MEJDS. 2020; 10:232.

Published online 2021 March. **Research Article**

The Effects of Schema Therapy on the Hope of Life, Quality of Life, and Psychological Wellbeing in Housewives

Mahzoon Khorasani M[1], *Mousavi M[2]

Author Address
1. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Medical, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** marziehmousavi89@gmail.com

Received: 2019 July 1; **Accepted:** 2019 August 17

Abstract

Background & Objectives: Family health is of significant importance. Besides, women, as a pillar of the family, play a significant role in this respect. Women are at greater risk for developing mental health disorders than men. Women's mental health includes their biosocial, cultural, emotional, and spiritual wellbeing, i.e., influenced by bio socioeconomic and familial factors. Furthermore, it is among the most critical characteristics in the progress of the foundation of the family. Improving the bio psychological health of women leads to the enhanced mental health of their children; thus, it is essential to improve the mental health of women to develop a healthy and creative generation. The current study aimed to determine the effects of schema therapy on the Hope of Life (HoL), Quality of Life (QoL), and Psychological Wellbeing (PWB) in housewives.

Methods: This was an experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study was all female housewives in district 3 of Tehran City, Iran, in 2019; of whom, 50 cases were selected using the non–random–targeted sampling method. Accordingly, they were randomly divided into two groups of experimental and control (n=25/group). The inclusion criteria of the study were as follows: the age range of 30 to 50 years; being a housewife; having at least a diploma education; being a resident of Tehran, and presenting no physical illnesses. The exclusion criteria of the study included unwillingness to participate in meetings and absence from>2 treatment sessions in the experimental group, as well as providing incomplete and invalid information. The research tools consisted of the Psychological Wellbeing Scale (SPWB) (Ryff, 1989), WHO Quality of Life–BREF (WHOQOL–BREF; 1996), Life Expectancy Scale (Snyder et al., 1991), and Young's Schema Questionnaire–Short Form (Young & Brown, 1998). Data analysis was conducted using SPSS and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA). The level of significance was set at 0.05.

Results: The obtained results suggested a significant difference in the posttest scores of HoL ($p<0.001$), QoL ($p<0.001$), and PWB ($p=0.002$) between the experimental and control groups. The mean±SD pretest and posttest values of HoL were 40.36±5.90 and 50.32±3.16; the same rates for QoL were 81.76±8.83 and 93.84±13.36; and the relevant data for PWB were 70.92±10.89 and 76.72±7.98, respectively. Hη's quadratic square suggested that 49% of the changes in the HoL, approximately 31% of changes in the QoL, and approximately 21% of changes in PWB scores were related to the effect of schema therapy.

Conclusion: The present study results indicated that schema therapy increased HoL, QoL, and PWB, and their associated components in the experimental group, compared to the controls at the posttest stage. Therefore, interventions based on this approach can be effective in promoting mental health and improving the lives of housewives in district 3 of Tehran.

Keywords: Hope of life, Schema therapy, Quality of life, Psychological wellbeing.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۳۲.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار شهر تهران

مریم محزون خراسانی[۱]، *مرضیه موسوی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** marziehmousavi89@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۰ تیر ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سلامت نهاد خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است و زن به‌عنوان یکی از ارکان خانواده در این سلامت نقش بسزایی ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار شهر تهران بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان خانه‌دار منطقهٔ سه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آنان نمونه‌ای شامل ۵۰ نفر به‌صورت غیرتصادفی هدف‌مند انتخاب شد و به‌طور تصادفی در دو گروه ۲۵ نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹)، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶)، پرسشنامهٔ امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ فرم کوتاه (یانگ و براون، ۱۹۹۸) بود. جلسات طرحواره‌درمانی در ده جلسه، هفته‌ای یک بار به‌مدت ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش آموزش داده شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه در امید به زندگی ($p<۰/۰۰۱$)، کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) و بهزیستی روان‌شناختی ($p=۰/۰۰۲$) تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، طرحواره‌درمانی موجب افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن‌ها در زنان خانه‌دار می‌شود؛ بنابراین انجام مداخلات براساس این رویکرد می‌تواند در ارتقای سلامت روان و بهبود زندگی زنان خانه‌دار مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، طرحواره‌درمانی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

