Journal of Police Medicine

Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

Original Article

The Effect of Schema Therapy on Quality of Life and Psychological Well-being in Divorced Women

Received: 14 June 2015 **Revised:** 12 July 2015 **Accepted:** 12 August 2015

Behjat Mohammadi Nezhady[1*]
Mehdi Rabiei[2]

[1]MSc, General Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

[2]Assistant Professor, Clinical Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background: Divorce as a social problem sometimes leads to psychological disorders lowering quality of life. Hence, psychological interventions, especially in females as a vulnerable group, are appreciated in some cases. The purpose of this study was to examine the efficacy of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women.

Materials and Methods: Thirty divorced women, from Urmia, participated in this study and were randomly placed in two groups of experiment and control, 15 each. First, quality of life and psychological well-being state of participants were assessed by relevant questionnaires ,(WHOQOL-BREF and GHQ, respectively). Then, intervention therapy consisted of 10 sessions of one hour was carried out for the experimental group only. Afterward, the quality of life and psychological well-being status of both groups were reassessed by questionnaires. Statistical analysis was performed using several variable covariance methods.

Results: According to the data, experimental group showed a significantly higher statues for evaluated factors (quality of life and psychological well-being) after schema therapy intervention compared to control group ($P<0.05$).

Conclusion: The results of this study suggest that schema therapy can improve the psychological state and quality of life in divorced women. The data in this study supports the use of schema therapy as an effective intervention to cope with psychological distress of divorce.

[*]**Corresponding Author:**
Behjat Mohammadi Nezhady
Tel: (+98)9144404439
email: behjat.mn62@gmail.com

Keywords: schema therapy, quality of life, psychological well-being, divorced women

پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه

تاریخ دریافت: ۲۴ خرداد ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۱ تیر ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ مرداد ۱۳۹۴

چکیده

بهجت محمدی نژادی[1*]

مهدی ربیعی[2]

[1]کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

[2]استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

بهجت محمدی نژادی

تلفن: ۹۱۴۴۴۰۴۴۳۹(۹۸+)

پست الکترونیک:

behjat.mn62@gmail.com

مقدمه: طلاق یکی از آسیب‌های اجتماعی است که گاه باعث کاهش سلامت عمومی و کیفیت زندگی در فرد می‌گردد. لذا مداخلات روان‌درمانی در فرد بخصوص زنان مطلقه به عنوان گروه آسیب پذیر جامعه می‌تواند مفید واقع شود. بدین منظور هدف از این پژوهش ارزیابی میزان تأثیر طرح‌واره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مطلقه می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه جامعه آماری شامل ۳۰ نفر از زنان مطلقه شهرستان ارومیه بود که از دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد ۱۵ نفر در هر گروه استفاده شد. روش کار از نوع کارآزمایی بالینی بود. پس از بررسی دو مؤلفه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و سلامت روان (GHQ) به‌وسیله پرسشنامه‌های مربوطه، ۱۰ جلسه مداخله‌ای یک ساعته برگزار شد. سپس مؤلفه ها دوباره ارزیابی شد و با کنترل پیش‌آزمون از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، پس‌آزمون مقایسه گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی باعث ارتقاء میزان هر دو مؤلفه کیفیت زندگی و سلامت روان مورد بررسی، در مقایسه با گروه کنترل، به‌صورت معناداری شد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر در جلوگیری از آسیب‌های روانی ناشی از طلاق در زنان بکار گیرد.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره درمانی، کیفیت زندگی، سلامت روان، زنان مطلقه

مقدمه

معضل فروپاشی روابط زوج ها ازجمله شایع ترین آسیب های خانوادگی است. شواهد نشان می‌دهد که امروزه معمولاً حدود نیمی از ازدواج‌ها به طلاق می‌انجامند. بعد از طلاق حدود ۶۵ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان احتمالاً دوباره ازدواج می‌کنند و حدود ۵۰ درصد افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده‌اند، دوباره طلاق می‌گیرند [۱]. در ایران نیز به گزارش مرکز آمار ایران، طی دهه اخیر میزان طلاق‌های ثبت‌شده افزایش یافته و روند آن نسبت به گذشته شتاب بیشتری گرفته است [۲]. گلدنبری (۲۰۰۴) معتقد است که بعد از مرگ اعضای خانواده، طلاق مهم‌ترین عامل فشار و آشفتگی روان در فرد است [۳]. اگر چه پیامدهای منفی طلاق، هر دو زوج را گرفتار می‌سازد اما بدون شک با توجه به تحقیقات پیشین در این زمینه، آسیب‌پذیری زنان متعاقب طلاق بیشتر از مردان است [۴]. پیامدهای منفی طلاق شامل نقص سیستم ایمنی، اختلالات خلقی و اضطرابی، اعتیاد و خودکشی، تغییر در سبک زندگی و تصور از خود، کاهش عملکرد حرفه‌ای، تغییر در روابط و کاهش حمایت اجتماعی می باشد گارنر ۲۰۰۸، به نقل از [۵]. اساساً شاخص های سلامت روان و کیفیت زندگی از عمده مسائل روان‌شناختی است که بعد از طلاق دچار افت می‌شود [۶].

