رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

نقش میانجی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در رابطه ناملایمات کودکی و تعارضات زناشویی افراد با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی

The mediating role of schema modes in the relationship between childhood trauma and marital conflicts of people with psychopathology symptoms

مریم شریف نیا
دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه وان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
رسول حشمتی (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
تورج هاشمی
استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Maryam Sharif Nia
PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Rasoul Heshmati*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
psyheshmati@gmail.com
Touraj Hashemi
Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در رابطه ناملایمات کودکی و تعارضات زناشویی افراد با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بود. روش پژوهش توصیفی_همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل افرادی بود که به دلیل تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره روانشناختی شهر تهران در نیمه‌ی دوم (شش ماه دوم) سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند. تعداد ۳۱۰ نفر به روش نمونه-گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل نسخه تجدید نظر شده چک لیست ۹۰ نشانه‌ای (SCL-90) دراگوتیس و همکاران (۱۹۹۵)، پرسشنامه‌ی ذهنیت‌های طرحواره‌ای (SMI) یانگ و همکاران (۲۰۰۷)، پرسشنامه تجدید نظر شده تعارضات زناشویی (MCQ-R) ثنایی (۱۳۸۷) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) بود. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج بیانگر برازش مطلوب مدل پژوهش بود. نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس‌های ناملایمات دوران کودکی اثر مستقیم معناداری بر تعارض‌های زناشویی ندارند (P>۰/۰۵)، اما به غیر از سواستفاده جنسی، چهار خرده مقیاس دیگر (سواستفاده هیجانی، سواستفاده جسمی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی) به واسطه ذهنیت‌های طرحواره‌ای اثر غیرمستقیم معناداری بر تعارض زناشویی دارند (P<۰/۰۵). این نتایج نشان می‌دهد که ذهنیت‌های طرحواره‌ای با توجه به نقش ناملایمات دوران کودکی می‌توانند تبیین کننده تعارضات زناشویی افراد با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی باشد.

واژه‌های کلیدی: *تعارضات زناشویی، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ناملایمات کودکی، نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی.*

Abstract

The aim of the present study was to investigate the mediating role of schema modes in the relationship between childhood trauma and marital conflicts of people with psychopathology symptoms. The research method was descriptive-correlation based on structural equation modeling. The statistical population included people who referred to psychological counseling centers in Tehran in the second half (second six months) of 2022 due to marital conflicts. A number of 310 people were selected as a sample using convenience sampling method. The research tools include the Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) by Derogatis et al. (1995), the Schema Mode Inventory (SMI) by Young et al. (2007), Marital Conflict Questionnaire – Revised (MCQ-R) Sanai (2007) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) by Bernstein et al. (2003). Structural equation analysis was used to analyze the data. The results showed the optimal fit of the research model. The results showed that the sub-scales of childhood adversities do not have a significant direct effect on marital conflicts (P<0.05), but apart from sexual abuse, four other sub-scales (emotional abuse, physical abuse, physical neglect and emotional neglect) have a significant indirect effect on marital conflict through the mediation of schema modes (P<0.05). These results show that schema modes, considering the role of childhood trauma, can explain the marital conflicts of people with symptoms of psychopathology.

Keywords: *marital conflicts, schema modes, childhood trauma, psychopathology symptoms.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** مرداد ۱۴۰۲ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** بهمن ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مقدمه

تعارض‌های زناشویی در خانواده‌های امروزی ایران به یک معضل اساسی تبدیل شده است چرا که تغییر شکل و ساختار خانواده از سنتی به شکل مدرن باعث شده منابع تعارض زناشویی به ویژه در ارتباط با جامعه و خانواده‌های زوج‌ها افزایش پیدا کند (میرزایی کندری و همکاران، ۱۴۰۲). در ارتباط بین زوجین، تعارض وقتی بروز می‌کند که فرد بین اهداف، نیازها، یا امیال شخصی خودش و اهداف، نیازها و امیال شخصی طرف مقابلش، ناهمخوانی و عدم تطابق ببیند (ماکانوا[1] و همکاران، ۲۰۱۸). در حقیقت با کاهش انطباق‌پذیری در روابط، تعارضات زناشویی بین زوجین پدیدار می‌شود (لی و لیو[2]، ۲۰۲۰). تعارضات زناشویی به اشکال متفاوتی مانند کتک زدن همسر، سوء رفتار از همسر، سوء رفتار جنسی، عدم مسئولیت‌پذیری زوجین، روابط نامشروع، تجاوزات جنسی، مجادلات بین زن و شوهر و رفتارهای سوء دیگر نمایش داده می‌شود (زراچ[3] و همکاران، ۲۰۱۵). تعارض‌های زناشویی نه تنها نظام خانواده را متزلزل می‌کند، بلکه رشد عاطفی، اجتماعی و صمیمیت بین زوجین و اعضای خانواده را با مشکل مواجه خواهد نمود (پارک و پارک[4]، ۲۰۱۹). نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که در کنار عوامل خارجی و درون رابطه‌ای، وجود آسیب‌های روانی یکی از زمینه‌های اصلی افزایش تعارض افرد متاهل ایرانی در سه دهه اخیر بوده است (هوشمندی و همکاران، ۱۳۹۸). علاوه بر این باید توجه کرد که تغییر در نقش‌ها و یا اضافه شد نقش‌های جدید مانند همسر، پدر یا مادر به وظایف افراد، باعث افزایش احتمال تجربه آسیب روانی می‌گردد و آسیب روانی نیز به نوبه خود با مختل کردن انجام این وظایف به شکل صحیح منجر به افزایش تنش و تعارض در ر ابطه زوجین می‌گردد (فورت‌کامارنیرو[5] و همکاران، ۲۰۲۲). بر همین اساس به نظر می‌رسد که تعارض‌های زناشویی در افراد با آسیب روانی شیوع بیشتری دارد و نیاز به بررسی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن بیشتر احساس می‌گردد (باکوم[6] و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از عواملی که می‌تواند در بروز مشکلات ارتباطی و تعارضات زناشویی در مراحل بعدی زندگی نقش داشته باشد، آسیب‌ها و ناملایمات دوران کودکی است (مجانی[7] و همکاران، ۲۰۲۳). ناملایمات دوران کودکی شامل انواع مختلفی از سوء رفتارها و سوء استفاده‌های روانشناختی و جسمانی؛ از جمله تحقیرهای کلامی، خصومت و دشمنی، طرد و کتک زدن‌های جسمانی، سوء استفاده‌های جنسی و غفلت عاطفی و جسمانی می‌شود (ویکتور[8] و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس تجربه‌های ناگوار کودکی، سه نوع تروما از هم متمایز می‌شود. ترومای تیپ یک شامل: جدایی‌های اولیه، بی‌تفاوتی مزمن به احساسات کودک، اختلافات و ناسازگاری‌های هیجانی داخل خانواده. ترومای تیپ دو شامل: آزار کلامی و هیجانی، عفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری‌های روانی والدین و ترومای تیپ سه نیز شامل: آزارهای جسمی و جنسی شدید و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب‌ها می‌باشد (علیلو و شریفی، ۱۳۹۱). سوء استفاده‌ی هیجانی[9]، سوء استفاده‌ی فیزیکی[10]، سوء استفاده‌ی جنسی[11]، غفلت هیجانی[12] و غفلت فیزیکی[13] از جمله مصادیق مهم آسیب‌ها و ناملایمات اوان کودکی هستند (شولز[14] و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که سابقه تروما در دوران کودکی دارند، هنگام مواجه با مشکلات واکنش‌های انعطاف‌ناپذیرتری از خود نشان می‌دهند و گاهی در برابر تعارضات خود با دیگران به خصوص شریک زندگی، قادر به حل تعارض نیستند (مجانی و همکاران، ۲۰۲۳).

