

The Effectiveness of Schema Therapy on Cognition Disorders and Sense of Coherence in Elderly Women

Mitra Mazinani¹, Kobra Kazemian Moghadam^{2*}, Masoud Shahbazi³

1. Department of Counseling, Ahvaz, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Department of Psychology, Dezful, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

3. Department of Counseling, Masjed Soleiman, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Corresponding author: Kobra Kazemian Moghadam, Department of Psychology, Dezful, Islamic Azad University, Dezful, Iran.

Email: Kazemian174@iau.ac.ir

Received: 2025/07/24

Accepted: 2025/08/4

Abstract

Introduction: With the growing elderly population, attention to their mental health has become increasingly critical. Irrational beliefs and diminished psychological coherence can significantly impair the quality of life among older women. Given the established efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a contemporary psychotherapeutic approach, this study aimed to evaluate the effectiveness of schema therapy on irrational beliefs and psychological coherence in elderly women.

Methods: The present study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and follow-up assessments. The statistical population consisted of all elderly women above 60 years of age in Sabzevar city during 2023. Based on the research objectives, a sample of 30 participants was selected through purposive sampling according to inclusion/exclusion criteria and randomly assigned to either the experimental group (schema therapy) or control group. Measurement instruments included Ahvaz Irrational Beliefs Scale (Motamedin et al., 2011), Sense of Coherence Questionnaire (Antonovsky, 1993). The experimental group underwent 8 sessions of 90-minute schema therapy based on Leahy's (2002) model, while the control group received no intervention during this period.

Results: The results of the mixed ANOVA with repeated measures and the Bonferroni post hoc test showed that schema therapy was effective in reducing irrational beliefs with an effect size of 24% ($\eta^2 = 0.24$) and enhancing psychological coherence with an effect size of 32% ($\eta^2 = 0.32$) in the post-test phase ($p < 0.05$). These results maintained an effectiveness persistence of over 95% ($\eta^2 > 0.95$) through the follow-up stage.

Conclusion: Schema therapy, by enhancing skills related to the primary information processing system and fostering a sense of self-worth, not only optimizes irrational beliefs in elderly women but also improves their psychological coherence through the development of cognitive-emotional behaviors based on maladaptive experiences. These findings highlight the key role of mindfulness-based and value-oriented interventions in enhancing the psychological well-being of the elderly population and emphasize the necessity of incorporating such approaches into their psychosocial care programs.

Keywords: Schema therapy, Cognition Disorders, Sense of Coherence, Women.

اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات شناختی و انسجام روانی زنان سالمند

میترا مزینانی^۱، کبری کاظمیان مقدم^{۲*}، مسعود شهبازی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

۳. گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

نویسنده مسئول: کبری کاظمیان مقدم، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

ایمیل: Kazemian174@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۵/۲

چکیده

مقدمه: با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به سلامت روانی این گروه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اختلالات شناختی و کاهش انسجام روانی می‌توانند تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی زنان سالمند بگذارند. از طرفی با توجه به اثبات اثربخشی طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد نوین روان درمانی، این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی بر باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در زنان سالمند انجام گرفته شد.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهر سبزوار در سال ۱۴۰۲ بودند. با توجه به هدف پژوهش، نمونه آماری از میان جامعه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و به طور تصادف در گروه های آزمایش (طرحواره درمانی) و گواه، گمارش شدند. ابزار اندازه گیری تحقیق حاضر شامل مقیاس باورهای غیرمنطقی اهواز (معتدین و همکاران، ۱۳۹۰) و پرسشنامه انسجام روانی (آنتونوسکی، ۱۹۹۳) بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت طرحواره درمانی لیهی (۲۰۰۲) قرار گرفت و گروه گواه نیز طی این زمان آموزشی را دریافت نکردند.

یافته ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد طرحواره درمانی بر باورهای غیرمنطقی با اندازه اثر ۲۴ درصد ($\eta^2=0/24$) و انسجام روانی با اندازه اثر ۳۲ درصد ($\eta^2=0/32$) در مرحله پس آزمون اثربخش بوده است ($P<0/05$). این نتایج تا مرحله ی پیگیری نیز تداوم اثربخشی بیش از ۹۵ درصد ($\eta^2>0/95$) داشته است.

نتیجه گیری: طرحواره درمانی با تقویت مهارت های مربوط به نظام پردازش اطلاعات اولیه و ایجاد حس ارزشمندی، نه تنها باورهای غیرمنطقی را در زنان سالمند بهینه می سازد، بلکه از طریق ایجاد رفتارهای شناختی-هیجانی بر مبنای تجارب ناسازگارانه، انسجام روانی آنان را نیز ارتقا می بخشد. این نتایج، نقش کلیدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و ارزش ها را در بهبود بهزیستی روان شناختی جمعیت سالمند برجسته می سازد و بر ضرورت گنجاندن چنین رویکردهایی در برنامه های مراقبت روانی این گروه تأکید دارد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، اختلالات شناختی، انسجام روانی، زنان.

مقدمه

سالمندان، به عنوان یکی از گروه‌های خاص اجتماعی و جمعیتی، در حال حاضر حدود یک دهم جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند. جمعیت سالمندان در حال افزایش بوده و تا سه دهه آینده به یک چهارم کل جمعیت خواهد رسید (۱). جمعیت سالمند ایران در سال ۱۴۰۰ به ۱۵/۵ میلیون نفر رسید که حدود ۱۰ درصد جمعیت کل ایران است (۲). این تعداد قابل توجه از جمعیت نیازها و چالش‌های خاص خود را در جامعه ایجاد خواهند نمود که نیازمند چاره‌جویی را از هم اکنون فرا می‌خواند.

آنچه بسیاری از سالمندان درباره آن ابراز نگرانی میکنند افت توانایی‌های شناختی و افزایش نارسایی‌های شناختی در آنان است. عده‌ای از آنان تصور می‌کنند که با افزایش سن توانایی شناختی آنها کاسته خواهد شد، به طوری که دیگر در زندگی قادر به برنامه ریزی‌های ظریف و اتخاذ تصمیم‌های مناسب نخواهند بود. آنها معتقدند توانایی‌های شناختی و حافظه شان بی‌تردید دستخوش زوال چشمگیری خواهد شد. افراد با گذر زمان احتمالاً، خطاهای شناختی کمتری انجام می‌دهند، زیرا با تجارب قبلی، احتمالاً کمتر در دام تله‌های شناختی می‌افتند (۳، ۴). برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند، سن هم بر فرایندهای شناختی و هم بر عملکردهای شناختی تأثیری عمیق دارد و از این طریق احتمال وقوع نارسایی شناختی فرد را افزایش می‌دهد (۵). افزایش سن با کهولت و از بین رفتن توانمندی‌های جسمی مربوط به شناخت همراه است و موجب افزایش خطاها و نارسایی‌های شناختی و کاهش عملکرد می‌شود (۶، ۷).

مهم است فرصت‌هایی را برای پرورش سالمندی موفق در سطح جامعه، چه در شرایط بحرانی و چه در موقعیت‌های دیگر ایجاد کنیم، چرا که دوره سالمندی می‌تواند با خلاقیت، خرد، شروع دوباره و حتی یک پایان رضایت بخش همراه باشد (۸). این مرحله از زندگی به طور معمول با کاهش توانایی شناختی و جسمی همراه بوده و اکثریت قریب به اتفاق افرادی که به بالای ۸۵ سال می‌رسند قادر به انجام تمام فعالیت‌های زندگی روزمره به طور مستقل نیستند (۹)، که نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت دارند (۱۰)؛ این مسأله یک واقعیت اجتماعی را در روند پیری برانگیخته است و به عنوان هدف بهداشت عمومی نیز مطرح می‌باشد (۱۱)، و آن طرح این سؤال است که چگونه

می‌توان سالمندی خوبی داشت؟ به همین دلیل، سالمندی موفق در راستای بهزیستی سالمندان به عنوان یک الگوی برجسته سالمندی در ادبیات پژوهشی سالمندی تبدیل شده است (۱۲، ۱۳).

از جمله عواملی که می‌تواند نگرش به مرگ و سایر مشکلات روانشناختی را در سالمندان تشدید کند، باورهای غیرمنطقی است. افراد دارای باورهای غیرمنطقی به‌طور معمول اضطراب بیشتر و عملکرد اجتماعی ضعیف‌تری دارند، باورهای آنان با واقعیت منطبق نیست، تعامل میان فردی پایینی دارند و در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا ناموفق هستند (۱۴). پژوهش بوشمن و همکاران (۱۵) نشان داده است باورهای منطقی، منجر به رضایت از زندگی و سلامت روان می‌شوند. باورهای غیرمنطقی اختلال روان و نارضایتی از زندگی را در پی دارند (۱۶).

همچنین مطالعات نشان داده‌اند که باورهای غیرمنطقی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون سلامت اجتماعی (۱۷)، سبک زندگی سالم (۱۸)، کیفیت زندگی (۱۹) رابطه منفی و معناداری دارد. با توجه به این که پدیده سالمندی می‌تواند یک موقعیت بهداشتی برای جامعه محسوب شود، عدم برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری زود هنگام از مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد، بنابراین می‌توان با مداخله روان‌شناختی در این متغیرها کیفیت زندگی سالمندان را بهبود داد.

با توجه به رشد فزاینده جمعیت سالمندی، مطالعه عوامل مرتبط با سلامت افراد سالمند که مرتبط با کیفیت زندگی آنان است، ضروری می‌نماید. یکی از این عوامل انسجام درونی است. انسجام درونی قوی قدرت مقابله بیشتری با تجربیات اضطراب‌آور زندگی را به افراد می‌دهد و در گذر از مراحل زندگی با توان بالاتر به آنها کمک می‌کند و همین‌طور توجیه‌کننده چگونگی توانایی افراد در از سرگذراندن استرس و سالم ماندنشان می‌باشد (۱۷). سطح بالاتر حس انسجام با سطح پایین‌تر پیامدهای بهداشت روانی مانند اضطراب و افسردگی مرتب است (۲۰). افراد دارای انسجام روانی باور دارند محرک‌هایی که در طول زندگی از محیط درونی یا بیرونی ناشی می‌شود، ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و قابل توجه هستند و منابعی برای مطالبات و خواسته‌های این محرک‌ها در دسترس است (۲۱).

همچنین مطالعات نشان می‌دهد افراد با حس انسجام قوی‌تر، وقایع استرس‌زای کمتر، وضعیت سلامت بهتر و

رابطه درمانین طرحواره هایش را عرضه می کند (۲۷).
مداخله طرحواره درمانی می تواند به باورها، شناختها، طرحواره ها و نظام پردازش اطلاعات بهتر در افراد کمک کند (۲۸). منطبق بر دیدگاه طرحواره درمانی، افراد با مجموعه ای از شرایط از جمله تجارب ناسازگار اولیه و خلق و خوی هیجانی خاص، گروهی از طرحواره های ناسازگاری را تشکیل می دهند که در رفتارها و واکنش های بعدی شان نسبت به محیط موثر است (۲۹).

در همین راستا پژوهش ها در زمینه کاربرد طرحواره درمانی در سالمندان حاکی از اثربخشی این رویکرد بر تنظیم هیجان سالمندان (۲۹)، اختلالات شخصیت خوشه C (۳۰)، کاهش نگرانی و علائم اضطراب سالمندان (۳۲)، افزایش شادکامی سالمندان (۳۳)، بر طرحواره های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان (۳۴) و بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان (۳۵) می باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر در نظر داشت با توجه به حساسیت های دوره پیری در زنان و تأثیر متفاوت سالمندی بر شاخص های روانی زنان (۳۶، ۳۷)، در صدد پاسخگویی به این پرسش اساسی است که آیا طرحواره درمانی بر باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی زنان سالمند شهر سبزوار اثربخش می باشد یا خیر؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی حقیقی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه گواه است که در آن از دو گروه شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان سالمند شهر سبزوار در سال ۱۴۰۲، می باشند. با توجه به هدف پژوهش، نمونه آماری از میان جامعه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادف در گروه های آزمایش (طرحواره درمانی) و گواه، گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سواد خواندن و نوشتن، سن بالاتر از ۶۰ سال، تمایل به همکاری، عدم مصرف سیگار، عدم دریافت خدمات روانشناختی در سه ماه گذشته بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در گروه های آزمایشی و عدم علاقه فرد به همکاری بود.

سطح تحصیلات نمونه ی مورد مطالعه در هر کدام از گروه

کیفیت زندگی بهتری را گزارش می کنند (۲۲). اگر فردی از احساس انسجام بالاتری برخوردار باشد، احتمال کمتری وجود دارد که اضطراب مرگ را تجربه کند (۲۳). همچنین نتایج پژوهش فیاضی و همکاران نشان داد حس انسجام با دو متغیر عملکرد جسمانی و حمایت اجتماعی ارتباط مثبت دارد. نظر به این که حس انسجام می تواند به بهبود عملکرد جسمانی و حمایت اجتماعی سالمندان کمک کند، بر لزوم تدوین استراتژی ها و انجام مداخلات مبتنی بر ارتقای حس انسجام تأکید می گردد (۲۴).

یکی از روش های مؤثر در کاهش مشکلات سالمندان، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی بر پایه رفتاردرمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار افق های نوینی را فراروی مرزهای رفتار درمانی شناختی گشوده است (۲۵). طرحواره درمانی، درمانی موفق، مؤثر و اثربخش هست، زیرا برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه جهت افزایش احساس ارزشمندی فراهم می کند و باعث می شود افراد در کنار یکدیگر احساس آرامش بیشتر و آسیب پذیری کمتری کنند (۲۶).

طرحواره درمانی به دو مرحله تقسیم می شود. یکی مرحله سنجش و آموزش طرحواره و دیگری مرحله تغییر طرحواره است. در مرحله اول درمانگر به بیماران کمک می کند تا طرحواره های خود را بشناسند و به ریشه های تحولی طرحواره ها در دوران کودکی و نوجوانی پی ببرند. همچنین سبک های مقابله ای ناکارآمد (تسلیم، اجتناب و جبران) خود را بشناسند و ببینند که چگونه پاسخ های مقابله ای اش باعث تداوم طرحواره های آنها می شوند. در مرحله دوم درمانگر از چهار مداخله شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی جهت اصلاح طرحواره ها استفاده می کند. فنون شناختی به طور کلی به این منظور به کار می روند که در طرحواره ها تغییرات نظام داری ایجاد کنند. فنون تجربی معمولاً بر گشایش طرحواره ها تأکید می کنند و آنها را برای تغییر، انعطاف پذیرتر می نمایند. فنون رفتاری که معمولاً طولانی ترین مرحله محسوب می شود تغییر در الگوهای رفتاری خودآسیب رسان و مزمنی است که به طور عمیق در ساختار شخصیتی جای گرفته اند و فنون بین فردی هنگامی مورد تأکید قرار می گیرند که بیمار در

های مورد مطالعه، شامل ابتدایی تا سطوح دانشگاهی بود. دامنه ی سنی نمونه مورد مطالعه بنا به کاهش شرایط غیرقابل کنترل سالمندی، از ۶۱ تا ۶۶ سال بود و از نظر وضعیت تأهل نیز شامل افراد مجرد (همسر فوت شده یا جدا شده) و متأهل می باشند. از نظر وضعیت بیمه بازنشستگی، نیز در هر دو گروه افراد دارای بیمه و بدون بیمه وجود دارند. همچنین، تمام اعضای نمونه ددر دو گروه آزمایش و گواه دارای فرزند می باشند. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از دو ابزار زیر نیز استفاده شد:

مقیاس باورهای غیرمنطقی اهواز: این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی برای اندازه گیری مقیاس برای سنجش باورهای غیرمنطقی ساخته شده است. معتمدین و همکاران (۱۳۹۱) براساس پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز این مقیاس را طراحی کرده اند. این مقیاس شامل ۴۰ سؤال است و عبارات این پرسش نامه، روی مقیاسی پنج درجه ای نمره گذاری می شوند که هریک از این گویه ها از یک تا پنج امتیاز دارند. بیشترین نمره ای که در این آزمون کسب می شود ۲۰۰ و کمترین نمره ۴۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده باور غیرمنطقی است. این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی است. در پژوهش حاضر از نمره کل باورهای غیرمنطقی استفاده شد. ضریب پایایی این آزمون در جامعه مورد پژوهش، با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ محاسبه شد.

پرسشنامه انسجام درونی: این مقیاس توسط آنتونوسکی (۱۹۹۳) ساخته شده است (۳۸). این مقیاس ۲۹ گویه دارد و به صورت لیکرت ۷ درجه ای و از ۱ تا ۷ نمره گذاری می شود؛ حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۲۹ و ۲۰۳ است. نمره بالاتر نشان دهنده انسجام بیشتر است. همسانی درونی گویه های پرسشنامه انسجام روانی برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس می باشد. ضریب پایایی این آزمون در جامعه هدف با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ محاسبه شد.

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و اخذ گواهی اخلاق

در زمینه انجام پژوهش، با مراجعه به مراکز مرتبط با سالمندان شهرستان سبزوار (سرای سالمندان، کانون های بازنشستگی و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی مرتبط با سالمندان)؛ سالمندانی که در بازه زمانی تابستان ۱۴۰۳ از طریق مراکز مذکور، ارجاع داده شده بودند، ۶۰ نفر که واجد ملاک های ورود و خروج بودند، شناسایی گردید. سپس در جلسه ای که برای این افراد ترتیب داده شد، اهداف فواید و مزیت های پژوهش توضیح داده شد پس از آن از آنها درخواست شد که در صورت رضایت به شرکت در پژوهش رضایت نامه را امضا نمایند و در صورت عدم تمایل حتی در زمان اجرای پژوهش انصراف دهند. همچنین به همراهان آنان اطمینان داده شود که تمام اطلاعات مربوط به افراد به صورت محرمانه خواهد بود و برای هر یک از افراد کد داده میشود. هرچند این آزمایش هیچ مخاطره ای برای افراد نخواهد داشت در صورت هر گونه آسیب جسمی، روانی، مالی و... پژوهشگر موظف به جبران آن می باشد. لازم به ذکر است، در پایان پژوهش و پس از مرحله پیگیری برای گروه گواه نیز مداخله ای متناسب ارائه گردید.

سپس از میان افراد مذکور، نمونه ای شامل ۳۰ نفر که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند و نمره ی بالایی در مرحله ی پیش آزمون داشتند، انتخاب گردید و این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش (طرحواره درمانی) را به صورت تخصصی دریافت کردند، در حالی که برای گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. اجرای جلسات مداخله گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفته ای یک بار اجرا گردید. پس از انجام مداخلات، پس آزمون و پس از ۴۵ روز، مرحله ی پیگیری از هر دو گروه آزمایش و گواه گرفته شد.

گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت هفتگی تحت طرحواره درمانی به شیوه جلسات گروهی و براساس مدل طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۳۹) قرار گرفت که خلاصه ی جلسات انجام شده در جدول زیر آمده است.

جدول ۱: پروتکل جلسات طرحواره درمانی

اهداف جلسات	ردیف
آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و بیان هدف خود از شرکت در مداخله. مطرح ساختن قوانین گروه از سوی درمانگر، دادن فرصت به اعضا برای بیان احساساتی که تجربه کردند. اجرای پیش آزمون.	جلسه اول
آشنایی کلی اعضای گروه با طرحواره درمانی، بیان منطق و مراحل مداخله، افزایش درک و فهم اعضا از هیجانات خود.	جلسه دوم
شرح دادن طرحواره‌های هیجانی برای اعضای گروه و توضیح دادن چگونگی تأثیر آن‌ها بر احساسات، افکار و رفتارهای آن‌ها.	جلسه سوم
توضیح راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان و جایگزین کردن راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان به جای راهبردهای دردسر ساز قبلی.	جلسه چهارم
اعتبار بخشی و بهنجارسازی احساسات جهت پذیرش هیجان‌های سخت مانند احساس پریشانی. استفاده از تمثیل خوش آمدگویی به مهمان در راستای تقویت باور گذرا بودن هیجانات.	جلسه پنجم
ربط دادن هیجانات به ارزش‌های متعالی. استفاده از استعاره هیولاهای داخل اتوبوس جهت آموزش فضا سازی برای هیجانات.	جلسه ششم
آموزش ذهن‌آگاهی و انجام تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند آرمیدگی پیشرونده عضلانی، تصویر سازی ذهنی مثبت و تنفس دیافراگمی.	جلسه هفتم
ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا. آماده کردن اعضا برای پایان درمان. کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آنها، دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثربخشی جلسات درمانی، اجرای پس آزمون.	جلسه هشتم

یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی) و گروه گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. نتایج، به دست آمده نشان می‌دهد در گروه آزمایش، میانگین باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش داشته است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر، آزمون تعقیبی بنفرونی و همچنین آزمون پیش فرض‌های آن استفاده شد. لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. همچنین، سطح معنی‌داری در این پژوهش، $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در گروه‌های آزمایش و گواه به تفکیک در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای غیرمنطقی	پیش آزمون	۱۱۴/۳۳	۱۰/۲۴	۱۱۴/۲۶	۱۱/۳۱
	پس آزمون	۹۴/۸۶	۱۱/۰۱	۱۱۳/۴۶	۱۱/۷۷
	پیگیری	۹۴/۶۶	۱۱/۲۶	۱۱۳/۲	۱۱/۹۴
انسجام روانی	پیش آزمون	۱۲۸/۲۶	۹/۰۱	۱۲۹/۴	۱۹/۱۷
	پس آزمون	۱۴۸/۲	۸/۴۶	۱۲۹/۶۶	۹/۲
	پیگیری	۱۴۸/۲	۹/۳۲	۱۲۹/۸	۹/۱۹

بودن متغیر وابسته، نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها و کرویت گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند، که نتایج جدول ۳ نشان داد، این مفروضه‌ها رعایت شده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های کمی

جدول ۳: نتایج همگنی واریانس‌های لون، کرویت موچلی و نرمال بودن در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

متغیر	آماره لون	سطح معناداری	W	سطح معناداری	Z	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۹۰۸	۰/۲۷	۰/۰۸۲	۰/۲
انسجام روانی	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۹۲۵	۰/۳۵	۰/۱۱	۰/۲

آزمون موچلی)، بنابراین از آزمون فرض کرویت استفاده شد. جدول ۵، نتایج آزمون‌های چهارگانه مانووا برای آزمون فرض کلی (یعنی عدم برابری میانگین طی تیمارها) روی نمره‌های پس آزمون باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در گروه‌های آزمایشی (۱) و گواه را نشان می‌دهد.

نتایج یافته‌های جدول بالا نشان دهنده عدم معناداری آزمون لون، معناداری مقدار موچلی و نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه است. در جدول بالا، همانگونه که مشاهده می‌شود، کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح خطای $\text{sig}=0/05$ پذیرفته می‌شود (بر اساس نتایج

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چهارگانه مانووا برای آزمون فرض کلی روی نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در گروه‌های آزمایشی (۱ و ۲) و گواه

منبع تغییرات	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری
بین گروهی	اثر پیلایی	۰/۵	۱۳/۴۷	۲	۲۷	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵	۱۳/۴۷	۲	۲۷	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۹۹۸	۱۳/۴۷	۲	۲۷	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۹۹۸	۱۳/۴۷	۲	۲۷	۰/۰۱
درون گروهی	اثر پیلایی	۰/۹۸۸	۵۳۵/۸۲	۴	۲۵	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۲	۵۳۵/۸۲	۴	۲۵	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۸۵/۷۳	۵۳۵/۸۲	۴	۲۵	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۸۵/۷۳	۵۳۵/۸۲	۴	۲۵	۰/۰۱

(مانووا) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که این مراحل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیریهای مکرر در دو گروه و در سه مرحله در متغیرهای وابسته (باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی) را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مقایسه بین گروهی، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) در گروههای طرحواره درمانی و گواه نشان می‌دهد که این گروهها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین، در مقایسه درون گروهی، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در دو گروه در سه مرحله در متغیرهای وابسته (باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
باورهای غیرمنطقی	مراحل	۲۱۰۲/۰۶	۲	۱۰۵۱/۰۳	۹۳۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	مراحل * گروه	۱۷۳۶/۰۲	۲	۸۶۸/۰۱	۷۶۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	بین گروهی	۳۴۳۴/۸۴	۱	۳۴۳۴/۸۴	۹/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴
انسجام روانی	مراحل	۲۰۵۳/۷۵	۲	۱۰۶۲/۸۷	۷۴۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	مراحل * گروه	۱۹۲۰/۸۶	۲	۹۶۰/۴۳	۱۷۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	بین گروهی	۳۲۰۴/۱	۱	۳۲۰۴/۱	۱۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲

انسجام روانی مقدار F در سطح $P=0/001$ معنی دار هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته در

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود؛ در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای باورهای غیرمنطقی و

میترا مزینانی و همکاران

مقدار F در سطح $P=0/001$ معنادار هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته بین گروه‌های طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنادار دیده می‌شود. جدول ۷ نتایج مقایسه سه مرحله در گروه‌های طرحواره درمانی و گروه گواه در باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در مراحل پس از آزمون و پیگیری در قیاس با پیش از آزمون با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی را نشان می‌دهد.