۱ مقدمه

طبق نظر جامعه‌شناسان، کارهای خانه، عوامل ایجاد محیطی راحت برای اعضای خانواده، مراقبت از کودکان و پرورش آن‌ها و فراهم‌آوردن الزامات و نیازهای خانواده را تسهیل می‌کند. خانه‌داری کاری غیررسمی است که به‌صورت انفرادی انجام می‌شود و تکراری و بی‌پایان است (۱). زنان خانه‌دار، کارِ خانه را یکنواخت و خسته‌کننده معرفی می‌کنند که درمقایسه با زنان شاغل، زمینه‌های سرخوردگی و ناامیدی را برای آن‌ها به‌وجود می‌آورد. ازطرفی، چون زنان خانه‌دار فاقد شبکه‌های اجتماعی برای طرح مسائل خود هستند، به‌نظر می‌رسد که بسیاری از مسائل مربوط به آن‌ها به‌صورت نامرئی و پنهان باقی می‌ماند. بر این اساس این مسئله می‌تواند در تلقی آن‌ها از سطح کیفیت زندگی‌شان تأثیر بسزایی داشته باشد (۲). اعتقاد بر این است که در امید به زندگی[1] افکار مربوط به عزم و تصمیم موفق، موجب درک مسیر و درنتیجه رسیدن به اهداف می‌شود (۳). نوردهیم و همکاران دریافتند که با کاهش استرس و تقویت امید و ارتباط با دیگران می‌توان کیفیت زندگی را در خانواده‌های بیماران بهبود بخشید (۴). باید خاطر نشان کرد که کاهش امید به زندگی در زنان خانه‌دار به‌دلیل تکراری و خسته‌کننده‌بودن کارهای منزل و بی‌مزدبودن آن و قدردانی‌نشدن توسط اعضای خانوده، موجب به‌خطرافتادن سلامتی و ابعاد روان‌شناختی زنان خانه‌دار می‌شود و اثر منفی بر آن‌ها خواهد داشت (۵).

مفهوم کیفیت زندگی[2] به دوران ارسطو باز می‌گردد. در آن دوران ارسطو «زندگی خوب» یا «خوب انجام‌دادن کارها» را به‌معنای شادبودن در نظر گرفت (۶). درخصوص کیفیت زندگی، همیشه این نگرانی وجود داشته است که بیماری یا اختلالی، کیفیت زندگی را تحت‌تأثیر قرار دهد (۷). روان‌شناسی بر توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت انسان‌ها و لذت‌بردن از زندگی سالم تأکید می‌کند و کمک می‌نماید تا از کیفیت زندگی بیشتر در محیط زندگی خود لذت ببرند (۸). مهدوی حاجی و همکاران نشان دادند، مهارت‌های زندگی موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی و شادکامی و تنظیم هیجانات می‌شود (۹). مؤلفهٔ بهزیستی روان‌شناختی[3] ابعاد مثبتی را به ذهن متبادر می‌سازد و ترکیبی از شادی و یافتن معنا در زندگی است. در همین راستا ریف، ملاک‌های بهزیستی روان‌شناختی را با ترکیب اندیشه‌های مازلو[4]، یونگ[5]، راجرز[6]، آلپورت[7] و اریکسون[8]، طبقه‌بندی کرد (۱۰) و سنجش این متغیر را حول شش عامل پذیرش خود، هدف‌مندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری قرار داد (۱۱). پژوهش بوهم و کوبزانسکی حاکی‌از آن است، افرادی که از زندگی‌شان رضایت دارند و هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند، دارای سطح بیشتری از بهزیستی روان‌شناختی هستند (۱۲). چودهاری و احمد دریافتند که زنان خانه‌دار، بهزیستی روان‌شناختی کمتری درمقایسه با زنان شاغل دارند؛ ولی هر دو گروه نیازمند حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی اجتماع و خانواده هستند (۱۳).