سلامت روانی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی نیز در نظر گرفته شده است. طبق تعریف کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، سلامتی روانی عبارت است از «حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و

Journal of Police Medicine
Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

بعد معنوی زندگی نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی» با تأکید بر این نکته که هیچ‌یک از این ابعاد بر دیگری اولویت ندارند [۷]. همچنین در سال های اخیر یکی از مفاهیمی که به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلال روانی پذیرفته شده است کیفیت زندگی است [۸]. در همین رابطه لاول (۲۰۱۲) با مطالعه بر روی شرایط مالی و سلامت فیزیکی زنان مطلقه نشان دادند که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل سطوح بالاتری از فشار مالی را تجربه می‌کنند و همچنین میزان بالاتری افسردگی را نشان می‌دهند [۹]. بوراسا (۲۰۱۵) نیز نشان داد بعد از طلاق، به دلیل مشکلات اجتماعی و مالی، کیفیت زندگی زنان بیش از مردان افت می‌کند [۱۰].

تنکارنگ (۲۰۱۴) در پژوهشی جهت بررسی سلامت روان مطلقه و بیوه آفریقایی نشان داد در این دسته از زنان رفتارهای غیربهداشتی و مخاطره آمیز به ویژه خطر ابتلا به ایدز در آنان به دلیل فقر اقتصادی، فرهنگی و عدم آگاهی بیشتر است [۱۱].

از آنجا که آسیب های روان شناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را مطرح می کند [۱۲]. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روان شناختی و همچنین آسیب های خانوادگی، رویکرد طرح واره درمانی است[۱۳]. طرح‌واره درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و کلوسکو و ویشار (۱۹۹۰، ۱۹۹۱) پایه‌گذاری شده است او در این درمان کوشیده است تا با به کارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی رفتاری (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیءای، ساختارگرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد [۱۴]. طرح واره درمانی به درک پایه های مشکلات روان شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع– درمانگر و نشاندن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تری پای می‌فشارد [۱۵].

مطالعات مختلف اثربخشی طرح واره درمانی را بر روی اختلالات دوقطبی [۱۶]، شخصیت مرزی [۱۷]، افسردگی [۱۸] و غیره مورد بررسی قرار داده‌اند. همچنین نسب یار محمدی، اصل، برج علی، گلزاری و دلاور (۱۳۹۱) برای بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده از طرح واره درمانی استفاده کردند که نتایج و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی نسبی طرح‌واره درمانی در کاهش علائم اختلال افسردگی و اصلاح و بهبود طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه افراد افسرده را نشان داد [۱۹]. قربانلیپور و اسماعیلی [۲۰] برای درمان افراد خود بیمار پندار طی ۲۰ جلسه این رویکرد مداخله‌ای را اجرا کردند که نتایج نشان داد میزان خود بیمار پنداری گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود.

همچنین در زمینه مشکلات روان‌شناختی زنان مطلقه نیز مطالعاتی انجام شده است از جمله: طی یک مطالعه اثر طرح‌واره درمانی در بیماران با افسردگی مزمن بررسی شد. دوازده بیمار طی ۶۰ جلسه آزمون مداخله‌ای و با ۶ ماه پیگیری نهایی در این آزمون شرکت کردند در پایان درمان هفت بیمار (۶۰ درصد) به صورت کامل یا رضایت بخش نسبت به درمان پاسخ دادند. تأثیر درمان به صورت پایدار پس از شش ماه نیز ادامه داشت، اگرچه در این تحقیق گروه کنترل وجود نداشت [۲۱]. در پژوهش‌های داخلی حمید و همکاران (۱۳۹۰) طی تحقیقی نشان دادند روان‌درمانی شناختی–رفتاری مذهب محور موجب کاهش افسردگی در زنان مطلقه می شود [۲۲]. در مطالعه ای دیگر غلامی و بشلیده (۱۳۹۰) در بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه نشان دادند که این مداخله به‌طور معناداری میزان سلامت عمومی و روانی زنان مطلقه را افزایش داده است [۲۳].

بدین جهات و با توجه به اهمیت موضوع طلاق و آسیب‌های متأثر از آن بخصوص در زنان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله الگوی درمانی طرح واره محور برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این‌که مطالعات طرح‌واره درمانی در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی و افسردگی صورت گرفته است، کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می تواند مثمر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می کند. همچنین مطالعات مداخله‌ای متفاوت بر روی زنان مطلقه که در معرض آسیب‌های فردی و اجتماعی زیادی می‌باشند در داخل انجام شده است، اما رویکرد طرح‌واره درمانی بر روی این گروه انجام نگرفته است. در مطالعات و تحقیقات صورت گرفته نیز درباره دو مؤلفه های اساسی و بسیار مرتبط و همبسته سلامت روان و کیفیت زندگی که در وضعیت کلی زندگی حائز اهمیت می باشد، به صورت کنترل شده و نظام مند تحقیقی انجام نگرفته است.

