

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

ABSTRACT

Behjat Mohammadi Nezhady^{1*}
Mehdi Rabiei²

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

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

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 statuses 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

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^{*۱}

مهدی ربیعی^۲

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.
^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

بهجت محمدی نژادی

تلفن: ۰۴۴۳۹۰۴۴۴۴ (+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) به وسیله پرسشنامه‌های مربوطه، ۱۰ جلسه مداخله‌ای یک ساعته برگزار شد. سپس مؤلفه‌ها 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، به صورت معناداری شد ($P < 0/05$).

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

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 می‌باشد گارنر ۲۰۰۸، به نقل از [۵]. اساساً شاخص‌های 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

معضل فروپاشی روابط زوج‌ها از جمله شایع‌ترین آسیب‌های 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]. گلندبری (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

کردند که نتایج نشان داد میزان خود بیماری پنداری گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری پایین تر از گروه کنترل بود.

همچنین در زمینه مشکلات روان شناختی 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 می‌شود [۲۲]. در مطالعه‌ای دیگر غلامی و بشلیده (۱۳۹۰) در بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه نشان دادند که این مداخله به طور 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 روان‌درمانی از جمله الگوی درمانی طرح‌واره محور برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این که 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 می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. 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 مؤلفه‌های اساسی و بسیار مرتبط و همبسته سلامت روان و کیفیت زندگی که در وضعیت کلی زندگی حائز اهمیت می‌باشد، به صورت کنترل شده و نظام مند تحقیقی انجام نگرفته است.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان 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 می‌تواند 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.

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 سال‌های 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 آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را مطرح می‌کند [۱۲]. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روان‌شناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد طرح‌واره درمانی است [۱۳]. طرح‌واره درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و کلسکو 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 تحلیل‌گری 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]. طرح‌واره درمانی به درک پایه‌های مشکلات روان‌شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع- درمانگر و نشان دادن فرمول‌بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تری پای می‌فشارد [۱۵].

مطالعات مختلف اثربخشی طرح‌واره 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 طرح‌واره 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]. قربانعلیپور و اسماعیلی [۲۰] برای درمان افراد خود بیمار پندار طی ۲۰ جلسه این رویکرد مداخله‌ای را اجرا

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 می‌شد خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های 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 گروه‌بندی شده 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 داده‌ها از شاخص‌های 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

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 کنترل شده 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 به‌طور 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 اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ‌دهی

جدول ۱: 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 کاربرد آن |
| چهارم | آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه | فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه |
| پنجم | معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه | آشنایی کامل با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن |
| ششم | آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد | شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی |
| هفتم | مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی | شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فردی |
| هشتم | استفاده از راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی | اصلاح طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد |
| نهم | استفاده از راهبردهای تجربی طرح‌واره درمانی | تغییر و 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 گلووسکو و ویشار ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۹) [۱۴].

جدول ۲: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش به تفکیک گروه‌ها

| متغیر وابسته | گروه اصلی | | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|--------------|-----------|---------|--------------|---------|--------------|------------------------------|
| | گروه بندی | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| طبقه | بالا | ۲ | ۱۳/۳ | ۳ | ۱۷/۶ | |
| | متوسط | ۱۰ | ۶۶/۷ | ۱۲ | ۷۰/۶ | $P = ۰/۷۱ \quad X^2 = ۰/۴۵۹$ |
| | 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 | |

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 ویژگی‌های 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.

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) نشانه‌های بدنی (۲) اضطراب و بی‌خوابی (۳) کژکاری اجتماعی و (۴) افسردگی و خیم، است. نمره کمتر در این پرسشنامه بیان‌گر وضعیت سلامت روانی بهتر است. نمره دهی این مقیاس بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای به صورت ۱، ۲، ۳، ۴ می‌باشد. 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):

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و سلامت روان و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون

| متغیرهای وابسته | 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 بی‌خوابی | 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 |

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و سلامت روان به همراه مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در پس‌آزمون

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

یافته‌ها

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 پیش فرض‌های 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 سنتروئیدهای 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 ($F=6/02$ ، $F=0/48$ ، $F=0/02$ = 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 $0/51$ است، یعنی ۵۱ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها در سنتروئید متغیرهای

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 که 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

جدول ۵: نتایج کلی تحلیل مانکوا برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ سنتروئید سلامت روان

| نام آزمون | مقدار | F | DF فرضیه | DF خطا | معنی‌داری | اندازه اثر |
|--------------------|-------|------|----------|--------|-----------|------------|
| اثر بیلابی | ۰/۵۱ | ۶/۰۲ | ۴ | ۲۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ |
| لامبدا ویلکز | ۰/۴۸ | ۶/۰۲ | ۴ | ۲۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ |
| اثر هنتلینگ | ۱/۰۴ | ۶/۰۲ | ۴ | ۲۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ |
| بزرگ‌ترین ریشه خطا | ۱/۰۴ | ۶/۰۲ | ۴ | ۲۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ |

جدول ۶: 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 |
|-------------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|------------|
| نشانه‌های بدنی | ۲۱۹/۱۳ | ۱ | ۲۱۹/۱۳ | ۱۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸ |
| اضطراب و بی‌خوابی | 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 |

گروه‌ها با توجه به متغیرهای کیفیت زندگی در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ناشی از مداخله بر اساس آزمون لامبدا و یلکز 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 استاندارد شده مربوط به سلامت محیطی است (۰/۳۸). بدین ترتیب در خصوص خرده‌مقیاس‌های 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.

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). به عبارت دیگر 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 استاندارد شده 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 سستروئید 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، $F=4/85$ ، $F=4/85$ ، $F=4/85$ ، $F=4/85$). مجذور اندازه اثر نشان می‌دهد تفاوت بین

جدول ۷: نتایج کلی تحلیل مانکوا برای مقایسه گروه‌ها از لحاظ سستروئید کیفیت زندگی

| نام آزمون | مقدار | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | معنی‌داری | اندازه اثر |
|--------------------|-------|------|------------------|----------------|-----------|------------|
| اثر پیلایی | ۰/۴۵ | ۴/۸۵ | ۴ | ۲۳ | ۰/۰۰۶ | ۰/۴۵ |
| لامبدا و یلکز | 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 |

جدول ۸: 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 |
|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|------------|
| 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 |

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 کوتاه مدت 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 آرنتر (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 به‌دست آمده نشان داد که در درمان روان تحلیل‌گری، 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 بستری شده 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 سالم تر 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 مزمن تر و مختل‌تر 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. به‌این ترتیب 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 طولانی مدت (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 - جبری مورد تأیید قرار

کاستیلیو، گال هاردیو و کنها (۲۰۰۶) اشاره کرد [۳۹]. با جمع بندی مطالعات انجام شده می توان 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 پژوهش گر، 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

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 از جمله 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، کجیاف و کامکار [۳۸] و پژوهش‌های داخلی و خارجی هم‌جهت با آن، پایین‌تر از زنان غیرمطلقه ارزیابی شده است، اهمیت دو چندان می‌گیرد. پس به‌طور کلی 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 مینا 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،

- 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 Vassel 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 university. *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:

- 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.