طرحواره‌درمانی بر پایهٔ طرحواره‌ها بنا شده است که عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته هستند و می‌توانند ادراک و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند (۱۴). از طرحواره‌درمانی برای حل مشکلات مزمن و سخت استفاده می‌کنند؛ چراکه بر سطح عمیق‌تر شناخت تأکید می‌کند و در پی آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح نماید و از میزان موفقیت زیادی در درمان برخوردار است (۱۵). امروزه شواهد بسیاری مبنی‌بر اثرگذاری این روش درمانی برای افراد، به‌ویژه در برنامه‌های درمان گروهی وجود دارد. بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی درمقایسه با سایر رویکردها مؤثرتر عمل می‌کند؛ همچنین قابلیت آن را دارد تا به مشکلاتی که توسط رویکردهای شناختی نادیده گرفته می‌شود مانند الگوهای ناکارآمد در روابط نزدیک و تغییر خاطرات مشکل‌آفرین دوران کودکی بپردازد (۱۶). تاپیا و همکاران نشان دادند که طرحواره‌درمانی می‌تواند اختلال استرس را در زنان کاهش دهد (۱۷). همچنین کیانی‌پور و همکاران عنوان کردند، طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر کاهش پیمان‌شکنی زناشویی و افزایش رضایت از زندگی دارد و موجب صمیمیت می‌شود (۱۸). باتوجه به اهمیت مسائل و مشکلات روان‌شناختی زنان خانه‌دار، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر در زمینهٔ مداخلات روان‌درمانی ازجمله الگوی درمانی طرحواره‌محور برای کاهش تأثیرات سوء کارِ خانه به‌عنوان فعالیتی بدون مزد و مشکلات روان‌شناختی متأثر از آن دیده می‌شود. مطالعات طرحواره‌درمانی در داخل کشور در گروه‌های مختلف و برای متغیرهای متفاوت انجام شده است؛ همچنین طبق شواهد موجود، در حوزهٔ مشکلات روان‌شناختی ناشی‌از کارِ خانه در زنان خانه‌دار و دربارهٔ سه مؤلفهٔ اساسی و مرتبط و همبستهٔ امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی، پژوهشی کنترل‌شده و نظام‌مند صورت نگرفته است؛ بدین‌ترتیب پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان۳۰تا۵۰ساله مراجعه‌کننده به سرای محلهٔ ده ونک منطقهٔ سه شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از میان زنانی که دارای ملاک‌های ورود به طرح بودند، ۵۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس به‌صورت هدف‌مند و به‌طور مساوی در دو گروه ۲۵ نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود زنان به پژوهش عبارت بود از: محدودهٔ

[1]. Hope of life
[2]. Quality of life
[3]. Psychological well-being
[4]. Maslow
[5]. Yung
[6]. Rodgers
[7]. Allport
[8]. Erikson

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

سنی ۳۰تا۵۰ سال؛ خانه‌داربودن؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ ساکن تهران‌بودن؛ نداشتن بیماری جسمانی. ملاک‌های خروج زنان از پژوهش شامل تمایل‌نداشتن به شرکت در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش و ارائه‌دادن اطلاعات ناقص و نامعتبر بود. قبل از شروع جلسات مداخله، فرم اطلاعات مرتبط با پژوهش، جهت آگاهی افراد از هدف و روند طرح و نقش و حقوق قانونی آن‌ها در مطالعه و همچنین جمع‌آوری اطلاعات درخصوص وضعیت امید به زندگی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و اطلاعات دموگرافیک آن‌ها (ازقبیل تحصیلات و سن)، در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه‌بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، رعایت صداقت در هنگام تحلیل داده‌ها و تحریف‌نکردن آن‌ها، توجه به رفاه اعضای گروه و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آنان رعایت شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات به‌صورت زیر بود.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[1]: این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شد (۱۹) و در سال ۲۰۰۲ تجدیدنظر شد (۲۰). دارای ۱۸ سؤال و شش بعد، استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی و پذیرش خود است. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً موافقم=۶، تا حدودی موافقم=۵، کمی موافقم=۴، کمی مخالفم=۳، تا حدودی مخالفم=۲، کاملاً مخالفم=۱) نمره‌دهی می‌شود (۱۹). خانجانی و همکاران، همسانی درونی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ سنجیدند و در کل مقیاس ۰/۷۱ و در خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۱تا۰/۷۶ به‌دست آورند (۲۱). ریف و همکاران، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کردند (۱۹).

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[2]: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد (۲۲). این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد و چهار مقیاس شامل سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی دارد. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً=۵، تا حد زیاد=۴، در حد متوسط=۳، در حد کم=۲، اصلاً راضی نیستم=۱) است. چهل‌امیرانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۵تا۰/۸۴ محاسبه کردند (۲۳). لوکاس‌ـ کاراسکو و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست آوردند (۲۴).

