Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2022, Volume 9, Issue 1 https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64

The Effectiveness of Schema Therapy on Rumination, Cognitive Fusion, Cognitive Avoidance and Neurocognitive Processing in Couples Applying for Divorce

Fatemeh Ghasemi[1*], Yazdan Movahedi[2]

1- Master of General Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch, Tabriz, Iran.
2- Assistant Professor, PhD in Cognitive Neuroscience, Tabriz, Iran.

***Corresponding author:** Fatemeh Ghasemi, Master of General Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch, Tabriz, Iran.
Email: fatemehgasemihesar@gmail.com

Received: 2021/04/30 Accepted: 2022/07/31

Abstract

Introduction: Introduction: Divorce is a process that begins with the emotional crisis of both couples and ends with trying to resolve the conflict through entering a new success with a new role and lifestyle. The present study was conducted with the aim of the effectiveness of schema therapy on rumination, cognitive fusion, cognitive avoidance and neurocognitive processing in couples applying for divorce in Tabriz city.

Methods: This research was a semi-experimental design. The statistical population of the research was all couples applying for divorce in Tabriz city in 2018, and 30 of them were purposefully selected. In order to collect information, questionnaires of rumination, cognitive fusion, cognitive avoidance and 64-channel quantitative electroencephalography device were used, and Yang's schema therapy protocol was used for intervention. The collected data were analyzed with using descriptive statistical methods of mean and standard deviation and inferential statistical methods of multivariate covariance analysis.

Results: The results showed that schema therapy reduces rumination, cognitive fusion, and cognitive avoidance, and also increases beta frequency and decreases delta in the FZ region (P<./.1 ??).

Conclusions: Based on the results obtained from this research, the schema therapy can be used as an effective intervention to reduce rumination, cognitive fusion and cognitive avoidance of couples applying for divorce.

Keywords: Schema therapy, Rumination, Cognitive fusion, Cognitive avoidance, Neurological processing, Divorce.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

پاییز ۱۴۰۱، دوره ۹، شماره ۱

https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64

اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب شناختی در زوجین متقاضی طلاق

فاطمه قاسمی[1*]، یزدان موحدی[2]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، تبریز، ایران.
۲- استادیار، دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، تبریز، ایران.

***نویسنده مسئول:** فاطمه قاسمی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، تبریز، ایران.
ایمیل: fatemehgasemihesar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۹

چکیده

مقدمه: طلاق فرآیندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موفقیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب شناختی در زوجین متقاضی طلاق شهر تبریز انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع طرح های نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زوجین متقاضی طلاق شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که به صورت هدفمند ۳۰ نفر از آنها انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و دستگاه الکتروآنسفالوگرافی کمی ۶۴ کاناله استفاده گردید و برای مداخله نیز پروتکل طرحواره درمانی یانگ استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده به کمک روش های آماری توصیفی میانگین و انحراف معیار و روش های آماری استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری، آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی می شود و همچنین باعث افزایش فرکانس بتا و کاهش دلتا در منطقه FZ می شود.

نتیجه گیری: مبتنی بر نتایج به دست آمده از این پژوهش می توان از روش طرحواره درمانی به عنوان مداخله ای موثر برای کاهش نشخوار فکری، آمیختگی شناختی و اجتناب شناختی زوجین متقاضی طلاق استفاده نمود.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی، پردازش عصب شناختی، طلاق.

مقدمه

طلاق فرآیندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موفقیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد (۱). یکی از بحران های خانوادگی و اجتماعی که در بسیاری از موارد موجب عدم تعادل خانواده می شود و به عنوان یکی از حوادث تنش‌زا، ثبات خانوادگی را در هم شکسته و بهداشت روانی اعضای آن را مختل می سازد (۲). با توجه به اینکه طلاق پیامدهای متعدد منفی از جمله به خطر افتادن سلامت روانی زوج ها و فرزندشان، میزان تصادف منجر به مرگ، شروع فرایند بیماری های جسمی، خودکشی و قتل برای زوجین و خطر افسردگی، انزوا، مشکلات سلامتی و عملکرد تحصیلی پایین برای فرزندان را همراه دارد (۱). همچنین نتایج و آمار بالای طلاق اهمیت و ضرورت برنامه‌های مداخله‌ای روانشناسی از جمله آموزش مهارت‌های زندگی را برای کاهش اثرات مخرب ناسازگاری زناشویی و کاهش میزان طلاق مطرح می‌سازد (۳). طلاق پدیده ای است که اکثر کشورها به خصوص کشورهای در حال گذرا با آن مواجه هستند که با پیامدهای منفی روانشناختی همچون افسردگی، اضطراب، نشخوار ذهنی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

برای زوجین و فرزندان همراه است (۴). مشکلات زناشویی باعث می شود که افراد از نظر ذهنی تمرکز خود را از دست داده و امواج مغزی آنها در حالت غیر طبیعی قرار بگیرد (۵). امواج مغزی در حالات روانشناختی مختلف تغییر می کنند (۶). یکی از مزیت‌های دستگاه الکتروآنسفالوگرافی کمی Electroencephalography، توانایی آن برای اندازه گیری تغییر دینامیک در پردازش قشری در زمان واقعی آن است چراکه امکان ارزیابی نوسانات واقعی در فعالیت مغز در مواجهه با انواع محرک ها در لحظات مختلف را نشان می دهد (۷). تفاوت های فردی در سیستم مغزی – رفتاری ممکن است بر نحوه واکنش همسران در مواجهه با مشکلات بین فردی تاثیر گذار باشد (۸). می‌توان گفت هیجان ها که اساس برانگیختگی های روزانه انسان ها هستند و سبب فعالسازی نورونی و واکنش های فیزیولوژیکی می شوند و می تواند امواج مغزی را تغییر دهد. نظریه شناختی بیان می کند که مغز مرکز هیجان هاست و امواج الکتروآنسفالوگرافی تحت تاثیر عوامل مختلف از جمله هیجانات شناخت ها، باورها، حالات ذهنی فرد قرار دارند (۹). اطلاعاتی که در حال حاضر از مغز وجود دارد و همچنین تجهیزاتی که به طور نیمه تهاجمی تصاویر را به راحتی هنگامی که در حال فعالیت است نمایش می دهد موجب شده که درمانگران به طور گسترده به سوی درمان های مغزی روی بیاورند (۱۰). زمانی که امواج مغزی از حالت بهینه خارج می‌شوند افراد دچار نگرانی و نشخوارهای فکری می شوند، احساس تنهایی و نشخوار فکری به عنوان یکی از پیامدهای منفی موجب به خطر افتادن سطح سلامت و روان در خانواده می شود (۱۱). یکی از فرایندهای شناختی از قبیل افکار اتوماتیک منفی، توجه متمرکز بر خود و نگرانی است که به عنوان پاسخی برای جلوگیری از شدت یافتن نشانه های اضطراب و افسردگی می شود (۱۲). نشخوارهای فکری به عنوان افکار آگاهانه و مزاحم و نفرت آمیز تعریف شده که ناخواسته بوده و در عملکرد طبیعی فرد مداخله می‌کند (۱۳).

