

Spring 2025, Volume 14, Issue 1

## The Effectiveness of “Schema Modes Therapy” on Improving the Quality of Life and Schema Mode of Women Aged 20 to 40

Hamidreza Mahmoodinejad<sup>1</sup>, Mohamad Masoud Dayarian<sup>2\*</sup>, Seyed Esmail Mosavi<sup>3</sup>

1- PhD Student, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

**Corresponding author:** Mohamad Masoud Dayarian, Assistant Professor, Department of Counseling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.

**Email:** dayariyan@iaukhsh.ac.ir

Received: 13 July 2024

Accepted: 23 Nov 2024

### Abstract

**Introduction:** Maladaptive schema modes negatively impact quality of life, requiring effective interventions to improve this area. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of “Schema Modes Therapy” on improving the quality of life and schema modes of women aged 20 to 40.

**Methods:** The current research was of semi-experimental type with pre-test, post-test with control group and follow-up. The statistical population of the present study included all women 20 to 40 years old of Isfahan city in 2023. 28 women aged 20 to 40 were selected based on available sampling. Then they were randomly assigned to the “Schema Modes Therapy” group (14 women) and the control group (14 women) by lottery. The research data was collected with a demographic questionnaire, World Health Organization Quality of Life Brief Version WHOQOL-BREF and "Schema Mode Inventory". Content validity was done by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Then, for the intervention group, 10 90-minute sessions of “Schema Modes Therapy” (1 session per week) were conducted. The control group received the treatment after the research was completed. After the completion of the intervention, a post-test and a follow-up was conducted 2 months later. Data were analyzed in SPSS. 23 software. To analyze the data, repeated measurement variance analysis and Benferoni's post hoc test were used.

**Results:** There was a significant difference between the intervention group and the control group in the variable of quality of life and schema modes, in the post-test and follow-up phase. Therefore, the intervention was effective in on improving the quality of life and schema modes of women aged 20 to 40 ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** Schema Modes Therapy improving the quality of life and schema modes of women aged 20 to 40. It is suggested that psychologists who work with women use the findings of this research to improve the quality of life and schema modes of women.

**Keywords:** Schema Modes Therapy, Quality of Life, Schema Mode, Women.

## اثربخشی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال

حمیدرضا محمودی نژاد<sup>۱</sup>، محمد مسعود دیاریان<sup>۲\*</sup>، سیداسماعیل موسوی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محمد مسعود دیاریان، استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران  
ایمیل: dayariyan@iaukhsh.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۲۳

### چکیده

**مقدمه:** ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد بر کیفیت زندگی تاثیر منفی می‌گذارد که نیازمند مداخله‌ای موثر برای بهبود این حوزه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار" بر کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۲۸ زن ۲۰ تا ۴۰ سال بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در گروه "طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار" (۱۴ زن) و گروه کنترل (۱۴ زن) گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی، ابزارهای "کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- کوتاه" (World Health Organization Quality of Life Brief WHOQOL-BREF) و "سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای" (Schema Mode Inventory) انجام گرفت. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. برای گروه مداخله، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار" هفته‌ای ۱ جلسه انجام شد. گروه کنترل درمان را پس از اتمام پژوهش دریافت کردند. پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و به فاصله ۲ ماه بعد پیگیری انجام شد. داده‌ها در نرم‌افزار اسپس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بین گروه مداخله و گروه کنترل در متغیر کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین، مداخله در ارتقاء کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال اثربخش بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** "طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار" باعث ارتقاء کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال می‌شود. پیشنهاد می‌شود روانشناسان که با زنان کار می‌کنند از یافته‌های پژوهش حاضر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار، کیفیت زندگی، ذهنیت طرحواره‌ای، زنان.

استانداردها و اولویتهای موردنظر فرد تعریف می‌کند (۷). این مفهوم به افراد اجازه می‌دهد تا اهداف ارزشی زندگی‌شان را دنبال کنند و در احساس بهتر بودن عمومی آن‌ها نمایان می‌شود (۸).

کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که جنبه‌های مختلف بهزیستی، رضایت و شرایط زندگی را در برمی‌گیرد. این شامل ارزیابی‌های ذهنی، شرایط عینی و تعامل بین این ۲ است (۹). درک کیفیت زندگی مستلزم در نظر گرفتن ابعاد مختلف از جمله سلامت جسمانی، بهزیستی روانی، روابط اجتماعی و شرایط محیطی است (۱۰). کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود دارد و این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی نائل شده است (۱۱).

یکی از رویکردهایی که باعث ارتقاء کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای می‌شود، «طرحواره‌درمانی» (Schema Therapy) است (۱۲). طرح کلی «طرحواره‌درمانی» یک رویکرد یکپارچه‌نگر است که ترکیبی از عناصر شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت‌درمانی، روابط شیء، ساخت‌گرایی و مباحث روانکاوی را دربر می‌گیرد (۱۳). در «طرحواره‌درمانی» که رویکردی مبتنی بر نقاط قوت است؛ ۲ نوع ذهنیت سالم شناسایی شده است: ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد یا راضی. هدف «طرحواره‌درمانی» تقویت این ذهنیت‌ها است تا درمان‌جو به راحتی به آن‌ها دسترسی پیدا کرده و نیازهایش را به شیوه سازگارانه تأمین کند (۱۴). بر اساس «طرحواره‌درمانی»، «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» (Schema Modes Therapy) شکل گرفت. این درمان که بخش مکمل «طرحواره‌درمانی» است، هدفش کمک به شکل‌گیری ذهنیت سالم در افراد می‌باشد (۱۵). «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» روش درمانی است که هدف آن افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم و بهبود ذهنیت طرحواره‌ای است. «طرحواره‌درمانی»، نوعی مداخله یکپارچه‌ای است که علاوه بر روش‌های شناختی، رفتاری از روش‌های تجربی به‌منظور آوردن انواع طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله‌ی هیجانی استفاده می‌کند (۱۶). «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار»، هدف خود را بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تغییر و تعدیل آن‌ها با استفاده از روش‌های طرحواره‌ای در کاهش آسیب قرار

زنان نقش بسیار مهمی در جوامع ایفا می‌کنند و اهمیت آن‌ها از جوانی تا پیری به وضوح قابل مشاهده است. حضور و فعالیت آن‌ها در اقتصاد، فرهنگ، تصمیم‌گیری و سلامت، به توسعه و پیشرفت جوامع کمک می‌کند (۱). یکی از مولفه‌های مهم در زنان، دستیابی به ویژگی‌های بزرگسال سالم (healthy adults) است.

بزرگسال سالم بخشی از خود است که دارای اعتماد به نفس، توانمندی و عملکرد خوبی می‌باشد و همیشه قادر است به این سوال پاسخ بدهد که یک فرد بالغ، شفیق و دارای تفکر شناختی به چه شیوه‌ای قادر به فکر، احساس و عمل است (۲). همچنین می‌توان گفت بزرگسال سالم ذهنیت طرحواره‌ای است که به عنوان پادزهری برای ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ناسازگار و ناکارآمد محسوب می‌شود (۳).

