فرد خود را بی‌ارزش و ناتوان بداند و در روابط دچار اضطراب، اجتناب و ناتوانی در ابراز هیجان شود. طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، به فرد کمک می‌کند تا این الگوها را شناسایی و با آن‌ها مقابله کند، در نتیجه احساس کنترل درونی، عزت‌نفس و تاب‌آوری افزایش می‌یابد .در تبیین نظری می‌توان گفت، هنگامی که افراد از طرحواره‌های ناسازگار خود آگاه می‌شوند، باورهای تحریف‌شده‌ای که سال‌ها بر رفتار و روابط آن‌ها اثر گذاشته است مورد بازنگری قرار می‌گیرد. این آگاهی به افزایش درک هیجانی و منطقی از موقعیت‌های ارتباطی منجر می‌شود و فرد می‌آموزد پاسخ‌های سازگارانه‌تری انتخاب کند. در زنان مورد خشونت، این فرایند سبب کاهش احساس درماندگی، ترس از طرد، و وابستگی عاطفی می‌شود و توانایی تصمیم‌گیری و ابراز نیازهای واقعی آنان را بالا می‌برد .افزایش تاب‌آوری در این پژوهش نیز به‌ویژه ناشی از توان طرحواره‌درمانی در بازسازی شناختی و الگوشکنی رفتاری است. این درمان با تشویق فرد به تجربه

رفتارهای تازه، مانند ابراز احساسات یا مخالفت محترمانه، به تدریج سازوکارهای مقابله‌ای مؤثرتری را جایگزین واکنش‌های هیجانی قبلی می‌کند. به همین دلیل، شرکت‌کنندگان پس از درمان، نه‌تنها در روابط خود جرأت ورزانه‌تر شدند، بلکه در مواجهه با شرایط تنش‌زا نیز کنترل هیجانی بیشتری از خود نشان دادند . این یافته‌ها مؤید آن است که طرحواره‌درمانی را می‌توان به‌عنوان رویکردی مؤثر در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی زنان آسیب‌دیده از خشونت به‌کار گرفت. در مقایسه با رویکردهای سنتی، این روش نه‌تنها به کاهش علائم روانی می‌انجامد، بلکه در سطح عمیق‌تری به اصلاح ساختارهای شناختی و هیجانی ریشه‌ای می‌پردازد و از بازتولید الگوهای ناسازگار در روابط آینده جلوگیری می‌کند. از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود طرحواره‌درمانی به عنوان برنامه‌ای گروهی در مراکز بهزیستی و کلینیک‌های روان‌شناسی مورد استفاده قرار گیرد تا ضمن تقویت تاب‌آوری، مهارت‌های ارتباطی و سازگاری اجتماعی زنان بهبود یابد. همچنین آموزش این رویکرد به مشاوران خانواده می‌تواند در کاهش تعارض‌های زناشویی و پیشگیری از خشونت خانگی مؤثر باشد .با این حال، پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار است؛ از جمله مقطعی بودن مطالعه، فقدان مرحله پیگیری بلندمدت، ناهمگونی نمونه از نظر نوع خشونت (فیزیکی، روانی یا جنسی)، و محدودیت ابزار سنجش. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی، ابزارهای چندبعدی و مقایسه طرحواره‌درمانی با سایر رویکردهای مؤثر مانند ذهن‌آگاهی و درمان پذیرش و تعهد استفاده شود تا ابعاد گسترده‌تری از سازگاری روانی زنان خشونت‌دیده روشن گردد. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی با تأکید بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، منجر به افزایش تاب‌آوری، خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی زنان مورد خشونت می‌شود و می‌تواند به‌عنوان رویکردی جامع در مداخلات روان‌شناختی برای این قشر از جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

References

Alizadeh Asli, A., & Jafar Nezhad Langroudi, Z. (2018). The effectiveness of schema therapy based on acceptance and mindfulness in intimacy, adaptation and resiliency in persons with marital conflicts in couples of city Karaj. *Alborz University Medical Journal*, *7*(3), 248–256. https://doi.org/https://doi.org/10.29252/aums.7.3.248

Andisheh, H., Rasouli, S. Y., & Ramezani, K. (2024). The Effectiveness of Psychological Empowerment Training and Schema Therapy on Resilience and Cognitive Fusion in Adolescent Girls Exposed to Domestic Violence. *Women's Health Bulletin*, *11*(4), 262–271. https://doi.org/10.30476/whb.2024.103743.1309

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76–82. https://doi.org/ https://doi.org/10.1002/da.10113

Dixon, E. (2016). *Self-esteem, resiliency, peer relationships, and high-risk behavior among adolescents in foster care*. Alliant International University.

Edalati, A., Redzuan, M. r., Mansor, M., & Talib, M. A. (2010). Family values and female's psychological aggression. *J. Soc. Sci*, *6*, 8–13.

Farahani, F. K., & Farzad, V. (2015). Effectiveness of Therapy Schema on healing the Basic Inconsistent Schema of Women with Extramarital Relations. *Journal of Social Sciences and Humanities Research*, *3*(04), 16–20.

Gheisari, Z., Abdollahi, A., & Hashemi, Z. (2023). Psychometric assessment of the Persian version of the protective factors of resilience scale (PFRS). *Brain and Behavior*, *13*(7), e3061. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/brb3.3061

Hargie, O., & Marshall, P. (1997). Interpersonal communication: A theoretical framework. *The handbook of communication skills*, *2*, 29–63.