در یک جمع بندی کلی می توان بیان کرد که از جمله آثار منفی طلاق تأثیرات روان‌شناختی آن بر زنان مطلقه می‌باشد و در جامعه امروز که تعداد زنانی که همسر خود را بر اثر طلاق از دست داده‌اند، رو به افزایش است که می تواند پیامدهایی بر سلامتی افراد جامعه داشته باشد. شیوه جدیدی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته طرح‌واره درمانی می‌باشد. طرح‌واره درمانی و مشاوره به پژوهش در وجوه مختلف مکاتب، شیوه‌ها و فنون درمانی اختصاص یافته است.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹

از همین رو تلاش برای بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی به عنوان درمان انتخابی در زنانی که با فشارهای روانی در زندگی به دنبال طلاق روبرو هستند و در جهت افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان مورد اهمیت قرار گرفته و مطالعه‌ای در این زمینه انجام گرفته است. بدین ترتیب هدف این تحقیق بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی در ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی در زنان مطلقه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل‌شده بود. بدین معنی که ویژگی‌های دست‌کاری، جایگزینی تصادفی و گروه کنترل را در خود دارد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه زنان مطلقه شهرستان ارومیه که سال ۱۳۹۳ تنها زندگی می‌کردند. از این تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم‌بندی گردیدند. بر اساس کفایت حجم نمونه در گروه‌های تجربی، توصیه شده که برای هر گروه ۱۵ نفر می‌تواند کافی می‌باشد [۲۴]. ملاک‌های ورود: شامل زنان مطلقه اهل ارومیه و ترک‌زبان بود که به هر دلیلی از همسران خود جدا شده بودند. محدوده سنی گروه‌ها بین ۲۲ تا ۲۹ بوده و دارای تحصیلاتی با درجه دیپلم و کارشناسی داشتند. همچنین هیچ‌یک مبتلا به اختلالات روانی نبوده و وابستگی دارویی یا اعتیاد دیگری نداشتند. ملاک‌های خروج: افرادی که ملاک‌های ورود را نداشتند از پژوهش خارج شدند. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضاء گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای جلسات طرح‌واره درمانی سعی بر این بود که منطبق با الگوی درمانی یانگ و به همان ترتیب با استفاده از راهبردهای شناختی و تجربی و الگوشکنی رفتاری روند مداخله، اجرا شود که در جدول ۱ به‌طور مختصر به عناوین و اهداف هر جلسه اشاره شده است. برای سنجش و کنترل روایی مداخله، در طول جلسات از گروه آزمایش خواسته می شد خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله های اجراشده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار و پروتکل جلسات مداخله‌ای، مشخص گردد. نتایج نشان داد که خلاصه شرکت‌کنندگان با ساختار جلسات همخوان است. با توجه به اینکه افراد تحت بررسی از دسته گروه‌بندی‌شده خودآگاه نبوده و اطلاعاتی به آن‌ها درباره روش اجرای تحقیق ارائه نگردیده بود، پس این تحقیق یک‌سو کور می‌باشد. روند طرح‌واره درمانی طی چندین جلسه معین با موضوعات مشخص طبق روند استاندارد انجام شد. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار آماری SPSS -21 استفاده شد.

در این پژوهش از پرسشنامه سلامت روان GHQ و پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه) سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. همچنین قبل از اجرا و شروع تحقیق، از طریق مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 از سابقه پزشکی و روان‌پزشکی و اختلال در عملکردهای ارتباطی، اجتماعی، شغلی و مدیریت نیازهای اساسی زندگی ناشی از اختلالات روانی پرسش شد تا محرز شود که اعضای گروه مبتلا به بیماری خاص جسمی و روانی نباشند.

۱-پرسشنامه سلامت روان GHQ

جدول۱: جلسات طرح‌واره درمانی منطبق با الگوی درمانی یانگ

جلسات	عناوین جلسات	اهداف جلسات
اول	آشنایی و معرفی برنامه	برقراری ارتباط و همدلی
دوم	اجرای پرسشنامه‌ها	ارزیابی وضعیت اولیه گروه
سوم	تعریف طرح‌واره درمانی	آشنایی و درک مفاهیم طرح‌واره درمانی و نحوه کاربردآن
چهارم	آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه	فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
پنجم	معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه	آشنایی کامل با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه و تشخیص آن
ششم	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمدبا تجربیات شخصی
هفتم	مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی	شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگاراولیه فردی
هشتم	استفاده از راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی	اصلاح طرح‌واره ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد
نهم	استفاده از راهبردهای تجربی طرح‌واره درمانی	تغییرو بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرح‌واره‌های ناسازگار
دهم	آموزش روش‌های الگوشکنی	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار
یازدهم	اجرای مجدد پرسشنامه	ارزیابی اثربخشی طرح‌واره درمانی

(طرح‌واره درمانی یانگ و گلوسکو و ویشار ترجمه حمیدپور، اندوز،۱۳۸۹) [۱۴].