مفهوم ذهنیت طرحواره‌ای (Schema Mode) یک الگوی سازمان‌یافته از تفکر، احساس و رفتار است که ریشه در مجموعه‌ای از طرحواره‌ها دارد. این الگوها اغلب در دوران کودکی و بر اساس تجربیات اولیه فرد با والدین، اطرافیان و محیط شکل می‌گیرند (۴). ذهنیت طرحواره‌ای حالت‌های هیجانی غالب و پاسخ‌های مقابله‌ای هستند که در موقعیت‌هایی که افراد بیش از حد حساس هستند، فعال می‌شوند. ذهنیت‌های طرحواره‌ای به ۴ دسته: ذهنیت‌های کودکانه شامل کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین و کودک تکانشگر؛ ذهنیت‌های والد ناکارآمد شامل والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع؛ ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد شامل تسلیم شده مطیع، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کننده افراطی و ذهنیت بزرگسال سالم تقسیم می‌شوند (۵). در صورتی که ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد فعال می‌شود که طرحواره‌ها یا پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خاصی منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته‌ساز، پاسخ‌های اجتنابی، یا رفتارهای خودآسیب‌رسان شوند، به گونه‌ای که کنترل عملکرد فرد را به دست گیرند. تغییر ذهنیت‌های طرحواره‌ای که باعث تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (۶).

سازمان جهانی بهداشت، در تعریف جامعی از کیفیت زندگی (quality of life) آن را به‌عنوان درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات،

داده است (۱۷).

«طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» ۴ نوع اصلی ذهنیت‌ها را مدنظر قرار می‌دهد که چگونگی ایجاد یک ذهنیت بزرگسال سالم از اهداف مهم «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» است (۱۸). ذهنیت‌های طرحواره‌ای در «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» الگوهای ذهنی هستند که در طول زندگی افراد شکل می‌گیرند و بر نحوه ادراک، تفسیر و واکنش فرد نسبت به رویدادها و موقعیت‌های مختلف تاثیر می‌گذارد. این الگوها اغلب در دوران کودکی و بر اساس تجربیات اولیه فرد با والدین، اطرافیان و محیط شکل می‌گیرند (۱۹). ذهنیت‌های طرحواره‌ای موجب سوگیری در تفسیرها از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند (۲۰).

در سال‌های اخیر هدف «سازمان جهانی بهداشت»، پیشگیری و تقویت عملکردهای سالم افراد بوده است و رسالت «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» علاوه بر درمان، به پیشگیری و ارتقاء عملکرد انسان‌ها معطوف می‌شود، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند به تقویت بخش‌های سالم آدمی اثر بگذارد.

با توجه به اهمیت زنان به‌عنوان رکن اصلی خانواده، سلامت روان زنان و نقش‌های مختلفی که در جامعه ایفا می‌کنند همچون تربیت نسل و تاثیر آن‌ها روی کودکان، روابط والدگری و نیز نقش‌های همسری و دیگر نقش‌های آن‌ها؛ به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین و اساسی‌ترین مباحث جوامع مختلف از دیرباز مطرح بوده است. باتوجه به اینکه پژوهش‌های اثربخشی در ارتباط با «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» در داخل کشور بسیار اندک است لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که در آن از یک گروه مداخله (طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل

همه زنان ۲۰ تا ۴۰ سال ساکن در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. پس از هماهنگی با مدیر مرکز مشاوره و روانشناختی نهال، پژوهشگر نویسنده اول مقاله حاضر (که به صورت تخصصی در حیطه «طرحواره‌درمانی» در این مرکز مشغول به فعالیت است) پس از اطلاع رسانی در مورد ساعت و روز آموزش از طریق پوستر، افراد داوطلب را ثبت نام کردند.

مرکز مشاوره و روانشناختی نهال، انواع خدمات مشاوره‌ای در حیطه «طرحواره‌درمانی» و روان‌درمانی کودک و نوجوان، بزرگسال، فرزندپروری و زوج‌درمانی را ارائه می‌دهد. از ۱۰۰ زن که اعلام همکاری کرده بودند، تعداد ۲۸ زن واجد معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی در گروه «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» (۱۴ زن) و گروه کنترل (۱۴ زن) گمارده شدند.

معیارهای ورود شامل قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال، نداشتن اختلال شدید شخصیت (بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 انجام شده توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر به‌عنوان دانشجوی دکتری مشاوره) و مشارکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل غیبت در جلسات مداخله بیشتر از ۲ جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و عدم انجام تکالیف بود. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان و ابزارهای زیر صورت گرفت.

«کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- نسخه کوتاه» (World Health Organization Quality of Life Brief Version WHOQOL-BREF) که یک ابزار خودگزارشی است توسط «سازمان جهانی بهداشت» در سال ۱۹۹۶ در بریتانیا به‌منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. (۲۱). نسخه اصلی ابزار ۱۰۰ عبارت و دارای ۴ مولفه است، به علت طولانی بودن، «سازمان جهانی بهداشت» نسخه کوتاه این ابزار را ارائه کرد. «نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» دارای ۲۶ عبارت است. ۲ عبارت اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۲۴ عبارت دیگر به بررسی ۴ مولفه اصلی این پرسشنامه یعنی سلامت جسمانی (Physical health) (۷ عبارت ۹،۳)، سلامت روانی (mental health) (۶ عبارت ۱۰،۱۵)، سلامت اجتماعی (social health)



در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- کوتاه» و «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» از طریق نظرخواهی از نظرات ۶ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد خمینی شهر بررسی و تأیید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۲۸ زن مطالعه حاضر برای «کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- کوتاه» و «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۶ به دست آمد.

«طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» برای ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ بار و به صورت گروهی بر اساس پروتکل تخلیص شده صلواتی و همکاران (۳۰) که در ایران اجرا شده است، صورت گرفته است. در خارج از کشور پروتکل‌های مشابه معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ جلسه طراحی شده‌اند و نسخه‌ای با جلسات محدود مانند پروتکل حاضر به صورت خاص توسط Young اجرا یا گزارش نشده است (۲۵). در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوا، «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» همراه با فرم برای ۶ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد خمینی شهر ارسال شد که حاکی از روایی محتوا مطلوب جلسات بود.

#### محتوای جلسات «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار»

جلسه اول: پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی شد. جلسه دوم: شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.

جلسه سوم: روش‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.

جلسه چهارم: مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.

جلسه پنجم: برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.

جلسه ششم: روش‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش داده شد.