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و ایجاد رابطهٔ حسنه؛ بیان اهداف؛ صورت‌بندی مشکلات مراجعان؛ بیان قوانین و مقررات.
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکنندهٔ طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث و گفت‌وگو دربارهٔ آن.
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحوارهٔ موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای.
چهارم	تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار؛ شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشدهٔ آن‌ها و آموزش راهکارهای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه‌شده.
پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی؛ ایجاد آمادگی برای تغییر؛ سنجش طرحواره‌ها ازطریق پرسشنامه؛ ارائهٔ بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره‌ها.
ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها.
هفتم	رابطه‌درمانی؛ آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش‌بازی‌کردن؛ برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرحواره توسط بیماران؛ آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران.
هشتم	آموزش تمرین رفتارهای سالم ازطریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید؛ انجام گفت‌وگوهای خیالی؛ نوشتن نامه به‌عنوان تکالیف خانگی؛ ارائهٔ منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان؛ بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی.
نهم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و آموزش راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار؛ تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر؛ اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی؛ آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار.
دهم	مرور مطالب جلسات قبل؛ افزایش انگیزه برای تغییر؛ آموزش تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.

ـ پرسشنامهٔ امید به زندگی[3]: این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شد (۲۵). ۱۲ سؤال و دو خرده‌مقیاس تفکر عامل و تفکر راهبردی دارد. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت هشت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف نمرهٔ ۱ تا کاملاً موافق، نمرهٔ ۸ است (۲۵). علیزاده و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۶). اسنایدر و همکاران، اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۵ محاسبه کردند (۲۷).

ـ پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ‌ـ فرم کوتاه[4]: این پرسشنامه توسط یانگ و براون در سال ۱۹۹۸ ساخته شد (۲۸). دارای ۹۰ سؤال و ۱۸ طرحواره شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی،

[1]. Psychological Well-Being Scale (PWBS)
[2]. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)
[3]. Life Expectancy Questionarie
[4]. Young Schema Questionnaire-Short Form

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتار/خویشتن تحول‌نیافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، پذیرش‌جویی/جلب توجه، منفی‌گرایی/بدبینی و تنبیه است. شرکت‌کنندگان هر دو گروه باید حداقل پنج طرحواره (محرومیت هیجانی، رهاشدگی، نقص و شرم، شکست، ایثار) از ۱۸ طرحوارهٔ ذکرشده در پرسشنامهٔ یانگ را دارا باشند. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً درست=۴، کاملاً درست=۵) است (۲۸). والر و همکاران، مقدار آلفای کرونباخ را برابر ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۸۰ به‌دست آوردند (۲۹). صدوقی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای همهٔ خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۲تا۰/۹۰ گزارش کردند (۳۰).

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، جلسات طرحواره‌درمانی طی ده جلسه، هفته‌ای یک بار به‌مدت زمان ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش آموزش داده شد. در طول این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی توسط یانگ و همکاران (۳۱) طراحی شده است و در پژوهش‌های ملکی و همکاران (۳۲) و پورجابری و دشت بزرگی (۳۳) استفاده شده است. ابعاد این پروتکل درمانی عبارت بود از: ۱. مداخلات شناختی؛ ۲. مداخلات تجربی؛ ۳. مداخلات بین‌فردی؛ ۴. مداخلات رفتاری. شرح جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، آزمون لوین و روش‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره[1] با کمک نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

برای بررسی، آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌کار رفت؛ ازاین‌رو ابتدا مفروضه‌های نرمال‌بودن توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و سپس همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون‌ها نشان داد که مفروضه‌ها برقرار است؛ بنابراین توزیع داده‌ها نرمال و همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا	توان آماری
امید به زندگی (کل)	آزمایش	۴۰/۳۶	۵/۹۰	۵۰/۳۲	۳/۱۶	۴۲/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گواه	۳۷/۱۲	۹/۸۷	۳۵/۱۰	۱/۵۲				
تفکر عاملی	آزمایش	۱۴/۵۶	۲/۵۳	۲۴/۲۰	۲/۸۳	۳۴/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	گواه	۱۲/۳۶	۵/۰۴	۱۷/۶۲	۱/۰۲				
تفکر راهبردی	آزمایش	۱۳/۴۴	۲/۷۳	۲۶/۱۲	۲/۴۴	۱۶/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۸
	گواه	۱۲/۲۴	۳/۴۱	۱۷/۴۸	۰/۹۶				
کیفیت زندگی (کل)	آزمایش	۸۱/۷۶	۸/۸۳	۹۳/۸۴	۱۳/۳۶	۱۸/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
	گواه	۸۴/۴۰	۱۷/۳۰	۸۱/۷۶	۱۳/۵۴				
حیطهٔ روان‌شناختی	آزمایش	۱۸/۲۸	۱/۵۷	۲۳/۳۶	۳/۸۱	۱۱/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۱
	گواه	۱۹/۷۲	۴/۴۰	۲۰/۶۸	۴/۲۷				
حیطهٔ جسمانی	آزمایش	۲۱/۸۴	۲/۹۴	۲۶/۳۶	۳/۹۰	۹/۴۶	۰/۰۰۴	۰/۱۸	۰/۸۵
	گواه	۲۱/۵۲	۴/۲۲	۲۲/۷۶	۳/۹۵				
حیطهٔ روابط اجتماعی	آزمایش	۹/۱۶	۲/۴۶	۱۱/۶۴	۲/۷۳	۸/۶۴	۰۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۸۲
	گواه	۱۰/۲۰	۲/۸۷	۱۰/۹۶	۲/۲۸				
حیطهٔ محیط زندگی	آزمایش	۲۵/۹۶	۳/۴۰	۳۲/۴۸	۴/۶۴	۱۳/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۵
	گواه	۲۶/۱۶	۵/۲۸	۲۷/۳۶	۴/۹۶				
بهزیستی روان‌شناختی (کل)	آزمایش	۷۰/۹۲	۱۰/۸۹	۷۶/۷۲	۷/۹۸	۱۰/۸۱	۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۸۹
	گواه	۶۹/۸۰	۱۴/۸۰	۶۹/۸۰	۱۴/۸۱				
استقلال	آزمایش	۱۲/۲۸	۳/۵۳	۱۵/۲۸	۲/۱۱	۵/۰۷	۰/۰۳۰	۰/۱۱	۰/۶۰
	گواه	۱۲/۷۶	۴/۳۷	۱۲/۷۶	۴/۳۷				
تسلط بر محیط	آزمایش	۱۰/۸۰	۲/۹۸	۱۳/۸۰	۲/۰۶	۱۴/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۷
	گواه	۱۲/۲۴	۳/۲۳	۱۲/۲۴	۳/۲۳				
رشد شخصی	آزمایش	۱۴/۶۰	۲/۱۶	۱۳/۶۴	۲/۱۴	۳۶/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	گواه	۱۱/۲۰	۲/۴۰	۱۱/۲۰	۲/۴۰				

[1]. MANCOVA

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

ارتباط مثبت با دیگران	آزمایش	۱۰/۶۸	۳/۷۸	۱۰/۹۲	۳/۳۱	۳۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	گواه	۱۰/۶۴	۳/۰۱	۱۰/۶۴	۳/۰۱				
هدف‌مندی در زندگی	آزمایش	۱۰/۵۶	۲/۲۷	۱۱/۰۸	۴/۳۳	۲۷/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹
	گواه	۱۱/۴۰	۳/۰۴	۱۱/۴۰	۳/۰۴				
پذیرش خود	آزمایش	۱۲/۰۰	۳/۲۹	۱۲/۰۰	۲/۲۷	۷/۷۷	۰/۰۰۸	۰/۱۶	۰/۷۸
	گواه	۱۱/۵۶	۲/۹۰	۱۱/۵۶	۲/۹۰				