Journal of Police Medicine
Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

جدول۲: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه اصلی	گروه آزمایش		گروه کنترل		آزمون
	گروه بندی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
طبقه	بالا	۲	۱۳/۳	۳	۱۷/۶	$P = ۰/۷۱ \quad X^2 = ۰/۴۵۹$
	متوسط	۱۰	۶۶/۷	۱۲	۷۰/۶	
	پایین	۳	۲۰	۲	۱۱/۸	
تحصیلات	دیپلم	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۲	$P = ۰/۴۹ \quad X^2 = ۰/۴۸$
	کارشناسی	۷	۴۶/۷	۱۰	۵۸/۸	
سن		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	$P = ۰/۹۸ \quad T = ۰/۲۸$
		۲۳/۸۶	۲/۵	۲۴/۱۱	۲/۴۷	

این پرسشنامه با هدف غربال‌گری کسانی که احتمالاً دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده و چهار خرده مقیاس ۱) نشانه های بدنی ۲) اضطراب و بی‌خوابی ۳) کژکاری اجتماعی و ۴) افسردگی وخیم، است. نمره کمتر در این پرسشنامه بیان‌گر وضعیت سلامت روانی بهتر است. نمره‌دهی این مقیاس بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای به صورت ۳، ۲، ۱، ۰ می باشد. در مطالعه داخلی روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود [۲۵]. در این مطالعه ضرایب همسانی درونی آلفای کرونباخ برای عامل کلی پرسشنامه معادل ۰/۹۰۱ به دست آمد.

۲-پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه) سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF):

گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پرسشنامه کیفیت زندگی را مبتنی بر تعریف کیفیت زندگی که توسط گروه کیفیت زندگی این سازمان ارائه شده است، تدوین کرده و ویژگی های روان‌سنجی‌های آن را مورد ارزیابی قرار داده است [۲۶]. پرسشنامه WHOQOL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشد). دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین، این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. در ایران نیز مقادیر پایایی همسانی درونی این پرسشنامه برای عامل کلی ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ به دست آمد [۲۷]. در این مطالعه ضرایب همسانی درونی آلفای کرونباخ برای عامل کلی پرسشنامه معادل ۰/۸۳۲ به دست آمد.

جدول۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و سلامت روان و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون

متغییر های وابسته	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۲۲/۲۳	۴/۶۳	۲۲/۰۶	۳/۲۶
سلامت روانی	۱۹/۳۵	۴/۶۲	۲۰/۶۰	۲/۶۶
سلامت اجتماعی	۹/۸۸	۳/۵۱	۱۱/۰۶	۸۶/۱
سلامت محیطی	۲۱/۲۳	۴/۳۲	۲۹/۶۶	۳/۰۳
کیفیت کل	۷۶/۸۸	۱۵/۷۵	۹۴/۴۰	۷/۸۲
نشانه‌های بدنی	۱۰/۲۳	۵/۱۰	۵/۷۳	۴/۴۶
اضطراب و بی خوابی	۱۱/۷۶	۶۵/۲۷	۸/۶۰	۵/۰۹
کژکاری اجتماعی	۹/۳۵	۴/۴۴	۹/۰۶	۴/۴۶
افسردگی	۶/۸۸	۴/۹۴	۵/۴۶	۶/۲۰
سلامت عمومی	۳۷/۸۲	۱۵/۹۴	۲۸/۳۳	۱۸/۸۲

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹

جدول۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و سلامت روان به همراه مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۲۱/۵۲	۳/۵۹	۲۲/۵۳	۴/۹۸
سلامت روانی	۱۹/۴۷	۳/۷	۲۳/۳۳	۳/۷۱
سلامت اجتماعی	۹/۰۵	۲/۷۴	۱۱/۴۶	۲/۵۸
سلامت محیطی	۲۲/۵۲	۴/۹۳	۳۳	۳/۷
کیفیت کل	۷۶/۸۲	۱۵/۷۶	۹۹/۴۶	۱۲/۴۷
نشانه‌های بدنی	۱۰	۵/۲۵	۴/۶	۳/۵۶
اضطراب و بی خوابی	۱۰	۵/۹۶	۵	۴/۴۸
کژکاری اجتماعی	۹/۳۵	۳/۴۸	۵/۵۳	۳/۷۷
افسردگی	۳/۶۴	۳/۹۶	۲/۶۶	۳/۹۹
سلامت عمومی	۳۲/۳۵	۱۵/۷۸	۱۸/۱۳	۱۳/۸۳

یافته‌ها

شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. چنانچه نتایج نشان می‌دهد توزیع متغیرهای طبقه اقتصادی اجتماعی، سن و تحصیلات در دو گروه در محدوده یکسانی قرار دارد. نتایج تحلیل‌های مقایسه‌ای مناسب نیز بیانگر این است دو گروه در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. در نتیجه نیازی به کنترل اثر آن‌ها بر متغیرهای وابسته نیست. در بخش توصیفی آماره‌های گرایش مرکزی میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها ارائه می‌شود: این قسمت شامل دو جدول است که جدول ۳ نخست آماره‌های گرایش مرکزی متغیرها را به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون نشان می‌دهد و جدول ۴ آماره‌های گرایش مرکزی متغیرها را به تفکیک گروه‌ها را، در پس‌آزمون ارائه می‌کند: نتایج جدول توصیفی نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه در تمام موارد با یکدیگر اختلاف مشهودی ندارند و در اکثر موارد اختلاف ناچیزی دارند. لذا پیش‌آزمون‌های گروه‌ها تفاوت مشهودی به لحاظ توصیفی ندارند. مندرجات جدول توصیفی نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه در تمام متغیرهای وابسته پژوهش در پس‌آزمون با یکدیگر اختلاف پیدا کرده‌اند. به منظور مشخص شدن تفاوت معنادار گروه‌ها از لحاظ متغیرهای پژوهش، از تحلیل استنباطی استفاده می‌شود: در بخش استنباطی به منظور تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از تحلیل نهایی نیز پیش‌فرض‌های نرمالیتی، تساوی واریانس‌ها، و ماتریس واریانس کوواریانس‌ها و همچنین همگنی شیب ضرایب رگرسیون برآورده شد. در ادامه نتیجه کلی تحلیل مانکوا، به منظور اثربخشی طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های سلامت روان ارائه می‌شود: نتایج تحلیل کلی مانوا چهار سنجه از آزمون‌های مختلف را نشان می‌دهد که عموماً نتایج یکسانی ارائه می‌دهند. همان‌طور که جدول ۵ فوق نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد حتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، دو گروه از لحاظ سنتروئید های کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت معنادار دارند؛ از طرفی در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۰۲ = معنی‌داری، F=۶/۰۲، ۰/۴۸= لامبدای ویلکز). مجذور اندازه اثر نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ناشی از مداخله بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰/۵۱ است، یعنی ۵۱ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها در سنتروئید متغیرهای

