

اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر مسئولیت پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۰۳

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۱۲

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر مسئولیت پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا اجرا شد. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۶۰ روزه با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دختران مبتلا به گاموفوبیا شهر اصفهان در بهمن ماه ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۴ بودند که به مرکز بهزیستی شهر اصفهان مراجعه نمودند. از جامعه آماری مورد اشاره ۳۰ نفر مبتنی بر ملاک‌های ورود از طریق فراخوان به صورت داوطلبانه انتخاب و سپس به صورت تصادفی هدمند در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای این پژوهش عبارتند از پرسشنامه استاندارد مسئولیت پذیری (نعمتی، ۱۳۷۸) و پرسشنامه رغبت سنج ازدواج (پورا اعتماد و همکاران، ۱۳۸۳) بود. آموزش طرحواره درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید و گروه کنترل در لیست انتظار بودند. داده‌های گردآوری شده در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری) و به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر مسئولیت پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا اثربخش است. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان برای بهبود سازه‌های مذکور در بین دختران مبتلا به گاموفوبیا از این آموزش‌ها بهره برد.

کلیدواژگان: طرحواره درمانی، مسئولیت پذیری، رغبت به ازدواج، دختران، گاموفوبیا

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

مهران توکلی^۱، سارا جوادی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانشناختی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

sarajavadi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: توکلی، مهران، و جوادی، سارا. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر مسئولیت پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۳)، ۱۷-۱.

The Effectiveness of Schema Therapy Training on Responsibility and Willingness to Marry in Girls with Gamophobia

Submit Date:
2025-12-08

Revise Date:
2026-03-19

Accept Date:
2026-03-23

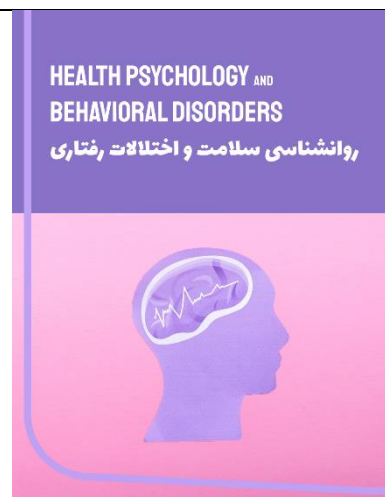
Initial Publish Date:
2026-05-02

Final Publish Date:
2026-07-23

Abstract

This study was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema therapy training on responsibility and willingness to marry in girls with gamophobia. The method of this research was quasi-experimental with a pretest, posttest, and 60-day follow-up design, utilizing experimental and control groups. The statistical population of the present study included girls with gamophobia in Isfahan who referred to the Isfahan Welfare Center from February 2025 to May 2025. From the mentioned statistical population, 30 individuals were selected voluntarily through a call based on the inclusion criteria, and then randomly assigned into experimental and control groups (15 individuals in each group). The instruments of this study consisted of the standard Responsibility Questionnaire (Nemati, 1999) and the Marriage Willingness Questionnaire (Poureetemad et al., 2004). Schema therapy training was implemented in 8 sessions of 90 minutes, and the control group was placed on a waiting list. The collected data were analyzed at two levels: descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (repeated measures analysis of variance) using SPSS software version 24. The results showed that schema therapy training is effective on responsibility and willingness to marry in girls with gamophobia. Based on the obtained results, these trainings can be utilized to improve the aforementioned constructs among girls suffering from gamophobia.

Keywords: *Schema therapy, responsibility, willingness to marry, girls, gamophobia*



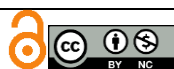
Mehran Tavakoli¹, Sara Javadi^{2*}

1. M.A. Student in Clinical Psychology, Research Center for Behavioral and Psychological Science, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Research Center for Behavioral and Psychological Science, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author's Email:
sarajavadi@iau.ac.ir

How to cite: Tavakoli, M., & Javadi, S. (2026). The Effectiveness of Schema Therapy Training on Responsibility and Willingness to Marry in Girls with Gamophobia. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(3), 1-17.



ازدواج یکی از مهم‌ترین مراحل رشد انسان و رویدادی حیاتی در زندگی است که سلامت روان و کیفیت زندگی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. تمایل و رغبت به ازدواج، به عنوان یک عامل کلیدی در شکل‌گیری خانواده، تحت تأثیر متغیرهای متعدد روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی قرار دارد (Saber et al., 2016). با این حال، در دهه‌های اخیر، شاهد کاهش رغبت به ازدواج در میان جوانان، به ویژه دختران بوده‌ایم که نیازمند بررسی دقیق عوامل مؤثر بر آن است (Heydari et al., 2023). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی و کارکرد خانواده نقش بسزایی در پیش‌بینی میزان تمایل دختران مجرد به ازدواج دارند (Marzi et al., 2024). از سوی دیگر، مشکلات بین‌فردی و نگرش‌های مرتبط با عشق نیز به عنوان متغیرهای میانجی در رغبت به ازدواج عمل می‌کنند (Saghzi et al., 2021). علاوه بر این، نگرش به روابط پیش از ازدواج و تجربیات مرتبط با جنس مخالف می‌تواند تمایل به تشکیل خانواده را پیش‌بینی نماید (Saghzi & Yazdani, 2020). آموزش‌های روان‌شناختی و غنی‌سازی روابط می‌توانند به بهبود رغبت به ازدواج کمک کنند؛ چنانکه درمان وجودی بر علاقه اجتماعی و رغبت به ازدواج دختران در آستانه ازدواج تأثیر مثبت داشته است (Sarami Foroushani, 2024). همچنین، آموزش مهارت‌های حل تعارض به طرز معناداری تمایل و رغبت به ازدواج و ابعاد آن را در دختران مجرد افزایش می‌دهد (Pahlavanzadeh et al., 2019). ارتباط بین تمایل به ازدواج، تمایز یافتگی و مسئولیت‌پذیری در دانشجویان نیز از دیگر مسائلی است که لزوم توجه به متغیرهای شخصیتی را در امر ازدواج برجسته می‌سازد (Shaker Khoshroudi & Houshiyari, 2021).

در مقابل رغبت به ازدواج، پدیده‌ای به نام گاموفوبیا یا ترس از ازدواج قرار دارد که یکی از موانع اصلی تشکیل خانواده محسوب می‌شود. گاموفوبیا شامل ترس غیرمنطقی، مداوم و نامتناسب از تعهد و ورود به رابطه زناشویی است که با نگرانی‌های مربوط به تصویر بدنی و رضایت از زندگی نیز در ارتباط است (Afzal, 2025). این ترس می‌تواند ریشه در عوامل مختلفی از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای ارتباطی معیوب و کمبود مهارت‌های حل مسئله داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش‌های پیش از ازدواج مبتنی بر طرحواره‌درمانی می‌توانند ترس از ازدواج را در دختران مجرد به طور مؤثری کاهش دهند (Mokhtari et al., 2021). همچنین بررسی‌ها حاکی از اثربخشی این مداخلات بر حالت‌های طرحواره‌ای و تعدیل ترس از ازدواج در این قشر است (Mokhtari et al., 2022). در میان پسران مجرد نیز طرحواره‌درمانی توانسته است ترس از ازدواج را تقلیل دهد (Tabatabaeifar, 2021). سایر مداخلات مانند آموزش‌های مبتنی بر انتخاب و آگاهی و همچنین رویکرد اولسون نیز در اصلاح باورهای ارتباطی و کاهش ترس از ازدواج مؤثر ارزیابی شده‌اند (Vafaeinezhad et al., 2022). مقایسه رویکردهای مختلف مانند برنامه‌های پیش از ازدواج پیک و سیمبیس نیز نشان‌دهنده اثربخشی این الگوها بر کاهش گاموفوبیا در دختران مجرد است (Hashemi et al., 2022). از دیدگاه فرهنگی و اعتقادی، آموزش مبانی دینی و روان‌شناختی ازدواج نیز در کاهش گاموفوبیای دانشجویان نقش بسزایی ایفا می‌کند (Imanzadeh, 2021).

یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای ورود به زندگی زناشویی، داشتن حس مسئولیت‌پذیری است. مسئولیت‌پذیری شامل تعهد فرد به انجام وظایف، پاسخگویی به پیامدهای رفتار و مشارکت فعال در روابط میان‌فردی است که ریشه در مبانی دینی و سیستم‌های تربیتی نیز دارد (Asemani & Tabei, 2020). تئوری انتخاب، مسئولیت‌پذیری را به عنوان یک رویکرد اساسی در سلامت روان در نظر می‌گیرد و بر ظرفیت فرد برای برآورده ساختن نیازهای اساسی خود بدون تضییع حقوق دیگران تأکید دارد (Sahebi et al., 2015). تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند این ویژگی را ارتقا دهند. به عنوان مثال، آموزش واقعیت‌درمانی گروهی بر مسئولیت‌پذیری، پیشرفت تحصیلی و شادکامی دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد (Ghazi Ghazvini & Amirifard, 2024). آموزش مهارت‌های اجتماعی نیز ابزاری کارآمد برای بهبود مسئولیت‌پذیری در میان دختران شناخته شده است (Ataei Babashakandi et al., 2024). رویکردهای شناختی-رفتاری از طریق خدمات راهنمایی گروهی به افزایش مسئولیت‌پذیری افراد کمک شایانی می‌کنند (Syahfira & Siregar, 2024). در زمینه تعاملات درون خانوادگی، تمایز یافتگی مادران با تعارضات والد-فرزندی و میزان مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان ارتباط تنگاتنگی دارد (Mohseni,

(2013). همچنین، آموزش مهارت‌های ارتباطی در افزایش مسئولیت‌پذیری اجتماعی دختران بسیار مؤثر است (Bavezin et al., 2018). آموزش هوش اخلاقی (Heydarzadeh et al., 2021) و مدیریت انگیزش (Karam Gharibi, 2021) نیز از دیگر روش‌های اثبات‌شده برای ارتقای مسئولیت‌پذیری به شمار می‌روند. تئوری انتخاب به شکل معناداری مسئولیت‌پذیری و امید را افزایش می‌دهد (Yadollahi Saber et al., 2019). در زمینه ازدواج، مسئولیت‌پذیری ارتباط تنگاتنگی با رضایت زناشویی دارد که این رابطه با نقش میانجی‌گری تاب‌آوری تقویت می‌شود (Khatibi et al., 2019). از این رو، برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج اولسون می‌توانند مسئولیت‌پذیری و همدلی را در متقاضیان ازدواج بهبود بخشند (Afsari Rad et al., 2021).

در میان رویکردهای درمانی مختلف، طرحواره‌درمانی جایگاه ویژه‌ای در بررسی مسائل پیش از ازدواج پیدا کرده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی شکل گرفته و بر نحوه ادراک فرد از خود و دیگران در بزرگسالی تأثیر می‌گذارند. این طرحواره‌ها می‌توانند منشأ بسیاری از مشکلات ارتباطی، ترس از صمیمیت و اجتناب از ازدواج باشند. بسته‌های مشاوره پیش از ازدواج مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و تعدیل این الگوهای ناکارآمد طراحی و اعتبارسنجی شده‌اند (Heydari Jaghargh et al., 2022). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ارزش‌های ازدواج و تمایل به آن در دختران مجرد مورد تأیید قرار گرفته است (Abbasi et al., 2019). مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره‌درمانی نشان می‌دهد که هر دو رویکرد بر خودکارآمدی زناشویی و رغبت به ازدواج دختران اثرات قابل توجهی دارند (Yarian & Khalilian, 2023). علاوه بر طرحواره‌درمانی، آموزش‌های مبتنی بر واقعیت‌درمانی نیز بر سبک تصمیم‌گیری و خودکارآمدی زناشویی مؤثر بوده‌اند (Jokar et al., 2022). همچنین درمان پذیرش و پایبندی در بهبود سلامت روان و کاهش همجوشی شناختی دخترانی که مبتلا به شکست عاطفی هستند و ممکن است به ترس از ازدواج دچار شوند، کاربرد مؤثری دارد (Norouzi & Kajbaf, 2022).

با توجه به چالش‌های بنیادین دختران مبتلا به گاموفوبیا، نیاز به مداخلات عمیق‌تری احساس می‌شود که بتواند ریشه‌های شناختی و هیجانی این ترس را هدف قرار دهد. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر تجارب دوران کودکی و الگوهای تکرارشونده رفتار، بستر مناسبی را برای ارتقای سطح مسئولیت‌پذیری و ایجاد رغبت واقعی به ازدواج فراهم می‌آورد. هنگامی که طرحواره‌های مرتبط با طرد، رهاشدگی یا نقص و شرم فعال می‌شوند، فرد برای محافظت از خود در برابر آسیب‌های احتمالی، از ایجاد روابط صمیمانه و تعهدآور اجتناب می‌کند. اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند به فرد کمک کند تا با دیدی واقع‌بینانه و مسئولانه به مسئله ازدواج بنگرد و آمادگی لازم برای پذیرش نقش‌های جدید را کسب نماید. با این وجود، پژوهش‌های جامع‌تری که همزمان به بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر دو سازه حیاتی مسئولیت‌پذیری و رغبت به ازدواج در جمعیت خاص دختران مبتلا به گاموفوبیا بپردازد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا بود.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل دختران مبتلا به گاموفوبیا شهر اصفهان در بهمن ماه سال ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۴ بودند. که تعداد ۳۰ دختر مبتلا به گاموفوبیا به روش نمونه‌گیری در دسترس، بعد از غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل: ۱. قرار داشتن در رده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، ۲. تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش، ۳. عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، ۴. داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و حضور منظم در جلسات و ملاک‌های خروج شامل: ۱. قرار گرفتن در دامنه سنی کمتر از ۲۵ یا بیشتر از ۴۰ سال، ۲. عدم تمایل به ادامه همکاری، ۳. قرار داشتن تحت جلسات مشاوره و یا درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی و ۴. نداشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و بیش از دو جلسه غیبت داشتن بود. روش

اجرا به این صورت بود که بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه و دریافت کد اخلاق در پژوهش و همچنین هماهنگی با اداره ی بهزیستی شهر اصفهان و اعلان فراخوان در خصوص اجرای پژوهش، از میان دختران مبتلا به گاموفوبیا تحت پوشش اداره ی بهزیستی شهر اصفهان بهمن ماه سال ۱۴۰۳ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۴ قسمت پیشگیری بهزیستی ۵۸ نفر را معرفی کردند اما مبتنی بر ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هرگروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های مذکور (پرسشنامه مسئولیت پذیری نعمتی (۱۳۷۸) و پرسشنامه رغبت سنج ازدواج پورا اعتماد و همکاران (۱۳۸۳)) به عنوان پیش آزمون بر روی افراد هر دو گروه انجام شد. بعد از آن جلسات آموزشی طرحواره درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه بر اساس بسته مشاوره پیش از ازدواج مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی حیدری جاغرق و همکاران (۱۴۰۱) بر روی گروه آزمایش اجرا شد، درحالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا و ۶۰ روز بعد از آن مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه‌ها به عنوان مرحله ی پیگیری پاسخ دادند. لازم به ذکر است بسته آموزش طرحواره درمانی در پژوهش حاضر تحت نظارت استاد راهنما آماده و طبق نظارت ایشان اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش مبنی بر اصل رازداری، اصل گمنامی و اجرای جلسات آموزشی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش رعایت شد.

پرسشنامه مسئولیت پذیری^۱: برای سنجش مسئولیت پذیری از پرسشنامه استاندارد مسئولیت پذیری که توسط نعمتی در سال ۱۳۷۸ ساخته شد و محسنی در سال ۱۳۹۲ آن را در پژوهش خود استفاده نمود، در پژوهش حاضر استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۰ سوال و یک مولفه است. سوالات پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت است. و نمره گذاری این پرسشنامه به صورت کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، بی نظر = ۳، مخالفم = ۲، کاملاً مخالفم = ۱ می‌باشد. در پژوهش محسنی (۱۳۹۲) به منظور بررسی روایی (محتوایی) پرسشنامه مذکور از روش‌های تحلیل عاملی و تفاوت‌های گروهی استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون از ۷ عامل تشکیل شده است و اشتراکات سوال‌ها (همبستگی تک تک سوالات با مفهوم کلی آزمون یعنی مسئولیت پذیری) بین ۰/۴۸ و ۰/۷۸ و اکثراً بالا بوده است. بررسی روایی سازه از طریق تفاوت‌های گروهی نیز بر روی دو گروه با مسئولیت پذیری بالا و پایین با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل صورت گرفته است که نتایج تفاوت معنی داری را در تمامی هفت عامل ذکر شده، نشان داد. یعنی آزمون مسئولیت پذیری محقق ساخته به خوبی توانسته این دو گروه را از یکدیگر تفکیک کرده و از روایی سازه بالایی برخوردار بوده است. در پژوهش محسنی (۱۳۹۲) برای سنجش پایایی از دو روش باز آزمایی و روش آلفای کرونباخ جهت همسانی درونی استفاده شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد که نشان دهنده ی پایایی مناسب آن است.