به نظر می‌رسد که ناملایمات اوان کودکی به واسطه شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر روابط زناشویی اثر می‌گذارند (جعفری اقدم و همکاران،۱۴۰۰). طبق مدل طرحواره، ذهنیت‌های طرحواره‌ای[15] عبارت است از طرحواره‌ها یا عملکردهای طرحواره‌ای از جمله پاسخ‌های مقابله‌ای سازگار یا ناسازگار که در حال حاضر در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده‌اند (آرنت و ون‌گندرن[16]، ۲۰۲۰). ذهنیت‌های طرحواره‌ای به چهار دسته ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت‌های والد ناکارآمد، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت‌های سالم

1 Makhanova
2 Li & Liu
3 Zerach
4 Park
5 Forte Camarneiro
6 Baucom
7 Majani
8 Victor
9 emotional abuse
10 physical abuse
11 sexual abuse
12 emotional neglect
13 physical neglect
14 Schulze
15 Schema mode
16 Arntz & Van Genderen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

تقسیم می‌شوند. ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ذهنیتی است که تجارب تلخ و ناگوار کودک طرد شده و محروم که با وی بدرفتاری شده را در بر می‌گیرد. ذهنیت‌های والدینی درونی‌سازی نمادهای والدینی در دوران کودکی هستند. ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد نشان دهنده‌ی تلاش فرد برای سازگاری با موقعیتی است که در آن، نیازهای هیجانی فرد ارضا نشده است. ذهنیت سالم بخش منطقی و سالم فرد است (آرنت و جاکوب[1]، ۲۰۱۷). مک‌دمورت[2] (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان داد که ذهنیت‌های طرحواره با کاهش رضایت از روابط عاشقانه در میان زوجین دارند. ذهنیت‌های طرحواره موجب سوگیری در تفسیرهای زوجین از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی زوجین به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیر واقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند (مرادی و دیاریان، ۱۳۹۹). علاوه بر این نشان داده شده که ذهنیت‌های طرحواره آسیب‌پذیر با کاهش ظرفیت عاطفی افراد منجر به پایین آمدن کیفیت رابطه زناشویی می‌گردد (نیکنام و ریخته گر برنجی، ۱۴۰۰). این درحالی است که ضعف در ذهنیت‌های بزرگسال سالم با افزایش نگرش مثبت و منطقی به روابط می‌تواند به سازگاری و کاهش تعارض‌ها کمک کند (عمادی و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه این مورد که ذهنیت‌های طرحواره میانجی رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تعارض‌های زناشویی هستند مورد بررسی قرار نگرفته است، اما مدل نظری طرحواره از این فرضیه حمایت می‌کند، چرا که طرحواره‌های ناسازگار به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی مانند پذیرش و ادراک حمایت عاطفی در دوران کودکی به وجود می‌آیند (نیکل[3] و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی ذهنیت‌های طرحواره واسطه ناسازگاری‌های مراحل بعدی زندگی از تعارضات زناشویی هستند (اسماعیل‌زاده و اکبری، ۱۴۰۰؛ اتماکا و جنکوز[4]، ۲۰۱۶).

گرچه روابط ساختاری متغیرهای نام‌برده شده مورد بررسی قرار نگرفته است، اما به نظر می‌رسد بهبود ذهنیت‌ها بر اساس ناملایمات دوران کودکی مانند دلبستگی ناایمن باعث بهبود تعارضات زناشویی می‌شود (چراغی سیف‌آباد و همکاران، ۱۳۹۹). مطابق با نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بروز آسیب و ناملایمات روانی، جسمی و عاطفی در دوران کودکی منجر به شکل‌گیری ذهنیت‌هایی مبنی بر آسیب‌پذیری فرد، به ویژه در روابط بین‌فردی می‌گردد که می‌تواند با مختل کردن روابط و نهایتا بروز تعارض همراه گردد (آرنت و جاکوب، ۲۰۱۷). بنابراین از لحاظ نظری ذهنیت‌ها به طور بالقوه میانجی رابطه میان ناملایمات دوران کودکی و تعارض‌های بعدی در روابط مهم مانند رابطه زناشویی است که بررسی و تایید نقش آن می‌تواند منجر ارتقاء مداخله‌های زوج‌درمانی برای تعارض‌های زناشویی گردد (رودیگر[5] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این اخیرا بر اهمیت مفهوم‌سازی نقش ذهنیت‌ها در موضوعات و مشکلات خاصی مانند تعارضات زناشویی در افراد دچار مشکلات روان‌شناختی جهت بهبود مداخله‌ها و افزایش درک ریشه مشکلات آنها تاکید شده است (ادواردز[6]، ۲۰۲۲).