۱۶،۲،۱۹،۴۸،۶۱،۶۸،۹۵،۹۶،۱۱۳،۱۲۲) و ذهنیت بزرگسال سالم (healthy adult) (۱۰ عبارت ۰/۷۳، ۰/۸۵، ۰/۱۱۷، ۰/۱۲۰، ۰/۱۲۱، ۰/۱۲۴، ۰/۲۹، ۰/۲۰)، می باشد. طیف مورد استفاده بر اساس طیف ۶ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد (شامل: ۱: هیچ‌وقت تا ۶: همیشه) است. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر مولفه می‌بایست مجموع نمره عبارات مربوط به آن مولفه را با هم جمع نمود. حداقل نمره در این مقیاس ۱۲۴ و حداکثر نمره ۷۴۴ است. هر چه نمره فرد در این ذهنیت‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده شدت حضور و غلبه آن ذهنیت در سیستم پردازش اطلاعات فرد است. سطح‌بندی نمره‌ها ارائه نشده است. روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه «طرحواره‌درمانی» در آمریکا مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۶ بیمار و ۱۶ غیربیمار ۱۹ تا ۴۶ سال، ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۵).

Lyrakos (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» را روی ۱۴۴۱ بزرگسال یونانی بدون آسیب‌شناسی روانی، سرپایی و بستری سنین ۱۹ تا ۶۲ سال، اجرا و ساختار ۱۴ عاملی آن گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۶۴ تا ۰/۹۸ گزارش شد. Van Wijk- Herbrink و همکاران (۲۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» را روی ۵۷۷ دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۸ سال مقطع متوسطه مدارس هلند اجرا و ساختار ۱۴ عاملی آن گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

در ایران، حنایی و همکاران (۲۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» روی ۶۰ تن (۳۰ بیمار شخصیت‌مرزی و ۳۰ تن گروه بهنجار) شهر تبریز انجام و ساختار ۱۴ عاملی آن تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۰ به دست آمد (۲۸). امدادی و همکاران (۲۹) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» را روی ۵۶۳ زوج شهر قم انجام و ساختار ۱۴ عاملی آن تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۵۱ تا ۰/۸۸ به دست آمد (۲۹).

دعوت شد تا مجدد به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد. مدت زمان اجرا و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید.

جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار اسپاس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

### یافته‌ها

در گروه « طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار » ۹ تن (۶۴/۲۹ درصد) در طبقه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۵ تن (۳۵/۷۱ درصد) در طبقه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. در گروه کنترل ۵ تن (۳۵/۷۱) در طبقه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۹ تن (۶۴/۲۹ درصد) در طبقه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. در گروه مداخله ۱۲ تن (۸۵/۷۱ درصد) تحصیلات بین دیپلم تا کارشناسی و ۲ تن (۲۱/۴۳ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در گروه کنترل ۱۱ تن (۷۸/۵۷ درصد) تحصیلات بین دیپلم تا کارشناسی و ۳ تن (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در گروه مداخله ۶ تن (۴۲/۸۶) متأهل و ۸ تن (۵۷/۱۴ درصد) مجرد بودند. در گروه کنترل ۷ تن (۵۰ درصد) متأهل و ۷ تن (۵۰ درصد) مجرد بودند. در گروه مداخله ۳ تن (۲۱/۴۳) ۱ فرزند، ۴ تن (۲۸/۵۷) ۲ فرزند و ۷ تن (۵۰ درصد) بدون فرزند بودند. در گروه کنترل ۳ تن (۲۱/۴۳) ۱ فرزند، ۳ تن (۲۱/۴۳) ۲ فرزند و ۸ تن (۵۷/۱۴ درصد) مجرد بودند.

بررسی میانگین و انحراف معیار نمره ذهنیت طرحواره‌ای و کیفیت زندگی با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت (جدول ۱).

جلسه هفتم: رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.

جلسه هشتم: تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.

جلسه نهم: مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.

جلسه دهم: مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد. پیش‌آزمون اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، کد اخلاق را دریافت نموده است. سپس مجوز از دانشگاه خمینی‌شهر دریافت و به مدیریت مرکز مشاوره و روانشناسی نهال در اصفهان ارائه شد. در مرحله بعد پژوهشگر اول مقاله حاضر، به‌صورت حضوری برای هماهنگی با مدیر مرکز به آن‌ها مراجعه کرد. هماهنگی شامل برگزاری «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» و تعیین زمان و مکان دقیق آموزش‌ها بود. برای هر ۲ گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابزارهای «کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- کوتاه» و «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» در مرکز توزیع و توسط خود زنان تکمیل گردید.

گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت دعوت به تکمیل پرسشنامه‌ها شدند تا از عدم دیدار ۲ گروه اطمینان حاصل شود. سپس برای آزمودنی‌های گروه مداخله جلسات «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر در مرکز مشاوره و روانشناختی نهال در اصفهان اجرا گردید و گروه کنترل درمان را پس از اتمام پژوهش دریافت کردند. پس از انجام مداخلات، مجدد، ابزارهای «کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- کوتاه» و «سیاهه ذهنیت طرحواره‌ای» برای گروه مداخله و کنترل برای پس‌آزمون اجرا شد. پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۲ ماه، از زنان، به عنوان دوره پیگیری به صورت حضوری از طریق تماس با آن‌ها که در ابتدای پژوهش شماره آن‌ها اخذ شده بود