پرسشنامه رغبت به ازدواج^۲: برای سنجش رغبت به ازدواج از پرسشنامه رغبت سنج ازدواج که توسط پورا اعتماد، حیدری و مظاهری در سال ۱۳۸۳ طراحی شده است و فهیمی راد (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود از آن استفاده کرده است، در پژوهش حاضر استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۳ سوال شامل ۴ خرده مقیاس است. برای هر یک از سوالات این پرسشنامه ۵ گزینه از پاسخ‌ها شامل: کاملاً موافق، موافق، ممتنع، مخالف و کاملاً مخالف در نظر گرفته شده است. نمره گذاری سوال‌های ۱-۲-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۸-۱۹-۲۲-۲۳ به صورت ۵ برای کاملاً موافق، ۴ برای موافق، ۳ ممتنع، ۲ مخالف، ۱ کاملاً مخالف و نشان دهنده عدم رغبت به ازدواج است. و سوال‌های ۳-۴-۵-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۷-۲۰-۲۱ به صورت ۱ برای کاملاً موافق، ۲ برای موافق، ۳ برای ممتنع، ۴ مخالف، ۵ کاملاً مخالف است. و جمع امتیازات نمره رغبت فرد به ازدواج را نشان می‌دهد. سوالات مربوط به خرده مقیاس‌ها: باز خورد نسبت به ازدواج سوالات ۱-۲-۷-۱۳-۱۵-۱۶-۱۸-۱۹ را در برمی‌گیرد. نگرش نسبت به پیامدها سوالات ۵-۹-۱۱-۱۲-۱۴-۱۷-۲۳ را در برمی‌گیرد. آمادگی برای ازدواج سوالات ۲۱-۲۰-۸-۶-۳ را در برمی‌گیرد. و در نهایت موانع ازدواج سوالات ۴-۱۰-۲۲ را در برمی‌گیرد. از طریق اجرای آزمایشی و نظرخواهی از پاسخ دهندگان و ۵ نفر از اساتید روانشناسی

¹ Responsibility questionnaire

² Marriage willingness questionnaire

روایی محتوایی آن تایید گردید. اعتبار آن از طریق آزمون مجدد $t=77$ ، و همسانی درونی آلفای کرونباخ (الف $=0/92$) محاسبه گردید. در این پژوهش به منظور سنجش پایایی پرسشنامه‌های نگرش مذهبی، تفکر قطعی نگر، رغبت به ازدواج این پرسشنامه‌ها بر روی ۳۰ دانشجو مورد آزمون قرار گرفتند. به این منظور از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج حاصل بیانگر اعداد زیر برای پرسشنامه مذکور بود. برای پرسشنامه نگرش مذهبی ۰/۸۶، پرسشنامه تفکر قطعی نگر ۰/۸۴ و رغبت به ازدواج ۰/۷۶ بدست آمد.

مداخله طرحواره‌درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته مشاوره پیش از ازدواج حیدری جاغرق و همکاران (۱۴۰۱) بر روی گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. این جلسات که تحت نظارت استاد راهنما تدوین و اجرا گردید، به ترتیب شامل: معارفه، بیان اهمیت مشاوره پیش از ازدواج و اجرای پیش‌آزمون (جلسه اول)، بررسی نتایج آزمون‌های طرحواره و شناخت ریشه‌های تحولی طرحواره‌های سالم و ناسازگار (جلسه دوم)، ریشه‌یابی طرحواره‌های ناسازگار مؤثر بر ترس از ازدواج و بررسی چالش‌های مراجعین (جلسه سوم)، بررسی ارتباط مشکلات فعلی با گذشته بر اساس سبک‌های مقابله‌ای (جلسه چهارم)، آگاه‌سازی درباره علائم خطر طرحواره‌ها در همسرگزینی و بررسی نقش جذابیت‌های طرحواره‌ای همراه با اجتناب از برجسب‌زنی (جلسات پنجم و ششم)، ارتقای آگاهی هیجانی و شناخت ویژگی‌های شخصیتی جهت شناسایی موقعیت‌های تشدیدکننده ترس از ازدواج (جلسه هفتم) و در نهایت، مرور تکالیف، جمع‌بندی تجربیات، بررسی میزان دستیابی به اهداف و اجرای پس‌آزمون (جلسه هشتم) بود. لازم به ذکر است که در پایان تمامی جلسات، تکالیف خانگی متناسب با شرایط مراجعان ارائه می‌شد و پس از اتمام مداخله، ارزیابی‌های مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری ۶۰ روزه برای هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام گرفت.

تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین تحصیلات گزارش شده برای بیشتر افراد در نمونه پژوهش حاضر در گروه آزمایش و کنترل در سطح کارشناسی و دیپلم بود. در گروه آزمایش ۱۲ نفر کارشناسی (۸۰ درصد) و در گروه کنترل ۸ نفر دیپلم (۵۳،۴ درصد) بودند. برای بیشتر افراد تحصیلات مادر در گروه آزمایش ۷ نفر دیپلم (۴۶،۶ درصد) و در گروه کنترل ۸ نفر دیپلم (۵۳،۴ درصد) بودند. همچنین برای تحصیلات پدر نیز در گروه آزمایش و کنترل بیشتر افراد دارای پدرانی با تحصیلاتی در سطح دیپلم بودند. به این صورت که در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰،۰ درصد) و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳،۳ درصد) بودند. برای بیشتر افراد شغل مادران در گروه آزمایش ۱۲ نفر (۸۰،۰ درصد) و در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰،۰ درصد) خانه دار بودند. و در نهایت برای بیشتر افراد شغل پدران در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶،۷ درصد) دارای پدرانی با شغل بدنی (کارگر و ورزش) و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳،۳ درصد) دارای شغل فرهنگی بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین، انحراف معیار و خطای معیار) به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و خطای معیار گروه‌های پژوهش

متغیر	مقیاس‌ها	مرحله آزمون		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار
مسئولیت‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۴۰/۱۳	۰/۷۴	۲/۸۵	۱۴۳/۲۷	۲/۴۶	۹/۵۴
	پس‌آزمون	۱۵۷/۹۳	۱/۶۴	۶/۳۴	۱۴۳/۶۰	۲/۵۵	۹/۸۹
نگ	پیش‌آزمون	۱۵۴/۹۳	۱/۶۸	۶/۵۲	۱۴۲/۴۷	۲/۰۰	۷/۷۶
	پس‌آزمون	۱۴/۸۷	۰/۷۲	۲/۷۷	۱۶/۱۳	۱/۲۶	۴/۹۰
رش	پیش‌آزمون	۳۱/۴۷	۱/۰۳	۳/۹۸	۱۵/۸۰	۱/۱۲	۴/۳۳
	پس‌آزمون	۲۵/۶۰	۱/۳۳	۵/۱۷	۱۶/۰۰	۱/۰۶	۴/۰۹
نگرش به پیامد	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۰/۸۶	۳/۳۲	۱۳/۶۰	۰/۷۵	۲/۹۲

ازدواج	پس آزمون	۲۱/۲۰	۱/۰۰	۳/۸۶	۱۴/۳۳	۰/۶۴	۲/۵۰
ج	پیگیری	۱۹/۵۳	۱/۰۹	۴/۲۲	۱۳/۶۰	۰/۷۰	۲/۶۹
آمادگی	پیش آزمون	۱۲/۰۷	۰/۹۷	۳/۷۷	۱۲/۴۷	۰/۵۷	۲/۲۰
	پس آزمون	۱۸/۰۰	۰/۸۸	۳/۴۲	۱۱/۶۷	۰/۶۰	۲/۳۲
	پیگیری	۱۹/۱۳	۰/۸۰	۳/۱۱	۱۲/۵۳	۰/۳۶	۱/۴۱
موانع	پیش آزمون	۸/۰۰	۰/۴۳	۱/۶۵	۷/۵۳	۰/۴۵	۱/۷۳
	پس آزمون	۹/۶۷	۰/۴۱	۱/۵۹	۸/۲۰	۰/۷۱	۲/۷۳
	پیگیری	۹/۲۰	۰/۳۸	۱/۴۷	۷/۸۰	۰/۵۵	۲/۱۱
کل	پیش آزمون	۴۷/۷۳	۲/۳۰	۸/۹۲	۴۹/۷۳	۱/۲۱	۴/۷۰
	پس آزمون	۸۰/۳۳	۲/۳۸	۹/۲۱	۵۰/۰۰	۱/۲۹	۵/۰۱
	پیگیری	۷۳/۴۷	۲/۵۵	۹/۸۶	۴۹/۹۳	۱/۴۳	۵/۵۲

چنانکه در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین مسئولیت پذیری و ابعاد نگرش به ازدواج که شامل، بازخورد به ازدواج، نگرش به پیامد، آمادگی، موانع و همچنین میانگین کل نگرش به ازدواج، نشان داده شده است. بین میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه تفاوت‌هایی دیده می‌شود.