در مجموع به نظر می‌رسد که تعارض‌های زناشویی در جامعه ایران به واسطه عواملی مانند تغییر در سبک زندگی خانواده‌ها و افزایش مشکلات آسیب روانی روند افزایشی داشته و به یک مسئله اساسی تبدیل شده است. در همین راستا شناسایی متغیرهای مرتبط و تبیین کننده آن می‌تواند زمینه بهبود کارایی مداخله‌ها را به واسطه افزایش دانش از عوامل مرتبط با آن فرآهم آورد. در همین رابطه ناملایمات دوران کودکی زیربنایی اساسی روابط افراد محسوب می‌گردند که به صورت طرح‌های هیجانی و شناختی در ذهن افراد بر روابط زناشویی آنها اثر می‌گذارند. بر همین اساس شناسایی نقش این طرح‌های ذهنی احتمالا بتواند زمینه بهبود سریع‌تر و کارآمدتر زوج‌های دچار تعارض زناشویی را فرآهم آورد. در همین راستا هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ذهنیت‌های طرحواره در رابطه ناملایمات دوران کودکی و تعارض‌های زناشویی در افراد با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی به روش تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل افرادی بود که به دلیل تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره روانشناختی شهر تهران در نیمه‌ی دوم (شش ماه دوم) سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده بودند. به منظور تعیین حجم نمونه، از پیشنهاد استیونس[7](۱۹۹۴) استفاده شد. بر اساس دیدگاه استیونس (۱۹۹۴) در مدل‌یابی معادلات ساختاری، تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ فرد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده، تعیین شود. با توجه به این ملاک، حجم نمونه ۳۱۰ نفر در نظر گرفته شد

1 Jacob
2 McDermott
3 Nicol
4 Atmaca & Gencöz
5 Roediger
6 Edwards
7 Stevens

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

که به صورت دردسترس انتخاب گردیدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، ابتلا به نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بر اساس نقطه برش چک لیست ۹۰ نشانه‌ای (SCL-90-R)[1] (نمره T مرتبط در علائم کلی و یا دو نشانه، بزرگتر یا مساوی ۶۳ باشد (ساعتچی و همکاران، ۱۳۹۰)، سطح تحصیلات حداقل سیکل، عدم داشتن سابقه طلاق، سابقه ازدواج بالای پنج سال و قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال. همچنین عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوالات پرسشنامه‌ها ملاک‌های خروج از پژوهش بود. علاوه بر رضایت آگاهانه، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از دو نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

ابزار سنجش

نسخه تجدید نظر شده چک لیست ۹۰ نشانه‌ای (SCL-90)[2]: این چک لیست یک ابزار خودگزارش‌دهی قدرتمند برای سنجش آسیب‌شناسی روانی اس که به وسیله دراگوتیس[3] و همکاران در سال ۱۹۸۴ برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمانی و روانی منتشر شد. این فهرست کوتاه پاسخ شامل ۹۰ سوال پنج گزینه‌ای (هیچ =۰، کمی =۱، تا حدی =۲،زیاد =۳،خیلی زیاد =۴) است. محتوای این آزمون ۹ بعد مختلف آسیب روانی را ارزیابی می‌کند. طبق نتایج این ابزار، فرد دارای آسیب‌شناسی روانی کسی است که T مرتبط با محاسبات آماری در علائم کلی(GSI) وی، بزرگتر یا مساوی ۶۳ بوده یا در دو بعد پرسشنامه، T بالاتر و یا مساوی ۶۳ را به دست آورد (ساعتچی و کامکاری، ۱۳۹۰). دراگوتیس (۱۹۸۳) پایایی درونی پرسشنامه برای ۹ محور را به روش آلفای کرونباخ بلاتر از ۰/۷۰ گزارش دادند و برای روایی همگرایی بیشترین همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹۰ و کمترین آن‌ها مربوط به روان‌پریش‌خویی با ۰/۷۷ بود. پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته نیز بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ متغیر بود. وانپاکاران[4] و همکاران (۲۰۱۱) نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۷ را برای این ابزار گزارش دادند. انیسی و همکاران (۱۳۹۳) این ابزار را در جامعه ایرانی هنجاریابی کردند و نتایج ضریب آلفای کرونباخ بالایی را هم برای زیر مقیاس های ابزار (۷۵/ ۰ تا ۹۲/ ۰) و هم برای شاخص کلی علائم مرضی (۹۸/ ۰) نشان داد. دامنه ضرایب همبستگی بازآزمایی با فاصله دو هفته زیرمقیاس های آزمون از ۰/۹۰ تا ۰/۵۷ بود. ضرایب همبستگی زیرمقیاس های آزمون SCL-90-R با زیرمقیاس های پرسش نامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) نیز به غیر از یک مورد برای تمامی خرده مقیاس ۰/۲۰ تا ۰/۶۶ و با سطح معناداری حداقل ۰/۰۵ بود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه‌ی ذهنیت‌های طرحواره‌ای (SMI)[5]: این پرسشنامه توسط یانگ[6] و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده و دارای ۱۲۴ سؤال بوده و هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرحواره‌ای (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک غضبناک، ذهنیت کودک تکانشی، ذهنیت کودک بی‌انضباط، ذهینت کودک شاد، ذهنیت تسلیم شده مطیع، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت، ذهنیت خود آرام‌بخش بی‌تفاوت، ذهنیت خود بزرگ‌منش، ذهنیت زورگو و تهاجمی، ذهنیت والد تنبیه‌گر، ذهنیت والد پرتوقع، ذهنیت بزرگسال سالم) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که از ۱(هیچ وقت) تا ۶ (همیشه) نمره‌گذاری شده و نمرات بالا نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات است. ذهنیت‌ها به ۴ حوزه کلی‌تر تقسیم می‌شوند که عبارتند از: ذهنیت‌های کودک آسیب‌دیده، ذهنیت‌های منتقد درونی (والد ناکارآمد)، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و ذهنیت‌های سالم. لوبستیل[7] و همکاران (۲۰۱۱) مقدار پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۹۶.۰ بدست آمد و تایید روایی همگرایی پرسشنامه مقدار ضریب همبستگی پرسشنامه با فهرست خلق‌وخو و شخصیت بالاتر از ۰/۶۰ برای تمامی خرده مقیاس‌ها بدست آمد (P<۰/۰۵). در ایران نیک‌فلاح و همکاران (۱۴۰۰) روایی محتوایی گویه‌ها را بالای ۰/۶۰ و مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ گزارش داده‌اند. در پژوهش خاضر مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه تجدید نظر شده تعارضات زناشویی(MCQ-R)[8]: این پرسشنامه شامل ۵۴ سؤال است که توسط ثنایی در سال ۱۳۸۷ برای سنجیدن تعارض‌های زناشویی ساخته شد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس یک لیکرت پنج درجه‌ای(هرگز=۱، بندرت=۲، گاهی=۳،

1 Checklist 90 Revised (SCL-90 -R)
2 Checklist 90 Revised (SCL-90 -R)
3 Derogatis
4 Wongpakaran
5 Schema Mode Inventory (SMI)
6 Young
7 Lobbestael
8 Marital Conflict Questionnaire – Revised (MCQ-R)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