جدول۵: نتایج کلی تحلیل مانکوا برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ سنتروئید سلامت روان

	نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۱	۶/۰۲	۴	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۵۱
	لامبدا ویلکز	۰/۴۸	۶/۰۲	۴	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۵۱
	اثر هتلینگ	۱/۰۴	۶/۰۲	۴	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۵۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱/۰۴	۶/۰۲	۴	۲۳	۰/۰۰۲	۰/۵۱

Journal of Police Medicine
Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

جدول۶: نتایج برونداد تحلیل کوواریانس برای تک تک متغیرهای سلامت روان بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	نشانه‌های بدنی	۲۱۹/۱۳	۱	۲۱۹/۱۳	۱۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	اضطراب و بی خوابی	۲۲۰/۴۲	۱	۲۲۰/۴۲	۷/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	کژکاری اجتماعی	۱۲۶/۵۴	۱	۱۲۶/۵۴	۱۰/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	افسردگی	۱۱/۴۱	۱	۱۱/۴۱	۰/۸۸	۰/۳۵	۰/۱۴

وابسته ناشی از اثربخشی مداخله بوده است و طرح‌واره درمانی در ارتقاء سلامت روان زنان مطلقه اثربخش می‌باشد. در ادامه به منظور بررسی فرضیه‌های فرعی و تفاوت گروه‌ها در تک‌تک متغیرها ارائه می‌شود: همان‌طور که جدول ۶ و برونداد تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می‌دهد بین دو گروه در هر چهار مؤلفه تفاوت معنادار وجود دارد (۰/۰۰۱>معنی‌داری). به‌عبارت‌دیگر در اینجا نیز با وجود کنترل نمرات پیش‌آزمون متغیرها، میزان نمرات نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنشوری گروه آزمایشی در پس‌آزمون و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار داشته است. اما مؤلفه افسردگی گروه‌ها تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند. میزان اندازه اثر نیز نشان می‌دهد بیشترین میزان تفاوت استانداردشده مربوط به نشانه‌های بدنی است (۰/۸۸). در ادامه نتایج تحلیل برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی ارائه می‌شود. نتایج این جدول ۷ نیز نشان می‌دهد حتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، دو گروه از لحاظ سنتروئید متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنادار دارند؛ از طرفی در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۰۶ > معنی‌داری، F=۴/۸۵، ۰/۵۴= لامبدای ویلکز). مجذور اندازه اثر نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای کیفیت زندگی در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ناشی از مداخله بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰/۴۵ است، یعنی ۴۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از اثربخشی مداخله بوده است. در ادامه به منظور بررسی فرضیه‌های فرعی و تفاوت گروه‌ها در تک‌تک متغیرها، برونداد تحلیل کوواریانس تک متغیره ارائه می‌شود: مندرجات جدول ۸ و برونداد تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان می‌دهد بین دو گروه تنها در دو مؤلفه تفاوت معنادار وجود دارد (۰/۰۰۱>معنی‌داری). به عبارت دیگر با وجود کنترل نمرات پیش‌آزمون متغیرها، تنها میزان نمرات سلامت روانی و محیطی گروه آزمایشی در پس‌آزمون و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. اما مؤلفه‌های جسمانی و اجتماعی تفاوت معناداری نشان نمی‌دهند. میزان اندازه اثر نیز نشان می‌دهد بیشترین میزان تفاوت استانداردشده مربوط به سلامت محیطی است (۰/۳۸). بدین ترتیب در خصوص خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی، نتیجه‌گیری می‌گردد که طرح‌واره درمانی در خصوص ارتقاء مؤلفه‌های سلامت روانی و سلامت محیطی اثربخش بوده اما در مؤلفه‌های سلامت جسمانی و اجتماعی تأثیر معنادار نگذاشته است.

