

The Effectiveness of Schema Therapy on Self-Concept and Social Health among People Living with HIV (PLWH)

Mostafa MS¹, *Sedaghat M², Makvand Hoseini SH³, Seyed Alinaghi SA⁴

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran;

4. MD, M. Phil, PhD, Clinical Epidemiologist, Associate Professor, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author's E-mail: m_sedaghat@Azad.ac.ir

Received: 2020 November 25; Accepted: 2021 June 7

Abstract

Background & Objectives: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDs) is one of the life-threatening diseases around the world. Today, different human societies are struggling with this disease. In addition to physiological effects, HIV disease can have devastating psychological and social effects. A positive HIV in person brings shock, crisis, stress and anxiety to the infected person and his family. These psychological consequences have a profound effect on the progression of the disease and adherence to treatment. Like many other chronic medical conditions, HIV can have psychosocial consequences in addition to physical consequences, including depression, anxiety, stress, low self-esteem, low life expectancy, poor problem solving, feeling lonely and stigma. Anger, emotional imbalance, poor self-concept and suicidal ideations are expected psychological consequences associated with AIDs, which usually result in. The worsening of physical symptoms, functional impairment, decreased treatment compliance, decreased social health and decreased quality of life in patients. The present study examined the effect of schema therapy on self-concept and social health among people living with HIV (PLWH) in order to promote mental health.

Methods: The research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population were all PLWH who were referred to the voluntary counselling and testing (VCT) centre of Imam Khomeini Hospital in 2019-2020. 30 PLWH were selected by convenience sampling and randomly divided into two experimental and control groups (n=15). Both groups were matched in terms of gender, level of education, marital status, age and history of substance abuse. The experimental group received group schema therapy training in ten sessions of 120 minutes (two sessions per week) with the Yang schema therapy model. The control group did not receive any intervention. Rogers self-concept and Keyes's social health questionnaires were used before and after the training. The Rogers self-concept questionnaire is provided in two forms, A and B. Each form contains 25 bipolar traits (positive and negative); which form A measures a person's attitude towards the authentic self, and Form B measures the ideal self. The other questionnaire is the social health questionnaire which has five sub-scales, including social adaptation, social participation, social cohesion, social prosperity and social acceptance. The obtained data were analyzed using Analysis of Covariance with $\alpha=0.05$.

Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups in terms of self-concept and social health. There was a significant difference in self-concept between the two groups ($p<0.001$). Significant differences in all subscales of social health, including social adaptation, social cohesion, social prosperity, social acceptance ($p<0.001$) and social participation ($p=0.018$), were also observed.

Conclusion: Based on the results, the implementation of schema therapy among PLWH brings the authentic self of PLWH closer to their ideal self, and as a result, it leads to a positive self-concept; Schema therapy also decreases isolation and makes more communication through membership in social groups and improving interpersonal relationships as a basis for healthy social interactions which ultimately leads to increased social health. Therefore, training in schema therapy techniques for PLWH can be a practical step in improving self-concept and social health.

Keywords: Schema Therapy, Self-concept, Social Health, Human Immunodeficiency Virus (HIV), AIDS.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی (اچ‌آی‌وی)

مریم‌سادات مصطفی^۱، *مستوره صداقت^۲، شاهرخ مکوند حسینی^۳، سیداحمد سید علی نقی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران؛
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
 ۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛
 ۴. دانشیار، مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- *رایانامه نویسنده مسؤل: m.Sedaghat@Azad.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ویروس نقص ایمنی انسانی (اچ‌آی‌وی) دارای پیامدهای عمیقی بر ابعاد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد مبتلا است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی افراد مبتلا به این ویروس انجام گردید.

روش‌بررسی: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام‌خمینی در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. سی نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایشی و گواه جایگزین شدند. از پرسشنامه‌های خودپنداره راجرز (۱۹۶۱) و سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) استفاده شد. افراد گروه آزمایشی به‌مدت ده جلسه دو ساعته، آموزش گروهی با مدل طرحواره‌درمانی یانگ قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام آموزش، شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار، تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی و گواه از لحاظ خودپنداره و سلامت اجتماعی وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری بین دو گروه در تمامی خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی شامل انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$) و مشارکت اجتماعی ($p < ۰/۰۱۸$) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعات تأیید کرد که می‌توان از طریق آموزش تکنیک‌های طرحواره‌درمانی به افراد دارای اچ‌آی‌وی، خودپنداره و سلامت اجتماعی آنان را بهبود داد. **کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌درمانی، خودپنداره، سلامت اجتماعی، اچ‌آی‌وی، ایدز.

به معیارهای اجتماعی سنجش نمود (۱۵). وی پنج حوزه سلامت اجتماعی فرض کرده است که در سطوح فردی استفاده می‌شود. این ابعاد دربرگیرنده چالش‌هایی هستند که انسان به‌عنوان موجود اجتماعی با آن‌ها مواجه است که شامل: انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است (۱۶).