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر امید به زندگی (کل) (۰/۴۹=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۴۲/۶۶) مؤلفه‌های تفکر عاملی (۰/۴۴=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۳۴/۹۴)، تفکر راهبردی (۰/۲۷=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۱۶/۹۹)، متغیر کیفیت زندگی کل (۰/۳۱=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۱۸/۹۸) مؤلفه‌های حیطهٔ روان‌شناختی (۰/۲۱=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۱۱/۶۱)، حیطهٔ جسمانی (۰/۱۸=مجذور اتا و $p=۰/۰۰۴$ و F=۹/۴۶)، حیطهٔ روابط اجتماعی (۰/۱۷=مجذور اتا و $p=۰/۰۰۵$ و F=۸/۶۴)، حیطهٔ محیط زندگی (۰/۲۴=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۱۳/۳۳)، متغیر بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۱=مجذور اتا و $p=۰/۰۰۲$ و F=۱۰/۸۱) مؤلفه‌های استقلال (۰/۱۱=مجذور اتا و $p=۰/۰۳۰$ و F=۵/۰۷)، تسلط بر محیط (۰/۲۶=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۱۴/۹۱)، رشد شخصی (۰/۴۷=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۳۶/۷۹)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۴۲=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۳۱/۰۵)، هدف‌مندی در زندگی (۰/۴۰=مجذور اتا و $p<۰/۰۰۱$ و F=۲۷/۷۱) و پذیرش خود (۰/۱۶=مجذور اتا و $p=۰/۰۰۸$ و F=۷/۷۷) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری دارد؛ همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری در امید به زندگی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن‌ها در زنان خانه‌دار بیش از گروه گواه است. به‌عبارتی می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی موجب افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در مرحلهٔ پس‌آزمون شده است. مجذور سهمی اتا نیز نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از تغییرات متغیر امید به زندگی و تقریباً ۳۱ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی و تقریباً ۲۱ درصد از تغییرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی مربوط به تأثیر طرحواره‌درمانی بوده است.

۴ بحث

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار شهر تهران بود. نتایج پژوهش مشخص کرد که بین دو گروه آزمایش و گواه در امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین با فرض کنترل اثرات پیش‌آزمون، اثرات مبتنی‌بر طرحواره‌درمانی موجب بهبود وضعیت روحی و افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها شده است. همسو با این نتایج محمدی نشان داد، طرحواره‌درمانی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی را در سالمندان افزایش دهد (۳۴). همچنین سیمئون‌ـ دی‌فرانچسکو و همکاران در کتاب طرحواره‌درمانی برای حل مشکلات بین زوجین نشان دادند این روش درمانی کمک می‌کند که زندگی و رابطهٔ دونفره معنای تازه‌ای پیدا کرده و زوجین بتوانند تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارند (۱۶). از سویی دیگر یافته‌های پژوهش محمدی‌نژادی و ربیعی مشخص کرد که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر در جلوگیری از آسیب‌های روانی و افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی ناشی‌از طلاق در زنان به‌کار رود (۳۵). ویدلر نیز نشان داد طرحواره‌درمانی موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار و جایگزینی پاسخ‌های منفی با گزینه‌های سالم‌تر در افراد بیمار و مسن می‌شود تا بیماران بتوانند نیازهای عاطفی اصلی خود را برآورده کنند (۳۶). همچنین کیانی‌پور و همکاران طرحواره‌درمانی را موجب افزایش رضایت از زندگی و صمیمیت بین زوجین دانستند (۱۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت طرحواره‌درمانی به زنان خانه‌دار کمک می‌کند تا دربارهٔ آنچه در دنیای درونی آن‌ها در جریان است و همچنین دربارهٔ آنچه تجربه می‌کنند شامل احساسات جسمی، احساسات متنوع، افکار، عقاید و ارزش‌ها اظهار نظر کنند. وقتی فرد دربارهٔ خاستگاه الگوهای ناکارآمد خود آگاهی پیدا می‌کند، زندگی و رابطه برای او معنای تازه‌ای می‌یابد و فرد می‌تواند تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارد و به ذهنیت سالم روی آورد؛ همچنین برای رهایی از تله‌های زندگی راهی پیدا کند و نیازهای عاطفی اصلی خود را برآورده سازد (۱۶). این راهبرد بر سطح عمیق‌تر شناخت تأکید می‌کند و به‌دنبال آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح کند؛ این عمل میزان موفقیت زیادی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، بهبود شادکامی، سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی دارد (۳۱).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که به‌علت نداشتن دوره‌های پیگیری، امکان بررسی طولانی‌مدت اثربخشی طرحواره‌درمانی در بهبود کیفیت، امید به زندگی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار وجود نداشت. ازآنجاکه زنان تشکیل‌دهندهٔ این پژوهش، از جمعیت مراجعه‌کننده به سرای محلهٔ منطقهٔ سه شهر تهران بودند، نمی‌توانند بیانگر کل زنان خانه‌دار کشور باشند که این مسئله قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. حال باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود، کلینیک‌های روان‌شناسی درجهت بهبود سطح کیفی زندگی مراجعه‌کنندگان از روش طرحواره‌درمانی بیشتر استفاده کنند؛ همچنین مسئولان و دست‌اندرکاران به‌ویژه روان‌شناسان بالینی با تدوین برنامه‌های آگاهی‌دهنده، سطح اطلاعات مردم به‌خصوص زنان خانه‌دار را در