جدول۷: نتایج کلی تحلیل مانکوا برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ سنتروئید کیفیت زندگی

	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۵	۴/۸۵	۴	۲۳	۰/۰۰۶	۰/۴۵
	لامبدا ویلکز	۰/۵۴	۴/۸۵	۴	۲۳	۰/۰۰۶	۰/۴۵
	اثر هتلینگ	۰/۸۴	۴/۸۵	۴	۲۳	۰/۰۰۶	۰/۴۵
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۰/۸۴	۴/۸۵	۴	۲۳	۰/۰۰۶	۰/۴۵

جدول۸: نتایج برونداد تحلیل کوواریانس برای تک تک متغیرهای پژوهش بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۳۷/۴۴	۱	۳۷/۴۴	۱/۹۱	۰/۱۷	۰/۰۶
	سلامت روانی	۱۱۴/۸۳	۱	۱۱۴/۸۳	۱۱/۵۵	۰/۰۰۲	۰/۳۰
	سلامت اجتماعی	۱۰/۹۹	۱	۱۰/۹۹	۱/۹۳	۰/۱۷	۰/۰۶
	سلامت محیطی	۲۷۷/۸۴	۱	۲۷۷/۸۴	۱۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش شد تا تأثیر طرح‌واره درمانی، در ارتقای کیفی زندگی و سلامت روان زنان مطلقه بررسی شود. نتایج داد که فرضیه پژوهش نخست حاضر مبنی بر (طرح‌واره درمانی در ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مطلقه اثربخش می‌باشد) تأیید می‌گردد.

از تحقیقات داخلی همسو می‌توان به پژوهش ذوالفقاری (۱۳۸۷) تحت عنوان اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین در شهر اصفهان اشاره کرد. این مطالعه که روی ۳۰ زوج صورت گرفت نشان داد که طرح‌واره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی اثربخش بوده است. در این مطالعه طرح‌واره درمانی بر اسنادهای درونی بیرونی، عمدی – غیره عمدی، خودخواهانه – نوع‌دوستانه و سزاوار سرزنش – گذشت مؤثر بوده اما بر ابعاد پایدار – ناپایدار و کلی – جزئی مؤثر نبوده است [۲۸].

همچنین در مطالعه‌ای که صلواتی (۱۳۸۶)، روی بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام داد، نشان داده شد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار علائم اختلال شخصیت مرزی به جز، تکانشگری و احساس تهی بودن می‌شود و همچنین تأثیر اندکی بر خشم در کوتاه‌مدت دارد. نتیجه‌ای این مطالعه نشان داده که طرح‌واره درمانی می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد اما جهت دستیابی به اهداف درمانی نیاز به درمان بلندمدت است [۲۹].

همسو با فرضیه پژوهش، یانگ (۱۹۹۸) تحقیقاتی را در رابطه با طرح‌واره درمانی و تأثیر آن بر سلامت روان انجام داده است که بر اساس این تحقیق، تکالیف خانگی خاصی به بیمار ارائه شده و جلسات درمانی شکل آموزش به خود گرفته و روان‌درمانگر با تشخیص و تفهیم طرح‌واره‌هایی ناسازگار اولیه و مفهوم‌سازی و نحوه پدید آیی طرح‌واره و اثر فعلی آن‌ها بر زندگی فرد باعث ایجاد بینش که از اهداف اصلی روان‌کاوی است، نائل شد [۳۰].

همچنین در پژوهشی که توسط آرنتز (۲۰۰۸) جهت مقایسه تفاوت اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال، انجام شد ۸۶ نفر از بیماران در دو گروه به مدت سه سال مورد درمان قرار گرفتند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که در درمان روان تحلیل گری، افت آزمودنی بیشتر بوده و در مقایسه با طرح‌واره درمانی، اثربخشی کمتری داشته است [۳۱].

دهان و لی (۲۰۱۳) به بررسی و مطالعه تفاوت و شباهت‌های رویکردهای درمانی سایکودینامیک، درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی توسط ۴۸ روان‌پزشک پرداختند. طبق نتایج این تحقیق گسترده و پس از بررسی‌های این سه نوع روش درمانی و اثربخشی آن‌ها، رویکرد طرح‌واره درمانی بیشترین حوزه‌های تأثیرگذاری را در بهبود درگیری‌ها و مشکلات عاطفی و احساسی افراد به خود اختصاص داد [۳۲]. از پژوهش‌های همسوی دیگر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اثر طرح‌واره درمانی بر مبتلایان به افسردگی و اضطراب شدید بستری‌شده در بخش سالمندان [۳۳]، روان‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره درمانی گروهی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۳۴]، اثر طرح‌واره درمانی در افزایش خودآگاهی و افزایش سلامت روانی اختلالات شخصیتی گروه C [۳۵] بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که تحقیقات قبلی حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی، با کار بر روی ابعاد چندوجهی زندگی فرد می‌باشد. نتایج یافته‌های هم‌راستا نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرح‌واره‌ها ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرح‌واره درمانی با توانایی بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی، افسردگی، اضطراب، ناهنجاری‌های شخصیتی و غیره به نظر می‌رسد بتواند به‌طورکلی باعث بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی در افراد شود.

با در نظر گرفتن یافته‌های این پژوهش و دیگر پژوهش‌های مرتبط، که منتج به بهبود چشم‌گیری در درمان بیماری و اختلال‌های روانی مزمن‌تر و مخل‌تر در سلامت عمومی و روانی شده‌اند، می‌توان پیش‌بینی کرد که این رویکرد درمانی تأثیرات ریشه‌ای و مناسبی در بهبود کلی سلامت روانی و روند بهبود آن در زنان مطلقه باشد. به‌این‌ترتیب نتیجه می‌گیریم که طرح‌واره درمانی در ارتقاء سلامت روان زنان مطلقه اثربخش است.