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۷۷ ± ۳۳/۳۶	۴/۹۱ ± ۲۴/۷۱	۴/۹۴ ± ۲۵/۱۴
		گروه کنترل	۶/۹۴ ± ۳۳/۱۴	۵/۱۷ ± ۳۱/۰۰	۶/۶۸ ± ۳۲/۳۵
ذهنیت کودک عصبانی	ذهنیت کودک عصبانی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۷/۴۶ ± ۳۷/۷۱	۵/۶۹ ± ۲۷/۹۳	۴/۲۱ ± ۲۹/۹۳
		گروه کنترل	۷/۶۰ ± ۳۸/۸۶	۶/۴۶ ± ۳۸/۰۷	۷/۰۵ ± ۳۶/۵۷
ذهنیت کودک غضبناک	ذهنیت کودک غضبناک	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۸۸ ± ۴۱/۷۸	۵/۵۱ ± ۲۹/۷۲	۵/۷۶ ± ۳۲/۷۱
		گروه کنترل	۷/۲۳ ± ۴۳/۰۰	۶/۴۹ ± ۴۰/۶۴	۶/۰۶ ± ۳۹/۶۴
ذهنیت کودک تکانشی	ذهنیت کودک تکانشی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۸۰ ± ۳۰/۲۱	۳/۶۶ ± ۲۲/۸۶	۳/۹۵ ± ۲۲/۲۹
		گروه کنترل	۶/۱۳ ± ۲۹/۸۶	۵/۰۱ ± ۲۹/۸۳	۵/۸۲ ± ۳۰/۵۷
ذهنیت کودک بی‌انضباط	ذهنیت کودک بی‌انضباط	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۳/۴۳ ± ۱۶/۶۴	۳/۰۵ ± ۱۴/۶۱	۲/۷۳ ± ۱۴/۹۳
		گروه کنترل	۳/۱۱ ± ۱۶/۴۰	۳/۲۴ ± ۱۶/۲۹	۳/۰۲ ± ۱۶/۹۵
ذهنیت کودک شاد	ذهنیت کودک شاد	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۵/۳۱ ± ۲۲/۰۰	۵/۴۳ ± ۳۰/۱۴	۵/۱۴ ± ۲۸/۵۲
		گروه کنترل	۴/۶۸ ± ۲۳/۶۴	۴/۵۰ ± ۲۱/۶۴	۴/۱۷ ± ۲۲/۲۱
ذهنیت تسلیم‌شده مطیع	ذهنیت تسلیم‌شده مطیع	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۴/۸۸ ± ۲۹/۳۶	۳/۴۸ ± ۱۸/۰۰	۳/۸۰ ± ۱۸/۱۴
		گروه کنترل	۵/۴۵ ± ۲۸/۷۱	۵/۱۶ ± ۲۵/۱۴	۵/۴۷ ± ۲۶/۸۶
ذهنیت محافظ بی‌تفاوت	ذهنیت محافظ بی‌تفاوت	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۳۹ ± ۳۷/۲۱	۴/۲۴ ± ۲۵/۸۶	۵/۴۳ ± ۲۷/۵۷
		گروه کنترل	۶/۱۴ ± ۳۴/۹۳	۵/۴۶ ± ۳۳/۶۴	۵/۷۰ ± ۳۶/۲۱
ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت	ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۳/۴۷ ± ۱۳/۲۱	۲/۹۲ ± ۱۱/۲۹	۲/۸۰ ± ۱۱/۱۴
		گروه کنترل	۲/۹۳ ± ۱۲/۸۶	۶/۱۴ ± ۳۴/۹۳	۲/۷۳ ± ۱۳/۰۷
ذهنیت خود بزرگ منش	ذهنیت خود بزرگ منش	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۵/۳۲ ± ۲۹/۴۲	۴/۷۰ ± ۲۲/۸۶	۴/۴۶ ± ۲۳/۸۲
		گروه کنترل	۶/۱۴ ± ۳۰/۸۵	۵/۴۳ ± ۲۹/۶۴	۴/۸۳ ± ۲۹/۴۳
ذهنیت زورگو و تهاجمی	ذهنیت زورگو و تهاجمی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۰۲ ± ۳۳/۵۷	۴/۷۰ ± ۲۴/۵۰	۴/۱۵ ± ۲۴/۴۳
		گروه کنترل	۶/۲۳ ± ۳۲/۹۳	۵/۲۶ ± ۳۱/۸۰	۵/۴۷ ± ۳۲/۵۷
ذهنیت والد تنبیه‌گر	ذهنیت والد تنبیه‌گر	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۲۴ ± ۳۴/۸۵	۴/۴۸ ± ۲۷/۳۱	۵/۰۲ ± ۲۹/۱۴
		گروه کنترل	۶/۷۱ ± ۳۶/۰۰	۵/۴۵ ± ۳۵/۹۳	۶/۶۸ ± ۳۵/۱۴
ذهنیت والد پرتوقع	ذهنیت والد پرتوقع	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۸/۴۰ ± ۳۱/۸۱	۵/۶۷ ± ۲۵/۵۷	۴/۹۲ ± ۲۴/۶۴
		گروه کنترل	۵/۸۵ ± ۳۱/۷۸	۶/۷۴ ± ۳۰/۶۴	۵/۵۶ ± ۳۲/۷۸
ذهنیت بزرگسال سالم	ذهنیت بزرگسال سالم	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۶/۹۲ ± ۲۵/۱۴	۷/۰۶ ± ۳۳/۰۰	۶/۴۸ ± ۳۱/۲۱
		گروه کنترل	۶/۰۰ ± ۲۵/۵۰	۴/۵۰ ± ۲۲/۳۶	۶/۰۲ ± ۲۳/۸۵
سلامت جسمی	سلامت جسمی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۳/۲۶ ± ۱۵/۷۸	۵/۰۶ ± ۲۱/۲۸	۴/۲۸ ± ۲۱/۲۱
		گروه کنترل	۳/۳۱ ± ۱۴/۶۴	۳/۱۰ ± ۱۵/۹۳	۳/۱۸ ± ۱۵/۸۶
سلامت روانی	سلامت روانی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۲/۹۱ ± ۱۳/۲۱	۳/۲۱ ± ۱۶/۰۰	۲/۷۰ ± ۱۵/۷۱
		گروه کنترل	۲/۷۹ ± ۱۲/۳۵	۲/۶۳ ± ۱۲/۷۸	۲/۴۳ ± ۱۳/۲۸
سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۱/۸۳ ± ۶/۵۰	۲/۳۷ ± ۱۰/۰۷	۲/۰۹ ± ۹/۲۹
		گروه کنترل	۲/۰۶ ± ۶/۵۷	۱/۹۰ ± ۶/۹۳	۱/۹۵ ± ۷/۴۳
سلامت محیطی	سلامت محیطی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۳/۵۲ ± ۲۰/۸۰	۴/۵۱ ± ۲۴/۰۰	۴/۲۳ ± ۲۴/۲۰
		گروه کنترل	۳/۶۰ ± ۲۰/۲۱	۴/۳۲ ± ۲۱/۱۸	۴/۱۰ ± ۲۱/۸۵
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	«طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار»	۷/۵۳ ± ۵۶/۳۰	۹/۸۱ ± ۷۱/۳۶	۸/۳۵ ± ۷۰/۴۳
		گروه کنترل	۸/۳۳ ± ۵۳/۷۹	۷/۸۳ ± ۵۷/۵۵	۷/۱۰ ± ۵۸/۴۰



## حمیدرضا محمودی نژاد و همکاران

( $P > .05$ ). همچنین مقدار F محاسبه شده آزمون لوین در مولفه‌های کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان بیان نمود تفاوت معناداری بین واریانس‌های خطای ۲ گروه پژوهش وجود ندارد. پیش‌فرض کرویت که از طریق آزمون ماکنلی بررسی شد، معنادار بود به این معنا که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها رعایت نشده است. بر این اساس در ارائه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، نتایج با اصلاح درجه آزادی بر حسب اسپین از طریق ردیف گرین هاوز-گیزر ارائه شد.

برای مولفه‌های کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان نیز نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان می‌دهد که عامل زمان و تعامل زمان و گروه معنادار است (جدول ۲).

نتایج نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره مؤلفه‌ها و نمره کل کیفیت زندگی به همراه ۲ مؤلفه ذهنیت کودک شاد و ذهنیت بزرگسال سالم در ذهنیت طرحواره‌ای در گروه مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش و دیگر مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای در آن مراحل کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد (جدول ۱). همان‌طور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند، نمره شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش‌آزمون و نمره گروه کنترل متفاوت می‌باشد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. آزمون شاپیرو-ویلک در مولفه‌های کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای حاکی از توزیع نرمال متغیرهای پژوهش بود