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

این حوزه ارتقا بخشند. ایجاد تسهیلات برای کارآفرینی زنان خانه‌دار، فراهم‌کردن محیط‌های تفریحی زنانه یا گسترش کانون‌های فرهنگی در محلات، برگزاری دوره‌های مهارت‌آموزی برای زنان خانه‌دار، توجه به محیط‌های زنانه در شهر، ارتقای کیفیت سالن‌های ورزشی برای زنان و تجهیزکردن کتابخانه‌های محلات، ازجمله راهکارهایی است که باعث می‌شود نقش اجتماعی زنان خانه‌دار برجسته‌تر شود و راهی برای ورود آن‌ها به اجتماع و توان‌مندسازی‌شان در مواجهه با مسائل باشد.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار می‌شود. همچنین باتوجه به اهمیت متغیرهای پژوهش‌شده در سلامت روان زنان خانه‌دار و به‌دنبال آن سلامت روان خانواده، شناسایی این متغیرها در زنان خانه‌دار و تلاش برای ارتقای سطح کیفیت زندگی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در آن‌ها با استفاده از طرحواره‌درمانی اهمیت بسزایی دارد.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین کارکنان مستقر در سرای محلهٔ منطقهٔ سه شهر تهران جهت همکاری در تحقیق تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله از هیچ طرح پژوهشی یا پایان‌نامه استخراج نشده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه‌بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، رعایت صداقت در هنگام تحلیل داده‌ها و تحریف‌نکردن آن‌ها، توجه به رفاه اعضای گروه و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آنان رعایت شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش تحت حمایت مالی هیچ مؤسسه، سازمان یا نهادی نبوده است.

References

1. Saravi FK, Navidian A, Rigi SN, Montazeri A. Comparing health-related quality of life of employed women and housewives: a cross sectional study from southeast Iran. BMC Womens Health. 2012;12:41. doi: 10.1186/1472-6874-12-41
2. Sadeghi S, Mirhosseini Z. Sociological study quality of life of housewives in Tehran. Journal of Sociological Researches. 2016;10(2):27. [Persian] http://soc.journals.iau-garmsar.ac.ir/article_536868_d8b3400af20b21759b37548272fa6730.pdf
3. Chang EC, Chang OD, Li M, Xi Z, Liu Y, Zhang X, et al. Positive emotions, hope, and life satisfaction in Chinese adults: a test of the broaden-and-build model in accounting for subjective well-being in Chinese college students. The Journal of Positive Psychology. 2019;14(6):829–35. doi: 10.1080/17439760.2019.1579358
4. Nordheim T, Rustøen T, Solevåg AL, Småstuen MC, Nakstad B. Hope in Parents of Very-Low Birth Weight Infants and its Association with Parenting Stress and Quality of Life. J Pediatr Nurs. 2018;38:e53–8. doi: 10.1016/j.pedn.2017.10.006
5. Samadifard HR, Narimani M. Life Expectancy in the Spouses of Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2018;10(3):151–6. [Persian] doi: 10.29252/ijwph.10.3.151
6. Oraki M, Sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;5(20):34–47. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3294_aeadab52171fd8aa8b0146ea06a9105a.pdf
7. Ahmad M, Khan A. Quality of life among married working women and housewives. Singaporean Journal of Social Science. 2018;1(1):11–16.
8. Dehghani F, Seifi M, Nateghi F, Faghihi A. The effectiveness of happiness training on improving the quality of life of women in pars special economic zone staffs based on their religious attitudes. Iranian journal of educational sociology. 2018;1(9):48–59. [Persian] http://iase-idje.ir/article-1-209-en.pdf
9. Mahdavi Haji T, Mohammadkhani S, Hahtami M. The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2011;30:407–11. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.080
10. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Current Directions in Psychological Science. 1995;4(4):99–104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395
11. Bavar F. Behzisti Ravanshenakhti: Rabete an ba Tahvare va Shakhsiat, Nazarie va Pajouhesh [Psychological Well-being: Relation to Personality, Theory and Research Schema. Tehran: Darolfekr Publications; 2016, pp:15–6. [Persian]
12. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. Psychol Bull. 2012;138(4):655–91. doi: 10.1037/a0027448
13. Choudhary L, Ahmad A. A study of psychological well-being among housewives and working women of Mithila region, North Bihar, India. International Journal of Human Resource & Industrial Research,. 2017;4(2):8–15. doi: 10.5281/zenodo.581475
14. Ghandehari A, Dehghani A. The effectiveness of group schema therapy on disconnection-rejection and impaired autonomy-performance in men under methadone maintenance treatment. Health System Research. 2018;14(2):227–34. [Persian] doi: 10.22122/jhsr.v14i2.3277
15. Ghorbanalipoor M, Moghadamzadeh A, Jafary E. The effectiveness of schema therapy and logo therapy on death anxiety in patients with hypochondriasis .Research in Clinical Psychology and Counseling. 2017;7(1):52–66. [Persian] doi: 10.22067/ijap.v7i1.51952