در این پژوهش مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای پژوهش و مولفه‌های آن‌ها در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشند ($P > 0/05$) پس می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال می‌باشند. همچنین، بر اساس نتایج آزمون لوین، مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($P > 0/05$). همچنین برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) برای مؤلفه‌ها برقرار بود. با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. در بررسی فرضیه‌های این پژوهش ابتدا فرضیه‌های فرعی مورد بررسی قرار گرفت. فرضیه فرعی اول؛ آموزش طرحواره‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری در دختران مبتلا به گاموفوبیا تأثیر دارد، بود که در جدول ادامه نتایج آزمون کرویت ماکلی برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها بررسی شد. شایان ذکر است زمانی این پیش فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماکلی بیشتر از $0/05$ باشد. نتایج آزمون ماکلی نشان داد با توجه به سطح معناداری ضریب W ماکلی، پیش فرض کرویت مسئولیت‌پذیری رعایت نشده است؛ که در این موارد، برای تفسیر نتایج از ضریب گرین‌هاوس-گیزر استفاده شد. چنانکه در جدول (۱) مشاهده می‌شود، میانگین‌های دو گروه دارای تفاوت می‌باشد. در جدول زیر نتایج آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
مسئولیت پذیری	درون- زمان	۷۳۸/۳۶۹	۱/۴۰۰	۵۲۷/۴۴۵	۳۳/۷۹۳	۰/۰۰۰	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
	گروهی- زمان×گروه	۶۸۹/۲۸۷	۱/۴۰۰	۴۹۲/۳۸۴	۳۱/۵۴۷	۰/۰۰۰	۰/۵۶۸	۱/۰۰۰
	زمان×تحصیل	۶/۱۱۶	۲/۸۰۰	۲/۱۸۵	۰/۱۴۰	۰/۹۲۶	۰/۰۱۲	۰/۰۷۲
	زمان×گروه×تحصیل	۲۶/۸۹۷	۲/۸۰۰	۹/۶۰۹	۰/۶۱۶	۰/۵۹۹	۰/۰۴۹	۰/۱۶۱
	خطا (زمان)	۵۲۴/۳۹۴	۳۳/۵۹۸	۱۵/۶۰۸	-	-	-	-
بین- گروهی	گروه	۹۵۲/۵۳۸	۱	۹۵۲/۵۳۸	۶/۸۲۳	۰/۰۱۵	۰/۲۲۱	۰/۷۰۸
	تحصیل	۳۴۴/۹۶۷	۲	۱۷۲/۴۸۴	۱/۲۳۵	۰/۳۰۹	۰/۰۹۳	۰/۲۴۳
	گروه×تحصیل	۱۵۵/۳۲۸	۲	۷۷/۶۶۴	۰/۵۵۶	۰/۵۸۱	۰/۰۴۴	۰/۱۳۱
	خطا	۳۳۵۰/۵۹۷	۲۴	۱۳۹/۶۰۸	-	-	-	-

چنانکه مشاهده شد در جدول فوق، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که دیده می‌شود، اثر زمان در متغیر مسئولیت‌پذیری معنادار شده است ($P < 0/01$). بنابراین بین سه مرحله آزمون تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت. همچنین با توجه به نتایج در جدول (۷) بین گروه و زمان، برای متغیر مسئولیت‌پذیری، تعامل وجود دارد ($P < 0/01$) که نشان می‌دهد، بین مراحل آزمون در گروه درمانی و کنترل، تفاوت وجود دارد.

فرضیه فرعی دوم، آموزش طرحواره‌درمانی بر رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا تاثیر دارد، بود. در ادامه نتایج آزمون کرویت ماکی برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها بررسی شد. نتایج آزمون ماکی نشان داد با توجه به سطح معناداری ضریب W ماکی، پیش‌فرض کرویت بازخورد به ازدواج و مؤلفه‌های آن رعایت شده است. چنانکه در جدول (۱) مشاهده می‌شود، میانگین‌های دو گروه دارای تفاوت می‌باشد. در جدول زیر نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
بازخورد	درون- گروهی	زمان	۲	۲۰۲/۶۷۶	۱۹/۷۲۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵۱	۱/۰۰۰
	گروهی	زمان×گروه	۲	۲۱۰/۰۹۳	۲۰/۴۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۶۰	۱/۰۰۰
		زمان×تحصیل	۴	۷/۶۹۲	۰/۷۴۹	۰/۵۶۴	۰/۰۵۹	۰/۲۲۳
		زمان×گروه×تحصیل	۴	۷/۹۳۶	۰/۷۷۲	۰/۵۴۹	۰/۰۶۰	۰/۲۳۰
		خطا (زمان)	۴۸	۱۰/۲۷۵	-	-	-	-
بین- گروهی	گروه	گروه	۱	۶۱۶/۰۷۱	۱۷/۷۴۱	۰/۰۰۰	۰/۴۲۵	۰/۹۸۱
	گروهی	تحصیل	۲	۵۹/۴۱۴	۱/۷۱۱	۰/۲۰۲	۰/۱۲۵	۰/۳۲۴
		گروه×تحصیل	۲	۹/۴۲۶	۰/۲۷۱	۰/۷۶۵	۰/۰۲۲	۰/۰۸۸
		خطا	۲۴	۳۴/۷۲۵	-	-	-	-
نگرش پیامد	درون- گروهی	زمان	۲	۶۰/۱۷۳	۲۰/۱۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵۶	۱/۰۰۰
	گروهی	زمان×گروه	۲	۵۶/۳۷۹	۱۸/۸۴۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴۰	۱/۰۰۰
		زمان×تحصیل	۴	۶/۵۲۳	۲/۱۸۰	۰/۰۸۵	۰/۱۵۴	۰/۵۹۹
		زمان×گروه×تحصیل	۴	۳/۳۳۱	۱/۱۱۳	۰/۳۶۱	۰/۰۸۵	۰/۳۲۳
		خطا (زمان)	۴۸	۲/۹۹۲	-	-	-	-
بین- گروهی	گروه	گروه	۱	۱۳۷/۰۴۵	۴/۵۳۵	۰/۰۴۴	۰/۱۵۹	۰/۵۳۳
	گروهی	تحصیل	۲	۲/۸۶۰	۰/۰۹۵	۰/۹۱۰	۰/۰۰۸	۰/۰۶۳
		گروه×تحصیل	۲	۳/۵۱۳	۰/۱۱۶	۰/۸۹۱	۰/۰۱۰	۰/۰۶۶
		خطا	۲۴	۳۰/۲۲	-	-	-	-
آمادگی	درون- گروهی	زمان	۲	۵۰/۷۴۱	۱۴/۶۰۲	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸	۰/۹۹۸
	گروهی	زمان×گروه	۲	۶۸/۸۷۵	۱۹/۸۲۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۴	۱/۰۰۰
		زمان×تحصیل	۴	۱/۰۲۶	۰/۲۹۵	۰/۸۸۰	۰/۰۲۴	۰/۱۱۰
		زمان×گروه×تحصیل	۴	۲/۹۳۷	۰/۸۴۵	۰/۵۰۴	۰/۰۶۶	۰/۲۴۹
		خطا (زمان)	۴۸	۳/۴۷۵	-	-	-	-
بین- گروهی	گروه	گروه	۱	۱۹۰/۴۲۱	۹/۸۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۹۱	۰/۸۵۴
	گروهی	تحصیل	۲	۳/۸۶۳	۰/۲۰۰	۰/۸۲۰	۰/۰۱۶	۰/۰۷۸
		گروه×تحصیل	۲	۶/۴۳۹	۰/۳۳۴	۰/۷۱۹	۰/۰۲۷	۰/۰۹۷
		خطا	۲۴	۱۹/۲۸۹	-	-	-	-
موانع	درون- گروهی	زمان	۲	۱۶/۷۶۲	۱۲/۹۴۹	۰/۰۰۰	۰/۳۵۰	۰/۹۹۶
	زمان×گروه	۲	۸/۸۶۶	۶/۸۴۹	۰/۰۰۲	۰/۰۲۲	۰/۰۲۲	۰/۹۰۵

