



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 11 April 2020

Accepted: 13 November 2020

Research Article

Doi: [10.22055/JACP.2021.34189.1156](https://doi.org/10.22055/JACP.2021.34189.1156)

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness on Early Maladaptive Schemas and Stress in the Elderly in Daily Centers of Gorgan City

Seyed Mojtaba Aghili^{1*}, Fatemeh Hejazi²

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran

2- MA of Psychology, Payam Noor University, Golestan, Iran

Citation: Aghili, S. M., & Hejazi, F. (2019). Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on early maladaptive schemas and stress in the elderly in daily centers of Gorgan city. *Clinical Psychology Achievements*, 4(4), 11-24.

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on early maladaptive schemas and stress in the elderly in Gorgan city. The present study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. It was applied in terms of purpose. The research sample was 40 elderly people from daily centers of Gorgan city who were selected by purposive sampling method among whom 20 people were assigned to the experimental group (10 sessions of schema therapy and 8 sessions of mindfulness) and 20 people in the control group, randomly. Participants completed the Young Schema Questionnaire (75-item form) and the Lazarus-Folkman Stress Coping Strategies Scale (66-item). Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. Findings showed that schema therapy and mindfulness training was effective on early maladaptive schemas and stress in the elderly ($p > 0/00$). There was no significant difference between the two approaches of schema therapy and mind-based therapy on early maladaptive schemas and both approaches had the same positive effect. However, in terms of stress, there was a significant difference and mindfulness had a greater effect on the stress level of the elderly.

Keywords: Schema therapy, mindfulness, early maladaptive schemas, stress, elderly

* **Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

E-mail: dr-aghili1398@yahoo.com



بررسی و مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان مراکز روزانه شهر گرگان

سید مجتبی عقیلی^{۱*}، فاطمه حجازی^۲

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان شهرستان گرگان انجام شد. تحقیق حاضر جز تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) با گروه کنترل و از نظر هدف، جز تحقیقات کاربردی بود. ۴۰ نفر از سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۰ نفر در گروه آزمایش (طرحواره درمانی ۱۰ جلسه و ذهن‌آگاهی ۸ جلسه) و ۲۰ نفر هم در گروه کنترل گمارده شدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌ی طرحواره یانگ (فرم ۷۵ گویه‌ای) و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس-فولکمن در مورد تنیدگی (۶۶ گویه‌ای) را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و ۲۳-SPSS انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان مؤثر است ($p < 0.001$) و بین دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت وجود ندارد و هر دو رویکرد تأثیر مثبت و یکسانی دارند. اما در مورد کاهش استرس رویکرد ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر کاهش استرس سالمندان داشته است.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، ذهن‌آگاهی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، استرس، سالمندان

مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است. پیری جمعیت یک فرایند شناخته‌شده تحت عنوان انتقال جمعیتی است که مرگ و میر در آن کاهش، امید به زندگی افزایش و ساختار سنی جمعیت از جوانی به سمت سالمندی حرکت می‌کند. پدیده افزایش جمعیت در سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم است (Grover et al., 2018). تعداد افراد بالای ۶۰ سال با سرعت زیادی در حال افزایش است که جمعیت افراد جهان در فاصله سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۵۰، ۱/۵ برابر و جمعیت سالمندان ۲/۵ برابر خواهد شد (Zhang et al., 2015). تأثیر افزایش جمعیت سالمندی در مطالعات فراوانی بررسی شده است و یکی از اساسی‌ترین جنبه‌هایی که در بخش سلامت باید مورد بررسی قرار بگیرد، سلامت روان سالمندان است (Grover et al., 2018). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است عمر طولانی در تمامی کشورها، یکی از فواید توسعه اجتماعی است به شرط آنکه بر امید به زندگی توجه بیشتری شود. بدیهی است هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست و نوع و کیفیت زندگی آن‌ها نیز اهمیت فراوانی دارد (Michalak et al., 2012). در واقع سالمندی به‌عنوان موضوعی چندبعدی، پدیده‌ای جهانی است که در آینده‌ای نزدیک به‌عنوان یکی از مهمترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد گردید (World Health Organization, 2011). سالمندی و شرایط ناشی از تحلیل قوای جسمی و روحی، افراد را در آسیب‌پذیرترین گروه‌های سنی جای می‌دهد. تندرستی عامل پیش‌بینی قدرتمندی برای سلامت روانی در اواخر بزرگسالی (پیری) است. ضعف‌های جسمانی و بیماری‌های مزمن می‌توانند بسیار استرس‌زا باشند و به احساس فقدان کنترل شخصی و به‌دنبال آن کاهش سطح رضایت‌مندی از زندگی بینجامد. علاوه بر این بیماری جسمانی موجب معلولیت می‌شود (Break, 2015). World Health Organization (1987) اعلام کرد استرس و بیماری با یکدیگر ارتباط دارند، زمانی که افراد خصوصاً سالمندان در سطح بالایی از استرس قرار می‌گیرند بروز بیماری‌های مختلفی از جمله تنفسی و قلبی افزایش می‌یابد، عملکردهای ایمنی سرکوب می‌شود و فرد در برابر عفونت ضعیف عمل می‌کند (Pootic, 2012). در مطالعه‌ای بر روی سالمندان مشخص شد که میزان اختلال افسردگی ۴۸٪، اضطراب و مشکلات خواب ۸۶٪، اختلال در عملکرد اجتماعی سالمندان ۹٪ و نشانه‌های جسمانی ۸۷٪ می‌باشد (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۰). Young (2015) طرحواره را نوعی ساختار شناختی می‌داند که در گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها و سازوکار آن‌ها تأثیرگذار است. وی بیان می‌کند که بر پایه مجموعه‌ای از طرحواره‌ها فرد قادر به تعیین موقعیت خود در رابطه با زمان و فضا شده و تجارب خود را به گونه‌ای معنادار طبقه‌بندی و تفسیر می‌کند. با جمع‌بندی چندین پژوهش درباره طرحواره‌ها تعریف زیر ارائه می‌شود: طرحواره‌ها عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجربه‌های گذشته هستند که پیکره نسبتاً منسجم و پایداری از دانش را شکل می‌دهند و می‌توانند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند. هنگامی که فرد سیستمی از انتظارات را کسب می‌کند، با دقت بیشتری به عناصر مشابه در موقعیت‌های زندگی پاسخ می‌دهد. بر این اساس هجده طرحواره ناسازگار اولیه شناسایی شد که مطابق با پنج نیاز تحولی دوران کودکی و نوجوانی به پنج حوزه وسیع تقسیم می‌شود که عبارتند از: بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، جهت‌مندی‌های دیگر، گوش‌به‌زنگ بودن بیش از حد و بازداری. به عقیده Young & Brown (1998) در رابطه با خاستگاه‌های این طرحواره‌ها پنج تکلیف تحولی اساسی وجود دارد که برای رشد سلامت ضروری است و انجام نگرفتن این تکالیف باعث اختلال عملکرد می‌شود (Young & Brown, 1998). یکی از عوامل کاهش استرس در سالمندان، سلامت روانی آنان می‌باشد. با توجه به این مطلب که حالات روان‌شناختی سالمندان نظیر شیوع استرس و افسردگی در سالمندان می‌تواند بر بیماری‌های جسمی آنان تأثیر بگذارد و رشد آن را تسریع کند، مشاوره و روش‌های روان‌درمانی متفاوتی برای بهبود اختلالات روان‌شناختی در سالمندان و بهبود بهداشت روانی آنان به‌کار می‌رود (بهمی و همکاران، ۱۳۹۲) که از جمله این روش‌ها طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. در اهمیت ذهن‌آگاهی می‌توان به تحقیقات متولی باشی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر نمرات پایین‌تر ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی نسبت به زنان سالم و همچنین پژوهش ولیدی پاک و همکاران (۱۳۹۴) در خصوص اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افزایش خوش‌بینی زنان باردار دیابتی اشاره داشت. مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

(Mindfulness-Based Stress Reduction)، توسط کابات-زین (Kabat-Zinn) در سال ۱۹۷۹ برای کمک به بیماران جهت سازگاری با شرایطشان ایجاد شد. این قبیل مداخلات به‌طور فزاینده‌ای نظر محققان حیطه سلامت به‌ویژه محققان حیطه بارداری را به خود جلب کرده است. آن هم به این دلیل که نشان داده ذهن‌آگاهی اثر قابل توجهی در کاهش اضطراب و پریشانی روان‌پزشکی و نیز بهبود وضعیت سلامت برای گروه وسیعی از افرادی دارد که با شرایط استرس‌آور از جمله افسردگی، سرطان و ایدز دست به‌گریبانند (Kroll et al., 2009). در عمل تحقیقات گسترده انجام شده بر جمعیت بزرگسال مفید بودن این روش درمانی را در حیطه‌های گوناگون همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان به اثبات رسانده است (Potek, 2012). در مجموع با وجود این‌که سالمندان، به‌عنوان قشر مهم جامعه تلقی می‌شوند ولی هنوز توجه کافی به این افراد در مطالعات از نظر شناخت عواملی که ایجادکننده استرس می‌شود صورت نگرفته است، بنابراین با توجه به روند رو به رشد سالمندی در کشور و اهمیت شناخت مداخلات مؤثر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس به‌منظور کنترل آن در سالمندان، مطالعه‌ای با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس در سالمندان بازنشسته مطرح گردید تا با شناسایی مداخلات مؤثر بر متغیرهای وابسته در این گروه ارزشمند منجر به توسعه راهکارهای مؤثر در جهت یاری‌رساندن به آنان گردد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس در افراد سالمند، با توجه به نقش انکارناپذیر عوامل روان‌شناختی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس و نیز خلاء پژوهشی موجود در این زمینه، این سؤال اساسی مطرح شد که آیا آموزش طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان تأثیر دارند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه‌ی این تحقیق شامل تمامی سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل واگذار شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش (مداخله طرحواره درمانی)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش دوم (مداخله ذهن‌آگاهی) و ۲۰ نفر هم در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: نداشتن اختلالات شناختی نظیر مصرف‌کننده داروی روانی، دمانس، آلزایمر، علاقه به شرکت در جلسات مداخله و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله و شرکت نکردن همزمان در دیگر برنامه‌های درمانی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، دریافت روان‌درمانی و یا دارودرمانی همزمان با آموزش، داشتن اعتیاد و اختلال‌ها و بیماری‌های روانی و جسمانی.

ابزارهای اندازه‌گیری

فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرحواره یانگ (Young Schema Questionnaire): نسخه اصلی پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ها برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط Young & Brown (1998) ساخته شده است. همچنین شکل کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ها برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه براساس فرم اصلی تهیه شده است. هر سؤال روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای (۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. در فرم کوتاه، هر طرحواره توسط پنج سؤال سنجیده می‌شود. در این پرسش‌نامه نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. در پژوهش حاضر به‌منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه (۷۵ سؤالی) پرسش‌نامه‌ی طرحواره یانگ استفاده شده است. ذوالفقاری و همکاران (۱۳۸۷) فرم کوتاه پرسش‌نامه یانگ را روی ۷۰ نفر از زوجین اجراء کردند. در پژوهش آن‌ها ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به‌ترتیب بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت مختل ۰/۷۳، دیگر

جهت‌مندی ۰/۶۷ و گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸ به‌دست آمد. آقاییوسفی (۱۳۸۰) ساختار عاملی و روایی آن را تأیید کرده‌اند.

مقیاس استرس درک‌شده: مقیاس تنیدگی درک‌شده توسط کوهن (Cohen et al., 1983) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به‌ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنیدگی درک‌شده دو خرده‌مقیاس را می‌سجد: الف) خرده‌مقیاس درک منفی از تنیدگی (ب) خرده‌مقیاس درک‌شده مثبت از تنیدگی را در برمی‌گیرد. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به‌دست آمده است. مقیاس تنیدگی درک‌شده به‌طور معنی‌داری با رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین همبسته می‌باشد.

پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد نمونه و اجرای پیش‌آزمون، برنامه مداخله برای گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی (۱۰ جلسه)، ذهن‌آگاهی (۸ جلسه) هفته‌ای یک‌بار اجراء شد و در پایان گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. لازم به ذکر است تقریباً تمامی کدهای اخلاقی مطرح‌شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مانند جلب رضایت‌نامه کتبی افراد نمونه، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست آمده و ترک جلسه براساس ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش رعایت شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (شاه‌مرادی، خالقی و مسجدی، ۱۳۹۷)

دوره	جلسات	شرح جلسات
طرحواره درمانی	اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه ارائه پیش‌آزمون اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی
	دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم
سوم	سوم	معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه توضیح در مورد عملکردهای طرحواره
		معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به‌همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها
چهارم	پنجم	ایجاد آمادگی برای تغییر سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسش‌نامه ارایه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره‌ها
		آموزش تکنیک‌های تجربی مثل آموزش تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران
هشتم	نهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفاء نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش
		مرور مطالب جلسات قبل به‌صورت اجمالی ارائه راهکارهای یادگرفته‌شده تمرین ارائه پس‌آزمون

جدول ۲. جلسات آموزش ذهن آگاهی (ولیدی پاک، معینی و خالدی منش، ۱۳۹۴)

دوره	جلسات	شرح جلسات
اول	معرفی شرکت کنندگان	ارائه پیش آزمون
	ارائه توضیحاتی در مورد ذهن آگاهی	بحث و گفتگو درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه‌ای زندگی می‌کنند و اغلب به آنچه انجام می‌دهند توجه‌ای نمی‌کنند
دوم	تمرین مراقبه متمرکز بر تنفس و تمرین واریسی بدن	تمرین واریسی بدن، دعوت از شرکت کنندگان در ارتباط با صحبت درباره تجربه‌هایشان از تمرینات ذهن آگاهی
	تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس	بررسی موانع، بحث در ارتباط با برخی ویژگی‌های ذهن آگاهی همچون غیرقضاوتی بودن و یا رها کردن تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس
سوم	تمرین کوتاه دیدن و یا شنیدن	مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای
	تمرین حرکت آگاهانه بدن	مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی)
چهارم	بحث درباره استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین، راه رفتن آگاهانه	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها، و افکار
	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها، و افکار	بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیات موقعیت حاضر همانطور که هست
پنجم	تمرین سری دوم حرکت آگاهانه بدن	فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث درباره افکار ما اغلب محتوای واقعی نیست
	تمرین مراقبه نشسته و آگاهی‌باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می‌شود)	تمرین مراقبه نشسته و آگاهی‌باز (به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می‌شود)
ششم	بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چیست	تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند
	تمرین مراقبه عشق و مهربانی	تمرین واریسی بدنی، بحث از آنچه تاکنون آموخته‌اید، استفاده کنید، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر
هفتم	تمرین واریسی بدنی، بحث از آنچه تاکنون آموخته‌اید، استفاده کنید، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر	ارائه پس آزمون
	ارائه پس آزمون	
هشتم	تمرین واریسی بدنی، بحث از آنچه تاکنون آموخته‌اید، استفاده کنید، ارزیابی آموزش، ارائه منابع بیشتر	
	ارائه پس آزمون	