شواهد نشان می‌دهد که نشخوار فکری پیامدهای آسیب زای زیادی به دنبال دارد از جمله حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری از رفتارهای موثر و تمرکز و شناخت آشفته از جمله این موارد می باشند (۱۴). اگرچه افراد اغلب برای درک احساسات و مشکلات منفی خود نشخوار فکری می‌کنند اما نشخوار فکری نه تنها احساسات یا مشکلات را مشخص نمی‌کند، بلکه دارای اثرات مضری بر سلامت و تندرستی روانی می باشد (۱۵). نشخوار فکری هم در جمعیت بالینی هم در جمعیت غیر بالینی دیده می شود و وقوع آن محدود به هیچ یک از آسیب‌های روان‌شناختی نیست (۱۶).

آمیختگی شناختی هسته اصلی آسیب روانی است (۱۷). آمیختگی شناختی فرآیندی است که به وسیله آن انسانها از تجارب درونی گذرای خود (مثل افکار، هیجانها، احساسهای بدنی و تصاویر) غیر قابل تمایزند و بدین معناست که رفتار به صورت افراطی توسط شناخت تنظیم شده و تحت نفوذ آن است و فرد دچار آمیختگی به گونه ای با افکار مواجه میشود که گویا افکار واقعیت محض هستند و بنابراین رویدادهای شناختی بر رفتار و تجربه مسلط گردیده و سایر منابع تنظیم رفتار تضعیف شده و حساسیت فرد به پیامدهای مستقیم رفتار کاهش می یابد (۱۸). به عبارت دیگر آمیختگی شناختی فرایندی است که به موجب آن رخدادهای کلامی کنترل شدید محرک را روی پاسخ دادن، با حذف سایر متغیرهای بافتاری اعمال می کنند (۱۹). از آنجایی که بافتارهایی که از رفتار کلامی حمایت می کنند همیشه وجود دارند و ما گرایش داریم همیشه رفتارهای کلامی داشته باشیم و در حالت طبیعی ذهن، کارکردهای جهان با فکرها و توصیف های حاصل شده، آمیخته می شوند و رفتار به طور فزاینده با نتیجه های ارتباطی محرکها هدایت می شود، تجربیات مستقیم نقش کمتری ایفا می کنند و افرادی که آمیختگی شناختی دارند، تجربیات مستقیم را نادیده گرفته و نسبت به تاثیرات محیطی بی اعتنا هستند (۱۸).

اجتناب شناختی، تجربه ای یک فرآیند پاتولوژیک است که توسط تعداد زیادی از نظریه ها شناخته شده است. اجتناب تجربه ای زمانی رخ می دهد که فرد نمی خواهد با تجارب خصوصی خاصی در ارتباط باشد (احساسات بدن، هیجانها، افکار، خاطرات و تمایلات رفتاری) و فرد گامهایی برای تغییر شکل و فراوانی و بافتاری که این رویدادها را تداعی می کند، برمی دارد (۲۰). به عبارت دیگر اجتناب تجربه ای به معنای سعی بر اجتناب، خلاص شدن، سرکوب کردن یا فرار از تجربه های درونی ناخواسته است و به طور طبیعی برای همه اتفاق می افتد (۲۱). اجتناب تجربه ای نقطه مقابل پذیرش است. این سازه شامل ۲ جزء مربوط به هم هست، اول: بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطره ها

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

و زمینه های رفتاری) دوم: تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا واقعی که باعث فراخواندن این تجارب می گردند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می شود (۲۰). ماهیت دوسویه و متقابل چارچوب ارتباطی منجر به ایجاد پایه اجتناب تجربه ای در وجود انسان می شود. یک پارادوکس ذاتی اجتناب تجربه ای این است که تلاش برای اجتناب، سرکوب یا حذف کردن تجربیات شخصی ناخواسته منجر به افزایش فراوانی و شدت تجربیاتی که فرد در صدد اجتناب از آنهاست، می-شود (۱۹). کارکرد اجتناب تجربه ای، کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده است و می تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می نماید. این اجتناب زمانی مشکل زا خواهد بود که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۱۶). افرادی که اجتناب تجربه ای بیشتری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزنشی بیشتری استفاده می نمایند و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک های خوشایند و ناخوشایند تجربه می کنند و شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می دهد اجتناب تجربه ای اساس بسیاری از مشکلات سلامت روانی و جسمانی است (۲۱).

رفتار زوجین با یکدیگر می تواند تابعی از باورها و طرحواره های آنان نسبت به یکدیگر باشد (۱۶). در زمینه افزایش عملکرد مطلوب زوجین دیدگاه های مختلفی وجود دارد که در اینجا دیدگاه طرح واره درمانی Schema Therapy جهت تحلیل نظری استفاده شده است، رویکردی که دیدگاه شناختی به مشکلات زناشویی دارد این است که ادراک تحریف شده و تفکر غیر منطقی را علت اصلی ایجاد اختلال و مشکلات زوج ها می داند. بر اساس مدل های شناختی طرحواره ها یا آنچه که باور های کلیدی خانواده است در ایجاد مسائل و مشکلات نقش دارد. فرض بر این است که هریک از زوجین باورهای اصلی (طرحواره های ارتباطی) درباره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به رابطه زناشویی می آورند. طرحواره ها، باورهایی هستند که درباره همسر شکل می گیرند (۲۲). طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی – رفتاری کلاسیک بنا نهاده شده است (۲۱). طرحواره درمانی، طرحی کلی برای دنیای کودکان و مبدا برای بزرگسالان است. در حالی که این طرح واره ها برای کودکان دارای ارزش بقا و زنده ماندن ولی در بزرگسالان نادرست، ناکارآمد و محدود کننده هستند (۲۳).