مرادی و همکاران (۱۳) در پژوهشی نیازهای مرتبط با سلامت بیماران اچ‌آی‌وی در ایران را شامل سه دسته اصلی ارزیابی کردند: ۱. خدمات پیشگیری و مشاوره، ۲. خدمات تشخیصی و درمانی و ۳. خدمات توانبخشی؛ خدمات توانبخشی مانند: مراقبت در منزل، حمایت اجتماعی و روان‌شناختی، حمایت تغذیه‌ای و توجه به سلامت بیماران در محیط اجتماعی می‌باشد. سرگلزایی و همکاران (۱۰) نیز در پژوهش خود با بررسی بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در بیماران اچ‌آی‌وی جنوب شرقی ایران نشان دادند زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی معمولاً بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی کمتری در مقایسه با مردان مبتلا به این ویروس دارند و حمایت اجتماعی کمتری نیز در سطح جامعه دریافت می‌کنند. به‌طورکلی براساس نتایج این تحقیق، میزان حمایت اجتماعی ارتباط مثبتی با سلامت اجتماعی بیماران دارد.

در این میان باید گفت زیربنای بروز مشکلات روان‌شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ (EMSS) است (۸، ۱۴). طرحواره‌ها به فرد کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهد و اطلاعات دریافتی را پردازش کند (۱۷)؛ لیکن وقتی این طرحواره‌ها در چارچوب خانواده و اجتماع به‌صورت نامناسب رشد نمایند ناسازگارانه خواهند بود و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS) نامیده می‌شوند. این طرحواره‌ها که از ابتدای زندگی شکل گرفته و تمام عمر فرد را تحت سیطره خود قرار می‌دهند؛ به‌طور معمول از برآورده‌نشدن نیازهای عاطفی در دوران خردسالی منشأ می‌گیرند (۱۸). این طرحواره‌ها در طول زندگی تغییر نمی‌کنند و اساس و بنیان ساخت‌های شناختی فرد را شکل می‌دهند و بیانگر عقاید اساسی درباره خود و دیگران هستند که عمیقاً ریشه در نیازهای روان‌شناختی فرد دارند و ممکن است خودآگاه یا ناخودآگاه باشند (۱۴). جفری یانگ هجده طرحواره ناسازگار اولیه را مطرح می‌کند که عبارتند از: رهاسدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، محرومیت هیجانی، خویش‌تن‌داری/خودانضباطی ناکافی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، خویش‌تن‌تحوّل‌نیافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق/بزرگ‌منشی، پذیرش‌جویی/جلب توجه، منفی‌گرایی/بدبینی و تنبیه (۱۹).

شرایط خاص افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی، با توجه به تجارب منفی اولیه و عدم تأمین نیازهای اساسی آن‌ها، زمینه مطلوبی را برای ایجاد EMSs فراهم می‌کند. در واقع افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در معرض طرحواره‌های آسیب‌زا قرار دارند (۲۰، ۲۱). سیدعلی نقی و همکاران (۲۲) در پژوهش خود دریافتند وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سطح پایین

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی^۱ یکی از عفونت‌های مزمن کنترل‌شدنی است که هزینه‌های اقتصادی فراوانی بر دوش خانواده‌ها و در مقیاس بزرگ‌تر بر جوامع بشری تحمیل نموده است. امروزه جوامع درحال توسعه در چالش با این بیماری هستند؛ به‌طوریکه حدود ۹۵ درصد از افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند در کشورهای درحال توسعه سکونت دارند (۱). اچ‌آی‌وی علاوه بر تأثیرات مخرب بر روی سیستم ایمنی بدن، می‌تواند اثرات روانی و اجتماعی منفی بر روی فرد مبتلا داشته باشد. تشخیص عفونت اچ‌آی‌وی موجب استرس شدید، افسردگی و اضطراب در فرد مبتلا و خانواده وی می‌گردد (۲). بدیهی است این پیامدهای مخرب می‌تواند تأثیرات زیادی بر میزان پیشرفت بیماری، اختلال سیستم ایمنی بدن و عدم تمایل به درمان در فرد مبتلا داشته باشد (۳).

عفونت اچ‌آی‌وی علاوه بر تضعیف سیستم ایمنی بدن و تشدید پیشرفت بیماری می‌تواند موجب ناتوانی در تنظیم هیجانات، خودپنداره^۲ ضعیف و تصور منفی از خود گردد (۷-۴). خودپنداره^۲ مجموعه‌ای از افکار و عواطف است که سبب آگاهی فرد از وجود سلامت جسمی و روانی، موفقیت‌های تحصیلی و شغلی و تقویت روابط اجتماعی می‌باشد؛ به‌طوری‌که می‌توان گفت خودپنداره یکی از مهارت‌های مهم زندگی است که بر جریان زندگی و سازگاری فرد با تغییرات محیطی، تأثیرگذار است (۸). دهقان و همکاران (۵) در پژوهشی توجه به مسائل روان‌شناختی بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و ارتقای سلامت روانی آن‌ها را دارای اهمیت بسیار زیادی دانسته و دریافتند بهبود خودپنداره در این بیماران باعث کاهش سطح استرس ادراک‌شده و در نتیجه، بروز اختلال کمتر در سیستم ایمنی و کاهش میزان پیشرفت بیماری می‌گردد. سوداریش و سستیاوان (۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند خودپنداره مثبت در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی عاملی تعیین‌کننده جهت مقابله با اثرات منفی بیماری بوده و به روند درمان این بیماران کمک زیادی می‌نماید.