۰/۶۶۵	۰/۱۷۲	۰/۰۵۶	۲/۴۸۸	۳/۲۲۰	۴	۱۲/۸۸۱	زمان×تحصیل		
۰/۹۴۹	۰/۲۹۸	۰/۰۰۲	۵/۰۹۳	۶/۵۹۳	۴	۲۶/۳۷۱	زمان×گروه×تحصیل		
-	-	-	-	۱/۲۹۴	۴۸	۶۲/۱۳۳	خطا (زمان)		
۰/۳۸۷	۰/۱۱۲	۰/۰۹۴	۳/۰۳۹	۱۷/۳۶۲	۱	۱۷/۳۶۲	گروه	بین-	
۰/۷۵۸	۰/۲۹۳	۰/۰۱۶	۴/۹۶۷	۱۸/۳۷۶	۲	۵۶/۷۵۲	تحصیل	گروهی	
۰/۲۲۵	۰/۰۸۹	۰/۳۳۹	۱/۱۳۱	۶/۴۶۲	۲	۱۲/۹۲۴	گروه×تحصیل		
-	-	-	-	۵/۷۱۲	۲۴	۱۳۷/۱۰۰	خطا		
۱/۰۰۰	۰/۶۱۱	۰/۰۰۰	۳۷/۶۳۱	۹۹۳/۲۸۷	۲	۱۹۸۶/۵۷۳	زمان	درون-	کل
۱/۰۰۰	۰/۶۱۶	۰/۰۰۰	۳۸/۵۵۹	۱۰۱۷/۷۷۱	۲	۲۰۳۵/۵۴۲	زمان×گروه	گروهی	
۰/۲۱۹	۰/۰۵۸	۰/۵۷۴	۰/۷۳۳	۱۹/۳۳۵	۴	۷۷/۳۴۲	زمان×تحصیل		
۰/۲۱۹	۰/۰۵۸	۰/۵۷۳	۰/۷۳۴	۱۹/۳۷۴	۴	۷۷/۴۹۴	زمان×گروه×تحصیل		
-	-	-	-	۲۶/۳۹۵	۴۸	۱۲۶۶/۹۸۳	خطا (زمان)		
۰/۹۹۶	۰/۴۹۱	۰/۰۰۰	۲۳/۱۱۳	۲۹۶۹/۵۴۰	۱	۲۹۶۹/۵۴۰	گروه	بین-	
۰/۱۳۵	۰/۰۴۶	۰/۵۶۶	۰/۵۸۳	۷۴/۸۵۰	۲	۱۴۹/۵۴۰	تحصیل	گروهی	
۰/۰۹۱	۰/۰۲۴	۰/۷۵۰	۰/۲۹۲	۳۷/۴۵۳	۲	۷۴/۹۰۷	گروه×تحصیل		
-	-	-	-	۱۲۸/۴۷۷	۲۴	۳۰۸۲/۴۴۲	خطا		

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که دیده می‌شود، اثر زمان در همه مؤلفه‌ها و کل رغبت به ازدواج ($P < 0/01$) معنادار شده است. بنابراین بین سه مرحله آزمون تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت. همچنین نتایج نشان می‌دهد بین گروه و زمان، برای همه مؤلفه‌ها و کل رغبت به ازدواج ($P < 0/01$)، تعامل وجود دارد که نشان می‌دهد، بین مراحل آزمون در گروه درمانی و کنترل، تفاوت وجود دارد. با توجه به معنادار بودن تفاوت سطح تحصیلات دو گروه، تعامل زمان، گروه و تحصیل تنها در مورد موانع معنادار شده ($P < 0/01$) که نشان می‌دهد در این مورد، تفاوت موجود بین سطح تحصیلات در دو گروه، در تعامل زمان و گروه اثر داشته است. همچنین در بخش بین گروهی، اثر گروه در همه مؤلفه‌ها و کل رغبت به ازدواج به جز موانع، معنادار بود که نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار در میانگین نمره‌های رغبت به ازدواج و مؤلفه‌های آن بین دو گروه آزمایش و کنترل است ($P < 0/01$). در مورد موانع اثر تحصیلات معنادار بوده است ($P < 0/01$). در نتیجه براساس یافته‌های گزارش شده، آموزش طرحواره درمانی بر مسئولیت‌پذیری و رغبت به ازدواج و مؤلفه‌های آن به جز موانع، در دختران مبتلا به گاموفوبیا اثر معنادار داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری و رغبت به ازدواج در دختران مبتلا به گاموفوبیا (ترس از ازدواج) انجام شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله طرحواره‌درمانی تأثیر مثبت و کاملاً معناداری بر افزایش سطح مسئولیت‌پذیری و همچنین نمره کل رغبت به ازدواج در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. این اثربخشی در تمامی مؤلفه‌های رغبت به ازدواج مشهود بود، به استثنای مؤلفه «موانع» که تفاوت معناداری بین دو گروه در آن مشاهده نشد اما تعامل آن با سطح تحصیلات معنادار بود. در ادامه، این یافته‌ها در پرتو ادبیات پژوهشی موجود تبیین و تفسیر می‌شوند.

یافته اول پژوهش حاکی از آن بود که آموزش طرحواره‌درمانی موجب ارتقای معنادار مسئولیت‌پذیری در دختران مبتلا به گاموفوبیا می‌شود. این یافته با نتایج مطالعاتی که بر نقش مداخلات روان‌شناختی عمیق در بهبود مسئولیت‌پذیری و تعهد فردی تأکید دارند، همسو است (Ghazi, 2024; Ghazvini & Amirifard, 2024; Syahfira & Siregar, 2024). اگرچه رویکردهایی نظیر تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی به طور

مستقیم بر مسئولیت‌پذیری تمرکز دارند (Sahebi et al., 2015; Yadollahi Saber et al., 2019). طرحواره‌درمانی از طریق مکانیسم‌های متفاوتی به این مهم دست می‌یابد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به ویژه در حوزه‌های طرد و بریدگی (مانند رهاشدگی، بی‌ثباتی و نقص/شرم) و همچنین حوزه محدودیت‌های مختل (مانند استحقاق و خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی)، می‌توانند فرد را به سمت رفتارهای اجتنابی، وابستگی مفرط یا فرار از تعهدات بزرگسالی سوق دهند. فردی که دارای طرحواره‌های فعال در زمینه بی‌اعتمادی یا وابستگی است، از پذیرش مسئولیت یک زندگی مشترک هراس دارد، زیرا خود را توانمند نمی‌بیند یا از پیامدهای شکست می‌ترسد. آموزش طرحواره‌درمانی با کمک به مراجعان برای شناسایی این الگوهای ناکارآمد، ریشه‌یابی آن‌ها در تجربیات دوران کودکی و درک نحوه تأثیرگذاری آن‌ها بر رفتارهای فعلی، گام مهمی در جهت توانمندسازی فرد برمی‌دارد. با تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم»، فرد یاد می‌گیرد که به جای واکنش‌های هیجانی و اجتنابی (ذهنیت کودک آسیب‌پذیر یا محافظ‌اجتنابی)، مسئولیت انتخاب‌ها، هیجانات و رفتارهای خود را بر عهده بگیرد. بهبود ارتباطات و مهارت‌های حل مسئله ناشی از این درمان نیز به نوبه خود، ظرفیت فرد را برای پذیرش مسئولیت‌های بین‌فردی افزایش می‌دهد که این امر با پژوهش‌های پیشین در زمینه ارتباط مهارت‌های اجتماعی و غنی‌سازی روابط با مسئولیت‌پذیری همخوان است (Afsari Rad et al., 2021; Ataie Babashakandi et al., 2024; Bavezin et al., 2018; Mohseni, 2013; Shaker). می‌کند که با کاهش وابستگی‌های بیمارگونه طرحواره‌ای، مسئولیت‌پذیری فرد در قبال آینده‌اش افزایش می‌یابد (Khoshroudi & Houshiyari, 2021).