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر: اثربخشی "طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار" بر مولفه‌های کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	$\eta^2$
	اثر گروه	۱۱۱۸/۵۴	۹۱۱/۴۱	۲۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	اثر زمان	۱۰۰۸/۱۱	۱۴۲۱/۵۴	۲۷/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۹۹/۳۷	۲۸۰۷/۱۰	۳/۴۷	۰/۰۱۲	۰/۱۵۱
	اثر گروه	۱۳۲۰/۰۲	۱۳۴۷/۶۴	۱۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
ذهنیت کودک عصبانی	اثر زمان	۱۲۶۵/۱۹	۲۰۵۴/۷۹	۲۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۳۷/۵۶	۲۷۳۶/۱۴	۵/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۲۱۲
	اثر گروه	۲۰۰۱/۵۴	۱۷۳۸/۲۴	۲۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
ذهنیت کودک غضبناک	اثر زمان	۱۴۷۵/۰۵	۱۳۶۹/۵۰	۴۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹
	اثر تعاملی گروه× زمان	۵۹۳/۷۵	۲۱۸۱/۷۶	۵/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۲۱۴
	اثر گروه	۹۹۲/۳۳	۱۲۴۹/۱۹	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
ذهنیت کودک تکانشی	اثر زمان	۸۰۴/۷۶	۱۳۱۹/۵۰	۲۳/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
	اثر تعاملی گروه× زمان	۶۱۷/۷۶	۱۹۴۷/۲۴	۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
	اثر گروه	۸۸/۴۴	۸۲۳/۰۲	۲/۱۰	۰/۱۳۷	۰/۰۹۷
ذهنیت کودک بی‌انضباط	اثر زمان	۲۳/۰۵	۱۵۷/۶۴	۵/۷۰	۰/۰۲۲	۰/۱۲۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۴/۸۴	۲۸۳/۰۵	۲/۴۰	۰/۰۶۵	۰/۱۱۰
	اثر گروه	۱۳۴۰/۸۷	۱۳۵۳/۹۳	۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
ذهنیت کودک شاد	اثر زمان	۵۲۰/۰۱	۱۰۴۹/۶۱	۱۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۲۳/۹۴	۱۷۷۲/۷۱	۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰
	اثر گروه	۷۹۰/۲۱	۱۱۷۸/۴۱	۱۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
ذهنیت تسلیم شده مطیع	اثر زمان	۱۰۷۱/۴۳	۸۴۱/۶۴	۴۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۶۲/۰۳	۱۲۸۰/۱۰	۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲۰

-/۵۱۶	-/۰۰۱	۲۰/۷۷	۱۳۴۷/۵۰	۱۴۵۳/۱۱	اثر گروه	
-/۵۵۹	-/۰۰۱	۴۹/۴۰	۹۹۲/۱۹	۱۲۵۷/۴۴	اثر زمان	ذهنیت محافظ بی تفاوت
-/۳۸۷	-/۰۰۱	۱۲/۳۰	۱۷۲۳/۵۷	۱۰۸۷/۵۶	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۰۵۵	-/۳۳۳	۱/۱۳	۶۷۲/۵۷	۳۹/۰۰	اثر گروه	ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت
-/۱۷۳	-/۰۰۷	۸/۱۴	۲۱۹/۳۶	۴۵/۷۶	اثر زمان	
-/۱۰۵	-/۰۸۱	۲/۲۹	۳۶۹/۹۱	۴۳/۳۸	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۳۴۲	-/۰۰۱	۱۰/۱۵	۱۸۰۲/۶۹	۹۳۷/۹۲	اثر گروه	ذهنیت خود بزرگمنش
-/۴۵۱	-/۰۰۱	۳۲/۰۰	۷۴۷/۶۱	۶۱۳/۴۴	اثر زمان	
-/۲۴۰	-/۰۰۱	۶/۱۵	۱۰۹۰/۱۰	۳۴۳/۷۹	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۳۰۶	-/۰۰۱	۸/۶۱	۱۹۳۶/۵۲	۸۵۵/۴۴	اثر گروه	ذهنیت زورگو و تهاجمی
-/۵۶۵	-/۰۰۱	۵۰/۶۷	۹۴۴/۱۸	۱۲۲۶/۶۸	اثر زمان	
-/۳۳۲	-/۰۰۱	۹/۶۸	۱۴۲۶/۴۸	۷۰۸/۰۸	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۴۶۵	-/۰۰۱	۱۶/۹۸	۱۴۲۳/۰۰	۱۲۳۸/۷۸	اثر گروه	ذهنیت والد تنبیه گر
-/۳۹۰	-/۰۰۱	۲۴/۹۳	۱۲۲۷/۴۶	۸۷۶/۳۰	اثر زمان	
-/۲۸۰	-/۰۰۱	۷/۵۹	۱۸۲۰/۵۷	۷۰۸/۹۴	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۲۵۷	-/۰۰۳	۶/۷۵	۱۶۰۴/۱۷	۵۵۵/۴۹	اثر گروه	ذهنیت والد پرتوقع
-/۳۳۸	-/۰۰۱	۱۹/۸۸	۱۲۰۳/۱۸	۶۱۳/۴۴	اثر زمان	
-/۱۶۵	-/۰۰۷	۳/۸۴	۲۵۹۲/۴۸	۵۱۰/۵۶	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۵۰۳	-/۰۰۱	۱۹/۷۰	۲۹۱۲/۸۱	۲۹۴۳/۰۶	اثر گروه	ذهنیت بزرگسال سالم
-/۳۷۷	-/۰۰۱	۲۳/۶۰	۱۱۵۱/۹۳	۶۹۷/۱۹	اثر زمان	
-/۳۳۸	-/۰۰۱	۹/۹۴	۲۰۷۷/۳۳	۱۰۵۸/۷۰	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۴۵۸	-/۰۰۱	۱۶/۴۹	۷۲۵/۰۷	۶۱۳/۰۶	اثر گروه	سلامت جسمی
-/۵۲۴	-/۰۰۱	۴۲/۹۰	۴۲۸/۶۱	۴۷۱/۴۴	اثر زمان	
-/۲۲۶	-/۰۰۱	۵/۶۸	۱۰۰۲/۲۹	۲۹۲/۱۸	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۴۸۹	-/۰۰۱	۱۸/۷۰	۳۴۷/۱۹	۳۳۰/۹۱	اثر گروه	سلامت روانی
-/۵۷۷	-/۰۰۱	۵۳/۲۹	۲۴۲/۹۶	۳۳۲/۰۱	اثر زمان	
-/۴۴۳	-/۰۰۱	۱۵/۵۱	۴۳۹/۱۰	۳۴۹/۳۳	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۲۴۹	-/۰۰۴	۶/۴۷	۲۵۷/۳۹	۸۵/۳۵	اثر گروه	سلامت اجتماعی
-/۳۹۷	-/۰۰۱	۲۵/۶۳	۱۷۰/۴۶	۱۱۲/۰۱	اثر زمان	
-/۱۴۹	-/۰۱۵	۳/۴۲	۲۶۹/۸۶	۴۷/۳۶	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۱۲۳	-/۰۷۷	۲/۷۴	۷۱۳/۹۳	۱۰۰/۳۳	اثر گروه	سلامت محیطی
-/۲۹۵	-/۰۰۱	۱۶/۳۲	۶۲۳/۰۷	۲۶۰/۷۶	اثر زمان	
-/۲۸۶	-/۴۴۱	-/۹۵	۱۳۵۶/۷۱	۶۵/۹۱	اثر تعاملی گروه× زمان	
-/۴۹۹	-/۰۰۱	۱۹/۴۴	۳۶۳۴/۴۱	۳۶۲۲/۸۷	اثر گروه	نمره کل کیفیت زندگی
-/۶۸۳	-/۰۰۱	۸۳/۹۰	۲۰۶۵/۹۶	۴۴۴۳/۳۰	اثر زمان	
-/۳۲۰	-/۰۰۱	۹/۱۷	۴۵۵۶/۶۷	۲۱۴۲/۸۹	اثر تعاملی گروه× زمان	