اکثراً=۴، همیشه=۵) انجام می‌گیرد. حداقل نمره ۵۴ و حداکثر نمره ۲۷۰ است و نمرات بالا به معنی تعارض و اختلاف بیشتر و نمره پایین به معنای تعارض و اختلاف کمتر است. ثنایی پرسشنامه تجدید نظر شده تعارضات زناشویی را بر روی ۱۲۰ تن شامل ۴۸ مرد و ۷۲ زن دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراجع قضایی شهر تهران و نیز یک گروه کنترل شمال ۱۵۰ زوج عادی (۶۸ مرد و ۸۲ زن) به کار گرفت. روایی محتوا به روش کیفی بر اساس نظر ۱۰ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه تهران و خوارزمی بالای ۰/۷۰ ارزیابی شد. همچنین پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی نمونه فوق برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد (ثنایی و همکاران، ۱۳۹۶). مقدار بدست آمده برای آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای پرسشنامه ۰/۸۶ بود.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)[1]: این پرسشنامه به منظور ارزیابی غفلت و سوء رفتار هیجانی با کودک توسط برنستاین و همکاران[2] (۲۰۰۳) ساخته شد است، ۲۸ آیتم دارد و از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا فراوانی بدرفتاری‌های دوران کودکی توسط والدین را بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی کنند. نمرات بالا در پرسشنامه نشان دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. سوال‌های ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سوالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ های فرد نامعتبر است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). گروسی و نخایی (۲۰۰۹) این پرسشنامه را در نمونه ایرانی بررسی کردند و پایایی نمره کل و خرده مقیاس‌ها را با استفاده از آلفای کرونباخ را بالاتر از ۰/۷۰ و روایی واگرای پرسشنامه را با پرسشنامه سلامت عمومی با مقدار ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۳۲گزارش کردند. مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه در پژوهش حاضر بالاتر ۰/۷۲ بدست آمد.

یافته ها

از ۳۱۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش ۱۵۹ نفر (۵۱/۳۰ درصد) زن و ۱۵۱ نفر (۴۸/۷۰ درصد) مرد بودند. همچنین ۱۵۳ (۴۹/۴ درصد) نفر از نمونه مورد مطالعه تحصیلات زیردیپلم، ۱۴ نفر (۴/۵۰ درصد) دیپلم، ۹۴ نفر (۳۰/۳۰) کاردانی و ۴۹ نفر (۱۵/۸۰ درصد) تحصیلات کارشناسی داشتند. همچنین میانگین سنی شرکت کننده ۴۰/۹۰ و انحراف معیار آن ۷/۴۷ بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی به همراه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱-ذهنیت‌های سالم	۱									
۲-کودک آسیب‌دیده	-۰/۱۶**	۱								
۳-مقابله‌ای ناسازگار	-۰/۳۰**	-۰/۱۶**	۱							
۴-والد ناکارآمد	-۰/۳۸**	۰/۰۶	۰/۱۵**	۱						
۵-سواستفاده هیجانی	-۰/۲۹**	۰/۰۲	۰/۳۷**	۰/۲۲**	۱					
۶-سواستفاده فیزیکی	-۰/۱۷**	۰/۱۱*	۰/۱۹**	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۱				
۷-سواستفاده جنسی	-۰/۲۰**	۰/۰۵	۰/۱۶**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۱۸**	۱			
۸-غفلت هیجانی	-۰/۳۵**	۰/۱۱*	۰/۲۵**	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۰۲	۰/۱۲*	۱		
۹-غفلت جسمی	-۰/۳۴**	۰/۱۹**	۰/۱۰	۰/۴۲**	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۳۳**	۰/۱۵**	۱	

1 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2 Bernstein

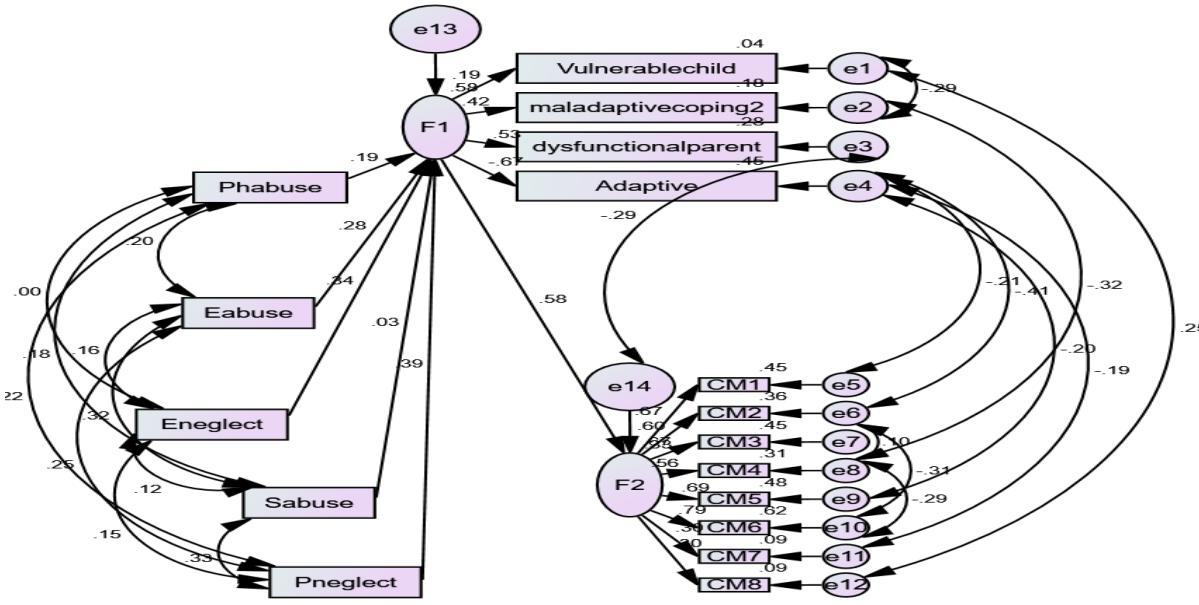
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