مراحل پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. همچنین، در تعامل بین گروه * مراحل اندازه گیری برای باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی مقدار F در سطح $P=0/001$ معنادار هستند. این یافته‌ها نیز نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته، تعامل گروه * مراحل اندازه گیری معنادار می‌باشد. همچنین، در گروه‌های طرحواره درمانی و گواه برای باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی

جدول ۶: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه مرحله (پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها در متغیرهای باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی

متغیر	مقایسه مراحل		آزمایش		گواه	
	پس از آزمون	پیش از آزمون	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	پس از آزمون	پیش از آزمون	۱۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۹۵
	پیگیری	پیش از آزمون	۱۹/۶۶	۰/۰۰۱	۱/۰۶	۰/۸
	پیگیری	پس از آزمون	۰/۲	۱	۰/۲۶	۱
انسجام روانی	پس از آزمون	پیش از آزمون	۱۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۱
	پیگیری	پیش از آزمون	۱۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴	۱
	پیگیری	پس از آزمون	۰	۱	۰/۱۳	۱

غیرمنطقی و انسجام روانی در مرحله پیگیری در قیاس با پس از آزمون، تفاوت‌ها معنادار نیست ($p>0/05$). جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها در گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی و گروه گواه در باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی را نشان می‌دهد.

همانگونه که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، در هر دو متغیر باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی، گروه طرحواره درمانی، در مراحل پس از آزمون و پیگیری در قیاس با پیش از آزمون، در سطح $p<0/05$ معنادار است، در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($p>0/05$). همچنین، در دو گروه طرحواره درمانی و گروه گواه، در دو متغیر باورهای

جدول ۷: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه سه گروه (آزمایش و گواه) به تفکیک مراحل در متغیرهای باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی

متغیر	مقایسه گروه‌ها		پیش از آزمون		پس از آزمون		پیگیری	
	آزمایش	گواه	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	آزمایش	گواه	۰/۰۶۷	۰/۹۸	۱۸/۶	۰/۰۰۱	۱۸/۵۳	۰/۰۰۱
انسجام روانی	آزمایش	گواه	۱/۱۳	۰/۷۳	۱۸/۵۳	۰/۰۰۱	۱۸/۴	۰/۰۰۱

سالمند شهر سبزوار اثربخش است. نتایج این یافته از پژوهش با نتایج پژوهش‌های ویدلر و همکاران (۳۰)؛ واندولزن و اونز (۳۱)، فرخزادیان و همکاران (۳۲)؛ عقلی و حجازی (۳۴) و گراوند و محمدی (۳۵) همسو است. طرحواره درمانی، یک سیستم جدید روان درمانی را بنا می‌دهد و به خصوص برای بیمارانی مناسب است که به اختلالات روانشناختی مزمن و گسترده مبتلا هستند و نسبت به درمان‌های روانشناختی مقاوم می‌باشند. تاریخچه روان درمانی حاکی از آن است که درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت کاری سخت و طاقت فرسا بوده است و از طرفی

همانگونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، در هر دو متغیر باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی، در مرحله پیش از آزمون، بین گروه طرحواره درمانی در قیاس با گروه گواه معنادار نیست ($p>0/05$). اما، در مراحل پس از آزمون و پیگیری، مقایسه بین گروه طرحواره درمانی در قیاس با گروه گواه، در سطح $p<0/05$ معنادار است.

بحث

همانگونه که در بخش یافته‌ها نشان داده شد، طرحواره درمانی بر باورهای غیرمنطقی و انسجام روانی در زنان

وجود مشکل در محور دو اختلال های روانی می تواند در نوع، شدت و مدت زمان علائم محور یک اختلال های روانی تاثیر بگذارد، لذا اهمیت نظریه ای که بتواند چنین مشکلاتی را مفهوم سازی کند و راهنماهای درمانی و کارا و اثربخشی پیش روی درمانگران قرار دهد بیش از پیش نمایان می شود (۳۱). باورهای غیر منطقی، هرگونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود میشوند و پیامدهای مهم آن اخلال در بقا خوشحالی و شادمانی است (۴۰).

در تبیین یافته های به دست آمده می توان چنین استدلال کرد، با استفاده از طرحواره درمانی، زنان سالمند قادر خواهند بود طرحواره های منفی خود را شناسایی و به چالش بکشند. این درمان شامل فرآیندهای شناختی و عاطفی است که به افراد کمک می کند تا الگوهای فکری و رفتاری خود را درک کنند و تغییر دهند. نتایج نشان می دهد که تغییر این طرحواره ها می تواند منجر به کاهش باورهای غیرمنطقی شود، که به نوبه خود می تواند به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی آن ها کمک کند. بنابراین یافته های پژوهش نشان می دهد که طرحواره درمانی یک روش مؤثر در کاهش باورهای غیرمنطقی در زنان سالمند است و می تواند به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی آن ها کمک کند. طرحواره درمانی، درمانی موفق، مؤثر و اثربخش هست، زیرا برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه جهت افزایش احساس ارزشمندی فراهم می کند و باعث می شود افراد در کنار یکدیگر احساس آرامش بیشتر و آسیب پذیری کمتری کنند (۲۶). انسجام روانی، یک جهت گیری شخصی و یک منبعی درونی است که موجب ایجاد سلامت جسمانی و روانی شده و به عنوان یک احساس نافذ و پویا، فرد را قادر می سازد تا در شرایط مواجهه با چالش های زندگی، برای رفع تنش از راهبردهای سازش یافته و رفتارهای سلامت مدار استفاده نمایند (۳۷). یافته های پژوهش حاضر مربوط به نمونه زنان سالمند بین ۶۱ تا ۶۶ سال شهر سبزوار می باشد، لذا تعمیم نتایج به سایر گروه های سالمند زن یا مرد و دیگر افراد، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، عوامل خارجی مانند وضعیت اقتصادی، اجتماعی، و سلامت عمومی (مثل وجود بیماری های مزمن و میزان ارتباط فرزندان و نوادگان) می توانند بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارند، اما ممکن است