همچنین توجه به نقش عامل اجتماعی، برخورداری از سلامت اجتماعی و حمایت دریافت‌شده از شبکه‌های خدماتی مرتبط با جامعه، تقویت مشارکت و پذیرش اجتماعی و سازگاری با محیط جامعه به‌عنوان عوامل اصلی در کمک به روند درمان و پیشگیری از تشدید بیماری در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مطرح شده‌اند (۱۳-۹). سلامت اجتماعی^۳ به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران اشاره دارد؛ این نوع از سلامت شامل تعاملاتی از قبیل ملاقات با دوستان، شاد بودن در میان دوستان، عضویت در گروه‌ها و حمایت‌شدن از سوی دیگران است. همچنین محور اجتماعی سلامت، دربرگیرنده سطح مهارت‌های اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه است (۱۴). کبیز سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکرد خود در اجتماع مطرح می‌کند و معتقد است که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه

³ Social health

⁴ Early Maladaptive Schemas (EMSS)

¹ HIV (Human Immunodeficiency virus)

² Self-concept

کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی ضعیف نقش اساسی در عدم تنظیم هیجانات بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی داشته و میزان گرایش به ادامه درمان را در آن‌ها کاهش می‌دهد. با وجود آنکه چندین مطالعه نشان دادند در افراد آلوده به ویروس اچ‌آی‌وی طرحواره‌های ناسازگار اولیه رایج هستند و در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به این ویروس تأثیرگذار می‌باشند (۲۳، ۲۴) لیکن پژوهش‌های چندانی مبتنی بر اثربخشی فنون طرحواره‌درمانی بر جامعه آماری افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در داخل یا خارج از ایران مشاهده نشد، اما بر مؤلفه‌های سنجش‌پذیر خودپنداره و سلامت اجتماعی در جوامع آماری دیگر، مطالعاتی انجام شده است. ضرغام حاجبی و همکاران (۲۵) در مطالعه خویش نشان دادند که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی در زنان خیابانی با سابقه رفتارهای پرخطر جنسی و تزریق مواد (به‌عنوان عوامل خطر اچ‌آی‌وی) به‌طور معناداری باعث افزایش خودپنداره مثبت می‌گردد. همتی ثابت و همکاران (۲۶) در پژوهش خود طرحواره‌درمانی را بر اضطراب زنان اچ‌آی‌وی با رفتارهای پرخطر جنسی اثربخش دانستند و آن را به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد دادند. جلالی و همکاران (۲۰) نیز در پژوهشی درمان گروهی متمرکز بر طرحواره را برای کاهش افسردگی و چالش‌های روان‌شناختی و اجتماعی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مهم قلمداد نموده‌اند. عیسی‌زاده و همکاران (۱۴) با مطالعه اثربخشی طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی در بهبود سازگاری اجتماعی و افزایش سرمایه روان‌شناختی نشان دادند طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی به‌طور معناداری باعث کاهش فعالیت EMSs در تمام حوزه‌ها و به‌دنبال آن، افزایش معنادار سرمایه روان‌شناختی و بهبود سازگاری اجتماعی می‌گردد. دباغی ظریف و رضایی (۲۷) نیز در پژوهش خود، روش طرحواره‌درمانی را در بهبود سازگاری و سلامت اجتماعی مؤثر دانسته‌اند.

با توجه به اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز و تشدید مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی نقش اساسی داشته و خودپنداره و سلامت اجتماعی آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهند؛ به نظر می‌رسد ارائه روش‌های درمانی در این زمینه می‌تواند به ارتقای سلامت فردی و اجتماعی این افراد کمک نموده و در فرآیند درمان آن‌ها تأثیرات مثبت داشته باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی مبتلایان به اچ‌آی‌وی انجام گردید.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام‌خمینی شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود. سنی نفر از این افراد به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش، تشخیص بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی براساس آزمایشات موجود در پرونده پزشکی بیمار، داشتن حداقل سواد سوم