هرچند که مؤلفه افسردگی گروه‌ها تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند که علت‌های اصلی آن را می‌توان در عدم تخصص و تجربه کافی مجری مداخلات و تأثیر اندک در درمان و مداخلات کوتاه‌مدت تبیین کرد، چرا که در تحقیقات همسو از جمله پژوهش لوانیس (۲۰۱۴) طرح‌واره درمانی با جلسات بیشتر و دوره درمانی طولانی‌مدت (۶۰ جلسه توسط متخصصین) دارای اثربخشی بر اختلال افسردگی مزمن بوده است [۳۶].

طی یک تحقیق و مطالعه مورد منفرد اخیر داخلی نیز اثربخشی مداخله طرح‌واره درمانی با ۱۶ جلسه درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی ـ جبری مورد تأیید قرار

Journal of Police Medicine
Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

گرفته است ولی این تأثیر نیز در مقایسه با تحقیقاتی و مداخلات بیشتر و طولانی‌مدت تر در کاهش علائم افسردگی نمره کمتری به دست آورده است [۳۷].

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و سایر تحقیق‌های هم سو طرح‌واره درمانی با استفاده از تکنیک‌های این الگو باعث بهبود و درمان طرح‌واره‌های ناسازگار و باورها و رفتارهای مخرب می‌شود. طرح‌واره‌های ناسازگار شایعی در زنان مطلقه چون رهاشدگی/ بی‌اعتمادی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم و شکست که می‌توانند به‌طور مستقیم و منفی با خرده مؤلفه‌های سلامت روان ازجمله اضطراب و افسردگی، نارساکنشوری و سلامت عمومی در ارتباط باشند. بنابراین فرضیه فرعی اول این پژوهش برای مؤلفه‌های سلامت روان با هماهنگی نتایج پژوهش‌های قبلی و اخیر تأیید می‌گردد. به این ترتیب نتیجه می‌گیریم که طرح‌واره درمانی در ارتقاء مؤلفه‌های سلامت روان زنان مطلقه اثربخش است.

با توجه به این‌که در رویکرد مداخله‌ای طرح‌واره درمانی جدای از این‌که با استفاده از تکنیک‌های شناختی و هیجانی برای درمان و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده می‌شود با به‌کارگیری از تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری سعی بر اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد برخاسته از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. با توجه به این‌که سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در ارتباط تنگاتنگ با کاهش کیفیت زندگی می‌باشند، این مهم در کیفیت زندگی زنان مطلقه که طبق تحقیقات حفاریان، آقایی، کجباف و کامکار [۳۸] و پژوهش‌های داخلی و خارجی هم‌جهت با آن، پایین‌تر از زنان غیرمطلقه ارزیابی شده است، اهمیت دو چندان می‌گیرد. پس به‌طورکلی می‌توان چنین برداشت کرد که طرح‌واره درمانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانات، تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بخصوص سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی باشد بر این مبنا و نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت طرح‌واره درمانی در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مطلقه اثربخش است.

هرچند یافته‌های پژوهش حاضر منتج به تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های جسمانی و اجتماعی کیفیت زندگی نشده است که می‌تواند به دلیل ریشه‌ای‌تر بودن آثار این مؤلفه‌ها و عدم امکان تغییر و بهبود آن‌ها در کوتاه‌مدت و بلافاصله پس از مداخله باشد. اما از پژوهشی که در ارتباط با اثربخشی طرح‌واره درمانی بر برخی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی بررسی شده است می‌توان به تحقیق گاویا، کاستیلیو، گال هاردیو و کن‌ها (۲۰۰۶) اشاره کرد [۳۹]. با جمع‌بندی مطالعات انجام‌شده می‌توان اذعان کرد با آموزش طرح‌واره درمانی، افراد می‌توانند عواطف خود را به صورت مناسب‌تر ابراز کنند. با مدیریت عواطف و احساس‌های خود به شیوه‌های بهتری می‌توانند با محیط و اجتماع خود، سازگار شوند. رویکردهای مؤثری از جمله طرح‌واره درمانی که به بهبود عواطف و باورها و بینش و سلامت روانی منتج می‌گردد نیز می‌تواند باعث افزایش و بهبود کیفیت زندگی که متأثر از عوامل محیطی و اجتماعی و سلامت روانی و جسمانی هست، گردد. بر این اساس و نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان برداشت کرد که طرح‌واره درمانی در ارتقاء مؤلفه‌های کیفیت زندگی زنان مطلقه اثربخش است.

یکی بودن درمان گر و پژوهش‌گر، عدم دو سو کور بودن، عدم امکان کنترل تمام متغیرهای مزاحم: گستره محدود مطالعه از لحاظ سن، تحصیلات، شغل، قوم و نژاد، عدم وجود سنجش روایی کامل در مداخله و عدم پیگیری نتایج پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به عنوان پیشنهادی برای پژوهش‌های آینده، علاوه بر رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان اثر طرح‌واره درمانی را بر دیگر شاخص‌های روان‌شناختی زنان مطلقه به کار برد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی نویسنده اول و تحت حمایت دانشگاه آزاد واحد ارومیه می‌باشد. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌کنیم.

منابع

1. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. American Psychological Association 2007.
2. Statistical Center of Iran. Iran statistical yearbook. Access Year 2015. Available at: http:// www.amar.org.ir/
3. Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview. Cengage Learning 2012.
4. Gahler M. "To Divorce Is to Die a Bit...": A Longitudinal Study of Marital Disruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men. Family J 2006; 14: 372-82.
5. Farghadani A, Navabinejad S, Shafiabady A. Designing a model based on mindfulness, nonexistential resistance to life and sociability focusing on search for meaning in life in divorced women. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5: 1650-64.
6. Brown SL, Sanchez LA, Nock SL, Wright JD. Links between premarital cohabitation and subsequent

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹

marital quality, stability, and divorce: A comparison of covenant versus standard marriages. Soc Sci Res 2006; 35: 454-70.

7. Dasaro CR, Holden WL, Berman KD, Crane MA, Kaplan JR, Lucchini RG, et al. Cohort Profile: World Trade Center Health Program General Responder Cohort. Int J Epidemiol 2015.
8. Smorag L, Florkowski A, Nowacka A, Zboralsk K, Przybyszewska M, Macander M, et al. Quality of life and depressiveness of women patients diagnosed with ovarian cancer treated with surgery and after previous adjuvant therapy. Pol Merkur Lekarski 2014; 37: 231-4.
9. Lavelle B, Smock PJ. Divorce and women's risk of health insurance loss. J Health Soc Behav 2012; 53: 413-31.
10. Bourassa KJ, Sbarra DA, Whisman MA. Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. J Fam Psychol 2015; 29: 490-9.
11. Tenkorang EY. Marriage, widowhood, divorce and HIV risks among women in sub-Saharan Africa. Int Health 2014; 6: 46-53.
12. Tamborini CR, Couch KA, Reznik GL. Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. Adv Life Course Res 2015.
13. Li L, Young D, Wei H, Zhang Y, Zheng Y, Xiao S, et al. The relationship between objective life status and subjective life satisfaction with quality of life. Behav Med 1998; 23: 149-59.
14. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press 2003.
15. Cecero JJ, Young JE. Case of Silvia: A schema-focused approach. J Psychother Integr 2001; 11: 217 -29.
16. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. J Affect Disord 2013; 148: 118-22.
17. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45: 242-51.
18. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45: 319-29.
19. Yarmohammadi Vasel M, Borjali A, Delavar A, Golzari M. The effect of schema therapy in patients with recurrent depression disorder: A single-case study. J culture consul psychoth 2013; 3: 21-48. (Persian)
20. Qorbanalipour M, Esmaeili A. Evaluating the effectiveness of schema therapy in hypochondria treatment. Stud Clin Psychol 2013; 3: 43-59. (Persian).
21. Hamid N, Beshlideh K, Aedi Bayghi M, Dehghanizadeh Z. A study of the effect of religion-based cognitive-behavior therapy on depression in divorced women. J Fam Counsel Psychoth 2011; 1: 54-64. (Persian)
22. Gholami A, Beshlideh K. The effect of spiritual therapy on mental health of divorced women. J Fam Counsel Psychoth 2012; 1: 331-48. (Persian)
23. Delavar A. Methods of research in psychology. Tehran: Payame Noor University Press 2008. (Persian)
24. Taghavi SMR. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of Shiraz universi1y. J Psychol 2002; 5: 381-98. (Persian)
25. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998; 28: 551-8.
26. Msanesh M. Relationship between psychological distress and quality of life in women with breast cancer. J Zabol Univ Med Sci Health Serv 2012; 4: 51-9. (Persian)
27. Zolfaghary M, Fatehi Zadeh M. Effect of schema-therapy on family documentation and comminucational believes in Isfahan. Master Thesis. Isfahan: Isfahan University 2008. (Persian)
28. Salavati M. Dominant schema therapy and effect of schema therapy in bipolar mood disorder female patients. PhD Thesis in clinical psychology. Tehran: Institute of Psychiatry, Medical University of Iran 2007. (Persian)
29. Young M, Long L. Counseling and psychotherapy of couple. New York: Guilford 1998.
30. Arntz A. Schema-focused therapy for borderline personality disorder: effectiveness and cost-effectiveness, evidence from a multicenter trial. Eur Psychiat 2008; 23: S65-6.
31. Boterhoven De Haan KL, Lee CW. Therapists' thoughts on therapy: clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches. Psychother Res 2014; 24: 538-49.
32. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. Encephale 2013; 39: 393-400.
33. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; 40: 317-28.
34. Hoffart A, Sexton H. The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. Behav Res Ther 2002; 40:

Journal of Police Medicine
Fall 2015; Vol. 4, No. 3: 179-190

611-23.
35. Montazeri M, Neshatdoost H, Abedi M, Abedi A. Effectiveness of Schema Therapy on Symptoms Intensify Reduction and Depression in a Patient with Obsessive Compulsive Personality Disorder: A Single Case Study. J Clin Psychol 2013; 5: 35-45. (Persian)
36. Hafarian L, Aghaei A, Kajbaf MB, Kamkar M. The compare between divorced women's quality of life and undivorced women in Shiraz city and the study of Relationship between demographic variables of divorced women and their quality of life. Knowledge Res Appl Psychol 2009; 41: 64-86. (Persian).
37. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. Cognitive Ther Res 2006; 30: 571-84.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۳- صفحات ۱۹۰-۱۷۹