کنترل این عوامل دشوار باشد و بر رابطه بین درمان ها و متغیرهای مورد نظر تأثیر منفی بگذارد، لذا این محدودیت نیز باید لحاظ گردد. پیشنهاد می شود که مطالعات آینده تأثیرات بلندمدت طرحواره درمانی را در نمونه سالمندان بررسی کنند. با ارزیابی متغیرها چند ماه یا حتی سال ها پس از پایان مداخله، می توان نتایج پایدار و تأثیرات بالقوه ی بعدی این درمان ها را شناسایی کرد. راه اندازی کارگاه های آموزشی برای خانواده های زنان سالمند به منظور افزایش شناخت آنها از مشکلات روانی و راهکارهای درمانی مختلف برای ارزیابی تأثیر کارگاه بر حمایت های اجتماعی و تغییر نگرش های آنها نسبت به سطوح مختلف روانی افراد خانواده پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر می باشد.

نتیجه گیری

طرحواره درمانی رویکردی است که به شناسایی و تغییر طرحواره های ناسازگار و الگوهای فکری افراد می پردازد. در زنان سالمند، این روش می تواند به شناسایی و تغییر باورهای نادرست و منفی در مورد خود و جهان کمک کند. با مدیریت بهتر طرحواره ها، این افراد می توانند احساسات و افکار خود را به توجه و درک بیشتری ساماندهی کنند، که نتیجه آن بهبود انسجام روانی است. بنابراین یا توجه به یافته پژوهش حاضر طرحواره درمانی یک رویکرد مؤثر در بهبود انسجام روانی در زنان سالمند است.

سیاسکزاری

نویسندگان کمال تشکر و قدردانی خود را از نمونه های تحقیق (گروه کنترل و گروه مورد مداخله)، که در فرایند اجرای تحقیق مشارکت داشتند، را اعلام می نمایند. همچنین این مقاله بخشی از رساله دکتری میترا مزیانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بوده است که با کد IR.IAU.AHV.AZ.REC.1404.053 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز قرار گرفته است؛ بر همین اساس نیز مراتب قدردانی خود را از این واحد دانشگاهی اعلام می داریم.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچگونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. Hashemi Z, Eyni S, Yavari A. The Relationship Between Personality Traits and Life Satisfaction in the Elderly: The Mediating Role of Cultural Intelligence. *Aging Psychology*. 2023;9(2):119-03 .
2. Bayanfar F, ghodrati m. Effectiveness of Existential Consciousness Group Therapy on Social Rejection, Social Adjustment, Social Sufficiency and Cognitive avoidance in Elderly with Empty Nest Syndrome. *Social Psychology Research*. 2023;12(48):35-54
3. Zhong L. A Study of Illustrations in Senior High School English Textbooks from the Perspective of Cognitive Psychology-A Case Study of PEP Optional Compulsory Four. *Frontiers in Educational Research*. 2024;7(3):183-9 <https://doi.org/10.25236/FER.2024.070331>
4. Sanborn F. A cognitive psychology of mass communication: Routledge; 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003154570>
5. Payne TW, Schnapp MA. The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression research and treatment*. 2014;2014(1):396195 <https://doi.org/10.1155/2014/396195>
6. Chen L, Jiao J, Zhang Y. Therapeutic approaches for improving cognitive function in the aging brain. *Frontiers in Neuroscience*. 2022;16:1060556 <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1060556>
7. Sánchez-Izquierdo M, Fernández-Ballesteros R. Cognition in healthy aging. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(3):962. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030962>
8. Saiger GM. Medical and psychiatric challenges to successful aging. *Psychiatry*. 2020;83(1):110-1 <https://doi.org/10.1080/00332747.2020.1717319>
9. Gaugler JE, Bain LJ, Mitchell L, Finlay J, Fazio S, Jutkowitz E, et al. Reconsidering frameworks of Alzheimer's dementia when assessing psychosocial outcomes. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2019;5:388-97 <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.02.008>
10. Kahana E, Kahana JS, Kahana B, Ermoshkina P. Meeting challenges of late life disability proactively. *Innovation in aging*. 2019;3(4):igz023 <https://doi.org/10.1093/geroni/igz023>
11. Mount S, Ferrucci L, Wesselius A, Zeegers MP, Schols AM. Measuring successful aging: an exploratory factor analysis of the InCHIANTI Study into different health domains. *Aging (Albany NY)*. 2019;11(10):3023 <https://doi.org/10.18632/aging.101957>
12. Kolcu M, Bulbul E, Celik S, Anataca G. The relationship between health literacy and successful aging in elderly individuals with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*. 2023;17(5):473-8 <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.06.009>
13. Kulakçı-Altıntaş H, Ayaz-Alkaya S. Health literacy and successful aging in older adults: A predictive correlational design: Health literacy and successful aging. *Geriatric Nursing*. 2025;61:408-13 <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.12.003>
14. Valizadeh H, Parandin S. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Irrational Beliefs and Happiness of the Elderly. *Aging Psychology*. 2022;8(1):24-11
15. Buschmann T, Horn RA, Blankenship VR, Garcia YE, Bohan KB. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2018;36(2):137-62 <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
16. Khalili M, Mohammadi M, Sarokhani F, Ganjifar Z, Ternas G. The effectiveness of emotion therapy on irrational beliefs and perfectionism in female students. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*. 2022;11(42):14-24.
17. Narimani M, Eyni S. The Causal Model of Coronavirus Anxiety in the Elderly Based on Perceived Stress and Sense of Cohesion: The Mediating Role of Perceived Social Support. *Aging Psychology*. 2021;7(1):27-13
18. Basharpour S, Hoseinikiasari ST, Soleymani E, Massah O. The Role of Irrational Beliefs and Attitudes to Death in Quality of Life of the Older People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(3):260-71 <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.140>
19. Hajatpour R, Rashidi HH. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and death attitude in the elderly. *Aging Psychology*. 2021;7(1):43-54
20. del-Pino-Casado R, Espinosa-Medina A, Lopez-Martinez C, Orgeta V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;242:14-21 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.002>

21. Braun-Lewensohn O, Idan O, Lindström B, Margalit M. Salutogenesis and the sense of coherence during the adolescent years. The handbook of salutogenesis. 2022;139-50. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_16
22. Yaghoobi H. The Relationship between Sense of Coherence and Stress, Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer in Torbat-e Heydarieh, 2019. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2022;30(2):90-7 <https://doi.org/10.32592/ajnmc.30.2.90>
23. Nikčević AV, Marino C, Kolubinski DC, Leach D, Spada MM. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. Journal of affective disorders. 2021;279:578-84 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>
24. Esmaili R, Rohani C, Nasiri M. Relationship between sense of coherence and physical function and social support in a sample of Iranian geriatrics with cancer. Koomesh. 2022;24(4):460-8
25. parizan n, banisi p. The effectiveness of schema therapy training on depression and anxiety in patients with Covid 19 discharged from medical centers. A new approach to children's education quarterly. 2022;4(3):6-14 <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27169766.1401.4.3.2.3>
26. pakandish s, Kraskian A, Jamhari F. The Effectiveness of Schema Therapy in Emotional Regulation and Band on Body Mass Index of obese Women. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2023;9(3):10-9
27. Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers MJ. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2018;58:97-105 <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
28. Güner O. Psychometric properties and normative values of early maladaptive schema questionnaires set for children and adolescents (SQS). Clinical psychology & psychotherapy. 2017;24(2):534-54 <https://doi.org/10.1002/cpp.2049>
29. Brockman RN, Simpson S, Hayes C, van der Wijngaart R, Smout M. Cambridge guide to schema therapy: Cambridge University Press; 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
30. Videler AC, van Alphen SP, van Royen RJ, van der Feltz-Cornelis CM, Rossi G, Arntz A. Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. Aging & mental health. 2018;22(6):738-47 <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1318260>
31. Van Donzel L, Ouwers M, Van Alphen S, Bouwmeester S, Videler A. The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults-integrating positive schemas. Contemporary clinical trials communications. 2021;21:100715 <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
32. Farokhzadian Aa, Rezaei F, Sadeghi M. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy with Metacognitive Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in elderly people. Aging Psychology. 2018;4(2):83-91.
33. Jabbari MR, Afrooz GA, Hashemian K, Pourhosein R, Akbari Zardkhane S. An Overview of Group Schema Therapy Techniques. Journal of Applied Psychological Research. 2022;13(2):17-31
34. aghili m, hejazi f. the effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas and perceived stress in the elderly of daily centers in Gorgan. Journal of Clinical Psychology. 2022;14(1):1-11 <https://dor.isc.ac/dor/0.22075/jcp.2021.1913.2020>
35. Garavand H, Mohammadi Z. The Effectiveness of Drama Therapy on Happiness and Life Expectancy of Older Women Living in Nursing Homes. Aging Psychology. 2023;9(3):275-59.
36. Malatesta VJ. Introduction: the need to address older women's mental health issues. Mental Health Issues of Older Women 2018. p. 1-12. <https://doi.org/10.4324/9780203836491-1>
37. Kirkman M, Fisher J. Promoting older women's mental health: Insights from Baby Boomers. PloS one. 2021;16(1):e0245186. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245186>
38. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social science & medicine. 1993;36(6):725-33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
39. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford press; 2006.
40. Filipović S, Vukosavljević-Gvozden T, Opačić G. Irrational beliefs, dysfunctional emotions, and marital adjustment: A structural model. Journal of Family Issues. 2016;37(16):2333-50 <https://doi.org/10.1177/0192513X15572384>