راهنمایی برای پاسخ‌گویی به سؤالات، موافقت برای شرکت در پژوهش، تکمیل رضایت‌نامه کتبی و نداشتن بیماری‌های نورولوژیک (دمانس، پارکینسون، تشنج، ام‌اس) براساس پرونده پزشکی بیمار بود. رعایت اصول اخلاقی با ارائه اطلاعات لازم در باره هدف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و دادن اطمینان خاطر درباره محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده و استفاده از آن‌ها فقط در امور پژوهشی و داوطلبانه‌بودن مشارکت در پژوهش انجام شد. ابزارهای به‌کاررفته در مطالعه به شرح زیر بودند:

- پرسشنامه خودپنداره^۱: این پرسشنامه که توسط کارل راجرز در سال ۱۹۶۱ طراحی شد (۲۸)؛ دارای دو فرم الف و ب (هر فرم شامل ۲۵ صفت دوقطبی مثبت و منفی) می‌باشد. فرم الف، نگرش فرد به خود واقعی را می‌سنجد و فرد بایستی صفات شخصیتی خود را آن‌گونه که هستند انتخاب کرده و یکی از نمره‌های ۱ تا ۷ را علامت بزند. در فرم ب که خود ایده‌آل را می‌سنجد، فرد بایستی صفات شخصیتی خود را آن‌گونه که دوست دارد باشند، انتخاب نموده و یکی از نمرات ۱ تا ۷ را علامت بزند. نحوه نمره‌گذاری بدین‌صورت است که برای هر صفت شخصیتی، قدر مطلق تفاضل آن دو را در دو فرم الف و ب به دست می‌آوریم. برای مثال اگر صفات خوشحال-غمگین، در فرم الف نمره ۳ و در فرم ب نمره ۷ داشته باشند تفاضل آن‌ها عدد ۴ می‌باشد که در قدر مطلق، علامت منفی را در نظر نمی‌گیریم. پس از محاسبه تمام ۲۵ صفت، آن‌ها را یک‌به‌یک مجدور می‌نماییم. مجموع مجدورات را به دست آورده، عدد حاصل را جذر می‌گیریم. این نمره نهایی، نمره خام را مشخص می‌نماید. نمره کمتر از ۷ نشان‌دهنده خودپنداره مثبت و خوب، اما نمره ۷ و بیشتر از آن نشان‌دهنده خودپنداره منفی و ضعیف است. ضرایب روایی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش چارلز (۱۹۷۱) به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۳ (۲۹) و در پژوهش حسین‌زاده و فرخی (۱۳۸۲) به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۰).

- پرسشنامه سلامت اجتماعی^۲: فرم کوتاه پرسشنامه سلامت اجتماعی، توسط کیز در سال ۱۹۹۸ طراحی گردید (۱۵). این پرسشنامه که دارای ۱۵ گویه است؛ پنج خرده‌مقیاس شامل انطباق (همبستگی) اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی (هر خرده‌مقیاس، ۳ گویه) را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۷ است؛ بنابراین برای هر خرده‌مقیاس حداقل و حداکثر نمره برابر با ۳ و ۲۱ و برای نمره کل نیز حداقل و حداکثر نمره برابر با ۱۵ و ۱۰۵ می‌باشد. کیز نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی سلامت اجتماعی ۰/۸۶ و خرده‌مقیاس‌های انطباق (همبستگی) اجتماعی ۰/۸۱، مشارکت اجتماعی ۰/۷۵، انسجام اجتماعی ۰/۵۷، شکوفایی اجتماعی ۰/۶۹ و پذیرش اجتماعی ۰/۷۷ می‌باشد (۱۵). در تحقیق صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای سلامت اجتماعی کلی را ۰/۸۸ و ابعاد انطباق (همبستگی) اجتماعی ۰/۶۰، مشارکت اجتماعی ۰/۸۲، انسجام اجتماعی ۰/۷۱، شکوفایی

² Social Health Questionnaire-Short Form

¹ Rogers Self-Concept Questionnaire

اجتماعی ۰/۶۲ و پذیرش اجتماعی ۰/۸۰ گزارش گردید (۳۱). گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. محتوای آموزشی قبل از انجام مداخله، پرسشنامه‌های خودپنداره راجرز و فرم کوتاه سلامت اجتماعی کبیز در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت؛ سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری، آزمایشی و گواه جایگزین شدند. سپس مداخله طرحواره‌درمانی گروهی در ده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) برای گروه آزمایش ارائه شد. جلسات به شیوه پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ارائه تکالیف خانگی اجرا گردید. پس از پایان جلسات طرحواره‌درمانی، اعضای هر دو

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات طرحواره‌درمانی گروهی براساس الگوی یانگ و همکاران