یافته دوم و محوری این پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره‌درمانی به طور معناداری رغبت به ازدواج را در دختران دارای گاموفوبیا افزایش می‌دهد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشگران متعددی که اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر تمایل به ازدواج، کاهش ترس از ازدواج و بهبود خودکارآمدی زناشویی تأیید کرده‌اند، تطابق کامل دارد (Abbasi et al., 2019; Mokhtari et al., 2021; Tabatabaeifar, 2021; Yarian & Khalilian, 2023). گاموفوبیا یا ترس مرضی از ازدواج، صرفاً یک اضطراب سطحی نیست، بلکه اغلب ریشه در طرحواره‌های عمیقی دارد که تصویر فرد از خود، شریک زندگی و مفهوم رابطه صمیمانه را مخدوش کرده است (Afzal, 2025). دخترانی که از ازدواج هراس دارند، ممکن است به دلیل طرحواره «رهاشدگی»، دائماً نگران ترک شدن توسط همسر آینده باشند، یا به دلیل طرحواره «محرومیت هیجانی»، باور داشته باشند که هیچ‌کس نمی‌تواند نیازهای عاطفی آن‌ها را برآورده سازد. همچنین، طرحواره «نقص و شرم» باعث می‌شود فرد احساس کند که در صورت نزدیک شدن به دیگری، عیوب درونی‌اش فاش شده و طرد خواهد شد. بسته‌های مشاوره پیش از ازدواج مبتنی بر طرحواره‌درمانی، با هدف قرار دادن دقیق همین موانع شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند (Heydari Jaghargh et al., 2022). در طول جلسات مداخله، آزمودنی‌ها توانستند سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد خود (مانند اجتناب از موقعیت‌های آشنایی یا تسلیم شدن در برابر افکار منفی) را بشناسند و آن‌ها را با راهبردهای سازگارانه جایگزین کنند (Mokhtari et al., 2022). با التیام بخشیدن به طرحواره‌های ناسازگار، اضطراب و ترس از صمیمیت کاهش یافته و جای خود را به امنیت روانی، امید و علاقه اجتماعی می‌دهد؛ عواملی که همگی پیش‌بینی‌کننده افزایش رغبت به تشکیل خانواده هستند (Pahlavanzadeh et al., 2019; Sarami Froushani, 2024). علاوه بر این، با توجه به تأثیر عوامل میانجی نظیر مشکلات بین‌فردی و نگرش به روابط پیش از ازدواج بر تمایل به ازدواج (Saghzi et al., 2021; Saghzi & Yazdani Esfidvajani, 2020)، اصلاح طرحواره‌ها موجب بهبود کیفیت روابط بین‌فردی شده و نگرش فرد را به مقوله عشق و تعهد مثبت‌تر می‌سازد که نتیجه نهایی آن، افزایش معنادار تمایل به ازدواج است (Marzi et al., 2024; Saberi et al., 2016).

با این حال، یافته جالب توجه پژوهش حاضر این بود که مداخله طرحواره‌درمانی بر مؤلفه «موانع» در پرسشنامه رغبت به ازدواج تأثیر معناداری نداشت، اما این مؤلفه تعامل معناداری با سطح تحصیلات نشان داد. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که «موانع» ازدواج اغلب شامل متغیرهای عینی، محیطی، اقتصادی، خانوادگی و یا اهداف شخصی (مانند ادامه تحصیل یا اشتغال) هستند (Heydari et al., 2023). مداخلات روان‌شناختی مانند طرحواره‌درمانی، ابزارهای قدرتمندی برای تغییر دنیای درون‌روانی، شناخت‌ها، هیجانات و طرحواره‌های ناسازگار هستند،

اما توانایی تغییر مستقیم واقعیت‌های بیرونی و موانع ملموس اجتماعی یا اقتصادی را ندارند. دختري که به دليل طحواره‌درمانی بر ترس درونی خود از تعهد غلبه کرده و رغبت بالایی برای ازدواج پیدا کرده است، ممکن است همچنان به درستی تشخیص دهد که موانع تحصیلی (مانند نیاز به اتمام دوره کارشناسی یا کارشناسی ارشد که در نمونه پژوهش حاضر فراوانی بالایی داشت) یا اقتصادی بر سر راه ازدواج او وجود دارد. معنادار شدن تعامل این مؤلفه با سطح تحصیلات نیز تأیید می‌کند که دختران با تحصیلات بالاتر (که درصد عمده‌ای از گروه آزمایش را تشکیل می‌دادند)، احتمالاً به دلیل درگیری بیشتر با اهداف آکادمیک و شغلی، موانع عینی بیشتری را برای ازدواج در زمان حال ادراک می‌کنند. بنابراین، عدم تغییر نمره موانع نه تنها نشان‌دهنده نقص درمان نیست، بلکه حاکی از واقع‌سنجی تقویت‌شده و فعال شدن ذهنیت بزرگسال سالم در آزمودنی‌هاست که علی‌رغم افزایش میل درونی به ازدواج، موانع بیرونی را به طور منطقی و واقع‌بینانه ارزیابی می‌کنند.

در ارتباط با محدودیت‌های این پژوهش، باید به چند مورد اساسی اشاره کرد. نخست آنکه نمونه پژوهش حاضر صرفاً محدود به دختران مجرد شهر اصفهان بود که این امر قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جوامع دیگر، با خرده‌فرهنگ‌ها، باورهای قومی و شرایط اقتصادی-اجتماعی متفاوت، با محدودیت مواجه می‌سازد. دوم، ابزارهای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از نوع پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بودند که همواره احتمال سوگیری در پاسخ‌گویی، ارائه تصویر مطلوب از خود و تأثیر مطلوبیت اجتماعی در آن‌ها وجود دارد. سوم، به دلیل ماهیت پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و محدودیت‌های اجرایی، کنترل کامل تمامی متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم، از جمله تجربیات عاطفی گذشته، سطح درآمد خانواده و شرایط دقیق زیستی-روانی شرکت‌کنندگان به طور کامل امکان‌پذیر نبود. در نهایت، فقدان پیگیری‌های بلندمدت‌تر (مثلاً ۶ ماهه یا یک ساله) مانع از ارزیابی دقیق پایداری طولانی‌مدت اثرات مداخله طحواره‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری و رغبت به ازدواج در این افراد می‌شود. بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های مطرح شده، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی ارائه می‌گردد. توصیه می‌شود در مطالعات آینده، اثربخشی این رویکرد درمانی بر روی جوامع آماری گسترده‌تر، از جمله مردان مبتلا به گاموفوبیا و همچنین در شهرهای مختلف با زمینه‌های فرهنگی متنوع بررسی شود تا تفاوت‌های جنسیتی و فرهنگی در پاسخ به درمان مشخص گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) و مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته در کنار پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی استفاده کنند تا درک عمیق‌تری از تغییرات روان‌شناختی آزمودنی‌ها به دست آید. گنجاندن دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت در طرح‌های پژوهشی برای سنجش میزان ماندگاری اثرات درمان و حتی بررسی میزان ازدواج‌های موفق ثبت‌شده در میان شرکت‌کنندگان، می‌تواند بر غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه بیفزاید. مقایسه اثربخشی طحواره‌درمانی با سایر رویکردهای نوین روان‌درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان متمرکز بر شفقت در کاهش ترس از ازدواج نیز می‌تواند چشم‌اندازهای تحقیقاتی جدیدی را بگشاید.

در عرصه کاربردی و عملی، یافته‌های این پژوهش پیامدهای مهمی برای متخصصان حوزه سلامت روان، مشاوران پیش از ازدواج و سیاست‌گذاران خانواده به همراه دارد. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره دولتی و خصوصی، بسته آموزشی مبتنی بر طحواره‌درمانی را به عنوان یک پروتکل استاندارد و اثربخش در دوره‌های مشاوره پیش از ازدواج، به‌ویژه برای مراجعانی که علائم ترس از تعهد و گاموفوبیا را نشان می‌دهند، ادغام نمایند. مشاوران خانواده می‌توانند با ارزیابی اولیه طحواره‌های ناسازگار در متقاضیان ازدواج، برنامه‌های درمانی فردی‌سازی‌شده‌ای را برای ارتقای سطح مسئولیت‌پذیری و رفع موانع شناختی آنان طراحی کنند. علاوه بر این، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و سمینارهای عمومی برای جوانان در دانشگاه‌ها و مراکز فرهنگی با محوریت شناخت طحواره‌ها و تأثیر آن‌ها بر تصمیم‌گیری‌های حیاتی زندگی نظیر ازدواج، می‌تواند گامی مؤثر در پیشگیری از شکل‌گیری ترس‌های مرضی، اصلاح نگرش‌ها و تسهیل روند تشکیل خانواده‌های سالم و پایدار باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Marriage represents one of the most critical developmental milestones and a profound interpersonal commitment in human life, yet it is increasingly delayed or entirely avoided in contemporary society due to a complex array of psychological, economic, and social barriers (Heydari et al., 2023). Among the most debilitating psychological barriers to forming a marital bond is gamophobia, defined as an intense, irrational fear of marriage, commitment, and sustained intimate relationships (Afzal, 2025). Individuals afflicted with gamophobia often experience overwhelming anxiety, panic, and a strong urge to escape when faced with the prospect of long-term commitment, severely disrupting their personal development and interpersonal functioning (Mokhtari et al., 2021, 2022). This persistent fear drastically diminishes their willingness to marry, a multidimensional psychological construct that encompasses a person's intrinsic desire, emotional readiness, and positive cognitive attitude toward entering and sustaining a marital relationship (Marzi et al., 2024). Furthermore, the successful establishment and maintenance of a marital union require a fundamentally high degree of psychological maturity and responsibility. Responsibility in this context involves not only the capacity to accept the natural consequences of one's choices but also the proactive willingness to fulfill complex interpersonal obligations and adapt to the shared demands of a partnership (Sahebi et al., 2015). Extensive psychological research underscores a robust, positive correlation between advanced social skills, emotional differentiation, and the assumption of marital responsibility (Afsari Rad et al., 2021; Ataei Babashakandi et al., 2024; Shaker Khoshroudi & Houshiyari, 2021). In the therapeutic landscape, schema

