MEJDS. 2021; 11:132.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

Effects of Combined Schema Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Married Women's Life Expectancy

Ghasem Abadi E[1], *Khalatbari J[2], Ghorban Shiroudi Sh[2], Rahmani MA[3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
*** Corresponding author's email:** J.khalatbari@toniau.ac.ir

Received: 2020 January 27; **Accepted:** 2020 April 4

Abstract

Background & Objectives: Hope is among the principled foundations of balance and psychological power determining life's achievements. Hope is an ability that helps an individual maintain motivation despite the difficulties in achieving the goal. Hopelessness puts a person in a situation of inactivity that cannot measure their different conditions and decide on them. Furthermore, frustration makes the person defenseless and caught against stressors. The person is severely disabled due to hopelessness and cannot measure and resolve different situations. Meta–Diagnostic therapies are therapeutic protocols based on typical clinical experiences and techniques common to specific cognitive–behavioral therapies. Schema therapy (ST), Dialectical Behavior Therapy (DBT), and Compassion–Focused Therapy (CFT) have shared points and can be integrated. The present study aimed to determine the effects of ST, DBT, and CFT on life expectancy in women.

Methods: This was an applied and quasi–experimental research with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all women who were referred to Tonekabon and Ramsar Social Emergency Services in the spring and summer of 2017. Of the 100 respondents who completed the Life expectancy Questionnaire (Snyder et al., 1991), 60 were selected purposively; of them, 30 were randomly assigned into the experimental and control groups. The study's inclusion criteria were the age range of 18–45 years, full consent to participate in this research, no mental disorder, and not receiving simultaneous psychological interventions. The exclusion criteria included absence from>2 sessions and dissatisfaction with attending intervention sessions. A Life Expectancy Questionnaire (Snyder et al., 1991) was used to collect the necessary data in the pretest and posttest stages. The intervention was performed in 12 ninety–minute weekly sessions; however, the control group received no intervention. Therapy sessions were a combination of ST, DBT, and CFT. The significance level of the tests was considered 0.05.The obtained data were analyzed in SPSS using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: The collected results indicated that the combination of ST, DBT, and CFT was effective in increasing hope (p<0.001), strategic hope (p<0.001), and overall life expectancy (p<0.001) scores. The effect coefficients of hope, strategic hope, and life expectancy were calculated as 0.32, 0.35, and 0.84, respectively.

Conclusion: The combination of ST, DBT, and CFT improved life expectancy in women. Thus, this type of treatment plan can increase life expectancy in this population.

Keywords: Schema Therapy, Compassion–Focused Therapy, Dialectical behavior therapy, Life expectancy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۳۲.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر

احترام قاسم‌آبادی[۱]، *جواد خلعتبری[۲]، شهره قربان شیرودی[۲]، محمدعلی رحمانی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** J.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۷ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: امید یکی از پایه های اصولی توازن و قدرت روانی است که مشخص کننده دستاوردهای زندگی است. با توجه به اهمیت سلامت به‌ویژه سلامت روان در زنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر انجام گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنانی تشکیل دادند که به اورژانس اجتماعی تنکابن و رامسر در بهار و تابستان ۱۳۹۶ مراجعه کردند. از بین صدنفری که به پرسشنامهٔ امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) پاسخ دادند، شصت نفر به‌صورت هدف‌مند انتخاب شدند. از بین آن‌ها، تعداد سی نفر به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (پانزده نفر در هر گروه) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ امید به زندگی (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) استفاده شد. برای گروه آزمایش مداخله در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات درمانی فراتشخیصی ترکیبی از درمان مبتنی‌بر شفقت، طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بود داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان فراتشخیصی در افزایش امید عاملی ($p<۰/۰۰۱$)، امید راهبردی ($p<۰/۰۰۱$) و نمرهٔ کل امید به زندگی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بود. ضریب تأثیر امید عاملی، امید راهبردی و امید به زندگی به‌ترتیب ۰/۳۲، ۰/۳۵ و ۰/۸۴ به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود امید به زندگی در زنان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت، رفتاردرمانی دیالکتیکی، امید به زندگی.