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی کلی، اخذ رضایت آگاهانه، شرح کلی درمان، ایجاد رابطه متقابل توأم با امنیت، اهمیت روابط بین فردی و اجتماعی و همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی.	ارائه دو پرسشنامه طرحواره و سبک‌های فرزندپروری به مراجع.
دوم	آشنایی با مفهوم طرحواره، انواع طرحواره‌ها و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آموزش رویکرد طرحواره‌محور بر مبنای پنج نیاز اساسی: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم و تفریح.	ارائه دو پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به مراجع.
سوم	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و توضیح درباره تأثیر آن‌ها بر زندگی و شاخص‌های سلامتی، تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکل فعلی.	تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کنند.
چهارم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، ارائه منطق تکنیک‌های شناختی جهت بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب و تعریف از شواهد تأییدکننده طرحواره.	تکمیل ثبت روزانه رفتارهای ناکارآمد.
پنجم	اجرای تکنیک‌های شناختی، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره به منظور روشن شدن خواسته طرحواره و آموزش و تدوین ساخت کارت‌های آموزشی.	تکمیل فرم ثبت طرحواره و ارائه تکلیف و بازخورد.
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار.	تمرین تکنیک‌ها.
هفتم	ارائه منطق تکنیک‌های تجربی، آشناسازی مراجع با ذهنیت کودک تنها، کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به‌کارگیری تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و تقویت مفهوم «بزرگسال سالم».	نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین، شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشده.
هشتم	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و ایجاد فضای توجه مثبت بدون قیدوشرط، آموزش آرامش‌آموزی، جرئت‌ورزی و کنترل خشم.	غلبه بر موانع تغییر رفتار.
نهم	پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست‌برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی.	تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام الگوی رفتارهای جدید.
دهم	دریافت بازخورد از جلسات قبل، آموزش جایگزینی طرحواره‌های مثبت، جمع‌بندی مهارت‌ها، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات درمانی.	تکمیل مجدد پرسشنامه‌های پژوهش

آزمایش پس از مداخله در مقایسه با گروه گواه به ترتیب کاهش و افزایش یافته‌اند. قبل از آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های لازم بررسی شدند. با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها ارزیابی شد و نتایج نشان داد توزیع نمرات دو متغیر خودپنداره و سلامت اجتماعی از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($p > 0/05$). همچنین فرض همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لوین برای نمرات این دو متغیر بررسی شد و فرض صفر یعنی فرض همسانی واریانس‌ها پذیرفته گردید ($p > 0/05$). بدین ترتیب تحلیل کوواریانس برای آزمون به کار گرفته شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) نمونه مورد مطالعه، شامل: جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، دامنه سنی و سابقه مصرف مواد را نشان می‌دهد.

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی خودپنداره و سلامت اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه (آزمایش و گواه) همراه با نتایج تحلیل کوواریانس آمده است. یافته‌ها بیانگر آن است که میانگین نمرات پس‌آزمون خودپنداره و سلامت اجتماعی در گروه

جدول ۲. توزیع فراوانی نمونه آماری براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) به تفکیک گروه

متغیر	گروه آزمایش (n=۱۵)		گروه گواه (n=۱۵)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۸	۵۳/۳	۸
	زن	۷	۴۶/۷	۷
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۳	۲۰/۰	۴
	دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۱۱
	تحصیلات دانشگاهی	۲	۱۳/۴	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۵	۳۳/۳	۶
	متأهل	۱۰	۶۶/۷	۹
دامنه سنی	۲۶ تا ۳۰ سال	۰	۰	۱
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴	۲۶/۷	۳
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳	۲۰/۰	۲
	۴۱ تا ۴۵ سال	۷	۴۶/۷	۷
	۴۶ تا ۵۰ سال	۱	۶/۷	۲
سابقه مصرف مواد	دارد	۶	۴۰/۰	۷
	ندارد	۹	۶۰/۰	۸

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودپنداره، سلامت اجتماعی و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه همراه با نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
خودپنداره	آزمایش	۲۲/۶	۴/۷	۷/۷	۱/۸	۱۵۷/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
	گواه	۲۲/۳	۵/۶	۲۰/۹	۵/۴			
سلامت اجتماعی	آزمایش	۳۹/۵	۱۴/۱	۷۵/۹	۴/۵	۳۲/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۸
	گواه	۴۵/۶	۶/۹	۴۷/۱	۸/۰			
پذیرش اجتماعی	آزمایش	۷/۶	۱/۵	۱۴/۷	۳/۳	۲۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
	گواه	۸/۷	۳/۵	۸/۵	۲/۸			
مشارکت اجتماعی	آزمایش	۹/۱	۳/۸	۱۴/۸	۳/۷	۶/۶۰	۰/۰۱۸	۰/۲۳۱
	گواه	۹/۳	۴/۷	۱۰/۱	۵/۳			
همبستگی اجتماعی	آزمایش	۷/۷	۲/۸	۱۴/۱	۲/۱	۱۷/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
	گواه	۸/۹	۲/۸	۹/۱	۲/۹			
شکوفایی اجتماعی	آزمایش	۶/۷	۴/۰	۱۵/۵	۲/۷	۲۸/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	گواه	۹/۲	۳/۷	۱۰/۱	۳/۴			
انسجام اجتماعی	آزمایش	۸/۲	۴/۴	۱۷/۴	۲/۴	۴۵/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	گواه	۹/۵	۴/۴	۹/۳	۳/۵			

