



Meta-Analysis and Comparison of the Effectiveness Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on the Components of Marital Quality of Couples

Toloue Keybolahi¹, Nahid Havassi Somar², Adis Kraskian Mujembari³, Mohsen Mansoobifar³, Arzoo TariMoradi³

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

Aim and Background: In recent years in Iran, several studies have examined the effectiveness of Dialectical Behavior therapy and Schema therapy in the field of conflict resolving and enriching the couple's relationship. The purpose of this study is to integrate the results of previous research and compare the effectiveness of these interventions on marital quality components.

Materials and Methods: For this purpose, meta-analysis was used as a statistical technique to determine, collect, combine and summarize research findings related to the effectiveness of Dialectical Behavior therapy and Schema therapy on the components of marital quality of couples. The statistical population of the study includes researches conducted in Iran in the field of mentioned psychotherapies. The statistical sample includes research conducted in this field inside Iran. For this purpose, 19 studies were selected. After reviewing 17 researches that were methodologically acceptable, they were analyzed. The research tool was a meta-analysis checklist and CMA software was used to analyze the data.

Findings: The results showed the magnitude of the combined effect of the treatments ($P < 0.01$) was equal to $r = 0.629$, which is equivalent to $z_r = 0.739$ and $g = 1.557$, and according to Cohen's interpretation table means the size of the effect is large or high. Also, the results did not show a significant difference between the effect size of Dialectical Behavior therapy and Schema therapy.

Conclusions: Based on the results of this meta-analysis, dialectical behavior therapy and schema therapy are effective in improving the marital quality components of couples.

Keywords: meta-analysis, Dialectical Behavior therapy, Schema therapy, marital quality components.

Citation: Keybolahi T, Havassi Somar N, Kraskian Mujembari A, Mansoobifar M, TariMoradi A. **Meta-Analysis and Comparison of the Effectiveness Dialectical Behavior Therapy and Schema Therapy on the Components of Marital Quality of Couples.** Res Behav Sci 2022; 20(1): 32-47.

* Nahid Havassi Somar,
Email: havassi.n2020@gmail.com

فرا تحلیل و مقایسه اثربخشی‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی

طلوع کیب الهی^۱، ناهید هواسی سومار^۲، آدیس کراسکیان موجمباری^۳، محسن منصوبی فر^۳، آرزو تاری مرادی^۳

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- ۲- نویسنده مسئول* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر در ایران پژوهش‌های متعددی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی را در حیطه حل تعارض و پربار ساختن رابطه زوجین بررسی کرده‌اند. پژوهش حاضر باهدف یکپارچه‌سازی نتایج حاصل از این پژوهش‌های پیشین و مقایسه میزان اثرگذاری این مداخلات بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: به این منظور از فرا تحلیل به‌عنوان یک فن آماری جهت تعیین، جمع‌آوری، ترکیب و خلاصه کردن یافته‌های پژوهشی مرتبط با اثربخشی‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی زوجین استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در حوزه درمان‌های یادشده است و نمونه آماری شامل پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه در داخل ایران است. به این منظور ۱۹ پژوهش انتخاب و پس از بررسی ۱۷ پژوهش که از لحاظ روش‌شناختی موردقبول بود، انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفت. ابزار پژوهش چک‌لیست فرا تحلیل بود و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار CMA استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میزان اندازه اثر ترکیبی درمان‌ها برابر با $I^2=0/۶۲۹$ که معادل $Z_r=0/۷۳۹$ و $g=۱/۵۵۷$ ($P<0/۰۱$) است و بر اساس جدول تفسیر کوهن به معنای اندازه اثر بزرگ یا بالا است. همچنین نتایج تفاوت معناداری میان اندازه اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی نشان نداد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت بر اساس نتایج این فرا تحلیل رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره درمانی بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زناشویی زوجین اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: فرا تحلیل، رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی، مؤلفه‌های کیفیت زناشویی.

ارجاع: کیب الهی طلوع، هواسی سومار ناهید، کراسکیان موجمباری آدیس، منصوبی فر، محسن، تاری مرادی آرزو. فرا تحلیل و مقایسه اثربخشی‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۳۲-۴۷.

* ناهید هواسی سومار،

رایان‌نامه: havassi.n2020@gmail.com

مقدمه

انسان در زندگی خود مقاطع و مراحل حساسی را پشت سر می‌گذارد و یکی از مراحل حساس و سرنوشت‌ساز مسئله ازدواج و تشکیل زندگی مشترک است (۱). رابطه زناشویی از عمیق‌ترین لذت‌های بشر و در عین حال یکی از بزرگ‌ترین سرچشمه‌های رنج است (۲). از نگاه کسانی که ازدواج کرده اند کیفیت زناشویی یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها برای زندگی مشترک محسوب می‌شود (۳).

در متون مربوط به زندگی زناشویی کیفیت زناشویی به‌طور گسترده تعریف شده است. برای مثال شادکامی زناشویی، تعارض زناشویی، تعهد زناشویی، حمایت اجتماعی، تعامل زناشویی، ناهماهنگی زناشویی، بخشش و خشونت خانگی به‌عنوان ابعادی از کیفیت زناشویی و گاهی به‌عنوان شاخص واحدی از آن مفهوم‌سازی شده است (۴).

بنابراین کیفیت زناشویی همانطور که انعکاسی از جنبه‌های مثبت و خوشایند ارتباط زوجی است می‌تواند بازتاب تعارضات و مشکلات زوجین نیز باشد و ابعاد مثبت، مانند حمایت و رضایت و ابعاد منفی، مانند تعارضات و احتمال جدایی زوجین را در بر بگیرد (۵). به‌عبارت‌دیگر، کیفیت زناشویی یک ارزیابی جامع و کلی از ازدواج، همراه با ابعاد مختلف آن است (۶).

در سال‌های اخیر کمک به زوج‌ها برای بهبود کیفیت زناشویی خود با استفاده از روش‌های مختلف درمان مورد توجه قرار گرفته است. رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی دو نمونه نسبتاً جدید از رویکردهایی هستند که به‌صورت نظری وارد کار با زوجین شده‌اند. اپشتاین و باکوم مطرح می‌کنند که پیشرفت‌های نظری و تجربی به درک بیشتر شناخت‌های مؤثر در رابطه زناشویی منجر شده‌اند. نوعی از شناخت‌ها که در رابطه زناشویی مهم می‌باشند، طرحواره‌ها هستند. طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر اساس مدل‌های شناختی، طرحواره‌ها در ایجاد مسائل و مشکلات بین فردی و همچنین کیفیت زناشویی افراد نقش دارند. فرض بر این است که هر یک از زوجین طرحواره‌های بنیادین درباره خود و روابط دارند که همراه خویش به روابط زناشویی می‌آورند. این طرحواره‌ها شامل فرضیاتی درباره خویشتن، همسر و رابطه زناشویی آن‌گونه که هست و آن‌گونه که باید باشد، می‌شود (۷).

در رویکرد طرحواره محور تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش‌یافته و درک نقش طرحواره‌ها در حفظ موقعیت‌های مسئله‌آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال‌سازی و عمل طرحواره‌ها است باید به زوجین کمک کنند تا نسبت به تجارب زندگی همدیگر آگاه شوند و درک کنند که چگونه این تجارب متفاوت منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های آنها شده است (۸).

دیدگاه نظری و مداخله درمانی دیگر تحت عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز به دنبال تبیین، حل تعارض‌ها و بهبود کیفیت زناشویی زوجین است. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان‌درمانی شناختی- رفتاری است که لینهان مبدع آن می‌باشد و جهت‌گیری نظری این رویکرد بر اساس سه اصل اساسی: رفتارگرایی، ذن و دیالکتیک استوار است (۹).

برعکس طرحواره درمانی، اعتقاد رفتاردرمانی دیالکتیکی در مورد روابط و تعارض بدین گونه است که زندگی لحظه‌به‌لحظه با مسئله همراه است و رشد درگرو حل مؤثر این مسائل است. بخش عمده‌ای از مشکلات به پیچیدگی‌های روابط بین فردی برمی‌گردد (۱۰). لینهان به این عقیده اشاره دارد که لازم نیست افراد جهان و حقیقت جهان را به دو بخش کاملاً سیاه‌وسفید و دو تکه کنند؛ بلکه می‌تواند سنتزی از اهداف و موضوعات متضاد برسد؛ یعنی به‌جای همسر کاملاً بد، یا کاملاً خوب، می‌تواند انسان با مجموعه‌ای از ویژگی‌های مثبت و منفی در نظر گرفته شود (۱۱).

رفتاردرمانی دیالکتیک استاندارد، پنج عملکرد: ۱ - افزایش مهارت‌های رفتاری؛ ۲ - افزایش انگیزه برای رفتارهای ماهرانه (از طریق کاهش دخالت افکار و هیجانات)؛ ۳ - اطمینان از تعمیم تغییرات به محیط طبیعی فرد؛ ۴ - ساختارمند کردن محیط درمان به‌گونه‌ای که رفتارهای کارآمد را تقویت کند؛ و ۵ - افزایش توانایی و انگیزه درمانگر برای درمان مؤثر بیماران را دنبال می‌کند (۱۲).