therapy has emerged as a highly comprehensive and robust intervention designed to address deep-seated, chronic psychological patterns. It operates on the premise that early maladaptive schemas—enduring, unconditional negative beliefs about oneself and the world forged during childhood trauma or unmet emotional needs—drive dysfunctional coping mechanisms such as avoidance and emotional detachment, which are the core engines of commitment phobias (Heydari Jaghargh et al., 2022). Empirical studies have increasingly demonstrated the profound efficacy of schema therapy in improving premarital counseling outcomes, specifically by reducing the generalized fear of marriage and significantly enhancing the fundamental desire and readiness for marital union (Abbasi et al., 2019; Tabatabaeifar, 2021; Yarian & Khalilian, 2023). By systematically restructuring these maladaptive cognitive-emotional patterns and actively cultivating the “Healthy Adult” mode, schema therapy empowers individuals to process relational anxieties constructively (Ghazi Ghazvini & Amirifard, 2024; Syahfira & Siregar, 2024). Given the escalating average age of marriage and the widespread prevalence of commitment-related anxieties among young adults, understanding how deep-level interventions can simultaneously foster interpersonal responsibility and systematically dismantle the psychological barriers to marital willingness is of paramount clinical importance. Therefore, the present research aimed to comprehensively determine the effectiveness of schema therapy training on enhancing responsibility and increasing the willingness to marry among girls suffering from clinically significant gamophobia.

Methods and Materials

The current research employed a rigorously structured quasi-experimental design, specifically utilizing a pretest, posttest, and a 60-day follow-up assessment model integrated with a non-equivalent control group. The primary statistical population for this study comprised all single female individuals experiencing pronounced symptoms of gamophobia who actively sought psychological counseling and psychotherapeutic services at designated, accredited psychological clinics and counseling centers in the city of Isfahan between February 2025 and May 2025. To ensure a representative and clinically relevant cohort, a purposive sampling methodology was meticulously utilized to recruit and select a final sample of 30 eligible volunteers. Following the initial screening, these participants were randomly assigned to either the experimental treatment group ($n = 15$) or the waitlist control group ($n = 15$). Stringent inclusion criteria required all participants to score above the established clinical cutoff on standardized gamophobia screening assessments, to be currently unmarried, to possess at least a high school diploma for comprehension of therapeutic materials, and to formally commit to attending all scheduled therapy sessions. Conversely, exclusion criteria strictly prohibited the participation of individuals with severe concurrent psychiatric disorders, such as active psychosis or severe major depressive disorder, as well as those simultaneously receiving other forms of psychological or pharmacological treatments that could confound the results. Quantitative data collection was systematically conducted using two primary, validated self-report instruments. The first was the Standard Responsibility Questionnaire, designed to quantify the multidimensional aspects of personal and social accountability. The second was the comprehensive Marriage Willingness Questionnaire, which accurately measures the total subjective willingness to marry alongside analyzing specific underlying components, including perceived internal and external obstacles. Following the baseline pretest administration for all 30 participants, the experimental group was exposed to an intensive 8-session premarital counseling protocol fundamentally grounded in schema therapy principles. Each therapeutic session spanned 90 minutes and was conducted on a weekly basis by a certified clinical psychotherapist. The comprehensive therapeutic protocol progressed systematically: it initiated with psychoeducation regarding core schema concepts and the identification of active maladaptive schemas directly tied to the participants’ past childhood experiences and present life circumstances. Subsequent middle-phase sessions deeply explored the emotional and behavioral characteristics of these active schemas, explicitly linking them to the clients’ maladaptive coping styles—

particularly their avoidant behaviors toward romantic intimacy. Later sessions concentrated on practical applications, including identifying specific danger signs in partner selection dictated by schema chemistry, and enhancing emotional awareness to foster healthier, conscious interpersonal choices. Throughout this 8-week period, the control group did not receive any psychological intervention. Upon the immediate completion of the training protocol, both groups underwent the posttest assessment. Finally, a subsequent evaluation was conducted after a 60-day interval to scientifically evaluate the temporal stability and persistence of the therapeutic effects. The gathered quantitative data were subjected to comprehensive statistical analysis utilizing both descriptive statistics, including means and standard deviations, and advanced inferential statistics, specifically Repeated Measures Analysis of Variance (ANOVA).

Findings

The initial phase of the data analysis focused on the descriptive and demographic profiling of the participating cohorts, which revealed notable distinctions in educational backgrounds within the assigned groups. Specifically, in the experimental schema therapy group, a significant majority comprising 80%(12 individuals) held a Bachelor's degree, whereas in the control group, the predominant educational level was a High School Diploma, representing 53.4%(8 individuals). Before conducting the primary inferential statistical tests, the fundamental assumptions required for parametric testing were thoroughly and rigorously evaluated. The assumption of the normality of data distribution was robustly established across all variables; the absolute values of skewness were strictly maintained at less than 2, and the absolute values of kurtosis were recorded at less than 3. These parameters were further corroborated by non-significant P -values derived from the Shapiro-Wilk test, confirming that the data did not deviate significantly from a normal distribution. Furthermore, Levene's test for equality of variances was executed, successfully confirming the homogeneity of variances across the experimental and control groups for the vast majority of the repeated measures ($P > 0.05$). Mauchly's Test of Sphericity was additionally assessed to statistically justify the application of the Repeated Measures ANOVA framework. The core inferential findings of the research demonstrated the profound, statistically significant impact of the schema therapy intervention. For the primary dependent variable of responsibility, the Repeated Measures ANOVA indicated a highly significant main effect of Time ($P < 0.01$), alongside a remarkably significant Time \times Group interaction effect ($F = 31.547, P < 0.01$). Crucially, the between-subjects effect assessing group membership was also statistically significant for the responsibility variable ($F = 6.823, P = 0.015$), clearly indicating that the experimental group achieved substantially higher responsibility scores compared to the control group across the evaluated timelines. Regarding the second primary variable, the willingness to marry, the analysis of the total score perfectly mirrored these positive therapeutic outcomes. The data revealed a highly significant main effect of Time ($P < 0.01$) and a robust, significant Time \times Group interaction ($F = 38.559, P < 0.01$). Furthermore, the between-subjects effect was highly significant for the total willingness to marry construct ($F = 23.113, P < 0.01$), again heavily favoring the experimental cohort. Interestingly, a granular analysis of the sub-components revealed that while the schema therapy intervention effectively and significantly improved most intrinsic components of the willingness to marry, it did not produce a statistically significant between-subjects effect for the specific "Obstacles" component. However, advanced factorial analysis indicated a statistically significant interaction between this obstacles component and the participants' level of education. Overall, the comprehensive statistical data compellingly established that the 8-session schema therapy protocol generated significant and stable improvements in both psychological responsibility and the overall desire to marry from the pretest to the posttest, with these therapeutic gains being largely maintained at the 60-day follow-up assessment.