در حال حاضر دیدگاه‌های متعدد با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل تعارض حال زناشویی هستند. یکی از رویکردهایی که اثربخشی آن در زمینه‌های بسیاری تاثیر گذاشته طرحواره درمانی هیجانی است که بر مبنای پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجانات ارائه شده است (۲۴). طبق پژوهش رفاهی (۲۵) وجود طرحواره ها موجب می شود که فرد توانایی مدیریت هیجانات خود را از دست بدهد و استرس بر رفتار وی به طور مداوم تاثیر نامطلوب بگذارد. در صورتی که طرحواره درمانی موجب افزایش سازگاری و استفاده از راه حل های منطقی برای حل مشکل خواهد شد و افراد در ابراز عواطف خود راحت تر عمل می کنند. با توجه به این موارد و اهمیت موضوع طلاق و آسیب های ناشی از آن به خصوص در زنان نیاز به بررسی و پژوهش های بیشتر مداخله های روان درمانی از جمله الگوی درمانی طرحواره محور بر کاهش پیامدهای مخرب طلاق دیده می شود (۱۱). از طریق این درمان خلأها و شکاف های موجود در زندگی زناشویی شناخته می شود و به آنها کمک می شود تا چگونگی برطرف کردن آن را بیاموزند و در ایجاد وحدت و کلیه در زندگی زناشویی خوش توفیق یابند (۲۶). پژوهش معظم زاده و همکاران (۲۰۱۸) درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه می شود (۲۷). همچنین پژوهش سنگانی و دشت بزرگی (۱۱) به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می شود. پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و پردازش عصب شناختی در زوجین متقاضی طلاق تاثیر دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی زوجین متقاضی طلاق شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر بود

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

کـه از بیـن جامعـه ذکـر شـده، بـه صـورت هدفمنـد انتخـاب شـدند و در مرکـز مشـاوره ولیعصـر تبریـز تحـت مداخلـه قـرار گرفتنـد. ابتـدا از ایـن افـراد آزمـون نشـخوار فکـری، اجتنـاب شـناختی، اجتنـاب تجربـه ای و ثبـت الکتروآنسـفالوگرافی کمـی در منطقـه FZ در فرکانـس بتـا و دلتـا بعمـل آمـد. سـپس گـروه آزمایـش کـه بـه صـورت تصادفـی سـاده جایگریـن شـده بودنـد ۱۲ جلسـه تحـت طرحـواره درمانـی قـرار گرفتنـد و بـرای گـروه کنتـرل هیـچ مداخلـه ای صـورت نگرفـت. جلسـات طرحـواره درمانـی بـه صـورت هفتگـی ۳ مـاه بـه طـول انجامیـد. بعـد از اتمـام جلسـات پـس آزمـون بعمـل آمـد. مـلاک هـای ورود شـامل عـدم وجـود اختـلالات نورولوژیکـی، عـدم ابتـلا بـه سـایر اختـلالات روان پزشـکی همبـود Co-occurring psychiatric disorders و مـلاک خـروج نیـز عـدم تمایـل آزمودنـی بـرای تـداوم حضـور در پژوهـش یـا غیبـت بیش از ۳ جلسـه در جلسـات طرحـواره درمانـی بـود. پرسشـنامه هـا شـامل مـوارد زیـر بودنـد:

الـف) پرسشـنامه نشـخوار فکـری: ایـن مقیـاس خـود گزارشـی توسـط نولـن- هوکسـیما و مـورو (۱۹۹۱) سـاخته شـده اسـت، دارای ۲۲ سـوال ۴ گزینـه ای لیکرتـی اسـت کـه بـرای دسـتیابی بـه نشـخوارفکری طراحـی شـده اسـت و نقطـه بـرش آن ۴۴ بـا انحـراف اسـتاندارد ۴ مـی باشـد (۱۴). ایـن مقیـاس نشـان مـی دهـد کـه وقتـی آزمودنـی افسـرده مـی شـود چقـدر در هـر فکـر یـا رفتـار نشـخواری درگیـر مـی شـود. ایـن مقیـاس پایایـی درونـی ۰/۸۹ و پایایـی بازآزمایـی پنـج ماهـۀ مطلوبـی را نشـان داده اسـت (۱۶). در نسـخۀ فارسـی آن پایایـی درونـی بـا اسـتفاده از آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۸ تـا ۰/۹۲ گـزارش شـده کـه نشـان مـی دهـد ایـن مقیـاس از پایایـی درونـی مطلوبـی برخـوردار اسـت. همبسـتگی درون طبقـه ای آن نیـز ۰/۷۵ بـه دسـت آمـده اسـت (۱۶).