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 jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

۱ مقدمه

بحران‌های ناشی از شکست سبب فقدان تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شوند، اما بیشترین حالت در این دوره برای افراد ایجاد احساس یأس و ناامیدی است (۱). ناامیدی، فرد را در وضعیت غیرفعالی قرار می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و درمورد آن‌ها تصمیم بگیرد. همچنین ناامیدی شخص را دربرابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند (۲). طبق نظریهٔ اسنایدر، ناامیدی حالت تکان دهنده‌ای است که با احساسی از ناممکن‌بودن امور، احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی آشکار می‌شود (۳). امید، توانایی‌ای است که به فرد کمک می‌کند به‌رغم مشکلاتی که در راه رسیدن به هدفش دارد، انگیزهٔ خود را حفظ کند (۴).

منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی‌بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی دربارهٔ وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف نشانه‌گرفتن این عوامل سبب‌ساز در گسترهٔ وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شدند (۳). منظور از درمان‌های فراتشخیصی، آن دسته از پروتکل‌های درمانی‌اند که براساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان‌های شناختی‌رفتاری اختصاصی طراحی شده‌اند (۵).

ازجمله درمان‌هایی که دارای نقاط مشترک‌اند و توانایی ترکیب با یکدیگر را دارند، طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک و شفقت‌درمانی است. طرحواره‌درمانی، درمان ترکیبی است که با درمان شناختی‌رفتاری، نظریهٔ ارتباط موضوعی، گشتالت‌درمانی و نظریهٔ دل‌بستگی به‌صورت مدلی درمانی سیستماتیک ادغام می‌شود (۶). در طرحواره‌درمانی، علاوه‌بر روش درمان شناختی‌رفتاری و به‌کارگیری تکنیک‌های تجربی از هستهٔ مرکزی تکنیک‌های تجربی مانند تصحیح تصورات (IR) و صندلی کار نیز استفاده می‌شود. دستاورد طرحواره‌درمانی تغییر در طرحوارهٔ ناسازگاری فرد به‌وسیلهٔ تکنیک‌های شناختی است (۷،۸). از سوی دیگر، شفقت‌درمانی[1] برای درمان مواردی همچون شرم و خودانتقادی که به‌عنوان عوامل فرایند تشخیصی در مشکلات سلامت روان هستند، ارائه شده است (۹). ویژگی‌های بیماری‌زای خودانتقادی با احساس خشم، نفرت و تحقیر دربارهٔ خود ارتباط دارد. شفقت‌درمانی، مدلی مبتنی‌بر روان‌شناسی تکاملی، علم اعصاب، نظریهٔ دل‌بستگی و رفتاردرمانی شناختی‌رفتاری است (۱۰). هدف عمدهٔ شفقت‌درمانی آن است که احساس شفقت را در فرد افزایش دهد. این رویکرد ازطریق استفاده از تعدادی از مهارت‌ها همچون تعادل تفکر متعهد، احساس شفقت و مهربانی دربرابر خود و دیگران، امکان‌پذیر خواهد شد (۱۱،۱۲). شفقت‌درمانی در راستای سلامت فردی، حساسیت، تحمل دوری، همدردی، همدلی و نبود قضاوت انجام می‌شود. این مهارت‌ها ازطریق یادگیری و تمرین مهارت‌ها در حوزهٔ توجه، رفتار، استدلال، احساس و احساسات صورت می‌گیرد (۱۳). نتایج پژوهش کربی و باوکوم نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی و زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری در مهارت‌های ارتباطی زوجین تأثیر دارد (۱۴). همچنین نتایج تحقیق قاسم‌آبادی و همکاران مشخص کرد، تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تعارض زناشویی زنان مؤثر است (۱۵). نتایج پژوهش کاریس و کالدول حاکی‌از آن بود که تلفیق درمان متمرکز بر هیجان، درمان شفقت به خود و درمان شفقت‌محور بر زوجین دارای تجربهٔ آسیب تأثیر دارد (۱۶).

ضرورت پژوهش حاضر از آن نظر است که شخص مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز بروز بسیاری از مسائل و پیامدهای متفاوت و گاهی زمینهٔ بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی دیگر در سطوح فردی و سطوح اجتماعی را فراهم آورد. ازیک‌سو، این آثار و پیامدها می‌توانند عوارضی از جمله کاهش امید به زندگی را به‌خصوص برای زنان در مقایسه با مردان به همراه داشته باشند. برخورداری از سلامت حق همهٔ انسان‌ها است؛ به‌ویژه برای زنان که در تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مؤثرتر و مهم‌تری از مردان برعهده دارند. این مطالب بیان‌کنندهٔ اهمیت سلامت به‌ویژه سلامت روان در زنان است. نوآوری پژوهش حاضر از آن نظر است که تاکنون در پژوهشی به بررسی اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی زنان پرداخته نشده است؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی[2] بر امید به زندگی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنانی تشکیل دادند که در بهار و تابستان ۱۳۹۶ به اورژانس اجتماعی تنکابن و رامسر مراجعه کردند. برای انتخاب آزمودنی‌های این پژوهش، صد نفر از زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان تنکابن و رامسر پرسشنامهٔ امید به زندگی را (۱۷) پر کردند. پس از جمع‌آوری نتایج پرسشنامه، از میان صد نفر با نمرات ۱۰۰ و بیشتر در این پرسشنامه، به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند شصت نفر انتخاب شدند. از بین آن‌ها، تعداد سی نفر به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ پژوهش براساس اندازهٔ اثر ۰/۲۵ ، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، برای هر گروه پانزده نفر به‌دست آمد. کسب معرفی‌نامه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان اورژانس‌های اجتماعی شهرستان رامسر و تنکابن و اجازهٔ رسمی، صورت گرفت. سپس پژوهشگر با دادن توضیحات کافی درخصوص هدف پژوهش و آگاه‌کردن شرکت‌کنندگان درخصوص مطالعه، پرسشنامه را در اختیار آنان قرار داد و پاسخ‌دهنده‌ها در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین برای اطمینان از روند کار، تمامی پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. برنامهٔ مداخله توسط پژوهشگر اول این مطالعه انجام

[1]. Compassion Focused Therapy (CFT)

[2]. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

پذیرفت. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: دچاربودن به کم‌بودن امید به زندگی؛ قرارداشتن در بازهٔ سنی ۱۸تا۴۵ سال؛ داشتن رضایت کامل افراد برای شرکت در این پژوهش؛ نداشتن اختلال روانی؛ دریافت‌نکردن مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان. معیارهای خروج شامل داشتن غیبت بیشتر از دو جلسه و نارضایتی از شرکت در جلسات مداخله بود.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ امید به زندگی[1]: این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید به زندگی ساخته شد (۱۷). این پرسشنامه دارای دوازده عبارت است که به‌صورت خودسنجی اجرا می‌شود. برای تکمیل آن ۲تا۵ دقیقه وقت لازم است. شیوهٔ نمره‌گذاری و طیف گزینه‌ها از کاملاً درست تا کاملاً غلط است؛ یعنی به گزینهٔ کاملاً درست نمرهٔ ۴، تا حدودی درست نمرهٔ ۳، تا حدودی غلط نمرهٔ ۲ و کاملاً غلط نمرهٔ ۱ تعلق می‌گیرد. دامنهٔ نمرات پرسشنامه بین ۸تا۳۲ و نقطهٔ برش آن ۲۲ است. نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه، امید به زندگی بیشتر را در فرد نشان می‌دهد. از عبارات پرسشنامه، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و چهار عبارت انحرافی است؛ بنابراین پرسشنامه دو زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: امید عاملی و امید راهبردی (۱۷). همسانی درونی کل پرسشنامه ۰/۷۴تا۰/۸۴ و اعتبار آزمون‌ـ‌بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸تا۱۰ هفته، از این میزان نیز بیشتر گزارش شد. همسانی درونی زیرمقیاس عاملی ۰/۷۱تا۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳تا۰/۸۰ بود (۱۸). آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی این پرسشنامه توسط شهنی ییلاق و همکاران برای کل پرسشنامه روی گروهی ۲۷۰نفری برابر با ۰/۹۶ به‌دست آمد (۱۹). ضریب همسانی درونی به‌روش آلفای کرونباخ در مطالعهٔ حاضر ۰/۸۹ بود.

برای گروه آزمایش مداخله در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که جلسات درمانی فراتشخیصی ترکیبی از درمان مبتنی‌بر شفقت، طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بود (۱۵) که به‌شرح جدول ۱ ارائه می‌شود.

جدول ۱. جلسات درمانی فراتشخیصی ترکیبی از درمان مبتنی‌بر شفقت، طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات
دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)
سوم	نام‌گذاری هیجان‌ها، شناخت اسطوره‌ها (بحث در زمینهٔ تفاسیر فرد دربارهٔ هیجاناتش)
چهارم	توجه به نقش ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی دربارهٔ تفسیر و پاسخ به هیجاناتش، مشاهده و توصیف هیجانات (خودمشاهده‌گری)
پنجم	نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها
ششم	معرفی طرحواره‌ها و نحوهٔ تأثیرگذاری آن بر رفتار، معرفی ذهنیت طرحواره‌ای
هفتم	آموزش بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکنندهٔ طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته
هشتم	تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحوارهٔ موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای؛ آشنایی با مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مخاطب و تقویت آن، شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشده و راهکارهای برون‌ریزی عواطف مسدودشده
نهم	برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی، آموزش برقراری رابطه با افراد مهم زندگی
دهم	آموزش استفاده از مهارت تصویرپردازی شفقت‌گونه و استفاده از فن تنفس تسکین‌بخش
یازدهم	استفاده از فن به‌هوشیاری برای زوج‌ها و نحوهٔ ابراز نگرش‌های صمیمانه به یکدیگر
دوازدهم	آموزش ارتقای شفقت به خود به‌وسیلهٔ تخلیهٔ هیجانی، جمع‌بندی جلسات، برگزاری پس‌آزمون

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو‌ـ‌ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و همگنی شیب‌های رگرسیون استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۳۸/۹±۶/۸ و در گروه گواه ۳۷/۸±۶/۲ سال بود که دامنهٔ سنی از ۲۹تا۵۳ سال را شامل شد. در گروه آزمایش، تحصیلات ۴ نفر (۲۶/۷درصد) در حد دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۲۰درصد) کارشناسی‌ارشد داشتند. در گروه گواه، ۳ نفر (۲۰درصد) دارای تحصیلاتی در حد دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۷درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۳۳/۳درصد) کارشناسی‌ارشد بودند.

قبل از اجرای روش تحلیل کوواریانس، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو‌ـ‌ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو‌ـ‌ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p>0/05$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص

[1]. Life Expectancy Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

کرد، فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته شد ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره وجود داشت. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره ذکر شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر امید به زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
امید عاملی	آزمایش	۱۰/۶۷	۲/۶۱	۱۵/۲۰	۳/۳۳	۷/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گواه	۱۰/۲۷	۲/۱۹	۱۰/۹۳	۲/۴۳			
امید راهبردی	آزمایش	۹/۱۵	۱/۷۴	۱۴/۹۳	۲/۲۲	۸/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
	گواه	۱۰/۲۷	۱/۶۲	۱۱	۱/۷۰			
امید به زندگی (کل)	آزمایش	۱۸/۳۰	۱/۹۱	۲۱/۸۰	۲/۴۰	۳۲/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
	گواه	۱۸/۱۰	۱/۵۰	۱۸/۲۰	۱/۴۰			

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌های جدول ۲ نشان داد، میانگین نمرات امید عاملی، امید راهبردی و امید به زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار است؛ به این معنا که درمان فراتشخیصی در افزایش امید عاملی ($p<۰/۰۰۱$)، امید راهبردی ($p<۰/۰۰۱$) و نمرهٔ کل امید به زندگی ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. ضریب تأثیر امید عاملی، امید راهبردی و امید به زندگی به‌ترتیب ۰/۳۲، ۰/۳۵ و ۰/۸۴ به‌دست آمد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر انجام گرفت. نتایج نشان داد، میانگین امید به زندگی، بعد از مداخله در گروه گواه و گروه آزمایش تفاوت معناداری داشت؛ به این صورت که میانگین امید به زندگی بعد از مداخله در گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بود. درواقع، تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش امید به زندگی شد. هرچند تاکنون پژوهشی دربارهٔ عنوان مطالعهٔ حاضر انجام نشده است، یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش کربی و باوکوم مبنی‌بر تأثیر هم‌زمان رفتاردرمانی دیالکتیکی و زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری در مهارت‌های ارتباطی زوجین (۱۴)، تحقیق قاسم‌آبادی و همکاران مبنی‌بر تأثیر تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تعارض زناشویی زنان (۱۵) و مطالعهٔ کاریس و کالدول مبنی‌بر تأثیر تلفیق درمان متمرکز بر هیجان، درمان شفقت به خود و درمان شفقت‌محور بر زوجین دارای تجربهٔ آسیب (۱۶) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، تلفیق سه مدل طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند نقش بسزایی در بهبود امید به زندگی زنان داشته باشد. ظاهراً ملاقات زوجین با یکدیگر باعث شد دربارهٔ مشکلات فردی مشابه که با هم داشتند و چگونگی رفع این مشکلات با یکدیگر تبادل نظر کنند. این امر موجب شد تا از تجربیات یکدیگر در راستای ارتباط مناسب در منزل در مواجهه با مسائل زناشویی موفقیت بیشتری به‌دست آورند (۹). دریافت چنین بازخوردی که آن‌ها تنها نیستند و افراد زیادی در اطرافشان دچار چنین مشکلاتی هستند، باعث شد افراد توانایی انتخاب مجدد برای رفتار خاصی را داشته باشند و به ارزیابی مجدد رفتار خود بپردازند که همین سبب بهبود امید به زندگی زنان شد. بازخورد حمایتی از اعضای گروه به تسهیل یادگیری اجتماعی افراد کمک کرد و فرایندی که به‌طور طبیعی رخ داد، در زمینهٔ گروه‌درمانی بود (۲۰). همچنین از مهارت‌هایی که به زنان در درمان به‌کاررفته در این پژوهش آموزش داده می‌شود، مهارت شنیداری است. مدل‌های متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند مهارت شنیداری بر احساسات فرد و شریک زندگی وی تأثیرگذار است. به‌نظر می‌رسد این آموزش احساسات عاطفی طرفین را افزایش می‌دهد. آموزش مهارت‌های ارتباطی نشان داد، زوجینی که مهارت‌های ارتباطی را در شرایط خاص زندگی به‌کار می‌گیرند، از تعارضات کمتری و امید به زندگی بیشتری برخوردار هستند. بسیاری از زوجین مشکلاتشان در برقراری ارتباط با همسر مشابه با هم بود؛ به‌ویژه افرادی که دارای شرایط زندگی مشابه مانند داشتن فرزندان کوچک یا مقابله با مشکلات شخصی مانند افسردگی بودند. این زوجین زمان کمتری را به خود یا همسرشان اختصاص دادند (۱۱).

می‌توان گفت تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی، شفقت‌درمانی و طرحواره‌درمانی به زنان کمک می‌کند تا باوجود داشتن تفاوت‌های فردی روش‌هایی را برای بهبود امید به زندگی، مدیریت تعارضات خود و نزدیک‌شدن به یکدیگر بیاموزند (۹)؛ ازاین‌رو در تلفیق این سه درمان ابتدا به زنان آموزش داده می‌شود تا بتوانند هیجان‌های خود را شناسایی کنند و ابتدا برای خودشان توصیف کنند. در مرحلهٔ بعد بتوانند هیجان‌های طرف مقابل را بشناسند و از دیدگاه همسرشان موضوع را ببینند؛ یعنی بلافاصله اقدام به واکنشِ برون‌ریزی هیجانی نکنند؛ چراکه این کار با اینکه احساس تخلیهٔ آنی به‌همراه دارد، باعث تداوم تنش و اختلاف‌ها می‌شود و همچنین پیامدهای بدی به‌دنبال دارد؛ یعنی زنان بتوانند تنظیم هیجانی بیشتری داشته باشند. درمان فراتشخیصی در تمام

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

مراحل سعی دارد دو قطب مختلف عملی را به زوجین نشان دهد که چگونه یک هیجان، فکر یا رفتار می‌تواند به بهترشدن رابطه‌ای یا تخریب آن و بهبود امید به زندگی زنان منجر شود. رفتاردرمانی دیالکتیک، این دو قطب را همراه با پیامدهایشان به زنان نشان می‌دهد؛ همچنین ازطریق آموزش ذهن‌آگاهی، مهارت‌های کنترل هیجانی، مهارت‌های ارتباط بین‌فردی و تحمل پریشانی به زنان کمک می‌کند تا مشکلات را مدیریت کنند و آن‌ها را به راهی برای شناخت بهتر یکدیگر و صمیمیت بیشتر و بهبود امید به زندگی تبدیل کنند (۲۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، این پژوهش بر گروهی از زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر انجام شد؛ درنتیجه در تعمیم یافته‌های پژوهش به مردان و سایر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین وجودنداشتن آزمون پیگیری به‌دلیل محدودیت زمانی نیز می‌تواند یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان از نتایج حاصل از این پژوهش درجهت توان‌مندسازی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان‌های تنکابن و رامسر استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی دربارهٔ سایر افراد اجرا شود.

۵ نتیجه‌گیری

تلفیق طرحواره‌درمانی، درمان مبتنی‌بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث بهبود امید به زندگی در زنان می‌شود و می‌توان از این نوع طرح درمانی برای افزایش امید به زندگی افراد استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شدهٔ اورژانس اجتماعی تنکابن و رامسر با شماره نامهٔ ۱۰ صادر شده است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش عبارت بود از اینکه این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

منابع مالی برای انجام این پژوهش از هزینه‌های شخصی تأمین شده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی حمایت مالی نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Carlsson LM, Sjöholm K, Jacobson P, Andersson-Assarsson JC, Svensson PA, Taube M, et al. Life expectancy after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. N Engl J Med. 2020;383(16):1535-43. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002449
2. Qi J, Ruan Z, Qian Z, Yin P, Yang Y, Acharya BK, et al. Potential gains in life expectancy by attaining daily ambient fine particulate matter pollution standards in mainland China: a modeling study based on nationwide data. PLoS Med. 2020;17(1):e1003027. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003027
3. Zaninotto P, Batty GD, Stenholm S, Kawachi I, Hyde M, Goldberg M, et al. Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in older people from England and the United States: a cross-national population-based study. The Journals of Gerontology: Series A. 2020;75(5):906-13. https://doi.org/10.1093/gerona/glz266
4. Toumazis I, Alagoz O, Leung A, Plevritis SK. A risk-based framework for assessing real-time lung cancer screening eligibility that incorporates life expectancy and past screening findings. Cancer. 2021;127(23):4432-46. https://doi.org/10.1002/cncr.33835
5. Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? Journal of Cognitive Psychotherapy. 2009;23(1):60–6. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.60
6. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cogn Behav Ther. 2018;47(4):328–49. doi: 10.1080/16506073.2017.1410566
7. Videler AC, van Alphen SPJ, van Royen RJJ, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, Arntz A. Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. Aging Ment Health. 2018;22(6):738–47. doi: 10.1080/13607863.2017.1318260
8. Rahimaghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. The effect of group schema therapy on decrease symptoms of depression and increase quality of life among nurses. Journal of Nursing Education. 2017;6(3):17–23. [Persian] doi: 10.21859/jne-06033
9. Ward M. Research topic: Managing compassionate therapy—the role of the virtual clinic. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2016;31(S1):44–5. doi: 10.1111/jgh.13371

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]

10. Elliott MJ, Butler CR, Varanou-Jenkins A, Partington L, Carvalho C, Samuel E, et al. Tracheal replacement therapy with a stem cell-seeded graft: lessons from compassionate use application of a GMP-compliant tissue-engineered medicine. Stem Cells Transl Med. 2017;6(6):1458–64. doi: 10.1002/sctm.16-0443
11. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):78–94. doi: 10.1111/bjc.12040
12. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. Psychol Med. 2015;45(5):927–45. doi: 10.1017/s0033291714002141
13. Steindl SR, Buchanan K, Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders: a qualitative review and recommendations for further applications. Clinical Psychologist. 2017;21(2):62–73. doi: 10.1111/cp.12126
14. Kirby JS, Baucom DH. Treating emotion dysregulation in a couples context: a pilot study of a couples skills group intervention. J Marital Fam Ther. 2007;33(3):375–91. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00037.x
15. Ghasem Abadi E, Khalatbari J, Ghorban S, Shiroudi M, Rahmani A. Effectiveness of schema and commitment therapy, compassion-based therapy, and dialectical behavior therapy on marital conflict among married women in social. Journal of Community Health. 2019;6(2):157–64. [Persian] doi: 10.22037/ch.v6i2.23231
16. Karris M, Caldwell BE. Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. The Family Journal. 2015;23(4):346–57. doi: 10.1177106648071560167 6
17. 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.
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(3):319–29. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.02.003
19. Shehni Yailagh M, Kianpour Ghahfarokhi F, Maktabi GH, Neasi A, Samavi A. Reliability and validity of the hope scale in the Iranian students. J Life Sci Biomed. 2012;2(4):125–8.
20. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psychol. 2010;78(6):936–51. doi: 10.1037/a0021015
21. Javedani M, Aerabsheybani H, Ramezani N, Aerabsheybani K. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in increasing infertile couples' resilience and reducing anxiety, stress, and depression. An Interdisciplinary Journal of Neuroscience and Quantum Physics. 2017;15(3):94–100. doi: 10.14704/nq.2017.15.3.1088

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.166.5]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.156]