۱۰-تعارضات زناشویی	-۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۱۵**	۰/۱۲*	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۱۴*	۰/۲۳**	۰/۳۲**	۱
میانگین	۶۷/۶۶	۱۲۷/۲۲	۹۲/۶۴	۵۹/۱۴	۱۱/۹۲	۱۰/۳۴	۸/۶۴	۱۲/۶۷	۱۱/۱۸	۹۱/۰۷
انحراف معیار	۱۶/۲۰	۲۶/۷۶	۱۰/۳۸	۹/۵۵	۲/۸۲	۳/۰۳	۳/۵۲	۳/۵۴	۱۱/۱۸	۹/۵۶
کجی	-۰/۷۲	-۰/۰۹	۱/۳۵	۱/۲۹	۱/۴۴	۱/۲۴	۱/۷۷	۰/۰۷۱	۱/۸۹	۰/۳۸
کشیدکی	-۰/۳۱	-۰/۲۰	۱/۵۵	۱/۷۵	۱/۲۱	۱/۶۰	۱/۱۹	۱/۷۰	۰/۴۵	-۰/۳۱

** P<۰/۰۱ و * P<۰/۰۵=

نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان داد که تعارض‌های زناشویی با ذهنیت‌های سالم رابطه منفی معنادار (P<۰/۰۱) و با سه ذهنیت دیگر به همراه هر پنج خرده مقیاس ناملایمات دوران کودکی رابطه مثبت و معناداری دارد (P<۰/۰۵) همچنین نتایج نشان داد ذهنیت‌های سالم با هر پنج خرده مقیاس ناملایمات دوران کودکی رابطه منفی و معناداری دارد (P<۰/۰۱) و سه حیطه دیگر ذهنیت‌های طرحواره (که به غیر از رابطه میان سواستفاده هیجانی و سواستفاده جنسی با کودک آسیب‌دیده و غفلت جسمی با مقابله ناسازگار) رابطه مثبت و معناداری با خرده مقیاس‌های ناملایمات دوران کودکی دارد (P<۰/۰۵).

با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی بدست آمده برای متغیرهای پژوهش در جدول ۱ همگی در محدوده ۲+ تا ۲- قرار دارند، بنابراین شکل توزیع متغیرها در شرایط تقریبا نرمالی قرار دارند. علاوه بر مقادیر گزارش شده در جدول ۱، مقادیر آماره تحمل برای متغیرها بیشتر از ۰/۴۰ و همچنین مقادیر آماره VIF کم‌تر از ۱۰ بود، بنابراین هم خطی میان متغیرهای پیش بین پژوهش نگران کننده نبود. همچنین مقدار بدست آمده برای آزمون دوربین واتسون برابر با ۱/۷۳ بود و بین مقدار مناسب ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، بنابراین می‌توان گفت که فرض استقلال مقادیر خطا نیز از یکدیگر رعایت شده است. در شکل ۱ مدل برازش شده پژوهش ارائه شده است.



شکل ۴-۳. نگاره مدل اصلاح شده پیشنهادی پژوهش در حالت استاندارد

پی‌نوشت1 : CM1 = کاهش همکاری، CM2= کاهش رابطه جنسی، CM3= افزایش واکنش هیجانی، CM4= افزایش جلب حمایت فرزند، CM5 = افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، CM6= کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، CM7= جدا کردن امور مالی از یک دیگر، CM8= افزایش واکنش هیجانی، F2= تعارض‌های زناشویی، Adaptive= ذهنیت‌های سالم، Vulnerablechild= کودک آسیب‌دیده، maladaptivecoping2= مقابله‌ای ناسازگار، dysfunctionalparent= والد ناکارآمد، Eabuse= سواستفاده هیجانی، Phabuse=سواستفاده فیزیکی، Sabuse= سواستفاده جنسی، Eneglect= غفلت هیجانی، Pneglect= غفلت جسمی، F1= ذهنیت‌های طرحواره

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به صورت بررسی نقش میانجی ذهنیت‌های طرحواره در رابطه میان خرده مقیاس‌های ناملایمات کودکی و تعارض‌های زناشویی در محیط نرم‌افزار AMOS به همراه ضرایب مسیر آن رائه شده است. در این مدل پنج خرده مقیاس

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

ناملایمات دوران کودکی (سواستفاده هیجانی، سواستفاده فیزیکی، سواستفاده جنسی، غلفت فیزیکی و غفلت هیجانی) نقش متغیر برون‌زا (مستقل) را دارند و متغیر تعارض‌های زناشویی نیز نقش متغیر درون‌زا (وابسته) را دارد که به صورت یک متغیر مکنون با هشت خرده مقیاس خود آشکار شده است. متغیر ذهنیت‌های طرحواره نیز نقش میانجی داشته و شامل چهار حیطه است. لازم به ذکر است که مدل به وسیله شاخص‌های پیشنهادی نرم‌افزار که به صورت پیکان دو جهته مقادیر خطا متغیرها را به هم متصل کرده، اصلاح گردیده است. همچنین مسیرهای مستقیم خرده مقیاس‌های ناملایمات کودکی به تعارض‌های زناشویی به دلیل عدم معناداری از مدل اصلاح شده کنار گذاشته شدند. در جدول ۲ معناداری ضریب مسیرهای مستقیم مدل ارائه شده پژوهش بررسی شده است.

جدول ۲. نتایج اثرات مستقیم مدل پژوهش

مسیر	اندازه غیراستاندارد	اثر	اندازه استاندارد	اثر	حد پایین	حد بالا	مقدار تی	P
اثر مستقیم سواستفاده هیجانی بر ذهنیت‌های طرحواره	۰/۵۱		۰/۲۸		۰/۱۷	۰/۳۹	۲/۶۹	۰/۰۰۲
اثر مستقیم سواستفاده فیزیکی بر ذهنیت‌های طرحواره	۰/۳۱		۰/۱۹		۰/۰۸	۰/۲۷	۲/۲۰	۰/۰۰۴
اثر مستقیم سواستفاده جنسی بر ذهنیت‌های طرحواره	۰/۰۵		۰/۰۳		-۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۶۳
اثر مستقیم غفلت هیجانی بر ذهنیت‌های طرحواره	۰/۵۰		۰/۳۴		۰/۲۵	۰/۴۳	۲/۷۱	۰/۰۰۲
اثر مستقیم غفلت جسمی بر ذهنیت‌های طرحواره	۰/۷۶		۰/۳۹		۰/۲۹	۰/۵۰	۲/۶۸	۰/۰۰۲
اثر مستقیم ذهنیت‌های طرحواره بر تعارض‌های زناشویی	۰/۱۶		۰/۵۸		۰/۴۸	۰/۶۸	۲/۸۶	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر مستقیم سواستفاده هیجانی (P=۰/۰۰۲ و β=۰/۲۸)، سواستفاده فیزیکی(P=۰/۰۰۴ و β=۰/۱۹)، غفلت هیجانی (P=۰/۰۰۲ و β=۰/۳۴) و غفلت جنسی (P=۰/۰۰۲ و β=۰/۳۹) بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و همچنین اثر مستقیم هنیت‌های طرحواره بر تعارض‌های زناشویی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۵۸) معنادار است، ولی اثر مستقیم سواستفاده جنسی بر ذهنیت‌های طرحواره (P=۰/۶۳ و β=۰/۰۳) معنادار نیست.

جدول ۳. ضرایب اثرات غیرمستقیم خرده مقیاس‌های ناملایمات دوران کودکی بر تعارض‌های زناشویی با میانجی‌گری ذهنیت‌های طرحواره‌ای

مسیر	اندازه اثر غیراستاندارد	اندازه اثر استاندارد	حد پایین	حد بالا	P
سواستفاده هیجانی_ذهنیت طرحواره _ تعارض زناشویی	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۱۰	۰/۲۲	۰/۰۰۱
سواستفاده فیزیکی_ذهنیت طرحواره _ تعارض زناشویی	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۰۰۳
سواستفاده جنسی_ذهنیت طرحواره _ تعارض زناشویی	۰/۰۰۸	۰/۰۱	-۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۶۳
غفلت هیجانی_ذهنیت طرحواره _ تعارض زناشویی	۰/۰۸	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۶	۰/۰۰۱
غفلت جسمی_ذهنیت طرحواره _ تعارض زناشویی	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۱۶	۰/۳۱	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم سواستفاده هیجانی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۱۶)، سواستفاده فیزیکی (P=۰/۰۰۳ و β=۰/۱۱)، غفلت هیجانی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۲۰)و غفلت جنسی (P=۰/۰۰۱ و β=۰/۲۳) بر تعارض‌های زناشویی با میانجی-گری ذهنیت‌های طرحواره‌ای معنادار است ولی اثر سواستفاده جنسی (P=۰/۶۳ و β=۰/۰۱) معنادار نیست.

جدول ۴. شاخص های برازش مدل اصلاحی پژوهش

شاخص	χ^2/df	RMSEA	IFI	CFI	GFI	AGFI
ملاک برازش	≥۳ *	≥۰/۱۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*	≤۰/۹۰*
آمارهٔ پژوهش حاضر	۱/۹۹	۰/۰۶	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

برای برازندگی مدل هر مقدار شاخص برازندگی تقسیم x^2 بر درجه آزادی کوچکتر از ۳ باشد، برازندگی مدل بهتر است. مقدار بدست آمده در پژوهش حاضر ۱/۹۹ بود که حاکی از برازش تقریبی مدل بود. همچنین به طور کلی هرچه مقدار IFI، CFI، GFI و AGFI به یک نزدیکر باشد و برابر و یا بالاتر از ۰/۹۰ باشد، حاکی از برازش مطلوب مدل دارد. با توجه به اینکه مقادیر بدست آمده برای چهار شاخص ذکر شده به در پژوهش حاضر بالاتر از۰/۹۰ بوده، بنابراین بر اساس این شاخص‌ها مدل پژوهش برازش مطلوبی دارد. برای شاخص RAMSEA نیز مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۶ بیانگر برازش بسیار مطلوب است که برای مدل پژوهش حاضر برابر با ۰/۰۶ بود. به طور کلی نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار بدست آمده برای شاخص‌های برازش در سطح بسیار مطلوبی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ذهنیت‌های طرحواره‌ای در رابطه ناملایمات کودکی و تعارضات زناشویی افراد با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که به غیر از سواستفاده جنسی چهار نوع دیگر ناملایمات دوران کودکی (سواستفاده هیجانی و جسمی، غفلت هیجانی و جسمی) بر ذهنیت‌های طرحواره اثر مستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های جعفری اقدام و همکاران (۱۴۰۰)، نیکل همکاران (۲۰۲۰) اسماعیل‌زاده و اکبری (۱۴۰۰)، اتماکا و جنکوز (۲۰۱۶) و چراغی سیف‌آباد و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که ریشه تحولی طرحواره‌های ناسازگار در تجارب ناگوار دوران کودکی است که باعث می شود نیازهای هیجانی فرد ارضا نشود. ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار در نتیجه‌ی تداوم و شدت تجربه‌ی بدرفتاری در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند (آرنت و جاکوب، ۲۰۱۷). سوءاستفاده‌های دوره کودکی می‌تواند دید و نظر کودک را نسبت به خود و جهان اطراف تغییر دهد. مخصوصاً قربانی شدن در این دوره می‌تواند باعث بیش‌ازحد محتاط شدن، نگرانی بیش‌ازحد در مورد جسم خود و پیش‌بینی بیش‌از حد خطر در مراحل بعدی زندگی شودو همچنین هرچقدر فرد در دوران کودکی مورد آزار هیجانی و جسمی قرار گرفته باشد در مواجهه با شرایط سخت و دردآور زندگی، ابعادی از شخصیتش را که برایش دوست داشتنی نیستند مورد انتقاد سخت‌گیرانه قرار داده و به‌جای حمایت از خود در شرایط بحرانی، با کاستی‌هایش به ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کند و با خود به زبانی صحبت می‌کند که ازلحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد و در واقع طرحواره‌های منفی آنها در این مواقع فعال می‌شود (جعفری اقدم و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که ناملایمات دوران کودکی با توجه به اینکه بر شناخت و هیجان‌ها اثر منفی می‌گذارد می‌تواند ذهنیت‌های طرحواره آسیب‌پذیر که همرا با شناخت‌ها و هیجان‌های منفی نسبت به خود و دیگران است را رشد دهد. نظریه‌های شناختی و نظریه دلبستگی مطرح کرده‌اند که تجربیات منفی دوران کودکی درونی شده و سبب شکل‌دهی پاسخ‌های کودک به رویدادهای بیرونی می‌شود (آرنت و ون‌گندرن، ۲۰۲۰). به عبارتی دیگر می‌توان این احتمال را داد که ناملایمات کودکی در قالب بدرفتاری‌های هیجانی و جسمی، باورهای منفی انعطاف‌ناپذیر و پیچیده درباره خود، جهان و آینده را در قالب ذهنیت‌های طرحواره شکل می‌دهد که دربرابر تغییر مقاوم هستند.