ب) پرسشـنامه آمیختگـی شـناختی: گیلانـدرز و همـکاران (۱۸) ایـن پرسشـنامه را بـر اسـاس رویکـرد Acceptance and commitment ACT تدویـن کـرده و ویژگیهـای آنـرا در یـک پژوهـش گسـترده بـا چندیـن نمونـه مختلـف مـورد بررسـی قـرار داده انـد. بدیـن منظـور آنهـا ۴۴ گویـه بـرای سـنجش آمیختگـی شـامل باورپذیـری افـکار، واقعیـت پنـداری افـکار، واکنـش هیجانـی بـه افـکار، هدایـت رفتـار بواسـطه افـکار، تـلاش بـرای کنتـرل افـکار، تحلیـل موقعیتهـا، ارزیابـی محتـوای فکـر، تسـلط شـناخت بـر تجربـه، دیـدگاه گیـری و عـدم دلبسـتگی آگاهانـه به افکارتدویـن کـرده انـد کـه در وهلـه نخسـت دو گویـه بـه دلیـل عـدم تناسـب حـذف شـدند. اعتبـار سـازه، واگـرا و نمـوی از طریق همبسـتگی ایـن ابـزار بـا ابزارهـای مختلـف مثـل پرسشـنامه پذیـرش و عمـل (AAQ)، پرسشـنامه زندگـی ارزشـمند، چندیـن پرسشـنامه ذهـن آگاهـی، پرسشـنامه هـای آسـیب شناسـی روانی (اعـم از سـیاهه افسـردگی بـک، مقیـاس اضطـراب و افسـردگی بیمارسـتان، مشـکلات شـخصیتی، سـلامت عاطفـی، سـلامت عمومـی (GHQ) و....) و پرسشـنامه هـای مربـوط بـه کیفیـت و رضایـت زندگـی مـورد بررسـی قـرار گرفـت. نتایـج حاصـل از تحلیـل هـای مربوطـه اعتبـار ایـن پرسشـنامه را مـورد تاییـد قـرار داد. اعتبـار ملاکـی ایـن ابـزار نیـز بواسـطه توانایـی ایـن ابزار بـرای تفکیـک افـراد دارای آشـفتگی روانشـناختی از افـراد غیـر آشـفته مـورد تاییـد قـرار گرفـت. بخـش دیگـری از تحلیـل ها در ایـن مطالعـه نشـان داد کـه ایـن ابـزار بـه تاثیـرات مداخلـه ACT حساسـیت بسـیار خوبـی دارد. نمـره گـذاری آن بـه شـیوه لیکرتـی از «هیـچ وقـت درسـت نیسـت (۱) تـا کامـلا درسـت اسـت (۷)» نمـره گـذاری میشـود و نمـره کل ایـن پرسشـنامه در دامنـه ۷-۴۹ قـرار دارد و نمـرات بالاتـر آمیختگـی شـناختی بالاتـر را منعکـس مـی کنـد. گیلانـدرز و همـکاران (۲۰۱۴) ضریـب پایایـی ایـن پرسشـنامه را ۰/۹۳ و ضریـب پایایـی بازآزمایـی آن بعـد از دوره زمانـی ۴ هفتـه ای را برابـر ۰/۸۱ گـزارش کـرده انـد. نتایج نشـان داده پایایـی پرسشـنامه ۰/۸۶ و ضریـب بازآزمایـی ۰/۸۶ اسـت (۲۱).

پ) پرسشـنامه اجتنـاب شـناختی: نسـخه اولیـه ایـن پرسشـنامه توسـط هیـز، ویلسـون، گیفـورد و فلـوت (۱۹) و براسـاس نظریـه چارچوبهـای ارتباطـی و درمـان پذیـرش و تعهـد و جهـت ارزیابـی سـازه اجتنـاب تجربـه ای تدویـن شـده اسـت. بدیـن منظـور ابتـدا ۳۲ گویـه طراحـی و بـر روی دو نمونـه مختلـف اجـرا شـده و ویژگیهـای روانسـنجی آن مـورد بررسـی قـرار گرفتـه اسـت. شـیوه نمـره گـذاری ایـن ابـزار مقیـاس لیکـرت ۷ درجـه ای (هرگـز=۱؛ خیلـی بنـدرت=۲، بنـدرت=۳، گاهـی اوقـات=۴، بیشـتر اوقـات=۵، تقریبـا همیشـه=۶، همیشـه=۷) اسـت. نتایـج نشـان داده اسـت کـه بیـن AAQ ایـن پرسشـنامه و سـایر ابزارهـا همبسـتگی معنـاداری وجـود دارد کـه نشـانگر اعتبـار ایـن پرسشـنامه است. هیـز و همـکاران (۲۰۰۴) پایایـی بازآزمـون ایـن ابـزار را بـا فاصلـه ۴ مـاه۶۴٪ و همسـانی درونـی آن را ۷۰٪ گـزارش کـرده انـد. همچنیـن بونـد، هیـز، بائـر، کارپنتـر، گوئنـل، والتـز و زتـل (۲۰) سـاختار عاملـی آن را تاییـد کـرده و پایایـی آن بـه روش آلفـای کرونبـاخ را ۸۸٪ گـزارش کـرده اسـت. در ایـران نیـز ایـن پرسشـنامه توسـط چندیـن پژوهشـگر مـورد بررسـی و اسـتفاده قـرار گرفتـه اسـت. عباسـی، فتـی، مولـودی و ضرابـی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

(۱۳۹۱) اقدام به بررسی ویژگیهای روانسنجی نسخه دوم (نسخه ۱۰ گویه ای) این پرسشنامه کرده است که نشانگر اعتبار همگرای این ابزار است. برای بررسی روایی افتراقی، نمرات گروه مبتلا به افسردگی و اضطراب اجتماعی در این ابزار مقایسه شده است که نشانگر توانایی این ابزار در بین دو نمونه از دانشجویان و شهروندان تهرانی ۸۲٪ و ۸۰٪ و بر روی افراد افسرده و اضطراب فراگیر با روش آلفای کرونباخ ۷۱٪ و ۸۴٪ و به روش تنصیف ۷۶٪ به دست آمده است (۲۸).

ج) الکتروآنسفالوگرافی کمی: برای ثبت موج نگاره الکتریکی مغز از آمپلی فایر Neuroscan و از کلاه Electrocap، که مبتنی بر نظام بین المللی ۲۰-۱۰ و شامل ۶۴ الکترود است، استفاده شد. با استفاده از یک سیگنال کالیبراسیون پالسی، سیستم کالیبره گردید. برای تحلیل کمی نیز یک فرایند ریاضی پیچیده FFT به کار گرفته شد که در آن امواج ثبت شده به عدد و اعداد نیز به نوبه خود به نمودارها و تصاویر تبدیل شدند. این فرایند با نرم افزار Neuroguide اجرا شد. الکترودهای مرجع A1 و A2 نیز به گوش ها متصل بودند. الکترودها با استفاده از کلاه مخصوص بر اساس سیستم بین المللی ۱۰/۲۰ بر روی سر جاگذاری شدند. ثبت امواج با استفاده از sampling rate حدود ۵۰۰ هرتز و با دامنه فرکانسی ۰/۱ الی ۴۰ هرتز صورت گرفت. فعالیت مغزی هر یک از آزمودنی ها، به مدت ۱۰ دقیقه با چشمان باز و بسته در حالت آرامش ثبت گردید. ابتدا آرتیفکت های امواج ثبت شده بر اساس قضاوت دیداری تا حد امکان حذف گردیده و تلاش شد حداقل تراسه ای حدود ۱۲۰ ثانیه امواج عاری از آرتیفکت جهت تحلیل در اختیار باشد (۲۹).