Hedayati, H., Moasheri, M., Zangoie, M., MIRI, M., & ABOU ALHASAN, N. V. (2012). Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand.

Hemati, M., Maddahi, M. E., Khalatbari, J., & Hoseinian, S. (2017). The comparison of the effect of the couples' participation in psycho-educational sessions of schema therapy and acceptance and commitment therapy on marital burnout. *Family Counseling and Psychotherapy*, *7*(1), 103–124. https://doi.org/10.22034/fcp.0621.49097

Hemmati, M., & Maddahi, M. E. (2018). Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies*, *6*(2), 145–163. https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.13919.1361

Hosseinchari, M., & Fadakar, M. (2006). Investigating the effects of higher education on communication skills based on comparison of college and high school students. *Teaching and Learning Research*, *3*(2), 21–32.

Hosseinchari, M., Ghezehbigloo, F., & Jowkar, B. (2019). Mediaation Role of Goal orientation in the Relationship between teacher-student interaction and Self-efficacy with Academic Buoyancy. *Educational Psychology*, *15*(52), 45–85. https://doi.org/doi.org/10.22054/jep.2019.26393.2022

Isanejad, O., Alipour, E., & Kalhori, S. (2018). Assessment of marital self-regulation in Iranian population: Studying reliability, validity and factor structure of Persian version of Behavioral Self-Regulation for Effective Relationships Scale (BSRERS)

in couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, *7*(2), 126–147. https://doi.org/10.22034/fcp.2018.57817

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(2), 171–185. https://doi.org/https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171

Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., Polad, V., & Cosh, S. (2023). Assessing the relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems using interpersonal scenarios depicting rejection. *Plos one*, *18*(10), e0288543. https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288543

Karantzas, G. C., Younan, R., & Pilkington, P. D. (2023). The associations between early maladaptive schemas and adult attachment styles: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(1), 1. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/cps0000108

Khajouei Nia, M., Ghiasi, M., Izadi, S., & Sarami Forooshani, G. (2014). Study early maladaptive schemas as predictors of marital dissatisfaction in India and Iran-Role of conditional schemas as a mediator and moderator. *Applied Environmental and Biological sciences*, *5*(11), 590–597.

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.

Liu, B., Perry, J. L., Tan, X., & Zhou, X. (2018). A cross-level holistic model of public service motivation. *International Public Management Journal*, *21*(5), 703–728. https://doi.org/https://doi.org/10.1080.10967494.2017.1370046

Mohseni Tabrizi, A., Kaldi, A., & Javadianzadeh, M. (2013). The study of domestic violence in marrid women addmitted to yazd legal medicine organization and welfare organization. *Tolooebehdasht*, *11*(3), 11–24.

Moradhaseli, M., & Yarmohamadi Vasel, M. (2020). The effect of schema therapy on resilience, feeling lonely and emotional independence of orphan children. *Clinical Psychology and Personality*, *15*(1), 17–25. https://doi.org/10.22070.cpap.2017.15.1.17

Priemer, M., Talbot, F., & French, D. J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomised controlled trial. *Behaviour Change*, *32*(1), 59–73. https://doi.org/ https://doi.org/10.1017/bec.2014.30

Samani, S., Joukar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction.

Samimi, S., Adelzadeh, P., & Pashaie, K. (2022). Psychoanalysis of personality of" Whhab" in the novel" Khaneh Edrisiha"(The House of the Edrisians) based on early maladaptive schema emphasizing on Jeffrey Young approach. https://doi.org/10.2634/Lire.19.75.5

Sasanpour, M., Azizi, A., & Dehghan Manshadi, S. (2017). The effectiveness of sexual cognitive restructuring on marital satisfaction and mental health of the couples in Esfahan. *Community Health Journal*, *10*(2), 1–10.

Sayadi, G., Golmohammadian, M., & Rashidi, A. (2017). The effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority among the adolescent girls of divorced families. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, *7*(1), 89–100. https://doi.org/10.22067/ijap.v7i1.62496

Scott, S., & Crino, R. D. (2014). Early maladaptive schema and social and occupational functioning: The mediating role of psychiatric symptomatology. *Australian Journal of Psychology*, *66*(4), 224–232. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ajpy.12061

Sobouhi, R., Fatehizade, M., Ahmadi, A., & Etemadi, O. (2016). The effect of counseling approach based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on improving marital attribution of women referred to Isfahan cultural centers. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, *6*(2), 53–64. https://doi.org/10.22108/cbs.2016.20994

Sobouhi, R., Fatehizade, M., Ahmadi, A., & Etemadi, O. (2017). The effect of counseling approach based on acceptance and Commitment therapy (ACT) on amount of marital attributions and marital satisfaction in women admitted to Isfahan cultural centers. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, *18*(1), 12–22. https://doi.org/10.22108/cbs.2016.20994

Sprecher, S., Wenzel, A., & Harvey, J. (2018). Attachment Theory and Research: A Special Focus on Relationship Initiation. In *Handbook of Relationship Initiation* (pp. 88–107). Psychology Press.

Thimm, J. C. (2010a). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *41*(1), 52–59. https://doi.org/doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001

Thimm, J. C. (2010b). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *41*(4), 373–380. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. guilford press.

Yousefi, F. (2007). The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. *Journal of Exceptional Children*, *6*(4), 871–892.