همچنین نتایج نشان داد که ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر تعارض‌های زناشویی اثر مستقیم معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مک‌دمورت (۲۰۱۷)، مرادی و دیاریان (۱۳۹۹)، نیکنام و ریخته گر برنجی (۱۴۰۰)، عمادی و همکاران (۲۰۱۹)، اسماعیل‌زاده و اکبری (۱۴۰۰) و اتماکا و جنکوز ۲۰۱۶). همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد الگوهای شناختی، هیجانی و واکنش‌های جسمی خود ویرانگری هستند که در دوره‌های اولیه کودکی شکل می‌گیرند و در طول زندگی وی تکرار می‌شوند و چون ازدواج و تشکیل زندگی مشترک یکی از چرخه‌های مهم زندگی هستند این طرحواره‌ها در این دوره فعال می‌شوند (نیکل و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی ذهنیت طرحواره‌ای راهکارهای شناختی ناکارآمدی هستند که نه تنها به حل مشکل نمی‌شود، بلکه با ایجاد و گسترش نگرش‌های منفی و منتقدگر در رابطه زناشویی می‌تواند منجر به ناخشنودی و تجربه تعارض در روابط زناشویی شود. نگرش افراد دارای ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد شامل این ادراک است که آنها حمایت‌های عاطفی و حفاظتی کافی را از سوی همسرانشان دریافت نکرده و احساس رها شدن از سوی همسر را دارند و گاهی نیز خود را کمتر یا بزرگتر از همسرشان می‌پندارند (آرنت و جاکوب، ۲۰۱۷). بر همین اساس می‌توان این استدلال را مطرح کرد که ذهنیت‌های طرحواره‌ای آسیب‌پذیر با افزاش نگرش انتقادی و احساس‌های منفی نسبت به خود و همسر در رابطه زناشویی زمینه تعارض‌های زناشویی را فرآهم آورند. علاوه بر این فعال شدن طرحواره‌ها با کاهش تحمل ناکامی و بالا رفتن میزان پریشانی روانشناختی در افراد دارای آسیب دیدگی از دوران کودکی همراه بوده و به موجب آن توانایی کنترل افکار،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

هیجانات و رفتار در این افراد پایین می‌آید (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که فعال شدن طرحواره‌ها با افزایش حساسیت بین‌فردی و پایین آوردن تحمل تفاوت‌ها و احساس‌های منفی منجر به افزایش تعارض‌های زناشویی گردد.

در نهایت نتایج بدست آمده نشان داد که ذهنیت‌های طرحواره‌ای نقش میانجی معناداری در رابطه میان ناملایمات دوران کودکی (به غیر از سواستفاده جنسی) و تعارض‌های زناشویی دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های چراغی سیف‌آباد و همکاران (۱۳۹۹)، نیکل و همکاران (۲۰۲۰)، مک‌دمورت (۲۰۱۷)، مرادی و دیاریان (۱۳۹۹)، نیکنام و ریخته گر برنجی (۱۴۰۰) و عمادی و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که تجربه سواستفاده و غفلت جسمی و هیجانی در دوران کودکی اغلب همراه با فشار و تنش هیجانی و شناختی زیادی برای کودکان است که کنارآمدن و حل‌وفصل سازگار آن تقریبا مشکل است. در چنین شرایطی این فشار و تنش‌ها در قالب طرح‌های شناختی و هیجانی در کودکان ماندگار می‌شود که هدف آنها جلوگیری از رخ‌دادن آسیب‌های مشابه در آینده است. این طرح‌ها و ذهنیت‌ها شامل محتوای شناختی و هیجانی مرتبط با آسیب‌های کودکی است (آرنت و ون‌گندرن، ۲۰۲۰). نکته کلیدی که می‌تواند بیانگر واسطه بودن ذهنیت‌های طرحواره‌ای با تعارض‌های زناشویی باشد به این مورد برمی‌گردد که رابطه زناشویی شبیه‌ترین رابطه به روابط دوران کودکی از لحاظ نزدیکی و اثرگذاری است. بنابراین این احتمال وجود دارد که این شباهت و حساسیت زیاد نسبت به این رابطه زمینه فعال شدن ذهنیت‌های طرحواره‌ای را فرآهم آورد. در باب اینکه چرا این ذهنیت‌های طرحواره‌ای می‌تواند منجر به تعارض‌های زناشویی گردد، باید به این نکته توجه کرد که محتوای این طرحواره‌ها عموما بیانگر انتقاد از خود و دیگران، اجتناب از نزدیکی و صمیمیت یا راهکارهای خشک و انعطاف‌ناپذیر است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷). بر همین اساس می‌توان احتمال را داد که فعال شدن این ذهنیت‌های طرحواره‌ای با افزایش فاصله جسمی و عاطفی افراد در روابط زناشویی و همچنین بکار بردن مقابله‌های ناسازگار و غیرقابل انعطاف منجر به بروز تعارض گردد. این درحالی است که رابطه زناشویی نیازمند سازگاری و انعطاف بسیار بالا جهت کنارآمدن با تفاوت‌های فردی و وظایف رابطه‌ای است (ماکانوا و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین می‌توان این استدلال را مطرح کرد که آسیب‌های دوران کودکی زیربنای شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای هستند که در روابط زناشویی می‌توانند با فعال کردن این ذهنیت‌ها منجر به بروز تعارض در قالب رفتارهایی مانند دوری از همسر، عدم انعطاف‌پذیری و یا انتقادگری بیش‌از حد شود. در مورد این یافته که سواستفاده جنسی اثر معناداری نشان نداد نیز می‌توان گفت که احتمالا برخی ملاحظه‌های فرهنگی و ترس از افشا شدن بر این متغیر اثرگذاشته است. به طوری که بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که کمترین برون‌ریزی را افراد نمونه در سواستفاده جنسی گزارش داده‌اند. بنابراین این احتمال وجود دارد عدم پاسخگویی صحیح و کامل و یا متغیرهای خارج از کنترل باعث به وجود آمدن چنین نتیجه‌ای شده باشد.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که ناملایمات دوران کودکی (سواستفاده و غفلت جسمی و هیجانی) و همچنین ذهنیت‌های طرحواره‌ای اثرمستقیم معناداری بر تعارض‌های زناشویی در افراد دچار نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی هستند. علاوه بر این ذهنیت‌های طرحواره‌ای میانجی رابطه میان آسیب‌های دوران کودکی و تعارض‌های زناشویی است. بر همین اساس این یافته حاکی از اهمیت و نقش ناملایمات دوران کودکی و ذهنیت‌های طرحواره‌ای در تعارض‌ها زناشویی بوده و مداخله‌های ارزیابی و درمان برای افراد دچار تعارض‌زناشویی می‌تواند به نقش ذهنیت‌های طرحواره‌ای با توجه به ناملایمات دوران کودکی به عنوان زیربنای آن می‌تواند زمینه خدمات‌رسانی بهتر به این جمعیت را فرآهم آورد.

عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی محدودیت عمده پژوهش حاضر بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج بدست آمده را با محدودیت روبرو کند. همچنین عدم کنترل متغیرهای فرهنگی و احتماعی که ممکن بوده بر نتایج بدست آمده، به ویژه در رابطه با ناملایمات دوران کودکی اثرگذاشته باشد، محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود. بر همین اساس می‌توان پیشنهاد داد که پژوهش‌های مشابه در جمعیت و شهرهای مختلف ایران صورت گیرد تا اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج بدست آمده مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اینکه نمونه مورد مطالعه دارای نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در جمعیت عمومی و فاقد آسیب روانی نیز انجام گیرد.

منابع

اسماعیل‌زاده، ن. و اکبری، ب. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۱)، ۲۸۷-۲۹۸.10.22038/mjms.2021.18525

انیسی، ج؛ اسکندری، م؛ بهمن آبادی، س؛ نوجی، س. و تولایی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی چک لیست نشانه های اختلالات روانی(SCL-90-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *نشریه روان شناسی نظامی*، ۵(۱۷)، ۵۷-۶۷.http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-316-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

ثنایی، ب؛ علاقمند، س؛ فلاحتی، ش؛ هومن، ع. (۱۳۹۶). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. انتشارات بعثت.

جعفری اقدم، غ؛ احمدی طهور سلطانی، م. و دوران، ب. (۱۴۰۰). رابطه بین بدرفتاری در دوره کودکی و رضایت زناشویی کارکنان بیمارستان بقیه‌الله(عج): نقش واسطه‌ای طرحواره‌های بریدگی و طرد و دشواری در تنظیم هیجان. *مجله طب نظامی*، ۲۳(۵)، ۳۷۷-۳۸۶.10.30491/JMM.23.5.377

چراغی سیف‌آباد، ن؛ احتشام‌زاده، پ؛ عسگری، پ. و جوهری‌فرد، ر. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و زوج درمانی هیجان‌مدار بر افزایش سبک دلبستگی ایمن و کاهش سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا در زوجین با تعارض زناشویی. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۱۰(۷)، ۷۳-۹۸. 10.22055/jac.2021.36036.1772

مرادی، م. و دیاریان، م. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در چهار گروه زوجین پیش، حین طلاق، مطلقه و عادی در شهر تهران. *سلامت اجتماعی*، ۷(۴)، ۳۸۵-۳۹۲.https://doi.org/10.22037/ch.v7i4.27822

میرزایی کندری، ف؛ عبدی زرین، س؛ آقا یوسفی، ع. (۱۴۰۲). مقایسه مدل تعارض زناشویی بر اساس خودمتمایزسازی و خانواده گرایی با نقش میانجی صمیمیت و بلوغ عاطفی در خانواده های سنتی و مدرن. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴ (۳)، ۲۵-۴۴. 10.52547/jspnay.4.3.25

نیک فلاح، ر. و گلشنی، ف. (۱۴۰۰). مقایسه روابط ابژه‌ای، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و آسیب دوران کودکی در افراد دارای نشانگان اختلال‌های شخصیت مرزی و شخصیت وسواسی- جبری. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۲)، ۱۳۸-۱۲۵. 20.1001.1.2383353.1400.10.2.15.7

نیکنام، م. و ریخته گر برنجی، ع. (۱۴۰۰). نقش تعدیل‌کننده باج‌گیری عاطفی در رابطه بین ذهنیت‌های طرحواره‌ای و کیفیت زندگی زناشویی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۴)، ۱۶۱-۱۸۲. doi: 10.22051/psy.2022.37625.2513

هوشمندی، ر؛ احمدی، خ. و کیامنش، ع. (۱۳۹۸). مقایسه علل تعارضات زناشویی در سه دهه اخیر. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۳، ۸۱-۷۱. http://islamiclifej.com/article-1-434-fa.html

Ali, P. A., McGarry, J., & Maqsood, A. (2022). Spousal role expectations and marital conflict: perspectives of men and women. *Journal of interpersonal violence*, *37*(9-10), NP7082-NP7108. https://doi.org/10.1177/0886260520966667

Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.

Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.

Atmaca, S., & Gençöz, T. (2016). Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child abuse & neglect*, *52*, 85-93. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.01.004

Baucom, D. H., Fischer, M. S., Corrie, S., Worrell, M., & Boeding, S. E. (2019). *Treating relationship distress and psychopathology in couples: A cognitive-behavioural approach*. Routledge.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, *12*, 763670. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670

Emdady, M., Hajebi, M. Z., Mirzahoseini, H., & Monirpour, N. (2019). Explanation of dyadic adjustment model based on components of schema modes and coping styles in blended and normal families. *International Archives of Health Sciences*, *6*(1), 36-40. DOI: 10.4103/iahs.iahs_46_18.

Forte Camarneiro, A. P., & de Miranda Justo, J. M. R. (2022). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *40*(4), 384-398. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1814226

Garrusi, B., & Nakhaee, N. (2009). Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological reports*, *104*(2), 509-516. https://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-

Li, X., & Liu, Q. (2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. *Children and Youth Services Review*, 109, 104733. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104733

Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(4), 437-458. doi:10.1017/S1352465810000226.

Majani, A. F., Ghazali, S. R., Yoke Yong, C., Pauzi, N., Adenan, F., & Manogaran, K. (2023). Marital conflict, trauma exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among Malaysian firefighters. *Psychological reports*, *126*(4), 1605-1619. https://doi.org/10.1177/00332941221075246

Makhanova, A., McNulty, J., K., Eckel, L., Nikonova, L., Maner, J. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. Hormones and Behavior, 105: 22-27. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.007

Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, *44*, 715-751. https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6.

Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, *35*(3), 320-337. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411

Schulze, L. N., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Hertel, J., Wittfeld, K., Walk, R., ... & Grabe, H. J. (2019). The Impact of Childhood Trauma and Depressive Symptoms on Body Mass Index. *Global Psychiatry*, 2(1), 97-106. https://doi.org/10.2478/gp-2019-0008

Victor, B. G., Grogan-Kaylor, A., Ryan, J. P., Perron, B. E., & Gilbert, T. T. (2018). Domestic violence, parental substance misuse and the decision to substantiate child maltreatment. *Child abuse & neglect*, *79*, 31-41. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.030

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Boripuntakul, T. (2011). Symptom checklist-90 (SCL-90) in a Thai sample. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, *94*(9), 1141–1149. doi: 10.1186/s12888-016-1014-3.

Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.

Zerach G, Greene T, Solomon Z. (2015). Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment. *Journal of Health Psychology*; 20(2), 222-35. https://doi.org/10.1177/1359105313502563

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]