کودک عصبانی ( $F= ۵/۲۶$ ،  $P = ۰/۰۰۳$ ،  $\eta^2 = ۰/۲۱۲$ )، ذهنیت  
 کودک غضبناک ( $F= ۵/۳۱$ ،  $P = ۰/۰۰۲$ ،  $\eta^2 = ۰/۲۱۴$ )، ذهنیت  
 کودک تکانشی ( $F= ۶/۱۹$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $\eta^2 = ۰/۲۴۱$ )، ذهنیت

جدول ۲ نشان می‌دهد علاوه بر اثر گروه و اثر زمان،  
 اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه‌های ذهنیت کودک  
 آسیب‌پذیر ( $F= ۳/۴۷$ ،  $P = ۰/۰۱۲$ ،  $\eta^2 = ۰/۱۵۱$ )، ذهنیت

### حمیدرضا محمودی نژاد و همکاران

کودک شاد ( $F=7/96$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/290$ )، ذهنیت تسلیم شده مطیع ( $F=5/52$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/220$ )، محافظ بی تفاوت ( $F=12/30$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/387$ )، ذهنیت خودبزرگ منمش ( $F=6/15$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/240$ )، ذهنیت زورگو و تهاجمی ( $F=9/68$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/332$ )، ذهنیت والد تنبیه گر ( $F=7/59$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/280$ )، ذهنیت والد پرتوقع ( $F=3/84$ ،  $P=0/007$ ،  $\eta^2=0/165$ ) و ذهنیت بزرگسال سالم ( $F=9/94$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/338$ ) است. در مقابل ارزش  $F$  مربوط به اثر تعاملی مؤلفه های ذهنیت کودک بی انضباط و ذهنیت خودآرام بخش بی تفاوت معنادار نبود. همچنین اثر تعاملی گروه  $\times$  زمان برای مؤلفه های سلامت جسمی ( $\eta^2=0/226$ )، سلامت روانی ( $F=5/68$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/443$ )، سلامت اجتماعی ( $F=15/51$ ،  $P=0/015$ ،  $\eta^2=0/149$ )، و نمره کل کیفیت زندگی ( $F=3/42$ ،  $P=0/001$ ،  $\eta^2=0/320$ ) معنادار است. در مقابل ارزش  $F$  مربوط به اثر تعاملی مؤلفه های سلامت محیطی معنادار نبود. براین اساس می توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین نمره مولفه های کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره ای در زمان های مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد.

در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و بین ۲ گروه پژوهش با یکدیگر در کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره ای ارائه شده است.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مولفه های ذهنیت طرحواره ای و کیفیت زندگی بر اساس میانگین تعدیل شده گروه ها

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مولفه های ذهنیت طرحواره ای و کیفیت زندگی بر اساس میانگین تعدیل شده گروه ها

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	متغیر	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
ذهنیت کودک آسیب پذیر	پیش آزمون	۷/۲۴	۱/۳۹	۰/۰۰۱	ذهنیت محافظ بی تفاوت	۸/۹۳	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۶/۹۳	۱/۳۲	۰/۰۰۱		۷/۷۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۳۱	۱/۲۱	۱/۰۰		-۱/۱۹	۰/۸۷	۰/۵۴۳
ذهنیت کودک عصبانی	پیش آزمون	۸/۲۱	۱/۳۲	۰/۰۰۱	ذهنیت خود بزرگ منمش	۶/۰۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۷/۷۶	۱/۵۸	۰/۰۰۱		۵/۴۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۴۵	۰/۸۷	۱/۰۰		-۰/۶۴	۰/۵۵	۰/۷۴۴
ذهنیت کودک غضبناک	پیش آزمون	۹/۳۶	۱/۲۸	۰/۰۰۱	ذهنیت زورگو و تهاجمی	۷/۲۶	۰/۹۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۸/۳۸	۱/۲۹	۰/۰۰۱		۷/۶۴	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۹۸	۰/۸۴	۰/۷۵۰		-۰/۳۸	۰/۸۱	۱/۰۰
ذهنیت کودک تکانشی	پیش آزمون	۵/۷۴	۱/۰۴	۰/۰۰۱	ذهنیت والد تنبیه گر	۶/۹۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۶/۱۹	۱/۲۷	۰/۰۰۱		۶/۱۲	۱/۲۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۴۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱		-۰/۸۶	۰/۹۱	۱/۰۰
ذهنیت کودک شاد	پیش آزمون	-۵/۴۸	۱/۰۷	۰/۰۰۱	ذهنیت والد پرتوقع	۵/۷۹	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۴/۹۸	۱/۱۳	۰/۰۰۱		۵/۴۱	۱/۲۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۵۰	۰/۹۱	۱/۰۰		-۰/۳۸	۱/۱۳	۱/۰۰
ذهنیت تسلیم شده مطیع	پیش آزمون	۷/۹۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	ذهنیت بزرگسال سالم	-۶/۷۱	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۷/۱۴	۱/۰۱	۰/۰۰۱		-۵/۷۶	۱/۱۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۷۶	۰/۶۷	۰/۷۹۱		-۰/۹۵	۱/۰۶	۱/۰۰

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
سلامت جسمی	پیش آزمون	۵/۶۰-	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴/۷۴-	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۸۶	۰/۹۰	۱/۰۰
سلامت روانی	پیش آزمون	۴/۱۷-	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳/۹۸-	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۹	۰/۴۷	۱/۰۰
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۲/۱۰-	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲/۳۱-	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۱-	۰/۳۵	۱/۰۰
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۵/۰۷-	۱/۹۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۵۵-	۱/۵۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۵۲	۱/۵۰	۱/۰۰

همکاران (۳۱)، پنجه‌پور و همکاران (۱۴)، فرهادی و همکاران (۳۲) و پورذبیح و همکاران (۳۳) همسو بود. برای مثال نتایج زمانی و همکاران (۳۱) نشان دادند «طرحواره‌درمانی» می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی دختران گردد. پنجه‌پور و همکاران (۱۴) نشان دادند «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» می‌تواند کیفیت زندگی زنان دارای افکار خودکشی را افزایش دهد. فرهادی و همکاران (۳۲) نشان دادند «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر افزایش کیفیت زندگی موثر است. همچنین پورذبیح و همکاران (۳۳) نشان دادند «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» می‌تواند کیفیت زندگی زنان را افزایش دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» برای شرایط انسان بسیار واقع‌بینانه به نظر می‌رسد و هدف اصلی آن کمک به ریشه مشکلات انسانی و طرحواره‌های ناسازگار برای درک و در نهایت حل علل طرحواره‌های ناسازگار است. با توجه به اینکه در رویکرد مداخله، علاوه بر این، «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» برای تغییرات درمانی طرحواره ناسازگار اولیه با روش‌های هیجانی شناختی استفاده می‌شود. با به کارگیری روش‌های الگوشکنی رفتاری سعی در بهبود و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با کاهش کیفیت زندگی دارد. بنابراین، «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» با بهبود هیجانات منفی، رهایی از هیجان، تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به ویژه سبک‌های مقابله ناسازگارانه و پاسخ‌های ناکارآمد می‌تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد (۳۴).