روش طرحواره‌درمانی گروهی باعث افزایش خودپنداره و انسجام اجتماعی در مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی (اچ‌آی‌وی) شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی (اچ‌آی‌وی)

بر اساس داده‌های جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد با حذف اثر پیش‌آزمون، روش طرحواره‌درمانی گروهی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی تأثیر معنادار داشته است ($p < 0/001$). علاوه بر این، نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که این روش درمانی بر همه ابعاد سلامت اجتماعی شامل پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی ($p < 0/001$) و مشارکت اجتماعی ($p = 0/018$) تأثیر معنادار داشته است؛ بنابراین می‌توان گفت

انجام گردید. نتایج نشان داد این روش درمانی بر خودپنداره و سلامت اجتماعی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی اثربخش است. نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیقات عیسی‌زاده و همکاران (۱۴)، جلالی و همکاران (۲۰)، سیدعلی‌نقی و همکاران (۲۲)، ضرغام‌حاجبی و همکاران (۲۵)، همتی‌ثابت و همکاران (۲۶) و دباغی‌ظریف و رضایی (۲۷) که بر تأثیر طرحواره‌درمانی در بهبود خودپنداره مثبت، سازگاری و سلامت اجتماعی و به‌طورکلی کاهش مشکلات روان‌شناختی تأکید نمودند هماهنگ می‌باشد. این طرحواره‌ها باعث تشدید خودپنداره ناسالم و تصور منفی از خود در افراد شده و میزان مشارکت، همبستگی و پذیرش اجتماعی را کاهش می‌دهند.

ضرغام‌حاجبی و همکاران (۲۵) که در مطالعه‌ی خویش تأثیر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی را در زنان خیابانی در معرض خطر رفتارهای جنسی محافظت‌نشده و اچ‌آی‌وی بررسی کردند، بر نقش این روش درمانی در افزایش خودپنداره‌ی مثبت و گرایش به انجام رفتارهای پرخطر جنسی و تزریق مواد (به‌عنوان عوامل خطر اچ‌آی‌وی) تأکید نمودند. براساس نتایج تحقیق آن‌ها، وجود طرحواره‌های ناسازگار، زمینه‌ی طرد اجتماعی و از دست‌دادن شبکه‌های حمایتی از سوی خانواده و جامعه را فراهم نموده و با ایجاد تصورات منفی در فرد، بروز رفتارهای پرخطر و پیامد آن، ابتلا به اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد. سیدعلی‌نقی و همکاران (۲۲) نیز با توجه به وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سطح پایین کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی ضعیف در بیماران اچ‌آی‌وی که ناشی از عدم تنظیم هیجانات در این افراد بوده، بر اصلاح این طرحواره‌ها جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران تأکید نموده و بهبود کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها را برای دستیابی به روند درمانی مطلوب بسیار بااهمیت دانسته‌اند.

همچنین در رابطه با تأثیر روش طرحواره‌درمانی در بهبود سلامت و سازگاری اجتماعی، عیسی‌زاده و همکاران (۱۴) با مطالعه‌ی اثربخشی طرحواره‌درمانی به‌شیوه‌ی گروهی در بهبود سازگاری اجتماعی و افزایش سرمایه‌ی روان‌شناختی نشان دادند طرحواره‌درمانی به این طریق، به‌طور معناداری باعث کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمام حوزه‌ها و به‌دنبال آن، افزایش معنادار سرمایه‌ی روان‌شناختی و بهبود سازگاری اجتماعی می‌گردد. دباغی‌ظریف و رضایی (۲۷) نیز در پژوهش خود، آموزش طرحواره‌درمانی را در بهبود سازگاری و سلامت اجتماعی مؤثر دانسته‌اند.

در تبیین این یافته‌ها باید گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان می‌باشند و اعتقاد بر این است که این طرحواره‌ها، ناکارآمد و خودتداوم‌بخش هستند و در طول زندگی با تحریف واقعیات، فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه‌ی آن‌ها عمل کنند (۸). بر این اساس، طرحواره‌درمانی می‌تواند بر انواع طرحواره‌ها تأثیرگذار بوده و از این طریق، مشکلات روان‌شناختی مانند خودپنداره‌ی ضعیف، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و روابط بین‌فردی مختل را بهبود بخشد (۲۷، ۲۵، ۲۲، ۱۴). برای نمونه، افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که در طرحواره‌ی انزوای اجتماعی، نمره‌ی بالایی کسب می‌کنند؛ تجربه‌ی انگ و تبعیض

موجود در اجتماع نیز موجب تشدید این طرحواره‌شان می‌شود و بر نگرش آن‌ها در گام اول نسبت به جامعه و در گام دوم نسبت به خود و خودپنداره‌شان تأثیر منفی بر جای می‌گذارد؛ در نتیجه این افراد خود را نه به‌عنوان عضوی از جامعه، بلکه در حاشیه‌ی جامعه قلمداد می‌کنند (۲۲). همچنین افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی که در طرحواره‌ی محرومیت هیجانی نمره‌ی بالایی کسب کرده‌اند اغلب اوقات تنها، غمگین و افسرده هستند. این احساس تنهایی، غمگینی و افسردگی روی خودپنداره آن‌ها تأثیر گذاشته و مشکلات فردی و اجتماعی آن‌ها را تشدید می‌نماید. به بیان دیگر، بین خود واقعی و خود آرمانی این افراد تفاوت زیادی وجود دارد؛ بنابراین طرحواره‌درمانی موجب بهبود خودپنداره شده و خود واقعی این افراد را به خود آرمانی‌شان نزدیک خواهد کرد (۲۰). در نتیجه، این روش درمانی می‌تواند به بهبود خودپنداره‌ی مثبت و افزایش سلامت اجتماعی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی کمک نماید. بدیهی است نتایج این مطالعه می‌تواند پژوهش‌های پیشین را تأیید نموده و برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی استفاده شود.

با این حال تردیدی وجود ندارد که این مطالعه مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است. اجرای پژوهش روی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران، تعمیم نتایج به جوامع آماری دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود که در حجم وسیع‌تر و نیز در بین سایر مراکز مشاوره تکرار شود.

۵ نتیجه‌گیری

روش طرحواره‌درمانی گروهی نقشی اساسی در کاهش خودپنداره‌ی منفی و افزایش سلامت اجتماعی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان مراکز مشاوره‌ی اچ‌آی‌وی از یافته‌های این پژوهش در راستای مداخلات بالینی، آموزشی و پژوهشی به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی استفاده نمایند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مطالعه حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی مسئولین و بیماران مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران که نهایت همکاری را با پژوهشگران داشتند تشکر و قدردانی نمایند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله از رساله‌ی دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان استخراج شده است؛ همچنین دارای کد اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.399.007 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی سمنان است. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل ارائه اطلاعات لازم درباره‌ی هدف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و دادن اطمینان خاطر درباره‌ی محرمانه نگاه داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده و استفاده از آن فقط در امور پژوهشی و داوطلبانه بودن مشارکت در پژوهش بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراء است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های نتایج گزارش شده در مقاله نزد نویسنده مسئول نگهداری می‌شود.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول پژوهش ارائه‌ایده پژوهشی و انجام آن، جمع‌آوری داده‌ها،

مسئولیت طراحی مقاله و نگارش آن را بر عهده داشته است. نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسنده مسئول مقاله در ارائه‌ایده پژوهشی و تمامی مراحل انجام پژوهش از قبیل تدوین پژوهش، آنالیز و تحلیل داده‌ها و بازبینی و مرور نقادانه مقاله همکاری داشته است. نویسنده سوم به‌عنوان مشاور پژوهش تمامی مراحل مطالعه را بازبینی کرده است و در روش انجام پژوهش، بازنگری متن و آنالیز داده‌ها مشارکت داشته است. نویسنده چهارم نیز در بازنگری متن و راهنمایی جهت انجام پژوهش همکاری داشت. ضمناً همه نویسندگان، نسخه دست‌نوشته نهایی را مطالعه و تأیید نمودند.