به‌طورکلی در سال‌های اخیر اثربخشی هر دو این درمان‌ها در حوزه کیفیت زناشویی، مطالعاتی را به خود اختصاص داده است که از جمله می‌توان به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش دلزدگی زناشویی (۱۳)، انعطاف‌پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی (۱۴)، کاهش مشکلات رفتاری خانواده‌ها و پرخاشگری (۱۵)، افزایش رضایت زناشویی (۹)، کاهش تعارض زوج‌ها (۱۶)، مهارت تنظیم هیجان زوج‌های در

درمان‌های به نسبت جدیدتر که رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی از جمله آنها به شمار می‌روند نیز صادق است. از این رو با توجه به نتایج ناهماهنگ و متفاوت مشاهده شده در ادبیات پژوهشی و دشواری موجود در ارزشیابی و مقایسه اثربخشی درمان‌ها، پژوهش حاضر بر آن است تا یافته‌های پژوهش‌های مختلف را به منظور به دست آوردن نتیجه‌ای کلی ترکیب و مقایسه نماید. فرا تحلیل روشی است که به کمک آن می‌توان تفاوت‌های موجود در تحقیقات انجام شده را استنتاج کرد؛ و فرایند ترکیب نتایج تحقیقات مختلف و متعدد و استخراج نتیجه‌های جدید و منسجم و حذف آنچه موجب سوگیری در نتایج نهایی می‌شود، به حل مشکلات و رسیدن به نتایج دقیق‌تر کمک می‌کند. همچنین با استفاده از برآیند نتایج و مشاهده پایایی و روایی آنها برآورد دقیق‌تری را به نمایش می‌گذارد و می‌توان با مطالعه اندازه اثر مطالعات گوناگون مربوط به کیفیت زناشویی، روایی و پایایی نتایج را افزایش داد. در حقیقت با به دست آوردن اندازه اثر، میزان تبیین متغیر مستقل در هر مطالعه مشخص می‌شود و به راحتی می‌توان تحقیقات مختلف را مقایسه کرد (۲۸).

بنابراین برای بررسی این موضوع که کدام‌یک از این درمان‌ها در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زناشویی (اعم از افزایش جنبه‌های مثبت و کاهش جنبه‌های منفی) از اثربخشی بیشتری برخوردار است؛ انجام یک فرا تحلیل سودمند به نظر رسیده و کمک شایانی به شفاف‌سازی مقدار واقعی تأثیر این درمان‌ها خواهد کرد. در همین راستا، مسئله پژوهش حاضر مقایسه فرا تحلیلی اثربخشی زوج‌درمانی دیالکتیکی و طرحواره محور بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی با توجه به پژوهش‌های انجام شده در ایران در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش با توجه به هدف از روش فراتحلیل استفاده شده است. در فراتحلیل اصل اساسی عبارت است از محاسبه اندازه اثر در پژوهش‌های مجزا و برگرداندن آنها به یک ماتریس مشترک و آنگاه ترکیب آنها به منظور دستیابی به میانگین تأثیر (۲۹).

در پژوهش‌های فراتحلیل گزارش و تحلیل اندازه اثر رکن اصلی پژوهش محسوب می‌شود. در این پژوهش نیز پس از

آستانه طلاق (۱۷)، بهبود ارتباط‌های بین فردی (۱۸)، کاهش خشم و پرخاشگری (۱۹) اشاره کرد.

همچنین، پژوهش‌ها اثربخشی طرحواره درمانی بر ارتقا تعهد و عزت نفس زوجین (۲۰)، کاهش دلزدگی و رشد ارتباط عاطفی مثبت در زوجین (۲۱)، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی (۲۲)، افزایش صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری (۲۳)، کاهش سرخوردگی زناشویی (۲۴)، بهبود نظام عاطفی و کاهش میل به طلاق (۲۵)، افزایش کیفیت و رضایت از زندگی (۲۶) را مورد تأیید قرار داده‌اند.

امروزه پژوهش‌ها به دنبال دستیابی به بهترین مداخله برای مسائل هستند و ضروری است که اثربخشی درمان‌های جدید سنجیده شود (۲۷)، به طور سنتی پژوهشگران در مورد تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش از طریق بررسی پیشینه پژوهش تصمیم‌گیری می‌کنند اما همان‌طور که پیداست پشتوانه پژوهشی هردوی این درمان‌ها از اثربخشی آنها حمایت می‌کند. ثانیاً برخی از پژوهش‌ها چنان گزارش شده و می‌شوند که عملاً قابلیت تعمیم‌پذیری و تکرار آنها که از ویژگی‌های پژوهش علمی است غیرممکن می‌نماید، به گونه‌ای که امکان افتراق و انتخاب را برای درمانگران و پژوهشگران تا حدودی مشکل می‌سازد. از سوی دیگر تفاوت در کاربندی‌ها، روش‌ها و ابزارها در پژوهش‌ها همواره ارزشیابی و مقایسه یافته‌ها را دشوار می‌سازد. نتایج حاصل هماهنگ و یکدست نیست و حتی گاهی نتایج متناقضی در تحقیقات حاصل می‌شود. در واقع میزان اثر هر یک از درمان‌ها را نمی‌توانیم بیابیم نکته حائز توجه آنکه بررسی پیشینه پژوهشی این درمان‌ها از اثربخشی آنها در زمینه مشکلات زوجین حمایت می‌کند این موقعیت وقتی مشکل‌تر می‌شود که با تعدد مطالعات از یکسو و نتایج بسیار متفاوت و یا حتی متناقض از سوی دیگر روبرو باشیم همانند وضعیتی که در تحقیقات روان‌شناختی و علوم رفتاری مشاهده می‌شود. در تحقیقات روان‌شناختی، تربیتی و دیگر علوم رفتاری موضوعات مهمی توسط محققان مختلف مطالعه می‌شود. میزان اطلاعاتی که بدین ترتیب درباره هر موضوع به دست می‌آید بسیار زیاد است و قابل خلاصه کردن نیست. حتی وقتی که درباره یک موضوع خاص مطالعات کمی انجام گرفته باشد به سختی می‌توان گفت که تفاوت نتایج به شانس و تصادف، نارسایی‌های روش‌شناختی یا تفاوت‌های نظام‌دار ویژگی‌های مطالعه مربوط است.

این وضعیت پیچیده و متناقض در خصوص درمان‌ها و اثربخشی آنها برافزایش کیفیت زناشویی به‌ویژه در مورد

بودند را شامل می‌شود) که به روش‌های آزمایشی، نیمه آزمایشی یا شبه آزمایشی به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی زوجین پرداخته‌اند و در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۹ گزارش و منتشر شده‌اند. از منظر روش‌شناسی (روش پژوهش، نمونه پژوهش، ابزار اندازه‌گیری، روایی و اعتبار ابزار، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری و محاسبات آماری درست) شرایط لازم را داشتند. منابع مورد جستجو شامل پایان‌نامه و رساله‌هایی که از طریق پایگاه اطلاع‌رسانی پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایران داک) قابل دسترسی بودند؛ مقالاتی که از بانک‌های الکترونیکی کشور قابل دسترسی بودند از جمله پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات ایران (مگ ایران)، پایگاه مجلات نور (نورمگز)، پرتال پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سایت مجلات دانشگاهی. تنها پژوهش‌هایی مورد استفاده قرار گرفتند که در ایران انجام شده بودند.

ملاک‌های ورود به تحلیل شامل:

داشتن شرایط لازم از نظر روش‌شناسی (روش پژوهش، نمونه پژوهش، ابزار اندازه‌گیری، روایی و اعتبار ابزار، فرضیه‌های آماری، روش تحلیل آماری و محاسبات آماری درست).

پژوهش مرتبط و به روش آزمایشی، نیمه آزمایشی یا شبه آزمایشی انجام گرفته باشد.

شاخص‌های آماری لازم برای محاسبه اندازه اثر (مانند میانگین، انحراف معیار و اندازه نمونه و ...) را گزارش کرده باشند.

پژوهش به صورت گروهی انجام گرفته باشد نه به صورت تک آزمودنی یا موردی.

پژوهش در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۹ به اتمام رسیده باشد و به صورت برخط یا به طور کامل گزارش یا منتشر شده باشند. از پژوهش‌های دانشجویی فقط پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری که به صورت آنلاین در دسترس بودند، مورد استفاده قرار گرفتند.

ملاک‌های خروج از تحلیل شامل:

پژوهش‌هایی که حداقل یکی از اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر را گزارش نکرده بودند.

پژوهش‌هایی که کفایت لازم را نداشتند یا ضعف روش‌شناختی داشتند.

محاسبه اندازه اثر توسط نرم‌افزار بزرگی آن با استفاده از جدول کوهن مورد بررسی قرار گرفته است.

اندازه‌های اثر ترکیبی ثابت و تصادفی، بر اساس شاخص کوهن تفسیر می‌شوند و در مدل اثرهای ثابت فرض می‌شود که یک اندازه اثر واقعی وجود دارد که این اندازه اثر، زیربنای همه تحلیل‌هاست و همه تفاوت‌های اندازه‌های اثر مشاهده شده در پژوهش‌های اولیه ناشی از خطای نمونه‌گیری است و در مقابل در مدل اثرهای تصادفی فرض می‌شود که اندازه اثر واقعی از پژوهشی به پژوهش دیگر در حال تغییر است که از علل اصلی این تغییر، وجود متغیرهای مداخله کننده در روابط بین متغیر مستقل و وابسته است (۳۰). در این پژوهش نیز ابتدا هر دو مدل اثرات ثابت و تصادفی محاسبه و گزارش شد و پس از بررسی همگونی/ناهمگونی اندازه اثرهای اولیه با استفاده از شاخص Q کوکران و تأیید همگونی اندازه اثرهای اولیه در تحلیل‌های مربوط به بررسی نقش متغیر تعدیل کننده (نوع درمان) از مدل اثرات ثابت استفاده شد.

کلیه تجزیه و تحلیل‌های مربوط به سنجش اندازه‌های اثر ترکیبی ثابت و تصادفی، بررسی ناهمگونی پژوهش‌ها و سوگیری انتشار با استفاده از نرم‌افزار جامع آماری فراتحلیل CMA-2 انجام شد.

ابزار پژوهش چک‌لیست فراتحلیل بود. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از یک فرم کدگذاری (چک‌لیست فراتحلیل) استفاده شد که معادل پرسشنامه یا مصاحبه در انواع دیگر پژوهش‌ها است. این ابزار با توجه به اطلاعات مورد نیاز از پژوهش‌های اولیه در دو بخش اطلاعات کتاب‌شناسی و روش‌شناسی تهیه شد. بعد کتاب‌شناسی اطلاعاتی نظیر نام پژوهشگران، عنوان پژوهش، تاریخ اجرا یا انتشار، نوع اثر و عنوان مجله و محل اجرای پژوهش را در بر گرفت. در بعد روش‌شناسی، اطلاعات مربوط به جامعه، حجم نمونه، متغیر مستقل (نوع درمان)، متغیر وابسته (مؤلفه کیفیت زناشویی مورد مطالعه)، متغیر تعدیل کننده، شاخص‌های آماری مورد نیاز و سطوح معناداری، ثبت شد.

در فراتحلیل واحد مطالعه پژوهش‌های انجام گرفته شده، هستند و هدف ترکیب این پژوهش‌ها باهم است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پژوهش‌های علمی پژوهشی معتبر، پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری (پایان‌نامه‌ها و رساله‌هایی که در سامانه اسناد و مدارک ایران قابل دسترسی

پس از بررسی اطلاعات گزارش‌ها و مقالات گردآوری‌شده از بُعد شاخص‌های آماری موردنیاز (بند سوم ملاک‌های ورود) تعداد ۲ پژوهش که اطلاعات توصیفی موردنیاز برای برآورد اندازه اثر را نداشتند از ورود به بخش تحلیل حذف‌شده و در نهایت اطلاعات آماری مربوط به ۱۷ پژوهش، شامل ۸ مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و ۹ مورد اثربخشی طرحواره درمانی، استخراج شد؛ که با توجه به تعداد متغیرهای وابسته هر پژوهش و مؤلفه‌های آنها در نهایت ۷۰ اندازه اثر (۳۲ مورد مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی و ۳۸ مورد مربوط به طرحواره درمانی) محاسبه و آزمون شد که در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

پژوهش‌هایی که بعد از تحلیل حساسیت، مقدار خطای بزرگ داشتند.

یافته‌ها

در بررسی اولیه بدون در نظر گرفتن ملاک ۳ ورود و خروج، تعداد ۱۹ پژوهش شامل ۱۰ پژوهش با موضوع اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و ۹ پژوهش با موضوع اثربخشی طرحواره درمانی گردآوری شد که خلاصه اطلاعات آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات مربوط به مرور اولیه پژوهش‌های مرتبط

ردیف	مطالعه	سال پژوهش	متغیر مستقل (درمان)	متغیر وابسته [مؤلفه‌های کیفیت زناشویی]	جامعه آماری	حجم نمونه
۱	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	رفتاردرمانی دیالکتیکی	ابعاد ارتباط زناشویی	زوجین دارای اختلال شخصیت مرزی شهر شیراز	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)
۲	بیکی و همکاران	۱۳۹۴	رفتاردرمانی دیالکتیکی	صمیمیت و تعارض زناشویی	زوجین شهر مشهد	آزمایشی: ۱۴ نفر گواه: ۱۴ نفر
۳	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	رفتاردرمانی دیالکتیکی	تعارضات زناشویی	زنان دارای تعارضات زناشویی شهر تهران	آزمایشی: ۱۴ نفر گواه: ۱۴ نفر
۴	شیخ هادی سیروی و همکاران	۱۳۹۶	رفتاردرمانی دیالکتیکی	سبک‌های مدیریت تعارض	زوجین دارای تعارض استان قم	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)
۵	فرزانه و همکاران	۱۳۹۷	رفتاردرمانی دیالکتیکی	دلزدگی زناشویی، کیفیت زناشویی، صمیمیت و باورهای ارتباطی	زوجین متقاضی طلاق شهرستان گرمی	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)
۶	تیموری و همکاران	۱۳۹۷	رفتاردرمانی دیالکتیکی	رضایت زناشویی	زوجین متعارض شهر مشهد	آزمایشی: ۶ زوج (۱۲ نفر) گواه: ۶ زوج (۱۲ نفر)
۷	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	رفتاردرمانی دیالکتیکی	انعطاف‌پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی	زوجین دارای تعارض شهرستان تنکابن	آزمایشی: ۱۰ زوج (۲۰ نفر) گواه: ۱۰ زوج (۲۰ نفر)
۸	پریسوز و همکاران	۱۳۹۸	رفتاردرمانی دیالکتیکی	تعارض زناشویی و پردازش بین فردی	زنان متأهل دارای طلاق عاطفی شهر تهران	آزمایشی: ۲۰ نفر گواه: ۲۰ نفر
۹	حبیب اله زاده و همکاران	۱۳۹۹	رفتاردرمانی دیالکتیکی	دلزدگی زناشویی	زوج‌های متقاضی طلاق شهر تهران	آزمایشی: ۸ زوج (۱۶ نفر) گواه: ۸ زوج (۱۶ نفر)
۱۰	مقامی و همکاران	۱۳۹۹	رفتاردرمانی دیالکتیکی	شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی	زنان دارای همسر معتاد در حال ترک شهر اصفهان	آزمایشی: ۱۵ نفر گواه: ۱۵ نفر
۱۱	یوسفی و همکاران	۱۳۸۹	طرحواره درمانی	رضایت زناشویی	زوجین دارای نارضایتی زناشویی شهرستان خوی	آزمایشی: ۱۰ زوج (۲۰ نفر) گواه: ۱۰ زوج (۲۰ نفر)
۱۲	رفاهی و همکاران	۱۳۹۰	طرحواره درمانی	عملکرد زوجین	زوجین دارای عملکرد پایین شهر لامرد	آزمایشی: ۸ زوج (۱۶ نفر) گواه: ۸ زوج (۱۶ نفر)
۱۳	عزیزی و مؤمنی	۱۳۹۳	طرحواره درمانی	باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی	زوجین با مشکلات زناشویی شهر کرمانشاه	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)
۱۴	اسماعیل‌زاده و پور فرج	۱۳۹۶	طرحواره درمانی	رضایت زناشویی	زنان دارای تعارضات زناشویی شهر رشت	آزمایشی: ۱۵ نفر گواه: ۱۵ نفر
۱۵	نیک‌آمال و همکاران	۱۳۹۶	طرحواره درمانی	رضایت زناشویی	زوجین دارای مشکلات زناشویی شهر تهران	آزمایشی: ۱۲ زوج (۲۴ نفر) گواه: ۱۲ زوج (۲۴ نفر)

ادامه جدول شماره ۱.

۱۶	عسگری و گودرزی	۱۳۹۷	طرحواره درمانی	دلزدگی زناشویی	زوجین در آستانه طلاق شاهین شهر و میمه	آزمایشی: ۱۸ زوج (۳۶ نفر) گواه: ۱۸ زوج (۳۶ نفر)
۱۷	مختاری و همکاران	۱۳۹۸	طرحواره درمانی	سازگاری زناشویی و حلاق عاطفی	زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر	آزمایشی: ۲۰ زوج (۴۰ نفر) گواه: ۲۰ زوج (۴۰ نفر)
۱۸	احمدی و همکاران	۱۳۹۹	طرحواره درمانی	کیفیت زندگی و رضایت زناشویی	زوجین متقاضی طلاق شهر شیراز	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)
۱۹	اعلمی و همکاران	۱۳۹۹	طرحواره درمانی	صمیمیت زوجین	زوجین متقاضی طلاق شهر مشهد	آزمایشی: ۱۵ زوج (۳۰ نفر) گواه: ۱۵ زوج (۳۰ نفر)

جدول ۲. اندازه اثر، شاخص Z و سطح معناداری

نوع درمان	مطالعه / سال پژوهش		متغیر وابسته [مؤلفه‌های کیفیت زناشویی]	اندازه اثر		شاخص Z	اندازه اثر	شاخص Z
	r	شاخص Z		شاخص	سطح معناداری			
رفتاردرمانی دلالکتیکی	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	رضایت	۰/۷۹۳	۱/۰۷۹	۱۰/۰۹۳**	۲/۵۶۸	۷/۴۱۶**
	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	تعهد	۰/۹۳۷	۱/۷۱۱	۱۷/۶۹۰**	۵/۲۸۴	۹/۶۸۶**
	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	صمیمیت	۰/۵۱۸	۰/۵۷۳	۴/۷۶۹**	۱/۱۹۴	۴/۳۰۸**
	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	اعتماد	۰/۳۶۴	۰/۳۸۱	۳/۰۵۴**	-/۷۷۰	۲/۹۱۴**
	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	شور و هیجان جنسی	۰/۶۱۱	۰/۷۱۱	۶/۱۰۷**	۱/۵۲۵	۵/۲۵۱**
	جوکار کمال‌آبادی و همکاران	۱۳۹۱	عشق	۰/۵۳۰	۰/۵۹۰	۴/۹۳۱**	۱/۲۳۴	۴/۴۲۸**
	بیکی و همکاران	۱۳۹۴	صمیمیت زناشویی	۰/۳۱۸	۰/۳۲۹	۱/۷۸۹	-/۶۵۱	۱/۷۲۷
	بیکی و همکاران	۱۳۹۴	تعارض زناشویی	۰/۳۹۷	۰/۴۲۰	۲/۳۱۴*	-/۱۸۳۹	۲/۱۸۷*
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	همکاری	۰/۰۹۴	۰/۰۹۵	۰/۵۰۲	-/۱۸۴	۰/۵۰۱
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	رابطه جنسی	۰/۱۸۴	۰/۱۸۶	۰/۹۹۲	-/۳۶۳	۰/۹۸۰
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	واکنش‌های هیجانی	۰/۶۵۱	۰/۷۷۷	۴/۶۳۴**	۱/۶۶۶	۳/۸۸۲**
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	جلب حمایت فرزندان	۰/۶۴۵	۰/۷۶۶	۴/۵۵۳**	۱/۶۳۷	۳/۸۳۲**
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	رابطه فردی با خویشاوندان خود	۰/۵۴۵	۰/۶۱۱	۳/۵۰۶**	۱/۲۶۲	۳/۱۲۶**
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	رابطه با خویشاوندان همسر	۰/۴۹۰	۰/۵۳۶	۳/۰۲۵**	۱/۰۹۲	۲/۷۶۵**
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	جدا کردن امور مالی	۰/۱۹۸	۰/۲۰۰	۱/۰۷۰	-/۳۹۲	۱/۰۵۶
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	ذهن آگاهی	۰/۶۵۳	۰/۷۸۱	۴/۶۶۱**	۱/۶۷۶	۳/۸۹۹**
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	تحمل پریشانی	۰/۱۲۶	۰/۱۲۶	۰/۶۷۱	-/۳۴۶	۰/۶۶۷
	حبیب اله و همکاران	۱۳۹۶	روابط مؤثر بین فردی	۰/۹۴۶	۱/۷۹۶	۱۲/۷۸۸**	۵/۶۸۸	۶/۳۴۲**
	شیخ هادی سیرونی و همکاران	۱۳۹۶	سبک‌های سازنده حل تعارض	۰/۴۱۵	۰/۴۴۲	۳/۵۸۰**	-/۹۰۱	۳/۳۶۴**
	شیخ هادی سیرونی و همکاران	۱۳۹۶	سبک‌های غیر سازنده حل تعارض	۰/۱۶۴	۰/۱۶۵	۱/۲۸۹	-/۳۲۸	۱/۲۷۷
رفتاردرمانی دلالکتیکی	تیموری و همکاران	۱۳۹۷	رضایت زناشویی	۰/۹۴۶	۱/۷۹۰	۱۱/۷۹۲**	۵/۶۱۹	۶/۲۳۱**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	کنترل‌پذیری - انعطاف‌پذیری	۰/۵۸۲	۰/۶۶۶	۴/۶۲۱**	۱/۴۰۴	۴/۰۴۱**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	ادراک توجیه رفتار	۰/۸۳۸	۱/۲۱۶	۹/۵۴۸**	۳/۰۱۵	۶/۵۸۴**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	ادراک گزینه‌های مختلف	۰/۷۸۶	۱/۰۶۰	۸/۰۶۱**	۲/۴۸۹	۵/۹۷۵**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	معنی‌دار بودن	۰/۷۱۵	۰/۸۹۷	۶/۵۷۱**	۲/۰۰۳	۵/۲۳۸**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	قابل‌درک بودن	۰/۳۴۱	۰/۳۵۵	۲/۳۱۳*	-/۷۱۰	۲/۲۲۰*
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	کنترل‌پذیری - حس پیوستگی	۰/۶۵۵	۰/۷۸۳	۵/۵۸۹**	۱/۶۹۸	۴/۶۷۱**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	تعاملات مثبت	۰/۹۰۹	۱/۵۲۱	۱۲/۵۵۲**	۴/۲۷۰	۷/۵۰۲**
	حسینی و همکاران	۱۳۹۸	تعاملات منفی	۰/۸۶۳	۱/۳۰۴	۱۰/۴۰۷**	۳/۳۴۴	۶/۸۸۶**
	پریسوز و همکاران	۱۳۹۸	تعارض زناشویی	۰/۸۱۵	۱/۱۴۱	۸/۸۳۱**	۲/۷۵۵	۶/۳۰۵**
	پریسوز و همکاران	۱۳۹۸	پردازش بین فردی	۰/۸۶۴	۱/۳۱۱	۱۰/۴۷۶**	۳/۳۷۱	۶/۹۰۹**
	یوسفی و همکاران	۱۳۸۹	رضایت زناشویی	۰/۷۲۸	۰/۹۲۵	۶/۸۲۳**	۲/۰۸۲	۵/۳۲۷**
طرح‌واره درمانی	رفاهی و همکاران	۱۳۹۰	عملکرد نقش	۰/۶۱۲	۰/۷۱۲	۴/۴۶۴**	۱/۵۰۷	۳/۸۲۸**
	رفاهی و همکاران	۱۳۹۰	عملکرد حل مشکل	۰/۵۶۰	۰/۶۳۳	۳/۹۰۰**	۱/۳۱۸	۳/۴۵۱**

ادامه جدول شماره ۲.							
۱/۸۵۶	۰/۶۵۸	۱/۹۲۴	۰/۳۳۱	۰/۳۲۰	عملکرد ابزار عواطف	۱۳۹۰	رفاهی و همکاران
۱۰/۴۲۰**	۸/۶۰۶	۲۳/۲۸۸**	۲/۱۷۸	۰/۹۷۵	باور به مخرب بودن مخالفت	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۵۸۵**	۱۰/۴۸۰	۲۵/۵۴۳**	۲/۳۷۱	۰/۹۸۳	توقع ذهن خوانی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۷۹۱**	۱۵/۹۸۰	۳۰/۳۱۶**	۲/۷۸۸	۰/۹۹۲	باور به عدم تغییر همسر	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۴۶۴**	۹/۰۱۸	۲۳/۸۲۵**	۲/۲۲۴	۰/۹۷۷	کمال گرایی جنسی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۴۲۱**	۸/۶۱۴	۲۳/۳۰۰**	۲/۱۷۹	۰/۹۷۵	باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۲۱۳**	۷/۱۹۰	۲۱/۲۲۲**	۲/۰۰۴	۰/۹۶۴	سازگاری زناشویی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۴/۷۹۸**	۲/۱۷۱	۶/۱۹۰**	۰/۹۶۱	۰/۷۴۵	رضایت زناشویی	۱۳۹۶	اسماعیل‌زاده و پور فرج
۷/۴۶۷**	۳/۲۷۴	۱۱/۱۷۲**	۱/۲۸۳	۰/۸۵۷	پاسخ قراردادی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۲/۱۲۵*	-/۶۱۸	۲/۱۹۲*	۰/۳۰۹	۰/۳۰۰	رضایتمندی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۰/۳۷۱	-/۱۰۵	۰/۳۷۱	۰/۰۵۴	۰/۰۵۳	مشکلات شخصی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۰/۷۴۶	-/۲۱۳	۰/۷۴۹	۰/۱۰۸	۰/۱۰۷	ارتباط زناشویی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۴/۷۶۶**	۱/۵۴۹	۵/۵۶۹**	۰/۷۳۳	۰/۶۱۹	حل تعارض	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۰/۸۳۵	-/۲۳۸	۰/۸۳۹	۰/۱۲۱	۰/۱۲۰	مدیریت مالی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۲/۵۲۳**	-/۷۴۲	۲/۶۳۷**	۰/۳۶۹	۰/۳۵۳	گذران اوقات فراغت	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۵/۸۱۲**	۲/۰۵۰	۷/۳۳۷**	۰/۹۱۱	۰/۷۲۲	روابط جنسی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۷/۲۲۸**	۳/۰۴۰	۱۰/۵۰۰**	۱/۲۲۰	۰/۸۴۰	ازدواج و بچه‌ها	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۴/۶۷۰**	۱/۵۰۸	۵/۴۲۲**	۰/۷۰۶	۰/۶۰۸	بستگان و دوستان	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۴/۵۵۳**	۱/۴۶۰	۵/۲۴۸**	۰/۶۸۷	۰/۵۹۶	برابری جنسیتی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۲/۴۰۹*	-/۷۰۶	۲/۵۰۷*	۰/۳۵۱	۰/۳۳۸	جهت‌گیری عقیدتی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۵/۲۷۵**	۱/۳۶۹	۵/۹۸۹**	۰/۶۴۶	۰/۵۶۹	دلزدگی جسمی	۱۳۹۷	عسگری و گودرزی
۸/۸۸۲**	۳/۰۸۰	۱۲/۹۴۱**	۱/۲۲۶	۰/۸۴۱	دلزدگی عاطفی	۱۳۹۷	عسگری و گودرزی
۴/۰۴۱**	۱/۴۰۴	۴/۶۲۱**	۰/۶۶۶	۰/۵۸۲	کنترل‌پذیری - انعطاف‌پذیری	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۶/۵۸۴**	۳/۰۱۵	۹/۵۴۸**	۱/۳۱۶	۰/۸۳۸	ادراک توجیه رفتار	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۵/۹۷۵**	۲/۴۸۹	۸/۰۶۱**	۱/۰۶۰	۰/۷۸۶	ادراک گزینه‌های مختلف	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۵/۲۳۸**	۲/۰۰۳	۶/۵۷۱**	۰/۸۹۷	۰/۷۱۵	معنی‌دار بودن	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۲/۲۲۰*	-/۷۱۰	۲/۳۱۳*	۰/۳۵۵	۰/۳۴۱	قابل‌درک بودن	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۴/۶۷۱**	۱/۶۹۸	۵/۵۸۹**	۰/۷۸۳	۰/۶۵۵	کنترل‌پذیری - حس پیوستگی	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۷/۵۰۲**	۴/۲۷۰	۱۲/۵۵۲**	۱/۵۲۱	۰/۹۰۹	تعاملات مثبت	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۶/۸۸۶**	۳/۳۴۴	۱۰/۴۰۷**	۱/۳۰۴	۰/۸۶۳	تعاملات منفی	۱۳۹۸	حسینی و همکاران
۶/۳۰۵**	۲/۷۵۵	۸/۸۳۱**	۱/۱۴۱	۰/۸۱۵	تعارض زناشویی	۱۳۹۸	پریسوز و همکاران
۶/۹۰۹**	۳/۳۷۱	۱۰/۴۷۶**	۱/۳۱۱	۰/۸۶۴	پردازش بین فردی	۱۳۹۸	پریسوز و همکاران
۳/۳۶۶**	۱/۲۷۹	۳/۷۸۱**	۰/۶۱۶	۰/۵۴۸	دلزدگی زناشویی	۱۳۹۹	حبیب اله زاده و همکاران
۵/۳۷۲**	۲/۰۸۲	۶/۸۲۳**	۰/۹۲۵	۰/۷۲۸	رضایت زناشویی	۱۳۸۹	یوسفی و همکاران
۳/۸۳۸**	۱/۵۰۷	۴/۴۶۴**	۰/۷۱۲	۰/۶۱۲	عملکرد نقش	۱۳۹۰	رفاهی و همکاران
۳/۴۵۱**	۱/۳۱۸	۳/۹۰۰**	۰/۶۳۳	۰/۵۶۰	عملکرد حل مشکل	۱۳۹۰	رفاهی و همکاران
۱/۸۵۶	۰/۶۵۸	۱/۹۲۴	۰/۳۳۱	۰/۳۲۰	عملکرد ابزار عواطف	۱۳۹۰	رفاهی و همکاران
۱۰/۴۲۰**	۸/۶۰۶	۲۳/۲۸۸**	۲/۱۷۸	۰/۹۷۵	باور به مخرب بودن مخالفت	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۵۸۵**	۱۰/۴۸۰	۲۵/۵۴۳**	۲/۳۷۱	۰/۹۸۳	توقع ذهن خوانی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۷۹۱**	۱۵/۹۸۰	۳۰/۳۱۶**	۲/۷۸۸	۰/۹۹۲	باور به عدم تغییر همسر	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۴۶۴**	۹/۰۱۸	۲۳/۸۲۵**	۲/۲۲۴	۰/۹۷۷	کمال گرایی جنسی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۴۲۱**	۸/۶۱۴	۲۳/۳۰۰**	۲/۱۷۹	۰/۹۷۵	باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۱۰/۲۱۳**	۷/۱۹۰	۲۱/۲۲۲**	۲/۰۰۴	۰/۹۶۴	سازگاری زناشویی	۱۳۹۳	عزیزی و مؤمنی
۴/۷۹۸**	۲/۱۷۱	۶/۱۹۰**	۰/۹۶۱	۰/۷۴۵	رضایت زناشویی	۱۳۹۶	اسماعیل‌زاده و پور فرج
۷/۴۶۷**	۳/۲۷۴	۱۱/۱۷۲**	۱/۲۸۳	۰/۸۵۷	پاسخ قراردادی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۲/۱۲۵*	-/۶۱۸	۲/۱۹۲*	۰/۳۰۹	۰/۳۰۰	رضایتمندی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران
۰/۳۷۱	-/۱۰۵	۰/۳۷۱	۰/۰۵۴	۰/۰۵۳	مشکلات شخصی	۱۳۹۶	نیک آمال و همکاران

طرح‌واره درمانی

رفتار درمانی دلبستگی

طرح‌واره درمانی

ادامه جدول شماره ۲.							
۰/۷۴۶	۰/۲۱۳	۰/۷۴۹	۰/۱۰۸	۰/۱۰۷	ارتباط زناشویی	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۴/۷۶۶**	۱/۵۴۹	۵/۵۶۹**	۰/۷۲۳	۰/۶۱۹	حل تعارض	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۰/۸۳۵	۰/۲۳۸	۰/۸۳۹	۰/۱۲۱	۰/۱۲۰	مدیریت مالی	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۲/۵۲۳**	۰/۷۴۲	۲/۶۳۷**	۰/۳۶۹	۰/۳۵۲	گذران اوقات فراغت	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۵/۸۱۲**	۲/۰۵۰	۷/۳۳۷**	۰/۹۱۱	۰/۷۲۲	روابط جنسی	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۷/۲۲۸**	۳/۰۴۰	۱۰/۵۰۰**	۱/۲۲۰	۰/۸۴۰	ازدواج و بچه‌ها	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۴/۶۷۰**	۱/۵۰۸	۵/۴۲۲**	۰/۷۰۶	۰/۶۰۸	بستگان و دوستان	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۴/۵۵۳**	۱/۴۶۰	۵/۲۴۸**	۰/۶۸۷	۰/۵۹۶	برابری جنسیتی	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۲/۴۰۹*	۰/۷۰۶	۲/۵۰۷*	۰/۳۵۱	۰/۳۳۸	جهت‌گیری عقیدتی	۱۳۹۶	نیک آمل و همکاران
۵/۲۷۵**	۱/۳۶۹	۵/۹۸۹**	۰/۶۴۶	۰/۵۶۹	دلزدگی جسمی	۱۳۹۷	عسگری و گودزی
۸/۸۸۲**	۳/۰۸۰	۱۲/۹۴۱**	۱/۲۲۶	۰/۸۴۱	دلزدگی عاطفی	۱۳۹۷	عسگری و گودزی
۵/۶۵۵**	۱/۴۹۵	۶/۵۴۴**	۰/۶۹۸	۰/۶۰۳	دلزدگی روانی	۱۳۹۷	عسگری و گودزی
۹/۲۴۳**	۲/۹۹۸	۱۳/۳۲۰**	۱/۲۰۲	۰/۸۳۴	سازگاری زناشویی	۱۳۹۸	محنایی و همکاران
۶/۹۶۰**	۱/۸۴۶	۸/۴۹۸**	۰/۸۳۲	۰/۶۸۲	طلاق عاطفی	۱۳۹۸	محنایی و همکاران
۹/۲۴۳**	۴/۳۸۹	۱۵/۶۰۰**	۱/۵۳۹	۰/۹۱۲	رضایت زناشویی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۰/۷۲۵	۰/۱۸۵	۰/۷۲۷	۰/۰۹۴	۰/۰۹۳	عملکرد جسمی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۰/۱۰۶	۰/۰۲۷	۰/۱۰۶	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	مشکلات جسمی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۰/۱۵۰	۰/۰۳۸	۰/۱۵۰	۰/۰۱۹	۰/۰۱۹	درد جسمی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۶/۲۸۳**	۱/۹۵۵	۷/۸۰۸**	۰/۸۷۴	۰/۷۰۴	سلامت عمومی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۷/۴۵۸**	۲/۵۹۵	۱۰/۱۸۸**	۱/۰۸۷	۰/۷۹۶	نشاط	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۷/۲۲۶**	۲/۴۵۰	۹/۶۶۹**	۱/۰۴۲	۰/۷۷۹	عملکرد اجتماعی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۶/۹۴۶**	۲/۲۸۹	۹/۰۷۸**	۰/۹۹۰	۰/۷۵۷	مشکلات روحی	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۳/۱۹۰**	۰/۸۵۰	۳/۳۷۳**	۰/۴۱۸	۰/۳۹۵	سلامت روان	۱۳۹۹	احمدی و همکاران
۷/۷۱۰**	۲/۷۶۶	۱۰/۷۸۵**	۱/۱۳۹	۰/۸۱۴	صمیمیت زوجین	۱۳۹۹	اعلمی و همکاران
۵/۶۵۵**	۱/۴۹۵	۶/۵۴۴**	۰/۶۹۸	۰/۶۰۳	دلزدگی روانی	۱۳۹۷	عسگری و گودزی

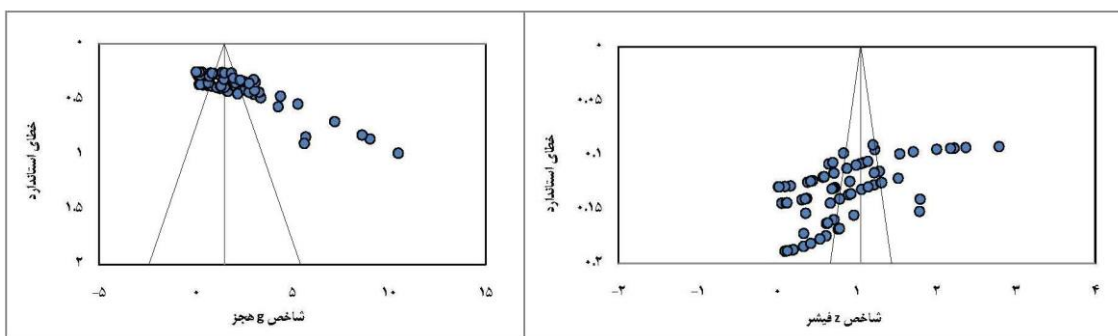
* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

اندازه اثر دارای سوگیری انتشار از فرایند تحلیل خارج شدند که در جدول شماره ۲ به صورت خاکستری مشخص شده‌اند. برای بررسی پیش فرض عدم سوگیری انتشار اندازه اثرها از نمودار قیفی Funnel Plot استفاده شده است. در نمودار قیفی محور افقی نشان‌دهنده مقادیر اندازه اثر و محور عمودی نشان‌دهنده خطای استاندارد است. با مشاهده نمودار قیفی سوگیری انتشار یا به عبارت دیگر اندازه اثرهایی که نمودار را از تقارن خارج کرده‌اند و مقادیر غیرمتعارف بزرگ یا کوچک دارند قابل تشخیص است. با بررسی این نکته و حذف تدریجی مقادیر پرت در نهایت ۲۴ اندازه اثر که نمودار متقارن را تشکیل می‌دهند برای تحلیل‌های بعدی و پاسخ به سؤالات پژوهشی در نظر گرفته شدند. همچنین شاخص امن از تخریب Fail-Safe N محاسبه شده نشان‌دهنده این است که پس از ورود ۴۴۱۳ اندازه اثر غیر معنادار برای شاخص فیشر و همبستگی و ۳۱۴۰ اندازه اثر غیر معنادار برای شاخص هجز به فراتحلیل اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده غیر معنادار خواهد شد.

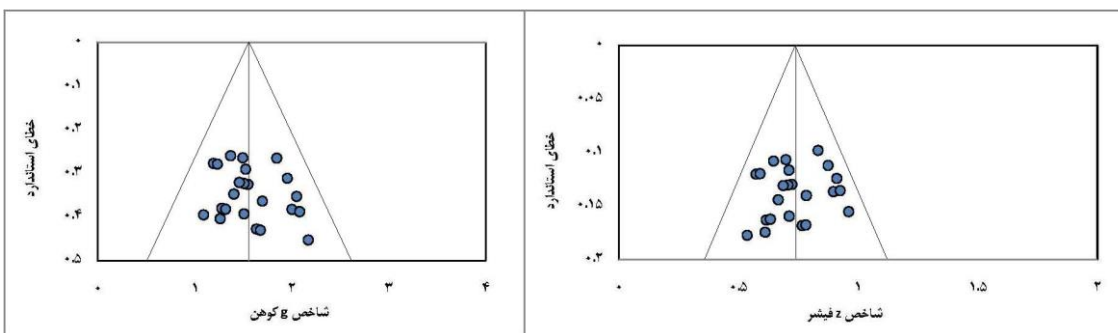
مجموعه شاخص‌های اندازه اثر در دو خانواده d و r گزارش می‌شوند. روزنتال به نقل از دلاور (۳۱) بعد از تجزیه و تحلیل تعداد قابل توجهی پژوهش استفاده از r را به سایر شاخص‌ها ترجیح می‌دهد و توصیه می‌کند هر شاخص اندازه اثر قبل از تلفیق یا مقایسه به r تبدیل شود. گلاس به نقل از دلاور (۳۱) برای مطالعاتی که موقعیت‌های آزمایشی و گواه را مقایسه می‌کنند، شاخص‌های تفاوت‌های استاندارد شده بین میانگین دو گروه را به عنوان شاخص اندازه اثر پیشنهاد می‌کند. با در نظر گرفتن اشاره‌های فوق و همچنین موارد مشابهی که توسط نظریه پردازان و پژوهشگران این حوزه انجام شده است در پژوهش حاضر شاخص اندازه اثر در هر دو خانواده d و r گزارش شده است. در گروه همبستگی شاخص Z فیشر و در گروه تفاوت شاخص g هجز محاسبه، آزمون و گزارش شده است. بر اساس جدول شمار ۲ تعداد ۵۳ اندازه اثر در سطح ۹۹ درصد و چهار اندازه اثر در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند و ۱۳ اندازه اثر معنادار نیست. در ادامه با توجه به تحلیل حساسیت ۴۶

داده شده است.

نمودار کیفی قبل و بعد از تحلیل حساسیت بر اساس دو شاخص فیشر و هجز در شکل‌های شماره ۱ و ۲ نمایش



شکل ۱. نمودار کیفی سوگیری انتشار پیش از تحلیل حساسیت



شکل ۲. نمودار کیفی سوگیری انتشار پس از تحلیل حساسیت

زوجین چقدر است؟

نخستین پرسش این پژوهش این است که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی

جدول ۳. اندازه اثر ترکیبی مدل ثابت و تصادفی مربوط به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زناشویی زوجین

شاخص Z	فاصله اطمینان ۹۵ درصد		خطای استاندارد	اندازه اثر ترکیبی	تعداد اندازه اثر	مدل	شاخص اندازه اثر
	حد بالا	حد پایین					
۲۷/۱۲۸ **	۰/۶۶۰	۰/۵۹۵	-----	۰/۶۲۹	۲۴	ثابت	r
۲۷/۱۲۸ **	۰/۶۶۰	۰/۵۹۵	-----	۰/۶۲۹	۲۴	تصادفی	
۲۷/۱۲۸ **	۰/۷۹۳	۰/۶۸۶	۰/۰۲۷	۰/۷۳۹	۲۴	ثابت	Z فیشر
۲۷/۱۲۸ **	۰/۷۹۳	۰/۶۸۶	۰/۰۲۷	۰/۷۳۹	۲۴	تصادفی	
۲۲/۶۵۷ **	۱/۶۹۲	۱/۴۲۳	۰/۰۶۹	۱/۵۵۷	۲۴	ثابت	g هجز
۲۲/۶۵۷ **	۱/۶۹۲	۱/۴۲۳	۰/۰۶۹	۱/۵۵۷	۲۴	تصادفی	

** $P < 0.01$

گزارش شده از نظر آماری معنادار هستند ($P < 0.01$). برای اینکه مدل نهایی فراتحلیل حاضر مشخص شود بایستی تحلیل ناهمگنی برای اطمینان از وجود متغیرهای تعدیل کننده انجام

در جدول ۳ اندازه‌های اثر ترکیبی بر اساس دو مدل ثابت و تصادفی برای ۲۴ اندازه اثر ارائه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود اندازه اثرهای ترکیبی برای هر دو مدل و هر دو شاخص

نشان دهنده عدم تفاوت معنادار بین اندازه اثرهاست؛ بنابراین مدل ثابت به عنوان مدل فراتحلیل انتخاب شد و اندازه اثر ترکیبی برای شاخص همبستگی $0/629$ ، برای شاخص فیشر $0/739$ و برای شاخص هجز $1/557$ در نظر گرفته شد.

در ادامه به نقش نوع درمان بر اندازه اثرهای ترکیبی پرداخته شده است. با توجه به همگنی اندازه اثرها در تحلیل بعدی فقط نتایج مربوط به مدل ثابت در جدول ۴ گزارش شده است.

شود. در صورت وجود ناهمگنی در اندازه اثرها مدل تصادفی انتخاب شده و فرض می شود که در جامعه آماری ماهیت بین متغیرهای مستقل و وابسته تحت تأثیر متغیرهای تعدیل کننده تغییر می یابد.

برای بررسی همگنی/ ناهمگنی اندازه اثرها از شاخص Q کوکران و مجذور I استفاده شده است. نتایج برای شاخص رابطه $Q=17/554, df=23, I^2=0/001, P=0/781$ و برای شاخص تفصیلات $Q=16/962, df=23, I^2=0/001, P=0/811$

جدول ۴. اندازه اثر ترکیبی مدل ثابت مربوط به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر مؤلفه های کیفیت زناشویی زوجین

شاخص اندازه اثر	نوع درمان	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	خطای استاندارد		شاخص Z
				حد پایین	حد بالا	
r	DBT	۱۲	۰/۵۹۸	-----	-----	۱۶/۵۳۵**
	ST	۱۲	۰/۶۵۰	-----	-----	۲۱/۵۶۳**
فیشر Z	DBT	۱۲	۰/۶۹۰	۰/۰۴۲	۰/۶۰۸	۱۶/۵۳۵**
	ST	۱۲	۰/۷۷۶	۰/۰۳۶	۰/۷۰۵	۲۱/۵۶۳**
هجز g	DBT	۱۲	۱/۴۳۸	۰/۱۰۲	۱/۲۳۸	۱۴/۱۰۵**
	ST	۱۲	۱/۶۵۷	۰/۰۹۳	۱/۴۷۵	۱۷/۸۰۱**

** $P < 0/01$

یافته های حاصل از این فراتحلیل مبنی بر اثربخشی مداخلات روانشناختی با یافته های برخی فراتحلیل های پیشین در مورد اثربخشی درمان های روان شناختی در حوزه مسائل زوجین، از جمله فراتحلیل های صورت گرفته توسط شادیش و بالدوین (۳۲) در خصوص اثربخشی بالا برای انواع زوج درمانی، نتایج پژوهش دانوشوبل (۳۳) که بیانگر کارایی درمان های شناختی رفتاری در حیطه مسائل زوجین با اندازه اثر گزارش شده $0/54$ و یافته های شریعت، عابدی، قمرانی و شریفی (۳۴) که میزان اثربخشی زوج درمانی را بر رضایت زناشویی بررسی و اندازه اثر $0/62$ را گزارش نموده اند و همچنین یافته های عابدی، مسیبی و عرضی (۳۵) با اندازه اثر ترکیبی $0/71$ برای مداخلات شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی همسویی دارد.

یافته های پژوهش حاضر همچنین با نتایج فراتحلیل محمدیاری و حسینیان (۳۶) که اثربخشی درمان راه حل محور را بر کیفیت روابط زوجی، صمیمیت، سازگاری و کاهش تعارض بررسی کرده و اثربخشی $0/59$ درصدی را گزارش کرده اند و نتایج فراتحلیل کمالی، دهقانی فیروزآبادی و قاسمی (۳۷) مبنی بر اثربخشی $0/63$ درصدی مداخلات روان شناسی مشاوره ای برافزایش رضایت زناشویی، نیز همسو است؛ اما با نتایج

مقایسه اندازه اثرهای ترکیبی رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی با استفاده از مقدار Q کوکران؛ برای شاخص رابطه $Q=2/429, df=1, P=0/119$ و شاخص تفاوت $Q=2/526, df=1, P=0/112$ بیانگر عدم تفاوت معنادار است. به عبارت دیگر اندازه اثرهای ترکیبی در هر دو درمان از نظر آماری در یک سطح می باشند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور یکپارچه سازی و جمع بندی یافته های پیشین در زمینه تعیین اندازه اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر بهبود مؤلفه های کیفیت زناشویی و مقایسه میزان اثربخشی درمان های یاد شده از روش فراتحلیل استفاده نموده است.

نتایج حاصل از این فراتحلیل بیانگر آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی به طور معناداری در بهبود مؤلفه های کیفیت زناشویی مؤثرند و طبق معیار کوهن ۱۹۸۶ از اندازه اثرهای بالایی برخوردارند. اما از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی این دو درمان مشاهده نشد.

دهند و آن را در محیط واقعی زندگی به اجرا درآورند. افزایش انگیزش زوجین، اطمینان از تعمیم درمان به محیط‌های واقعی و کمک به کاربرد این مهارت‌ها در محیط‌های گوناگون، دادن ساختار به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و همچنین افزایش توانمندی‌ها و انگیزش درمانگر از طریق فراهم آوردن امکان افزایش مهارت‌ها و انگیزش خود درمانگر مسیر جدیدی را در درمان مشکلات و ناسازگاری‌های زوجین و افزایش کیفیت ارتباط بین آنها فراهم می‌آورد (۱۴).

در تبیین چرایی اثربخشی طرحواره درمانی نیز می‌توان گفت که رویکرد طرحواره درمانی یک مدل چندبعدی است و در واقع التقاطی از رویکردهای شناختی - رفتاری، پوششی، دیدگاهی جامع به روابط بین فردی انسان به‌ویژه کیفیت زناشویی دارد (۴۹) زوج‌درمانی طرحواره محور تأثیر تفاوت‌های فردی و عوامل بین فردی که باکیفیت زناشویی مرتبطان را موردتوجه قرار می‌دهد (۷) و با ایجاد فرصتی برای درک نقش و اهمیت طرحواره‌ها در روابط زوجین به ایجاد بینش نسبت به نقش رفتارهای زوجین در روابطشان می‌پردازد؛ و با تمرکز بر اهمیت آگاهی و بینش نسبت به نقش طرحواره‌ها در موقعیت‌های مشکل‌آفرین کنونی و افزایش درک و فهم زوجین نسبت به این نکته که آنها از محیط‌های خانوادگی متفاوتی آمده‌اند (۵۰) و کمک به تعدیل فعال شدن و عملکرد این طرحواره‌ها به بهبود رفتار آگاهانه و اتخاذ سبک‌های مقابله کارآمد در روابط، به زوجین کمک می‌نماید تا به سطح بالاتری از کیفیت در زندگی زناشویی خویش، دست یابند (۲۲). در واقع می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای کمک مؤثری به کاهش مشکلات و مسائل زوجین و بهبود کیفیت زناشویی آنها می‌کند.

در تبیین عدم تفاوت معنادار میان دو درمان می‌توان به وجود عوامل زیربنایی مشترک و هم‌خانواده بودن درمان‌ها اشاره نمود. رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی هر دو از خانواده نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری محسوب می‌شوند و دارای اشتراک در مبانی نظری و تکنیک‌ها هستند که از آن جمله می‌توان به بیان دقیق هیجانات، اعتباربخشی به افکار، احساسات و تجارب خود و همسر، تمرکز بر رفع آشفتگی‌های هیجانی زوجین، روشن‌سازی تأثیر برخی موقیبت‌های خاص بر واکنش‌های زوجین و بررسی چرخه‌های تعاملی، افزایش بینش و آگاهی، برقراری توازن میان تغییر و پذیرش، مهارت‌آموزی رفتاری و همچنین برخی تکنیک‌های شناختی مانند شناسایی

فراتحلیل بوستانی پور و همکاران (۳۸) که با تحلیل ۱۰ پژوهش میانگین اندازه اثر ۰/۱۷ را برای زوج‌درمانی‌های شناختی رفتاری گزارش نموده‌اند مغایرت دارد که ممکن است این مغایرت به دلیل عواملی همچون تفاوت نرم‌افزار محاسباتی، تفاوت دوره زمانی اجرای درمان‌ها، یا سایر موارد ناشناخته باشد.

همچنین یافته‌های این فراتحلیل با پژوهش‌های فروزتی و لوونسکی (۳۹)، ووذبیری و پاپنون (۴۰)، ویلکس، کورسلند، هارند و لینهان (۱۸)، تیموری، غفاریان و یزدان پناه (۹)، سیروئی، مدنی و غلامعلی لواسانی (۱۶)، عرب زاده، سودانی و شهبازی (۴۱)، پریسوز، نجازیان و محمدی (۴۲)، حسنی، غفاری، ابوالحسنى و تکلوی (۱۴)، حبیب‌ازاده، شفیع‌آبادی و قمری (۱۳) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و همچنین نتایج پژوهش‌های ماسلی و همکاران (۴۳) مک‌کی، لیو و اسکین (۴۴) عسگری و گودرزی (۴۵)، اعلمی، تیموری، آهی و بیاضی (۴۶)، نیک‌آمال، صالحی و برماس (۴۷)، یوسفی، عابدین، تیرگری و فتح‌آبادی (۴۸)، احمدی، مردپور و محمودی (۲۲)، مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش مشکلات زوجین و بهبود مؤلفه‌های کیفیت زناشویی، همسو است.

در تبیین چرایی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زناشویی یا به عبارت بهتر برآیند کلی رابطه زوجین می‌توان به مکانیسم عمل این درمان و چگونگی اثرگذاری آن بر مسائل و مشکلات و همچنین جنبه‌های مثبت ارتباط زوجین اشاره کرد. رفتاردرمانی دیالکتیکی در تمام مراحل سعی دارد تا دو قطب مختلف یک عمل را به زوج‌ها در فرآیند شکل‌گیری روابط آشکار کند که چگونه یک هیجان، فکر و یا رفتار، می‌تواند به بهتر شدن یک رابطه یا تخریب آن منجر شود. دیالکتیک، این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به زوج‌ها نشان می‌دهد و از طریق آموزش ذهن آگاهی، مهارت‌های کنترل هیجانی، مهارت‌های ارتباط بین فردی و تحمل‌پریشانی‌ها به آنها کمک می‌کند تا تعارض‌هایشان را مدیریت کرده و با شناخت بهتر یکدیگر، صمیمیت بین فردی‌شان را افزایش دهند (۱۳).

همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تکیه بر بنیادهای مبتنی بر یادگیری رفتار، لزوم به‌کارگیری آموخته‌ها و تعمیم مهارت‌های خاص باعث جلوگیری از چرخه معیوب رفتاری زوجین شده و از تجربه‌های هیجانی و آزارنده آنها می‌کاهد و با تغییر رفتار زوجین که حتی بدون ارتباط با میزان غیر انطباقی بودن آنها تقویت شده، باعث می‌شود تا آنها مهارت‌های رفتاری جدیدی را برای خود برگزینند، تحمل ناکامی خود را افزایش

در این پژوهش نیز این مشکل نسبتاً مشهود بود. لذا باید در نظر داشت که لازمه صورت گرفتن فراتحلیل های دقیق تر، وجود تحقیقات بیشتر و دقیق تر در زمینه مورد پژوهش است بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهشگران با افزایش پژوهش های دقیق در حوزه یاد شده امکان انجام پژوهش های فراتحلیل با دقت بیشتر را فراهم آورند. همچنین پیشنهاد می شود تا پژوهشگران یافته ها و نتایج ضروری را گزارش کنند تا بررسی سایر متغیرها مانند روش های انفرادی یا گروهی اجرای درمان و میزان مهارت درمانگران، جنسیت و سن آزمودنی ها، سن ازدواج و سایر متغیرهای حائز اهمیت، امکان پذیر شود.

مفروضه ها و افکار خودآیند، جستجوی شواهد، چالش با باورهای مرکزی و تولید و تفسیرهای جایگزین که در هر دو درمان مورد استفاده قرار می گیرند، اشاره نمود. تأکید این دو شیوه درمان بر فرایندهای زوجی صمیمیت، اعتماد، رضایت مندی و سایر مؤلفه های حائز اهمیت در روابط زوجین در نهایت منجر به بهبود کیفیت زناشویی می گردد. همانند سایر پژوهش ها محدودیت هایی بر فراتحلیل حاضر تأثیرگذار بوده است. یکی از شایع ترین محدودیت ها تعداد کم پژوهش های دارای ملاک های ورود منتشر شده در حوزه مورد مطالعه است.

References

1. Cury M, Berberian A, Scarpato BS, Kerr-Gaffney J, Santos FH, Claudino AM. Scrutinizing domains of executive function in binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front psychiatry*. 2020;11:288.
2. Hilbert A. Binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):33-43.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Schaefer LM, Smith KE, Anderson LM, Cao L, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Peterson CB, Wonderlich SA. The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study. *J Abnorm Psychol*. 2020;129(4):387-96.
5. Izydorczyk B, Mazur K. Characteristics of aggressive behaviour in females suffering from psychogenic binge eating disorder. *Arch Psychiatry Psychother*. 2012;14:15-24.
6. Mason TB, Lewis RJ. Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African-American college women. *Eat Weight Disord*. 2016;22(4):693-8.
7. Gordon KH, Holm-Denoma JM, Troop-Gordon W, Sand E. Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*. 2012;9(3):352-7.
8. Wang SB, Lydecker JA, Grilo CM. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(2):98-103.
9. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *J Psychosom Res*. 2003;54(6):559-66.
10. Waller G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(1):118-24.
11. Kehtari Harzangh L, Heshmati R, Poursharifi H. Comparison of impulsivity and experiential avoidance in obese individuals with and without binge eating disorder. *IJPCP*. 2019;25(1):84-95.
12. Wakeford G, Kannis-Dyand L, Statham D. Anger rumination, binge eating, and at-risk alcohol use in a university sample. *Aust J Psychol*. 2017;70(3):269-76.
13. Baron R, Richardson D. *Human aggression*. New York: Plenum Press; 1994.
14. Denson TF, Pedersen WC, Friese M, Hahm A, Roberts L. Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. *Pers Soc Psychol Bull*. 2011;37(6):850-62.
15. Mirza Mohammad Alaeini E, Alipur A, Norbala AA, Agah Heris M. Effectiveness of emotional eating intervention on modifying emotional eating and weight management in obese and overweight women. *Health Psychology*. 2013;2(7):21-31. [In persian].

16. Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Pers Individ Diff*. 2001;31:689-700.
17. Peterson CB, Engel SG, Crosby RD, Strauman T, Smith TL, Klein M, Crow SJ, Mitchell JE, Erickson A, Cao L, Bjorlie K, Wonderlich SA. Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2020;53(9):1418-27.
18. Ghaderi A, Odeberg J, Gustafsson S, Råstam M, Brolund A, Pettersson A, Parling T. Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *Peer J*. 2018;6:e5113.
19. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017;78:20-4.
20. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Munoz MR, Keck PE. Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS Spectr*. 2015;20(6):546-56.
21. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, Schmidt R. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(1):91-105.
22. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 2015;39:30-41.
23. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2010;1:182.
24. McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD, Frampton CMA, McKenzie JM, Latner JD, Joyce PR. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res*. 2016;240:412-420.
25. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *J Eat Disord*. 2018;6:1.
26. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother*. 2017;90(3):456-79.
27. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cogn Behav Ther*. 2012;41(3):185-202.
28. Sharifi M, Etemadi O. The effect of group schema therapy on eating disorder, beliefs and shame in girl adolescents with anorexia nervosa in Isfahan. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013;77(27):81-98. [In persian].
29. Mahmoudian Dastnaji T, Amiri Sh, Neshatdoost H, Manshaee Gh. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa aged 16-23 considering parental bonding. *Contemporary Psychology*. 2017;12(1):38-52. [In persian].
30. Rasouli Saravi S, Hassani F, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Sepahmansour M. Effectiveness of group schema therapy on eating attitude and self-regulation in overweight adolescent females with binge eating disorder. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*. 2020;7(1):20-8.
31. Pourjaberi B, DashtBozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. *Community Health*; 2019;31(39):1-10.
32. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
33. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992;63(3):452-9.
34. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. *IJPCP*. 2008;13(4):359-65.
35. Alimohammadi Maki M, Mansouri A. (Unpublished). The mediating role of anger rumination and hostile attribution bias in the relationship between borderline personality symptoms and aggression. *Clinical Psychology & Personality*. [In Persian].

36. Mohammad Hasani S, Askary P, Heidari A, Ehtesham Zadeh P. The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. JNMS. 2020;7(3):146-52.
37. Yazdani M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Dasht Bozorgi Z. Efficacy of group schema therapy on difficulty in emotion regulation and aggression in adolescent girls. Psychological Studies. 2021;16(4):59-76.
38. Goli R, Hedayat S, Dehghan F, Hosseini-Shorabe M. The effect of group schema therapy on psychological well-being and aggression in university students. JHC. 2016;18(3):258-75. [In Persian].

پیوست

اطلاعات کتاب‌شناسی پژوهش‌های مورد بررسی

ردیف	پژوهشگران	سال انتشار	عنوان	محل انتشار	نوع انتشار	محل اجرا
۱	جوکار کمال آبادی، مهناز؛ اعتمادی، عذرا؛ احمدی، سید احمد؛ بهرامی؛ فاطمه؛ فاتحی زاده، مریم؛ و فیروز آبادی، علی	۱۳۹۱	مقایسه تاثیر زوج درمانی رفتاری- جدلی و زوج درمانی هیجان مدار بر کیفیت ابعاد ارتباط زناشویی، سلامت روان، و نشانه های اختلال شخصیت مرزی در زوجین دارای اختلال شخصیت مرزی در شهر شیراز	دانشگاه اصفهان	پایان نامه دکتری تخصصی	شیراز
۲	بیگی، ندا؛ مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ و اسدزاده، حسن	۱۳۹۴	اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش صمیمیت و کاهش تعارض زوجین	دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود	پایان نامه کارشناسی ارشد	مشهد
۳	حبیب اله، نوشین؛ فرح بیجاری، اعظم؛ و خسروی، زهره	۱۳۹۶	اثربخشی مهارت آموزی گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی (ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، روابط موثر بین فردی) بر تعارضات زناشویی	دانشگاه الزهرا	پایان نامه کارشناسی ارشد	تهران
۴	شیخ هادی سیروئی، رحمان؛ مدنی، یاسر؛ غلامعلی لوانسانی، مسعود	۱۳۹۶	اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر سبک های مدیریت تعارض زوجین پرتعارض	مجله سلامت جامعه	مقاله علمی پژوهشی	قم
۵	فرزانه، عسگر؛ رضایی شریف، علی؛ فروزنده، سبحان علی؛ و پوراسمعی، اصغر	۱۳۹۷	مقایسه اثربخشی رویکرد زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی بر دلزدگی زناشویی، کیفیت زناشویی، صمیمیت و باورهای ارتباطی در زوجین متقاضی طلاق	دانشگاه محقق اردبیلی	پایان نامه کارشناسی ارشد	گرمی
۶	تیموری، سعید؛ غفاریان، گلناز؛ و یزدان پناه، فرشته	۱۳۹۷	اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی تعارض زوجینی	نشریه پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره	مقاله علمی پژوهشی	مشهد
۷	حسینی، معصومه؛ غفاری، عذرا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و تکلوی، سمیه	۱۳۹۸	بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر انعطاف پذیری شناختی، حس پیوستگی و تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق	فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی	مقاله علمی پژوهشی	تنکابن
۸	پریسوز، اعظم؛ نجارپوریان، سمانه؛ و محمدی کوروش	۱۳۹۸	اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تعارض زناشویی و پردازش بین فردی زنان متاهل دارای طلاق عاطفی	مجله تحقیقات علوم رفتاری	مقاله علمی پژوهشی	تهران
۹	حبیب اله زاده، حسین، شفیع آبادی، عبدالله؛ و قمری، محمد	۱۳۹۹	مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیمی با رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش دل زدگی زناشویی زوج های متقاضی طلاق	فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی	مقاله علمی پژوهشی	تهران
۱۰	مقامی، امید؛ یزادی، راضیه؛ و جابری، سمیه	۱۳۹۹	تاثیر آموزش مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی بر شرم، انعطاف پذیری شناختی و سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک در شهر اصفهان	فصلنامه پژوهش های علوم شناختی و رفتاری	مقاله علمی پژوهشی	اصفهان
۱۱	یوسفی، رحیم؛ عابدین، علیرضا؛ تیرگری، عبدالحکیم؛ و فتح آبادی، جلیل	۱۳۸۹	اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره ها در ارتقاء رضایت زناشویی	مجله روان شناسی بالینی	مقاله علمی پژوهشی	خوی
۱۲	رفاهی، زاله؛ قادری، زهرا؛ و بهمنی، مجید	۱۳۹۰	تاثیر آموزش زوج درمانی طرحواره محور بر بهبود عملکرد زوجین	فصل نامه روش ها و مدل های روان شناختی	مقاله علمی پژوهشی	لامرد
۱۳	عزیزی، روناک؛ و مومنی، خدامراد	۱۳۹۳	اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود باورهای ارتباطی و سازگاری زناشویی زوجین با مشکلات زناشویی شهر کرمانشاه	دانشگاه رازی	پایان نامه کارشناسی ارشد	کرمانشاه

اطلاعات کتاب شناسی پژوهش های مورد بررسی

ردیف	پژوهشگران	سال انتشار	عنوان	محل انتشار	نوع انتشار	محل اجرا
۱۴	اسماعیل زاده، نازنین؛ و پور فرج، مجید	۱۳۹۶	اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و رضایت زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی	دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر	پایان نامه کارشناسی ارشد	رشت
۱۵	نیک آمال، میترا؛ صالحی، مهدیه؛ و برماس، حامد	۱۳۹۶	اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین	مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا	مقاله علمی پژوهشی	تهران
۱۶	عسگری، امین؛ و گودرزی، کوروش	۱۳۹۷	اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق	مجله مطالعات ناتوانی	مقاله علمی پژوهشی	شاهین شهر و میمه
۱۷	محنایی، ستاره؛ گلستانه، سید موسی؛ پولادی ریشه‌ری، علی؛ و کیخسروانی، مولود	۱۳۹۸	اثربخشی زوج درمانی به روش طرحواره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر	مجله روان شناسی اجتماعی	مقاله علمی پژوهشی	بوشهر
۱۸	احمدی، سحر؛ ماردپور، علیرضا؛ و محمودی، آرمین	۱۳۹۹	اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز	فصل نامه روش ها و مدل های روان شناختی	مقاله علمی پژوهشی	شیراز
۱۹	اعلمی، مهدی؛ تیموری، سعید؛ آهی، قاسم؛ و بیاضی، محمد حسین	۱۳۹۹	مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمیت زوجین متقاضی طلاق	مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری	مقاله علمی پژوهشی	مشهد