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمره مؤلفه‌های ذهنیت طرحواره‌ای در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمره در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیرمعنادار است. با توجه به عدم معناداری ارزش F مربوط به اثر تعاملی مؤلفه‌های ذهنیت کودک بی‌انضباط و ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت چنین نتیجه گیری شد که اجرای متغیرهای مستقل منجر به تغییر معنادار آن مؤلفه‌ها نشده است. همچنین تفاوت میانگین نمره ۳ مؤلفه سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمره در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیرمعنادار است. با توجه به عدم معناداری ارزش F مربوط به اثر تعاملی مؤلفه سلامت محیطی چنین نتیجه گیری شد که اجرای متغیرهای مستقل منجر به تغییر معنادار آن مؤلفه نشده است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال انجام گرفت.

اولین یافته مطالعه حاضر این بود که «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر کیفیت زندگی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال اثر مثبت و معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های زمانی و

به راحتی به آن‌ها دسترسی پیدا کرده و نیازهایش را به شیوه سازگارانه تأمین کند. هدف اصلی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» تقویت ذهنیت بزرگسال سالم است. دستیابی بدین هدف تا حدی به صورت غیرمستقیم از طریق کاهش ذهنیت‌های ناکارآمد انجام می‌شود (۵). رشد بزرگسال سالم به عنوان هدف نهایی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» از طریق تأکید بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه اتفاق می‌افتد (۳۰). هدف «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» این است که بزرگسال سالم مراجع بتواند رشد کند و افکار زیربنایی، احساسات منفی تهدیدبرانگیز یا رفتارهای تکانشی را بررسی کند و مورد تحلیل قرار دهد. همچنین مراجع قادر باشد در مورد خودش و جهان به مثابه‌ی یک کل و به شیوه‌ای دقیق تفکر کند و دیالوگ سقراطی را در ذهنش بدون نگارش آن در دفترچه شناختی انجام دهد (۳۸). در «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار»، به افراد کمک می‌شود تا حالت بزرگسال سالم خود را بسازند و تقویت کنند. بسیاری از افراد با یک حالت توسعه نیافته سالم بزرگسال به درمان می‌آیند. اگرچه والدین آن‌ها تمام تلاش خود را به کار بردند، اما آن‌ها ممکن است فاقد توانایی و یا منابع لازم برای برآوردن نیازهای خود به طور متعادل باشند. در عوض، آن‌ها حالت‌های انتقادی دارند که آن‌ها را مورد انتقاد، تنبیه و ضرب و شتم ذهنی قرار می‌دهد. آن‌ها اغلب حالت‌های مقابله‌ای دارند که سعی می‌کند آن‌ها را از درد طرحواره دور نگه دارد و در عین حال منتقد را ساکت نگه دارد. تقویت ذهنیت بزرگسال سالم به این معنی است که یاد می‌گیرید چگونه نیازهای عاطفی اصلی خود را به روشی سالم و متعادل برآورده کنید که با «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» این اتفاق می‌افتد (۱۹).

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر ارتقاء کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله اثربخش است. لذا، پیشنهاد می‌شود برای افزایش کیفیت زندگی و ذهنیت طرحواره‌ای زنان در این سن با توجه به اثربخشی «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» از این آموزش‌ها برای این زنان بهره ببرند. این پژوهش برای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر اصفهان بوده است و بنابراین نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر

«طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» با کمک به افراد در درک و مدیریت حالات عاطفی و روش‌های مقابله‌ای در بهبود کیفیت زندگی موثر است. با تمرکز بر حالت‌های مختلف و ترویج حالت بزرگسال سالم، افراد می‌توانند به تنظیم عاطفی بهتر، بهبود روابط، افزایش خودآگاهی و انعطاف‌پذیری بیشتر دست یابند (۳۵). «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» برای تعدیل طرحواره‌های شناسایی شده شامل: رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، استحقاق/بزرگ‌منشی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی و تنبیه، بکار گرفته شدند تا با آوردن انواع طرحواره‌ها به هشیاری فعال و غلبه بر فاصله هیجانی، زمینه احساس ارزشمندی واقعی را فراهم آورد. همچنین «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» کمک می‌کند تا افراد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار خود مهیا سازند و همین امر باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار»، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آن‌ها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه کیفیت زندگی بهتر در آن‌ها می‌شود (۳۶).

دومین یافته مطالعه حاضر این بود که «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» بر ذهنیت طرحواره‌ای زنان ۲۰ تا ۴۰ سال اثر مثبت و معناداری دارد. این یافته با پژوهش‌های Koppers و همکاران (۳۷) و Edwards (۲) همسو بود. برای مثال، نتایج Koppers و همکاران (۳۷) نشان دادند «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» می‌تواند ذهنیت‌های طرحواره‌ای را تغییر دهد. Edwards (۲) نشان دادند «طرحواره‌درمانی» بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در «طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار» ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد یا راضی تقویت می‌شود تا درمان‌جو

زنان و نیز سایر شهرها نمی‌باشد.

## سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری حمیدرضا محمودی‌نژاد در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر و به راهنمایی آقای دکتر محمد مسعود دیاریان با کد اخلاق آن IR.IAU.KHSH.REC.1402.068 با شماره ۹۸۰۰۱۳۳۷۲ و در تاریخ ۱۴۰۲/۵/۲۲ در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر به آدرس <https://ethics>.

research.ac.ir/IR.IAU.KHSH.REC.1401.099 ثبت شد. نویسندگان مقاله از زنان شرکت‌کننده و مدیر مرکز مشاوره و روانشناختی نهال به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدرانی می‌کنند.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