References

1. Pandey A, Galvani AP. The global burden of HIV and prospects for control. *Lancet HIV*. 2019;6(12):e809–11. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(19\)30230-9](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(19)30230-9)
2. Watkins CC, Treisman GJ. Cognitive impairment in patients with AIDS—prevalence and severity. *HIV AIDS (Auckl)*. 2015;7:35–47. <https://doi.org/10.2147/hiv.s39665>
3. Ogden J. *Health psychology: A textbook*. 4th ed. Maidenhead: Open Univ. Press; 2007.
4. Patrício ACF de A, Silva IB do N, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Silva RF da, Nascimento JA do, et al. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(5):1288–94. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>
5. Dehghan MN, Karimzadeh M, Teymouri R, Rostami M. Prediction of perceived stress based on self-concept and emotional intelligence in females with HIV/AIDS. *Postmodern Openings*. 2019;10(1):1–20. <https://doi.org/10.18662/po/52>
6. Sudarsih S, Setiawan Y. Social support relationship with self concept in HIV/AIDS patients. *International Journal Of Nursing And Midwifery Science*. 2017;1(2):165–71. <https://doi.org/10.29082/IJNMS/2017/Vol1/Iss2/67>
7. Ke S, Yang Y, Yang X, Qiu X, Qiao Z, Song X, et al. Factors influencing self-concept among adolescents infected with HIV: A cross-sectional survey in China. *BMJ Open*. 2020;10(5):e022321. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022321>
8. Naderi H, Firozadeh Pasha N, Kargar F. Relationship between attachment style, self-conception, and loneliness. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016;3(2):1–10. [Persian] <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-146-en.pdf>
9. Dejman M, Ardakani HM, Malekafzali B, Moradi G, Gouya MM, Shushtari ZJ, et al. Psychological, social, and familial problems of people living with HIV/AIDS in Iran: A qualitative study. *Int J Prev Med*. 2015;6:126. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.172540>
10. Sargolzaei N, Mohebi MD, Hosaini SS, Farzad Z. Psychological well-being and social support in patients with HIV/AIDS in south-east Iran. *Int J High Risk Behav Addict*. 2018;7(4):e67472. <https://dx.doi.org/10.5812/ijhrba.67472>
11. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Spending on health and HIV/AIDS: Domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995–2015. *Lancet*. 2018;391(10132):1799–829. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30698-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30698-6)
12. Kassile T, Anicetus H, Kukula R, Mmbando BP. Health and social support services to HIV/AIDS infected individuals in Tanzania: Employees and employers perceptions. *BMC Public Health*. 2014;14(1):630. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-630>
13. Moradi G, Mohraz M, Gouya MM, Dejman M, Seyedalinaghi S, Khoshravesh S, et al. Health needs of people living with HIV/AIDS: From the Perspective of policy makers, physicians and consultants, and people living with HIV/AIDS. *Iran J Public Health*. 2014;43(10):1424–35.
14. Eisazadeh F, Heidary S, Agajanbaglu S, Saffarinia M. Study of the effectiveness of schema therapy on improving social adjustment and psychological capital in transsexual persons. *Quarterly Social Psychology Research*. 2020;10(37):13–28. [Persian] <https://doi.org/10.22034/spr.2020.109694>
15. Keyes CLM. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61:121–40. <https://doi.org/10.2307/2787065>
16. Keyes CLM, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In: *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife*. Chicago, IL, US: The University of Chicago Press; 2004. pp: 350–72.

17. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(4):373–80. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
18. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;16(4):420–31. [Persian] <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1207-en.pdf>
19. Young JE. Young schema questionnaire short form. 1st ed. New York: Cognitive Therapy Center. 1998
20. Jalali F, Hasani A, Hashemi SF, Kimiaei SA, Babaei A. cognitive group therapy based on schema-focused approach for reducing depression in prisoners living with HIV. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2019;63(2):276–88. <https://doi.org/10.1177/0306624x18784185>
21. Yehia BR, Cui W, Thompson WW, Zack MM, McKnight-Eily L, DiNenno E, et al. HIV testing among adults with mental illness in the United States. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(12):628–34. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0196>
22. SeyedAlinaghi S, MohsseniPour M, Aghaei E, Zarani F, Fathabadi J, Mohammadifirouzeh M. The relationships between early maladaptive schemas, quality of life and self-care behaviors in a sample of persons living with HIV: The potential mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *The Open AIDS Journal*. 2020;14(1):100–7. <http://dx.doi.org/10.2174/1874613602014010100>
23. Levy I. The relationship between personality, cognitive schemas, and the quality of life in HIV positive gay men [Ph.D. dissertation]. [London, UK]: University of London; 2005. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1444936/1/U592246.pdf>
24. Farmani-Shahreza S, Ghaedniay-Jahromi A, Mohammad-Taghi Nasab M, Niknezhad M, Darharaj M, Sadeghi M, et al. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in people with human immunodeficiency virus and normal people. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(6):30–40. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-04066>
25. Zargham Hajebi M, Mirbagheri M, Paknejad S. The effectiveness of schema therapy-based group counseling in increasing the positive self-concept in the street women. *Women Studies*. 2018;9(23):123–34. [Persian] https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_3153_4b38283f72530ab504a781fd7c5dddc5.pdf
26. Hemmati Sabet A, Navabi Nejad S, Khalatbari J. Effectiveness of schema therapy and group cognitive therapy on anxiety in women with high-risk sexual behavior. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2017;14(1):44–51. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jgbfnm.14.1.44>
27. Dabaghi Zarif S, Rezaei S. Group schema therapy training on social adjustment in maladaptive students. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:82. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1781-en.pdf>
28. Rogers CR. Communication: Its blocking and its facilitation. *ETC: A Review of General Semantics*. 1952;9(2):83–8.
29. Lewis CN. Reminiscing and self-concept in old age. *J Gerontol*. 1971;26(2):240–3. <https://doi.org/10.1093/geronj/26.2.240>
30. Hossein Zadeh M, Farokhi A. A Comparison of self-concept of athletic and non-athletic high school students in Gonabad. *Journal of Ofogh Danesh*. 2003;9(1):82–7. [Persian]
31. Saffarinia M, Tadriz Tabrizi M, Aliakbari M. Exploring the validity, reliability of social well-being questionnaire in men and women resident in Tehran city. *Quarterly of Educational Measurement*. 2014;5(18):115–32. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jem.2015.791>
32. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2021, pp:23–45.