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی و نرم‌افزار آماری SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه طرحواره درمانی ۷۰/۱۶ و ۶/۸۸، در گروه ذهن آگاهی ۶۶/۵۸ و ۳/۸۲ و در گروه کنترل ۷۲/۶۲ و ۵/۴۷ بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	طرحواره درمانی	۱۱/۲۰	۳/۲۶	۱۰	۲/۳۵
	ذهن‌آگاهی	۱۴	۲/۲۶	۱۴/۳۰	۲/۳۱
رهاشدگی/بی‌ثباتی	کنترل	۱۳/۳۰	۳/۲۰	۱۲/۷	۲/۳۴
	طرحواره درمانی	۹/۴۰	۲/۵۴	۹/۴۰	۲/۵۵
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	ذهن‌آگاهی	۱۰/۷۰	۲	۹/۱۰	۱/۷۹
	کنترل	۹	۱/۸۲	۱۰/۸۰	۳/۳۳
انزوای اجتماعی/بیگانگی	طرحواره درمانی	۱۰/۸۰	۱/۹۳	۹/۵۰	۲/۰۷
	ذهن‌آگاهی	۱۱/۱۰	۰/۹۹	۹/۱۰	۱/۶۶
نقص/شرم	کنترل	۱۱/۱۰	۲/۲۳	۹/۷۰	۳/۳۷
	طرحواره درمانی	۹/۷۰	۲/۱۱	۹/۷۰	۲/۱۱
شکست	ذهن‌آگاهی	۹/۶۰	۱/۸۴	۹/۹۰	۲/۴۲
	کنترل	۱۳/۲۰	۷/۳۰	۱۱/۲۰	۳/۰۸
وابستگی/بی‌کفایتی	طرحواره درمانی	۱۱/۱۰	۳/۰۷	۱۰/۲۰	۳/۰۱
	ذهن‌آگاهی	۱۰/۶۰	۲/۷۶	۹/۷۰	۲/۸۷
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	کنترل	۱۱/۸۰	۱/۹۹	۱۳/۱۰	۲/۱۸
	طرحواره درمانی	۹/۶۰	۲/۷۶	۹/۴۰	۲/۵۵
گرفتار/خویش‌نحوه نیافته	ذهن‌آگاهی	۱۲/۲۰	۲/۶۲	۱۱/۶۰	۳/۰۶
	کنترل	۱۱/۱۰	۲/۱۱	۱۱/۱۰	۳/۲۱
اطاعت	طرحواره درمانی	۱۲/۱۰	۲/۶۸	۱۰/۸۰	۲/۷۸
	ذهن‌آگاهی	۱۳/۵۰	۱/۵۱	۱۰	۳/۰۹
ایثارگری	کنترل	۱۲/۳۰	۲/۹۸	۱۱	۲/۸۶
	طرحواره درمانی	۹/۶۰	۲/۰۱	۹/۳۰	۲
بازداری هیجانی	ذهن‌آگاهی	۱۲/۷۰	۲/۷۹	۱۱/۲۰	۳/۴۶
	کنترل	۱۱/۱۰	۱/۵۲	۱۳/۳۰	۲/۵۰
معیارهای سرسختانه	طرحواره درمانی	۱۱/۸۰	۳/۵۸	۹/۶۰	۲/۱۲
	ذهن‌آگاهی	۹/۷۰	۲/۱۶	۹/۳۰	۲/۰۵
استحقاق/بزرگ‌منشی	کنترل	۱۲/۴۰	۴/۷۴	۱۲/۳۰	۳/۴۰
	طرحواره درمانی	۱۱/۷۰	۳/۰۲	۹/۴۰	۳/۶۳
بازداری هیجانی	ذهن‌آگاهی	۱۳/۴۰	۲/۷۶	۹/۸۰	۳/۴۲
	کنترل	۹/۳۰	۲/۸۷	۱۰/۸۰	۲/۶۲
معیارهای سرسختانه	طرحواره درمانی	۱۱/۴۰	۲/۸۴	۸/۷۰	۲/۵۸
	ذهن‌آگاهی	۱۲/۵۰	۱/۹۰	۱۱/۸۰	۲/۲۰
بازداری هیجانی	کنترل	۱۱	۲/۸۳	۹/۸۰	۲/۳۰
	طرحواره درمانی	۱۱/۳۰	۲/۹۸	۹/۸۰	۳/۲۲
معیارهای سرسختانه	ذهن‌آگاهی	۱۳/۷۰	۲/۲۱	۱۰/۵۰	۲/۳۷
	کنترل	۱۱/۴۰	۳/۲۰	۱۱/۲۰	۳/۳۳
استحقاق/بزرگ‌منشی	طرحواره درمانی	۱۰/۲۰	۲/۳۰	۹/۲۰	۲/۹۰
	ذهن‌آگاهی	۹/۶۷	۱/۶۵	۸/۱۰	۱/۹۱
استحقاق/بزرگ‌منشی	کنترل	۱۰/۳۰	۲/۱۱	۱۰/۲۰	۱/۹۳
	طرحواره درمانی	۱۱/۸۰	۱/۶۸	۱۰	۲/۷۹
ذهن‌آگاهی	۱۰/۶۰	۱/۶۴	۷/۸۰	۱/۷۵	

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خویشترن داری/خودانضباطی ناکافی	کنترل	۱۰/۹۰	۲/۱۳	۹/۹۰	۱/۵۲
	طرحواره درمانی	۱۳/۶۰	۱۱/۵۸	۹/۴۰	۲/۴۵
نمره کل طرحواره ناسازگاری	کنترل	۱۱	۲/۱۶	۹	۱/۶۷
	طرحواره درمانی	۹/۲۰	۱/۴۷	۹/۳۰	۲
کنترل	کنترل	۱۶۵/۳۰	۱۰/۲۵	۱۴۴/۴۰	۱۰/۲۹
	طرحواره درمانی	۱۷۴/۴۰	۷/۷۰	۱۵۱/۲۰	۱۷/۳۸
کنترل	کنترل	۱۶۷/۴۰	۱۱/۲۹	۱۶۸/۱۰	۱۱/۵۵
	طرحواره درمانی	۲۲/۹۱	۴/۵۲	۱۴/۹۳	۶/۷۸
استرس	کنترل	۲۳/۸۲	۴/۱۹	۷/۸۰	۵/۲۲
	کنترل	۲۳/۰۷	۴/۳۸	۲۳/۱۳	۴/۴۲

داده‌های جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های گروه‌های طرحواره درمانی و ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل در متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون است.

جدول ۲. آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	کولموگروف-اسمیرنوف	P	کولموگروف-اسمیرنوف	p
محرومیت هیجانی	۰/۲۹	۰/۱۸۷	۰/۵۷	۰/۱۸۶
رهاشدگی ایبی ثباتی	۰/۷۵	۰/۱۸۷	۰/۴۸۹	۰/۱۸۵
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۰/۴۹۲	۰/۱۷۸	۰/۰۳	۰/۲۸۷
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۰/۷۳	۰/۲۵۴	۰/۷۳	۰/۲۳۴
نقص اشرم	۰/۵۵	۰/۲۷۳	۰/۴۹	۰/۱۸۹
شکست	۰/۰۹	۰/۱۸۹	۰/۱۱	۰/۲۰۳
وابستگی ایبی کفایتی	۰/۱۲	۰/۲۳۷	۰/۵۵	۰/۲۴۲
آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	۰/۵۶	۰/۲۰۰	۰/۱۲	۰/۲۰۰
گرفتار/خویشترن تحول نیافته	۰/۴۹	۰/۲۰۲	۰/۱۳	۰/۲۰۰
اطاعت	۰/۷۴۹	۰/۲۷۸	۰/۱۱	۰/۲۰۰
اینترگری	۰/۲۹	۰/۲۰۰	۰/۲۷	۰/۱۸۹
بازداری هیجانی	۰/۰۹	۰/۲۰۰	۰/۱۰	۰/۲۰۰
معیارهای سرسختانه	۰/۵۲	۰/۱۸۱	۰/۴۹	۰/۲۰۰
استحقاق/بزرگ منشی	۰/۵۳	۰/۱۸۳	۰/۴۹۹	۰/۱۸۵
خویشترن داری/خودانضباطی ناکافی	۰/۷۲	۰/۱۹۲	۰/۱۷	۰/۲۰۰
کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰/۰۹	۰/۲۰۰	۰/۱۱	۰/۲۰۰
استرس	۰/۱۲	۰/۲۰۰	۰/۱۲	۰/۲۰۰

در جدول ۲ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نیستند. بنابراین می‌توان گفت که مفروضه‌های توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لون در متغیرهای پژوهش

متغیر	F لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱/۱۹	۲	۲۷	۰/۳۲۴
استرس	۰/۱۶	۲	۲۷	۰/۸۵۱

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی ماتریس کوواریانس آم. باکس

متغیر	مقدار آم باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح p
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۵/۵۶	۶	۱۸۱۶۸/۹۲	۰/۵۵۲
استرس	۶/۷۲	۶	۱۷۵۹/۸۴	۰/۲۳۰

نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس از آزمون آم باکس نشان می‌دهد که این مفروضه در دو متغیر استرس و طرحواره‌های ناسازگار اولیه رعایت شده است.

جدول ۵. آزمون پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۲۹۶۶/۲۰	۳	۹۸۸/۷۳	۵/۲۶	۰/۰۶۰	۰/۳۸
استرس	۱۳۱۵/۸۲	۳	۴۳۸/۶۱	۲۶/۲۵	۰/۰۵۱	۰/۷۵

نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون، یعنی تعامل بین متغیرهای گروه و پیش‌آزمون متغیرهای استرس و طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار نمی‌باشند.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح p	مجذورات
محرومیت هیجانی	۹۴/۱۱	۲	۴۷/۰۵	۸/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۹/۴۵	۲	۹/۷۳	۱/۳۸	۰/۲۶۹	۰/۱۰
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱/۶۳	۲	۰/۸۲	۰/۱۳	۰/۸۸۰	۰/۰۱
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۹/۳۳	۲	۹/۶۷	۱/۵۰	۰/۲۴۱	۰/۱۰
نقص/شرم	۶۳/۲۷	۲	۳۱/۶۳	۴/۱۴	۰/۰۲۷	۰/۲۴
شکست	۲۶/۵۲	۲	۱۳/۲۵	۱/۴۶	۰/۲۵۰	۰/۱۰
وابستگی/بی‌کفایتی	۶/۳۳	۲	۳/۱۶	۰/۳۶	۰/۷۰۰	۰/۰۳
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۷۲/۸۸	۲	۳۶/۴۴	۴/۷۵	۰/۰۲۰	۰/۲۷
گرفتار/خویش‌نحو تحول نیافته	۵۶/۱۰	۲	۲۸/۰۵	۴/۰۴	۰/۰۳۰	۰/۲۴
اطاعت	۱۱/۱۱	۲	۵/۵۶	۰/۵۱	۰/۶۱۰	۰/۰۴
ایثارگری	۴۹/۴۳	۲	۲۴/۷۲	۴/۲۵	۰/۰۲۰	۰/۲۵
بازداری هیجانی	۱۶/۷۳	۲	۸/۳۶	۰/۹۷	۰/۳۹۰	۰/۷۰
معیارهای سرسختانه	۱۷/۳۶	۲	۸/۶۸	۱/۶۳	۰/۲۱۰	۰/۱۱
استحقاق/بزرگ‌منشی	۳۱/۷۱	۲	۱۵/۸۵	۳/۳۰	۰/۰۴۰	۰/۲۱
خویش‌نحواری/خودانضباطی ناکافی	۰/۹۱	۲	۰/۴۵	۰/۱۰	۰/۹۰۰	۰/۰۰۸
نمره کل طرحواره ناسازگار اولیه	۳۷۰۰/۲۸	۲	۱۸۵۰/۱۴	۹/۱۱	۰/۰۰۸	۰/۳۵
استرس	۱۲۰۲/۶۰	۲	۶۰۱/۳۰	۲۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای طرحواره ناسازگار اولیه ($p < 0/008$) و استرس ($p < 0/008$) در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار است. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خویش‌ترن تحول‌نیافته، ایثارگری و استحقاق/بزرگ‌منشی در گروه‌های مورد آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در بقیه مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین گروه‌ها تفاوت وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

متغیر	گروه اول (I) - گروه دوم (J)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
محرومیت هیجانی	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۰/۳۸	۲/۰۴	۰/۲۵۱
	طرحواره درمانی-کنترل	-۲/۶۱	۲/۰۳	۰/۰۴۲
نقص/شرم	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۱/۶۸	۱/۶۸	۰/۰۳۵
	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۰/۴۹	۱/۷۸	۰/۰۵۹
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	طرحواره درمانی-کنترل	-۲/۴۸	۳/۱۴	۰/۰۰۴
	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۱/۷۸	۳/۳۰	۰/۰۰۰
گرفتار/خویش‌ترن تحول‌نیافته	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۱/۹۳	۳/۱۹	۰/۰۵۴
	طرحواره درمانی-کنترل	-۳/۷۲	۲/۴۵	۰/۰۳۵
ایثارگری	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۲/۲۹	۳/۱۷	۰/۰۴۲
	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۰/۶۸	۲/۱۸	۰/۴۵
استحقاق/بزرگ‌منشی	طرحواره درمانی-کنترل	-۲/۷۵	۳/۱۴	۰/۰۰۴
	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۲/۱۴	۳/۲۵	۰/۰۰۴
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۰/۵۳	۳/۴۵	۰/۰۷۸
	طرحواره درمانی-کنترل	-۲/۱۵	۲/۴۹	۰/۰۰۴
استرس	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۱/۸۴	۳/۵۴	۰/۰۰۸
	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۰/۷۸	۲/۵۲	۰/۱۸۵
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	طرحواره درمانی-کنترل	-۲/۱۴	۲/۴۷	۰/۰۰۵
	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۲/۱۲	۳/۱۹	۰/۰۰۴
استرس	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۶/۸۰	۶/۰۱	۰/۸۰۰
	طرحواره درمانی-کنترل	-۲۳/۷۰	۷/۹۲	۰/۰۰۲
استرس	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۱۶/۹	۶/۸۴	۰/۰۳۰
	طرحواره درمانی-ذهن‌آگاهی	-۷/۳۰	۲/۰۱	۰/۰۰۴
استرس	طرحواره درمانی-کنترل	-۸/۲۰	۴/۸۴	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی-کنترل	-۱۵/۵۰	۵/۰۲	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد و باتوجه به میانگین‌ها، هر دو رویکرد طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر مثبت داشته‌اند اما بین این دو گروه آزمایش اختلاف معنی‌داری در این متغیر دیده نمی‌شود. اما در مورد متغیر استرس نتایج نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار بین تمام گروه‌ها است. باتوجه به مقایسه میانگین‌ها، هر دو گروه آزمایشی بر کاهش استرس تأثیر داشته‌اند و همچنین رویکرد مبتنی بر طرحواره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی استرس را به‌طور معنی‌داری کم کرده است. لذا تفاوت در میزان اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه رد و در استرس سالمندان تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داده است که بین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خویشتن تحول‌نیافته، ایثارگری، استحقاق/بزرگ‌منشی، گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه هر یک از گروه آزمایشی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما بین اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارتی باتوجه به میانگین‌ها، هر دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر مثبتی داشته‌اند اما به‌لحاظ میزان اثرگذاری تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند. بنابراین طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان دو روش درمانی مؤثر در کاهش طرحواره‌های ناسازگار محسوب می‌گردد. نتیجه به‌دست آمده از فرضیه حاضر با نتایج مطالعات شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، Fassbinder et al. (2016) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که هر دو رویکرد طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلات درمانی موج سوم در حیطه شناختی با تمرکز بر ساخت‌های شناختی و به‌طور خاص در فرآیند طرحواره درمانی با تأکید بر ریشه‌های تحولی مشکل‌های روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار اثرات منفی طرحواره‌های ناسازگار را در فرد تعدیل می‌کند (Reener et al., 2012). در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر استرس سالمندان می‌توان عنوان کرد که از طریق تمرین‌هایی مانند ترغیب فرد به ماندن در زمان حال که در طول درمان بارها این عامل بنیادی در طی تکالیف مختلف به بیماران آموزش داده می‌شود. افراد از توجه و نگرانی نسبت به آینده و مشغولیت ذهنی نسبت به آن دور می‌شدند و همین کار مقوله بسیار مهمی در کاهش شدت علائم این افراد محسوب می‌شود. از طرف دیگر، بیماران در این درمان نقش فعالی دارند و از همان آغاز درمان و از جلسه‌ی اول تمرین‌های مختلف را به‌طور عملی و فعالانه انجام می‌دهند و درواقع درگیر فرایند درمان می‌شوند. علاوه بر تمریناتی که در طول جلسه انجام می‌دهند، آن‌ها را توسط تمرین‌های منزل به فعالیت بیشتر و همکاری بیشتر سوق می‌دهیم. درواقع از همان آغاز درمان به بیماران آموزش می‌دهیم که باید در بهبودی خود نقشی فعال داشته باشند و این کار ممکن نخواهد شد جز با حضور فعال در جلسات و خارج از جلسه، به‌همین دلیل این فاکتور نیز کمک زیادی به بهبود و کاهش علائم آن‌ها می‌کند. فاکتور مهم دیگر که تأثیرپذیری این درمان را بالا برده است، وجود جلسات مقابله با عود بیماری و ممانعت بروز علائم اختلال و مقابله با آن‌هاست (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۸). در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اولین قدم آن است که فرد نحوه توجه کردن به‌طور هدفمند، لحظه به لحظه و بدون قضاوت را یاد بگیرد و از پرسش سریع از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شود و بتواند ذهن خود را بر نقطه‌ای واحد متمرکز کند. همچنین در ادامه به درمان‌جویان نحوه شناسایی تغییرات خلقی و اداره کردن آن‌ها در کوتاه‌مدت و چالش کشیدن آن‌ها در بلندمدت آموزش داده می‌شود. در درمان به افراد آموزش داده می‌شود که از رویارویی با افکار و احساسات خود فرار نکنند و آن‌ها را تجربه کنند. در این درمان برای آرام کردن حس‌های بدنی ناخوشایند از تکنیک تنفس استفاده می‌شود. تمرین‌های شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از قبیل واریسی بدن، تمرین نشستن و تنفس می‌توانند موجب حالت آرمیدگی در فرد شوند اگرچه هدف این درمان القاء آرمیدگی به افراد نیست. با این حال انجام این تمرین‌ها تا حد زیادی به کاهش علائم اضطراب افراد کمک می‌کند. استفاده از مهارت‌های واریسی بدن، تنفس ذهن‌آگاهانه و تمرین آگاهی از بدن به کاهش علائم رفتاری و فیزیکی اضطراب می‌انجامد، بنابراین این درمان در بهبود نشانه‌های استرس اثرگذار است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی می‌توان گفت که طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به‌جای سبک‌ها و راهبردهای

مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم اضطراب فراهم می‌آورد. می‌توان گفت که طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اضطراب و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان علائم مبتلایان به اضطراب شده است. طرحواره درمانی با تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تأکید بر الگوهای رفتاری صحیح در درمان فرصتی را برای بهبود علائم اجتناب موقعیتی در بیماران مبتلا به اضطراب فراهم آورده است. تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح موجب می‌شود که دوری‌گزینی افراد از جمع و کناره‌گیری از مردم پیرامون خویش و همچنین داشتن احساس منفی در ارتباط‌های روزمره، کاهش یابد. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره‌محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش اضطراب به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌خاست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند (قادری و همکاران، ۱۳۹۵). طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند. همچنین از آنجاکه تأکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در برمی‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را در موقعیت‌ها تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت‌ها مهیا سازد (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۷). در نتیجه استفاده از راهبردهای شناختی بیماران یاد می‌گیرند که انتظار غیرواقعی‌ها را مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه بیمار در مورد خودش را تغییر می‌دهند. بیماران شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌هایشان را بیان کرده و بین طرحواره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد، گفتگویی برقرار می‌کنند. درمانگر همچنین با استفاده از تکنیک‌های تجربی از طریق تکنیک‌های برقراری گفتگو و تصویرسازی ذهنی به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی ارضاء نشده دوران کودکی را بشناسد. بیماران به تدریج یاد می‌گیرند که گروه‌ها پیوندند، با دیگران ارتباط برقرار کنند. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناختواره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه افراد دارای علائم اضطراب فراهم کرده است. راهبردهای شناختی به بیماران کمک می‌کنند تا دیدگاهشان را تغییر دهند، زیرا آن‌ها معتقدند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه‌بار کمک می‌کند تا این افراد علائم اضطراب را بهتر کنترل کنند. راهبردهای تجربی به بیماران کمک می‌کنند که هیجان‌های ناشناخته‌ی دوران کودکی مثل خشم، محبت یا شادمانی را بشناسند و آن‌ها را ابراز کنند. این راهبردها در مورد طرحواره معیارهای سرسختانه نیز به بیماران کمک می‌کند که افراد بخشی از خودشان را برانگیزند که بتواند با والد پرتوقع درون‌سازی‌شده بجنگد. همچنین می‌توان گفت که برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضاء فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه‌های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات آنی اعضاء و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه‌ساز برون‌ریزی هیجانی اعضاء شد. راهبردهای شناختی به بیمار کمک می‌کند

تا سودمندی‌های هیجانی بودن را بپذیرد و تصمیم بگیرد که علیه طرحواره جنگد و پیامدهای بروز هیجان‌هایشان را ارزیابی کنند.