مداخله پژوهش: مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی طبق پروتکل یانگ (۳۰) به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد.

جلسه	فرآیند	تکنیک
اول	معارفه و آشنایی اعضا با طرحواره درمانی	آشنایی
دوم	توضیح مدل طرحواره درمانی به بیماران	آموزش مدل
سوم	به کارگیری تکنیک های شناختی چالش با طرحواره	دیالوگ سقراطی
چهارم	آزمودنی با به کار گیری فنون شناختی یاد بگیرد در مقابل طرحواره ها استدلال کنند و در سطح منطقی اعتبار طرحواره را زیر سوال ببرند.	استدلال
پنجم	تکنیک های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی بتوانند به ریشه های تحول طرحواره ها در سطح هیجانی بپردازند.	تنظیم هیجان
ششم	با استفاده از فنون تجربی مثل تصویر سازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز کنند.	تصویرسازی و آرام سازی
هفتم	آموزش و اجرای تکنیک های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی ها برای رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای کارآمد.	آموزش مقابله
هشتم	تمرین تکنیک های مزایا و معایب برای ادامه رفتار	مزایا و معایب
نهم	آموزش نگاشتن نامه به همه افراد مهم زندگی و بازخوانی نامه	نامه نوشتن به مراجع قدرت
دهم	آموزش مرحله به مرحله ریشه یابی افراد استرس زا	تکنیک پیکان رو به پایین
یازدهم	بررسی مفروضه های افراد در زندگی و تعاملات بین فردی	شناسایی طرحواره ها
دوازدهم	جمع بندی و پس آزمون	پس آزمون

داده های بدست آمده از پژوهش حاضر با استفاده از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و همچنین نرم افزار Neuroguid تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل های اخلاقی رعایت و کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.201 انجام شد. همچنین فرم رضایت نامه آگاهانه شرکت در پژوهش توسط همه آزمودنی ها امضا شد. برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام مداخله آزمایشی جلسات آموزشی اعمال شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر از افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل بودند. (جدول ۲)

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

جدول ۲: آماره های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در افراد گروه آزمایش و کنترل

آزمودنی ها	مولفه	پیش آزمون			پس آزمون		
		میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آزمایش	نشخوار فکری	۴۸/۴۶	۳/۶۸	۱۵	۳۲/۴۰	۳/۳۵	۱۵
کنترل		۴۷/۴۰	۴/۸۸	۱۵	۴۷/۹۳	۳/۹۶	۱۵
آزمایش	آمیختگی شناختی	۲۳/۶۴	۲/۸۴	۱۵	۱۶/۰۱	۲/۳۵	۱۵
کنترل		۲۳/۲۴	۲/۴۶	۱۵	۲۲/۲۳	۲/۹۶	۱۵
آزمایش	اجتناب شناختی	۲۷/۳۲	۳/۴۵	۱۵	۱۸/۱۲	۲/۱۹	۱۵
کنترل		۲۸/۷۵	۲/۱۳	۱۵	۲۷/۳۴	۲/۷۴	۱۵
آزمایش	بتا FZ	۹/۵۳	۱/۶۳	۱۵	۱۲/۷۳	۱/۵۹	۱۵
کنترل		۹/۰۸	۱/۸۶	۱۵	۹/۳۳	۲/۶۱	۱۵
آزمایش	دلتا FZ	۳/۹۳	۱/۷۲	۱۵	۱/۸۶	۰/۹۲	۱۵
کنترل		۴/۶۶	۱/۴۶	۱۵	۴/۲۰	۱/۰۸	۱۵

همانگونه که مندرجات جدول ۲ نشان می دهد، گروه های مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوت های چشمگیری با یکدیگر نداشته اند. چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه ها، تقریبا به هم نزدیک بوده است، ولی در مرحله پس آزمون گروه های آزمایشی، این کمیت ها با واریانس بیشتری مواجه شده اند به نحوی که میانگین و انحراف استاندارد گروه ها تغییر پیدا کرده است.

برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. از این آزمون به منظور کنترل اثر پیش آزمون استفاده می شود؛ برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس باید، حداقل سه پیش فرض محقق شود؛ از آنجا که مهمترین پیش فرض ها، پیش فرض همگنی ماتریس کواریانس Homogeneity of the covariance matrix ، پیش فرض همگنی واریانس خطا Homogeneity of error variance و پیش فرض همبستگی متعارف یا کرویت بارتلت Conventional solidarity or Bartlett sphericity است، در ادامه به بررسی این سه پیش فرض پرداخته شده و جداول مربوط به هر پیش فرض ارائه می شود:

جدول ۳: آزمون ام باکس برای پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای وابسته

متغیر	ام باکس	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	F	P
متغیرهای وابسته	۱۲/۰۹	۶	۵۸۲۳/۹۱	۲/۶۲	۰/۸۳

از آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس استفاده شد؛ همانگونه که مندرجات جدول۳ نشان می دهد، همبستگی موجود بین متغیرهای مورد مطالعه همگن است؛ چراکه F مشاهده شده مربوط به این آزمون در سطح p<۰/۰۵ از نظر آماری معنادار نیست؛ بنابراین پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس محقق شده است.

جدول ۴: آزمون لون برای همگنی واریانس خطا در متغیرهای وابسته

متغیر	ضریبF	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
نشخوار فکری	۱/۵۸	۱	۲۸	۰/۶۲
آمیختگی شناختی	۱/۳۴	۱	۲۸	۰/۳۷
اجتناب شناختی	۱/۹۲	۱	۲۸	۰/۱۲
بتا FZ	۱/۲۳	۱	۲۸	۰/۶۳
دلتا FZ	۱/۴۵	۱	۲۸	۰/۸۴

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا استفاده شد؛ مندرجات جدول ۴ نشان می دهد که واریانس متغیرهای پژوهش در گروه های مورد مطالعه همگن است، چرا که F مشاهده شده مربوط به این آزمون، در متغیرهای مورد مطالعه، در سطح p<۰/۰۵ از نظر آماری معنادار نیست؛ بنابراین پیش فرض همگنی واریانس خطا نیز محقق شده است.

جدول ۵: آزمون کرویت بارتلت برای همبستگی متعارف در متغیرهای وابسته

متغیر	خی دو	درجه آزادی	P
متغیرهای وابسته	۲۶/۶۲	۵	۰/۰۰۱

برای بررسی پیش فرض همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که نتایج نشان می دهد بین این متغیرها همبستگی متعارف وجود دارد و این متغیرها به صورت ترکیبی یک متغیر وزنی جدید بوجود آورده اند؛ چراکه شاخص بارتلت (۲۶/۶۲= χ) محاسبه شده و در سطح p<۰/۰۵ از نظر آماری معنادار می باشد.

جدول۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

نام آزمون	ارزش	F	P
اثر پیلایی	۰/۹۲	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰/۵۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ی روی	۱۰/۵۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۶ ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می شمارند. این نتایج نشان می دهد که بین دو گروه حداقل از نظر یکی از مولفه‌ها تفاوت معنی دار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). به نحوی که نمره F گزارش شده برای اثر پیلایی Pilay effect (۶۸/۲۳)، لامبدای ویلکز Wilks Lambda (۶۸/۲۳)، اثر هتلینگ Hoteling effect (۶۸/۲۳) و بزرگترین ریشه روی biggest root (۶۸/۲۳) می باشد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	نشخوار فکری	۳۱۴/۵۷	۱	۳۱۴/۵۷	۸۵/۲۴	۰/۰۰۱
	آمیختگی شناختی	۱۶۳/۶۱	۱	۱۶۳/۶۱	۷۲/۵۶	۰/۰۰۱
	اجتناب شناختی	۲۶۴/۳۳	۱	۲۶۴/۳۳	۱۳۱/۸۰	۰/۰۰۱
	بتا FZ	۸۷/۹۳	۱	۸۷/۹۳	۱۴۱/۵۷	۰/۰۰۱
	دلتا FZ	۴۸/۲۷	۱	۴۸/۲۷	۵۸/۹۲	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و کاهش فعالیت دلتا در منطقه FZ و افزایش فعالیت بتا در منطقه FZ که مختص پردازش های شناختی است می شود و در سطح P<۰/۰۰۱ تفاوت معنی داری می باشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری، آمیختگی شناختی، اجتناب شناختی و کاهش فعالیت دلتا در منطقه FZ و افزایش فعالیت بتا در منطقه FZ که مختص پردازش های شناختی است می شود. این یافته با مطالعات رفاهی و همکاران (۲۵)، معظم زاده و همکاران (۲۷) و سنگانی و دشت بزرگی (۱۱) همسو

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

مـی باشـد.

طبـق پژوهـش رفاهـی (۲۵) وجـود طرحـواره هـا موجـب مـی شـود کـه فـرد توانایـی مدیریـت هیجانـات خـود را از دسـت بدهـد و اسـترس بـر رفتـار وی بـه طـور مـداوم تاثیـر نامطلـوب بگـذارد. در صورتـی کـه طرحـواره درمانـی موجـب افزایـش سـازگاری و اسـتفاده از راه حـل هـای منطقـی بـرای حـل مشـکل خواهـد شـد و افـراد در ابـراز عواطـف خـود راحـت تـر عمـل مـی کننـد. معظـم زاده و همـکاران (۲۰۱۸) دربـاره اثربخشـی طرحـواره درمانـی گروهـی بـر کیفیـت زندگـی و بهزیسـتی روانشـناختی زنـان مطلقـه بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه این شـیوه درمانـی باعـث افزایـش کیفیـت زندگـی و بهزیسـتی روانشـناختی زنـان مطلقـه مـی شـود (۲۷). همچنیـن پژوهـش سـنگانی و دشـت بزرگـی (۱۱) بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه طرحـواره درمانـی باعـث کاهـش افسـردگی و نشـخوار فکـری مـی شـود. در تبییـن ایـن یافتـه اشـاره بـه ایـن نکتـه ضـروری بـه نظـر می‌رسـد، کـه افـراد متقاضـی طـلاق بـه دلیـل وجـود باورهـای نادرسـت خـود دربـاره کنتـرل و نظـم دهـی هیجانـات مبنـی بـر اینکـه توانایـی پاییـن کنتـرل افـکار در آنهـا صرفـا از بیمـاری ناشـی مـی شـود، نمـی تواننـد کنترلـی بـر هیجانـات خـود داشـته باشـند. از ایـن رو، شناسـایی باورهـای میانـی بـه زوجیـن متقاضی طـلاق کمـک می‌کنـد تـا دریابنـد ایـن باورهـا از کجـا سرچشـمه گرفته‌انـد و مشـکلاتشـان چگونـه ایجـاد شـده‌اند. در نهایـت از طریـق بازبینـی عملکـرد و شناسـایی باورهـای بنیـادی، ایـن افراد می‌تواننـد دربـاره ایـن موضـوع کـه روابـط ناکارآمـد بیـن فـردی و افـکار منفـی چگونـه باورهـای بنیـادی آنهـا را تقویـت کـرده، آگاه شـوند و بـا اسـتفاده از طرحـواره درمانـی، باورهـای بنیـادی خـود را تعدیـل و اصـلاح نماینـد (۲۱).

ایـن افـراد در یـک چرخـه معیـوب و تقویـت کننـده کنتـرل عواطـف بـه صـورت ناکارآمـد گرفتـار مـی شـوند. امـا طرحـواره درمانـی سـعی در، درهـم شکسـتن ایـن چرخـه معیـوب بـا اسـتفاده از روشـهای مختلـف دارد. بـه طـوری کـه شـناختهای نادرسـت بیمـاران را بـه چالـش مـی کشـد تـا بیمـاران در یـک چرخـه کارآمـد قـرار گیرنـد. بـه ایـن ترتیـب، بـالا رفتـن توانایـی بازنگـری مجـدد، تعدیـل شـدت و جهـت یـک عاطفـه مثبـت در خـود و دیگـران، شـناختهای نادرسـت افـراد متقاضـی طـلاق را تحـت تاثیـر قـرار مـی دهـد و تعدیـل شـناختهای نادرسـت نیـز بـه نوبـه خـود، منجـر بـه کاهـش افـکار منفـی و شـناخت هـای معیـوب مـی گـردد (۲۴).

ایـن یافتـه بـا در نظـر گرفتـن نقـش عوامـل شـناختی (افـکار خودآینـد، باورهـای میانـی و باورهـای بنیـادی و فرایندهـای پـرداش مختـل شـده) قابـل تبییـن اسـت. بـه طـوری کـه در طرحـواره درمانـی، سـعی بـر آن اسـت، کـه افـکار خودآینـد ناکارآمـد شناسـایی شـود و فـرد نسـبت بـه نقـش ایـن افـکار آگاه شـود و افـکار کارآمدتـری را جایگزیـن آنهـا نمایـد کـه میزان نشـخوار فکـری کاهـش پیـدا کنـد (۱۸). همچنیـن، بـا توجـه بـه اینکـه ایـن افـراد، آسـیبپذیری بالایـی نسـبت بـه نشـخوار فکری، آمیختگـی شـناختی و اجتنـاب شـناختی از خـود نشـان میدهنـد و طـی طرحـواره درمانـی ایـن آگاهـی بـه زوجیـن متقاضـی طـلاق داده مـی شـود، کـه آنهـا نوعـی سـوگیری منفـی و گزینشـی نسـبت بـه سـیر بهبـودی در آنهـا شـکل گیـرد. بنابرایـن، یکـی از تکنیکهـای رفتـاری موثـری کـه بـه تبییـن تاثیـر درمـان کمـک میکنـد، انجـام تمرینـات آرامسـازی جلسـه ششـم اسـت، کـه بـا کاهـش نشـخوارهای فکـری، آمیختگـی شـناختی و اجتنـاب شـناختی همـراه اسـت (۱۴).

لـذا، طرحـواره درمانـی بـا اسـتفاده از تکنیکهـای رفتـاری نظیـر آمـوزش بازبینـی فعالیـت، بـه سـاختار بخشـیدن بـه فعالیت‌هـای روزانـه زوجیـن متقاضـی طـلاق کمـک مـی کنـد و بـا تشـویق آنهـا بـه انجـام فعالیتهـای لذتبخـش و برنامهریزی فعالیـت، منجر بـه افزایـش موفقیـت هـای روزمـره مـی گـردد (۲۳). عـلاوه بـر ایـن، بهـره گیـری از سـایر تکنیکهـای رفتـاری نظیـر تمرینـات آرامسـازی روانـی منجـر بـه تنشـزدایی و کاهـش نشـخوار فکـری در زوجیـن متقاضـی طـلاق مـی گـردد. آزمایش‌هـای رفتـاری نیـز اغلـب پاسـخ‌های رفتـاری بـه نسـبت بـه طـلاق و رفتارهایـی کـه بـرای اجتنـاب از نشـخوار انجـام می‌شـوند، را هـدف قـرار می‌دهنـد، کـه در نهایـت منجـر بـه کاهـش نشـخوار فکـری، اجتنـاب شـناختی و آمیختگـی شـناختی مـی گـردد (۲۸). چنانکـه، علائـم و عـوارض طـلاق، اثـرات متفاوتـی بـر کیفیـت زندگـی بـر جـای می‌گـذارد و شـدت یافتـن ایـن علائـم، ناتوانی‌هـای متعـددی بـرای آنهـا بـه همـراه دارد. از ایـن رو، طرحـواره درمانـی بـا اسـتفاده از تکنیـک هایـی نظیـر آمـوزش بازبینـی فعالیـت بـه سـاختار بخشـیدن بـه فعالیت‌هـای روزانـه و افزایـش میـزان فعالیت‌هـای همـراه بـا لـذت و موفقیـت کمـک میکنـد و بـا توجـه بـه اینکـه پاسـخ هـای رفتـاری بیمـاران بـه نشـانه هـای بیمـاری، نتیجـه باورهـای ناکارآمـد یـا نادرسـت آنان دربـاره بیمـاری و درمـان آن اسـت، ایـن باورهـا بـا آمـوزش شناسـایی و ارزیابـی افـکار خودآینـد، شناسـایی خطاهـای شـناختی رایـج نسـبت بـه بیمـاری و آمـوزش پاسـخ‌دهی بـه افـکار خودآینـد و تعدیـل آنهـا تغییـر مـی کنـد و فرکانـس هـای

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

مغـزی نیـز تحـت تاثیـر قـرار گرفتـه و در نهایـت فعالیـت بتـا افزایـش و فعالیـت دلتـا کاهـش مـی یابـد کـه در نتیجـه ایـن امر شـدت نشـخوارهای فکـر کاهـش مـی یابـد و آرامـش بیشـتری را زوجیـن تجربـه مـی نماینـد(۲۷).

پژوهـش حاضـر دارای محدودیـت هایـی بـود از جملـه اینکـه افـراد نمونـه بـه صـورت هدفمنـد انتخـاب شـدند و همچنیـن تعـداد ابزارهـای پژوهـش نیـز زیـاد بـود کـه مـی توانـد بـا خسـتگی آزمودنـی هـا همـراه باشـد. پیشـنهاد مـی گـردد در مطالعـات آینـده از روش نمونـه گیـری تصادفـی اسـتفاده شـده و همچنیـن ابزارهـای دیگـری ماننـد مصاحبـه و نظریـه هـای داده بنیـاد Foundation data theories اسـتفاده گـردد.

نتیجه گیری

مطالعـه حاضـر نشـان داد طرحـواره درمانـی بـر نشـخوار فکـری، آمیختگـی شـناختی، اجتنـاب شـناختی تاثیـر دارد کـه مـی تـوان نتیجـه گرفـت در صـورت کاهـش ایـن متغیرها مـی تـوان از میزان طـلاق هـا در جامعـه کاهـش داد و همچنیـن پـردازش عصـب شـناختی در زوجیـن متقاضـی طـلاق تاثیـر دارد کـه بـه نظـر مـی رسـد افـراد متقاضـی طـلاق از نظـر پـردازش هـای عصـب شناسـی نیـز مـورد بررسـی قـرار بگیرنـد. بـه نظـر مـی رسـد کـه مسـئولین ذیربـط بایـد بـرای کاهـش پدیـده اجتماعـی طـلاق سـعی در توانبخشـی زوجیـن متقاضـی طـلاق نمـوده و مداخـلات مبتنـی بـر طرحـواره درمانـی بـرای آنهـا اعمـال نماینـد.