## References

1. Turesky M, Warner ME. Gender dynamics in the planning workplace: The importance of women in management. *Journal of the American Planning Association*. 2020;86(2):157-70. <https://doi.org/10.1080/01944363.2019.1691041>
2. Edwards DJ. Using schema modes for case conceptualization in Schema Therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*. 2022;12(1):1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
3. Shaban M, Peyvaštegar M, Khosravi Z. The effectiveness of the localized model of Schema Therapy on changing the schema of therapists. *Journal of Psychological Science*. 2021;20(100):511-20.
4. Stavropoulos A, Haire M, Brockman R, Meade T. A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*. 2020;24(2):99-113. <https://doi.org/10.1111/cp.12205>
5. Jacobs I, Lenz L, Wollny A, Horsch A. The higher-order structure of schema modes. *Journal of Personality Disorders*. 2020;34(3):348-376. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_401](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_401)
6. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2015;70(4):593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
7. Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu CS, Cohen DJ, Magnuson EA, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Jaff MR, Razavi MK, Kindzelski AL. Quality of life after pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for proximal deep venous thrombosis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2020;8(1):8-23. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.03.023>
8. Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. Generic preference- Research. 2021;30(4):2109-2121. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02826-0>
9. Costa DS, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Tait MA, King MT. How is quality of life defined and assessed in published research? *Quality of Life Research*. 2021;30(4):2109-2121. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02826-0>
10. Haraldstad K, Abildsnes E, Bøe T, Vigsnes KL, Wilson P, Mølland E. Health-related quality of life of children from low-income families: The new patterns study. *BMC Public Health*. 2023;23(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17335-7>
11. Song MY, Park MJ. Relationship between uncertainty and health-related quality of life in elderly patients undergoing total knee arthroplasty: The mediating effects of sense of coherence and social support. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2022;29(3):284-294. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2022.29.3.284>
12. Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. Generic preference-based health-related quality of life in children with neurodevelopmental disorders: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020;62(2):169-177. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14301>
13. Heath G, Startup H, editors. *Creative Methods in Schema Therapy: Advances and Innovation in Clinical Practice*. Routledge; 2020. <https://doi.org/10.4324/9781351171847>
14. Panjepour S, Tabatabaiejad FS. [The effectiveness of the Schema Therapy approach on quality of life and self-criticism in women

- with suicidal thoughts: A quasi-experimental study]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023;21(12):1267-1282. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6751-fa.html> <https://doi.org/10.52547/jrums.21.12.1267>
15. Nikamal M, Salehi M, Bermas H. [Effectiveness of schema therapy based on emotional on marital satisfaction, of couple]. *Journal of Psychological Studies*. 2018;13(4):157-74.
  16. Farrell J, Rees N, Shaw I. [Clinical Manual of Schema Therapy the Complete Reference of Individual, Group, and Integrative Therapy for Schema Mentalities]. Translated by Maryam Hedayati and Adele Samimi .2018. Tehran: Arajmand Publications. <https://www.gisoom.com/book/11344828/>
  17. Esmacilian N, Hoorelbeke K, Naderzadeh S, Koester EH. [Associations between borderline personality disorder features, early maladaptive schemas, and schema modes: A network analysis in a nonclinical sample]. *Personality and Individual Differences*. 2022;195(2):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111674>
  18. Khodabandelow S, Najafi M, Rahimian Boogar I. [The effectiveness of Schema Mode Therapy on the self-esteem in narcissistic personality disorder: A single-subject research]. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(30):65-101.
  19. Abasi Rad A, Bahrami Hidaji M, Tajeri B, Mohamadi Shirmahaleh F, Ranjbari Poor T. [The effectiveness of Schema Therapy based on the mindset model based on emotional dysregulation and coherent self-knowledge in self-harming delinquent teenagers]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023;12(7):93-102. <http://frooyesh.ir/article-1-4531-en.html>
  20. Fassbinder E, Schweiger U, Jacob G, Arntz A. The Schema Mode Model for personality disorders. *Die Psychiatrie*. 2014;11(2):78-86. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670748>
  21. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996. World Health Organization; 1996. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>
  22. Kalfoss MH, Reidunsdatter RJ, Klöckner CA, Nilsen M. Validation of the WHOQOL-Bref: Psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021;19(13):1-2. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01656-x>
  23. Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. [The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html>
  24. Ghaffari G, Shirali E. [Assessing the quality of life of the people of Tehran based on the standard Questionnaire of the World Health Organization WHOQOL-BREF]. *Journal of Economic & Development Sociology*. 2018;7(1): 125-150. <file:///C:/Users/Happy/Downloads/4039913970102.pdf>
  25. Young JE. *Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center. 2005.
  26. Lyrakos DG. The validity of young Schema Questionnaire 3rd version and the Schema Mode Inventory 2nd Version on the Greek Population. *Psychology*;2014. 10.4236/psych.2014.55056
  27. Van Wijk-Herbrink MF, Roelofs J, Broers NJ, Rijkeboer MM, Arntz A, Bernstein DP. Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode Inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 2018;32(2):220-241. [https://doi.org/10.1521/pepi\\_2017\\_31\\_295](https://doi.org/10.1521/pepi_2017_31_295)
  28. Hanaei N, Mahmood Alilou M, Bakhshi Pour Roudsari A, Akbari I. [Mentalities sketches, experience of child abuse and attachment styles with borderline personality disorder]. *Clinical Psychology and Personality*. 2015;13(1):101-120. 10.22070/2.12.101
  29. Emdady M, Hajebi MZ, Mirzahoseini H, Monirpour N. [Explanation of dyadic adjustment model based on components of schema modes and coping styles in blended and normal families]. *International Archives of Health Sciences*. 2019;6(1):36-40. [https://doi.org/10.4103/iahs.iahs\\_46\\_18](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_46_18)
  30. Salavati M, Yekeh Yazdandoost R. [Schema Therapy (Special Guide for Clinical Psychologists)]. Tehran: Danjeh Publications. 2015. <https://www.gisoom.com/book/11138125/>
  31. Zamani M, Sotodehasl N, Hosseini SM, Sabahi P. [The effectiveness of Schema Therapy on the

- quality of life of adolescent girls with borderline personality disorder]. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2021;2(3):255-274. <https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/779>.
32. Farhady A, Sodani M, Gholamzadeh Jofreh M. [Determining the effectiveness of Schema Therapy on life quality and anxiety of rehabilitated addicts under Methadone Therapy in Ahvaz city, Iran]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2023; 13(4):1-8. <http://jdisabilstud.org/article-1-2802-fa.html>
  33. Pourzabih S, Meschi F, Bahredar M. [Effectiveness of Schema Therapy on quality of life and psychological well-being of women heads of households]. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(11):697-700. [https://www.ijmrhs.com/medical\\_research/effectiveness-of-schema-therapy-on-quality-of-life-and-psychological-wellbeing-of-women-heads-of-households.pdf](https://www.ijmrhs.com/medical_research/effectiveness-of-schema-therapy-on-quality-of-life-and-psychological-wellbeing-of-women-heads-of-households.pdf)
  34. Heidari M, Mami S, Ahmadi V, Khamooshian K. [The effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on self-efficacy and quality of life in women with MS: a clinical trial study]. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(1):554-70. <https://doi.org/10.61838/>
  35. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema Therapy Mode Model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017;14(6):407-414. [https://www.researchgate.net/publication/322401139\\_Schema\\_therapy\\_mode\\_model\\_applied\\_to\\_OCD](https://www.researchgate.net/publication/322401139_Schema_therapy_mode_model_applied_to_OCD)
  36. Rafaeli E, Maurer O, Thoma NC. Working with modes in schema therapy. *Working with emotion in cognitive behavioral therapy: Techniques for clinical practice*, 2014. [https://www.researchgate.net/publication/312779535\\_Working\\_with\\_Modes\\_in\\_Schema\\_Therapy](https://www.researchgate.net/publication/312779535_Working_with_Modes_in_Schema_Therapy)
  37. Koppers D, Van H, Peen J, Dekker JJ. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: Predictors of the outcome of group Schema Therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*. 2021;31(7):831-842. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482>
  38. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does Schema Therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):456-79. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>