همچنین نتایج نشان داده است که بین نمرات میانگین استرس در سه گروه طرحواره درمانی، ذهن‌آگاهی و کنترل متفاوت بوده است. همچنین بین اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر استرس در سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که باتوجه به میانگین‌ها، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به طرحواره درمانی، بر استرس سالمندان تأثیر بیشتری داشته‌اند. بنابراین طرحواره درمانی و گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان دو روش درمانی مؤثر در کاهش استرس سالمندان محسوب می‌گردد. علاوه بر آن از بین دو رویکرد، جهت کاهش استرس، ذهن‌آگاهی ارجحیت دارد. نتیجه به‌دست آمده از فرضیه حاضر با نتایج مطالعات شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، صولتی و همکاران (۱۳۹۷)، Whitebird et al. (2013) همسو است. در تبیین ارجحیت روش ذهن‌آگاهی نسبت به طرحواره درمانی به‌نظر می‌رسد به‌دلیل سادگی، سهولت و عدم صرف وقت زیاد تمرینات ذهن‌آگاهی، همچنین تأکید این رویکرد بر مشاهده افکار و تغییر آگاهی در مقایسه با به چالش کشیدن و تغییر افکار، به‌عنوان شیوه نوینی که از مواجهه با هیجان‌های آشفته‌ساز ارائه می‌دهد باشد. درواقع در ذهن‌آگاهی مراجعین ترغیب می‌شوند که خود، تاریخچه و موقعیت فعلی خود را دقیقاً آن‌طور که هستند بپذیرند. در ضمن اینکه به‌طور متمرکز رفتارها و محیط خود را به‌منظور ساخت یک زندگی بهتر تغییر دهند. از این‌رو دور از انتظار نیست سالمندانی که ذهن‌آگاهی بالاتری دارند، سبک زندگی بهتری را دنبال کنند، درواقع سبک زندگی آگاهانه به آن‌ها کمک می‌کند که اضطراب و استرس کمتری را تجربه کنند. نمونه‌گیری محدود به مراکز روزانه نگهداری از سالمندان شهرستان گرگان و کاهش قدرت تعمیم‌دهی به جامعه از جمله محدودیت‌های این طرح است. برای نتیجه‌گیری نهایی تکرار مطالعه‌های موردی متعدد، نمونه‌های وسیع‌تر و پیگیری اثربخشی این جلسات درمانی پس از پایان و باتوجه به اثربخش بودن این دو شیوه درمانی در سایر زمینه‌ها از جمله درمان اختلالات و بهزیستی روان‌شناختی و ارتقاء کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و پرسنل مراکز روزانه نگهداری از سالمندان شهر گرگان که با سعه‌صدر همکاری نموده و ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

منابع

آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۸۰). نقش شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در افسردگی و کاربرد مقابله‌درمانگری در شخصیت و افسردگی. رساله‌ی دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

بهمنی، بهمن، اسکندری، مهدی، حسنی، فریبا، دکانه‌ای فرد، فریده و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۷(۶)، ۶۱-۴۸.

ذوالفقاری، مریم، فاتحی‌زاده، مریم و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. *خانواده‌پژوهی*، ۴(۱۵)، ۲۰۸-۱۹۶.

- رفیعی، محسن، صباحی، پرویز و مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم‌سراهای نگهداری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۵/۱)، ۸۷۹-۸۷۰.
- شاهمردادی، ذبیح‌الله، خالقی‌پور، شهناز و مسجدی، محسن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۷(۶)، ۴۲-۵۲.
- صولتی، سیدکمال، فضلیان، معصومه، موسوی، محمد و قاسمی پیربلوطی، محمد. (۱۳۹۷). مقایسه‌ی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر فعالیت بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله پیشرفت در تحقیقات پزشکی و زیست پزشکی*، ۲۶(۱۱۵)، ۹۱-۷۸.
- قادری، فرزاد، کلانتری، مهرداد و مهربانی، حسینعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۲۸-۱.
- متولی باشی نایینی، افسانه، سجادیان، ایلناز و بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی ذهن آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۱۹(۷)، ۸۷-۷۲.
- نجاتی، وحید، امینی، رضا، ذبیح‌زاده، عباس، معصومی، مهدی، ملکی، قیصر و شعاعی، فاطمه. (۱۳۹۰). ذهن آگاهی شاخصی مؤثر در کیفیت زندگی جانبازان نابینا. *طب جانباز*، ۳(۳)، ۷-۱.
- ولیدی‌پاک، آذر، خالدی، شادیه و معینی‌منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۴(۱۴)، ۷۸-۶۱.
- Break, R. (2015). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Journal of Assessment*, 13(1), 27-45.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front Psychol*, 7(1), 13-73.
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(2), 7-24.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Journal of Mindfulness*, 3(3), 190-199.
- Potek, R. (2012). Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation Ph.D. *New York University ProQuest Dissertations Publishing*, 3493866.
- Reener, S., Covich, J., Jarrold, W., Hedlund, S., & Mark, Z. (2012). Mindfulness: Implications for substance abuse and addiction. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 103-116.
- Whitebird, R., Kreitzer, M., & O'Connor, P. (2013). Mindfulness-Based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectr*, 22(4), 226-230.
- World Health Organization (WHO). 10 facts on ageing and the life course. [Citz 2011 Jun.20]. Available from: [URL:http://www.who.int/topics/ageing/e/htm](http://www.who.int/topics/ageing/e/htm).
- Young, J., Clausco, J., & Wischar, M. (2015). Therapeutic schema. Tehran: Arjmand Publication.cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*. 23(1), 9-19.
- Young, J., & Brown, G. (1998). *Young schema questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Zhang, X., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. (2015). Generalized anxiety in communitydwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal Affective Disorder*. 17(2), 9-24.