سپاسگزاری

مقالـه حاضـر ماحصـل پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد مـی باشـد. نویسـندگان بـر خـود لازم مـی داننـد از کلیـه شـرکت کننـدگان پژوهـش حاضـر تشـکر و قدردانـی نماینـد.

تعارض منافع

نویسـندگان هیچگونـه تعـارض منافعـی در انتشـار ایـن مطالعـه ندارنـد.

References

1. Rajmil L, Roizen M, Psy AU, Hidalgo-Rasmussen C, Fernández G, Dapueto JJ. Health-related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries 2000 to 2010. Value Health. 2012;15(2):312-22. https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.028
2. Wilson SJ, Andridge R, Peng J, Bailey BE, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK. Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. Psychoneuroendocrinology. 2017;85(12):6-13 https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.489
3. Korporaal M, Broese van Groenou MI, van Tilburg TG. Health problems and marital satisfaction among older couples. J Aging Health. 2013;25(8):1279-98. https://doi.org/10.1177/0898264313501387
4. Starratt VG, Weekes-Shackelford V, Shackelford TK. Mate value both positively and negatively predicts intentions to commit an infidelity. Pers Ind Differ. 2017;104 (8):18-22. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.028
5. Humphreys T, Wood laura M, & Parker James DA. Alexithymia and satisfaction in intimate relationship. Personality and Individual Deferences. 2009; 4(3):43- 47. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.002
6. Nazari MA, Moanezhad E, Hashemi & Jahan A. The effectiveness of neurofeedback training on EEG coherence and neuropsychological functions in children with reading disability. Clinical EEGand Neuroscience. 2012; 43(4):315-322 https://doi.org/10.1177/1550059412451880
7. Kiani R, Bahrami F, GHodarzi K, Rozbahani M. Comparison of Brain Waves of Couples with Anxious Personality with Style People. Jundishapur Sci Med J. 2019; 18(3):275-285
8. Movahedi Y; Pourmohamadi M. Cognitive Activity Analysis of the Brain in Creative Design Thinking. Journal of Cognitive Psychology. 2018; 6(2): 1-8.
9. Giovanni V. Enhance of theta EEG spectral activity related to the memorization of commercial advertisings in Chinese and Italian subjects, Biomedical Engineering and Informatics (BMEI), 2011 4th International Conference on. 2011;3(1): 1- 14.
10. Simpson H B, Tel1ke C E, Towey J B, Liebowitz M R, & Bruder G E. Symptom provocatio behavioral ratings and brain electrical activitobsessive-compulsive disorder: A preliminary study. Psychiatry Res: 2016; 95(2): 149-155. https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00177-3
11. Lee N, Broderick A, Chamberlain L. What is neuromarketing?Adiscussionandagendaforfuture research. Int J Psychol. 2007; 63 (14): 199- 204. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2006.03.007
12. Hasegawa A, Kunisato Y, Morimoto H,

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]

Nishimura H, Matsuda Y. How do Rumination and Social Problem Solving Intensify Depression? A Longitudinal Study. J Ration - Emotive Cogn - Behav Ther. 2018 ; 36(1):28-46. https://doi.org/10.1007/s10942-017-0272-4

13. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. Behavior Therapy. 2001; 32(1):13-26 https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80041-1
14. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science. 2008;3(5):400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
15. Constantin K, English MM, Mazmanian D. Anxiety, depression, and procrastination among students: rumination plays a larger mediating role than worry. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2018;36(1):15-27. https://doi.org/10.1007/s10942-017-0271-5
16. Ogińska-Bulik N, Michalska P. The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2020; 27(1):11-21. https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6
17. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. 1996; 64 (6):1152-68. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152
18. Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. Behavior Therapy. 2014; 45 (12): 83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001
19. Hays S, Wilson G, Gifford V, Follette M. Experiental avoidence and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64(6):1152-1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG, Bisset RT, Pistorello J, Toarm D. Measuring experimental avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record. 2004; 54(4):553-578 https://doi.org/10.1007/BF03395492
21. Ruiz F J. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. International journal of psychological therapy. 2010; 10(3): 125-162.
22. Maleki N, Madahi ME, Khalatbarii J, Mohammadkhani S. Comparison the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on social and mental dimensions of quality of life in distressed couples. Scientific Journal Social Psychology. 2017;5(45):23-33. [Persian].
23. Bourdon D-É, El-Baalbaki G, Beaulieu-Prévost D, Guay S, Belleville G, Marchand A. Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. European Journal of Trauma & Dissociation. 2019; 7(2):100-135.
24. Shayan A, Taravati M, Garousian M, Babakhani N, Faradmal J, Masoumi SZ. The effect of cognitive behavioral therapy on marital quality among women. Int J Fertil Steril. 2018;12(2):99-105.
25. Refahi J, Gaderi Z, Bahmani M. The effect of schema-based couple therapy training on improving couple performance. Psychological methods and models. 2011; 2(2): 29-45.
26. Hemmati M, Maddahi ME. Compare the effectiveness of couple's therapy based on schema therapy with couple's therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. Quarterly Journal of Women and Family Studies. 2018; 6 (2):145-163.
27. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016;51 (11):66-73. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001
28. Braithwaite SR, Mitchell CM, Selby EA, Fincham FD. Trait forgiveness and enduring vulnerabilities: Neuroticism and catastrophizing influence relationship satisfaction via less forgiveness. Pers Ind Differ. 2016;94 (7):237-46. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.045
29. Movahedi Y. Comparing the Effect of Brand Advertising on Brain wave Patterns of Consumer and Non-branded Consumers. Neuropsychology. 2018; 3(4): 131-142.
30. Young J E, Klosko J S, Weishaar M E. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press. 2003.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-12]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.1.64]