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]

16. Simeone-DiFrancesco C, Roediger E, Stevens B. Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships. Malden, MA, USA: Wiley-Blackwell; 2015.
17. Tapia G, Perez-Dandieu B, Lenoir H, Othily E, Gray M, Delile J-M. Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. Journal of Substance Use. 2018;23(2):199–205. doi: 10.1080/14659891.2017.1378743
18. Kianipour O, Mohsenzadeh F, Zahrakar K. Comparison of schema therapy and narrative therapy when combined each of them with marital enrichment program on marital infidelity tendency and marital satisfaction. Family Counseling and Psychotherapy. 2018 ;7(2):27–54. [Persian] http://fcp.uok.ac.ir/article_51182_76efdcd34a377662f115bddcadb2fb35.pdf
19. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069–81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
20. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. J Pers Soc Psychol. 2002;82(6):1007–22.
21. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67_652c7a0fcd52b8b3f79a9ecdbc18c5d0.pdf
22. WHOQOL group WHOQOL-BREF: Introduction, administration and scoring and genetic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
23. Chehelamirani N, Sahaf R, Rassafiani M, Bakhshi E. Validity and reliability of WHOQOL-DIS questionnaire in Iranian older people with disability. Archives of Rehabilitation. 2016;16(4):334–45. [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1708-en.pdf
24. Lucas-Carrasco R, Pascual-Sedano B, Galán I, Kulisevsky J, Sastre-Garriga J, Gómez-Benito J. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. Neurodegener Dis. 2011;8(4):178–86. doi: 10.1159/000321582
25. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual- differences measure of hope. J Perso Soc Devel. 1991;60:570-85.
26. Alizadeh M, Rajai A, Hosseini Ghasr S. The effect of group hope therapy on the HIV patients to increase life expectancy. Quarterly Journal of Health Psychology. 2013;2(8):70–82. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_1002_596afd25243946cf4962bed390641f9c.pdf
27. Snyder CR, Feldman DB, Taylor JD, Schroeder LL, Adams VH. The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. Applied and Preventive Psychology. 2000;9(4):249–69. doi: 10.1016/S0962-1849(00)80003-7
28. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire Short Form. New York: Cognitive Therapy Centre; 1998.
29. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. Cognitive Therapy and Research. 2001;25(2):137–47. doi: 10.1023/A:1026487018110
30. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian Sample. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):214–9. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-474-en.pdf
31. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: a practitioner's guide. New York; London: Guilford; 2003.
32. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. Journal of Medical Education & Development 2015;10(1) 47-56. http://jmed.ssu.ac.ir/article-1-489-fa.html [Persian]
33. Pourjaberi B, Dasht Bozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. Journal of Community Health. 2019;13(1):1-10.
34. Mohammadi A. The effect of schema thrapy of psychological wellbeing and happiness and hope in the elderly. Journal of Analitical–Cognitive Psycholoy. 2015;6(24):81–9. [Persian] http://psy.journals.iau-garmsar.ac.ir/article_536285_fe2e5c31e65dd80726a523ebc0ab01cb.pdf
35. Mohammad Nezhady B, Rabiei M. The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. Journal of Police Medicine. 2015;4(3):179–90. [Persian] http://teb.police.ir/teb/article-1-389-en.pdf
36. Videler AC. Schema Therapy With Older Adults. In: Oxford Research Encyclopedia of Psychology. Oxford University Press; 2018. doi: 10.1093/acrefore/9780190236557.013.434

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.136.5]