Conclusion

In conclusion, the current research provides substantial, robust empirical evidence strongly supporting the clinical efficacy of schema therapy as a transformative psychological intervention for young women grappling with the debilitating effects of gamophobia. By systematically identifying, addressing, and modifying deeply ingrained early maladaptive schemas—particularly those rooted in the domains of disconnection and rejection, such as abandonment, defectiveness, and emotional deprivation—the structured therapy effectively empowers individuals to transition away from deeply entrenched avoidant or over-dependent coping styles. Instead, it successfully cultivates a more autonomous, mature, and responsible “Healthy Adult” psychological mode. This profound cognitive and emotional restructuring process not only enhances their general sense of personal accountability and interpersonal responsibility but also significantly diminishes the irrational, paralyzing fears inherently associated with marital commitment, thereby comprehensively elevating their overall psychological willingness to marry. The distinct and scientifically intriguing lack of significant change in the “Obstacles” component of the willingness to marry scale underscores a highly critical therapeutic nuance: while schema therapy is exceptionally effective at resolving internal psychological barriers, irrational cognitive distortions, and deep-seated fears of intimacy, it does not artificially alter the client’s objective perception of genuine external socio-economic, familial, or educational challenges. Given the high educational status of the experimental cohort, the persistent recognition of external obstacles reflects a healthy, adaptive, and highly realistic appraisal of their complex life circumstances, directly indicative of a strengthened healthy adult mode rather than any form of therapeutic failure. Despite these highly promising and statistically robust results, the study’s conclusions must be carefully contextualized within its inherent methodological limitations. These primarily include the geographically and culturally restricted nature of the sample, localized exclusively to single girls in Isfahan, which limits broad generalization. Additionally, the study’s reliance on self-report questionnaires inevitably introduces the potential for response bias and social desirability effects, while the relatively brief 60-day follow-up period restricts the ability to draw definitive conclusions regarding long-term, real-world marital outcomes. Future research endeavors should strictly prioritize expanding the demographic scope to encompass male populations suffering from gamophobia, integrating diverse socio-cultural contexts, and extending follow-up intervals longitudinally to track actual marital trajectories over several years. Practically, these compelling findings strongly advocate for the immediate integration of structured schema therapy protocols into standard premarital counseling centers and national family planning initiatives. Equipping mental health professionals with these targeted, deep-level interventions can profoundly assist individuals paralyzed by commitment phobias, ultimately fostering significantly healthier psychological development and facilitating the successful formation of stable, resilient family units within the broader society.

فهرست منابع

References

- Abbasi, M., Ramzifard, M., Lotfi Sarjini, A., & Ghezelsofloo, M. (2019). Effectiveness of schema therapy on marriage values and desire for marriage in single girls in Tehran. *Community Health, 13*, 45-55.
- Afsari Rad, S., Arefi, M., & Golparvar, M. (2021). Effectiveness of Olson's marriage enrichment program on responsibility and empathy in marriage volunteers. *medical journal of mashhad university of medical sciences, 64*, 2658-2668.
- Afzal, M. (2025). Marriage Proposal, Body Image Concern, Gamophobia and Life Satisfaction in University Students. *J. Asian Dev. Studies, 14*(3), 802-808. <https://doi.org/10.62345/jads.2025.14.3.66>
- Asemani, A., & Tabei, S. Z. (2020). Religious foundations of responsibility recognition and accountability in the educational system. *Medicine and cultivation, 29*, 316-327.

- Ataei Babashakandi, M., Kargar Babashakandi, M., & Bikas Lahrud, B. (2024). Investigating the effectiveness of social skills training on responsibility of female high school students. 7th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Social Studies, Hamedan.
- Bavezin, F., Sepahvandi, M. A., & Ghazanfari, F. (2018). Effectiveness of communication skills training on social responsibility of depressed adolescent girls. *Nursing Education*, 7, 47-53.
- Ghazi Ghazvini, S., & Amirifard, Z. (2024). Effectiveness of group reality therapy training on responsibility, academic achievement and happiness of female students. *Quarterly Journal of Psychological Research and Behavioral Science Studies*, 3, 80-94.
- Hashemi, S., Behboudi, M., & Dokaneifard, F. (2022). Comparison of the effectiveness of premarital program using Premarital Interpersonal Choices and Knowledge (PICK) and Saving Your Marriage Before It Starts (SYMBIS) model on fear of marriage in single girls. *Adolescent and Youth Psychological Studies*, 1, 73-90.
- Heydari Jaghargh, K., Salarifar, M. H., & Khorshidzadeh, M. (2022). Designing and validating a premarital counseling package based on schema therapy approach. *Qualitative Research in Behavioral Sciences*, 1, 57-69.
- Heydari, S., Azadiakta, M., & Kazemi, A. (2023). Identifying factors affecting the decrease in desire for marriage using grounded theory. *Social Psychology*, 67, 51-64.
- Heydarzadeh, F., Rezaei, L., Malekpour, Z., & Amani Ghoshkhaneh, S. (2021). Effectiveness of moral intelligence training on responsibility and academic ethics in elementary students. 8th International Conference on Management and Humanities Research in Iran, Tehran.
- Imanzadeh, A. (2021). Effectiveness of teaching religious and psychological foundations of marriage in the context of Islamic culture on reducing gamophobia or fear of marriage in graduate students of Tabriz University. *Culture in the Islamic University*, 10, 203-218.
- Jokar, H., Yousefi, Z., & Torkan, H. (2022). The effect of reality-based premarital training on decision-making style and marital self-efficacy in single boys. *Psychiatric Nursing*, 10, 75-84.
- Karam Gharibi, S. (2021). Effectiveness of motivation management on responsibility and self-esteem in high school students. 1st National Conference on Futures Studies, Educational Sciences and Psychology, Shiraz.
- Khatibi, S., Goodarzi, M., & Yarahmadi, Y. (2019). Investigating the relationship between responsibility and Glasser's basic needs with marital satisfaction: The mediating role of resilience. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62, 16-33.
- Marzi, M., Abouei, A., Asi Haddad, F., & Saeidmanesh, M. (2024). Predicting the degree of desire for marriage based on quality of life and family functioning in single girls. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family*, 19, 58-101.
- Mohseni, H. (2013). *Investigating the relationship between mothers' self-differentiation with parent-child conflict and responsibility of female middle school students* [Allameh Tabataba'i University].
- Mokhtari, S., Yousefi, Z., & Monshi, G. (2021). The effect of schema-based premarital training on fear of marriage and coping styles in single girls. *Behavioral Sciences Research*, 19, 304-316.
- Mokhtari, S., Yousefi, Z., & Monshi, G. (2022). Investigating the effectiveness of schema-based premarital education on fear of marriage and schema modes in single girls. *Community Health*, 16, 1-13.
- Norouzi, M., & Kajbaf, M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health and cognitive fusion of girls with emotional breakdown. *Behavioral Sciences Research*, 20, 634-647.
- Pahlavanzadeh, F., Taghiyar, Z., & Refahi, J. (2019). Investigating the effectiveness of conflict resolution skills on the desire and willingness to marry and its dimensions in single girls. *Quarterly Journal of Women and Family Studies*, 45, 29-43.
- Saberi, F., Masoudi, F., & Mardaneh, S. (2016). Investigating the desire for marriage and effective factors among students of Shiraz University. National Conference on Family and Emerging Issues, Ahar.
- Saghzi, A., Golmohammadian, M., & Hojjatkhah, S. M. (2021). Predicting the desire for marriage based on interpersonal problems mediating by attitude towards love in students. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 8, 95-109.
- Saghzi, A., & Yazdani Esfidvajani, H. (2020). Predicting the desire for marriage based on attitude towards premarital relationship: Controlling the role of gender and experience of relationship with the opposite sex. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 9, 139-146.
- Sahebi, A., Zalizadeh, M., & Zalizadeh, M. (2015). Choice theory: An approach to responsibility. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 4, 113-134.
- Sarami Froushani, Z. (2024). Effectiveness of existential therapy on social interest and desire for marriage of girls on the verge of marriage in Isfahan. 1st International and 2nd National Conference on Quality Living from the Perspective of Psychology, Counseling and Social Work, Khomeinishahr.
- Shaker Khoshroudi, Z., & Houshiyari, J. (2021). The relationship between tendency and desire for marriage with differentiation and responsibility in students. *Islamic Psychology Research*, 4, 85-99.

- Syahfira, A., & Siregar, A. (2024). The Effect of Cognitive Behavior Therapy (CBT) Approach Through Group Guidance Services to Increase Student Responsibility SMP Negeri 4 Kejuruan Muda. *Tadrib: Jurnal Pendidikan Agama Islam*, 10(2), 997-1007.
- Tabatabaeifar, S. M. (2021). Effectiveness of schema therapy on fear of marriage in single boys. *Adolescent and Youth Psychological Studies*, 2, 1-11.
- Vafaeinezhad, F., Koraei, A., & Pasha, R. (2022). Comparing the effect of premarital education based on choice and awareness and Olson's approach on relational beliefs of fear of marriage in students. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29, 193-202.
- Yadollahi Saber, F., Ebrahimi, M., Zamani, N., & Sahebi, A. (2019). Determining the effectiveness of choice theory training on responsibility and hope of female students. *Social Cognition*, 8, 165-174.
- Yarian, M., & Khalilian, P. (2023). Comparison of the effectiveness of choice theory-based training and schema therapy on marital self-efficacy and desire for marriage in girls of Isfahan. 19th International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences,