

مدل یابی ساختاری طرحواره های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا

به اختلال ام اس با تأکید بر نقش واسطه ای احساس تنهایی

*نگین توصیفیان^۱، کاوه قادری بگه جان^۲، آرمین محمودی^۳، محمد خالدیان^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ۲. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه علامه

طباطبایی تهران، ۳. استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران، ۴. مربی دانشگاه پیام نور، تهران

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۶/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۸)

Structural Modeling of Early Maladaptive Schemas and Executive Functions of People Diagnosed with MS Emphasizing on the Role of the Sense of Loneliness Factor*Negin Tavsfian¹, Kaveh Qaderi Bagajan², Armin Mahmoodi³, Mohamad Khaledian⁴

Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, 2. PHD student, 1. Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, 3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Department of psychology, Yasoj Branch, Islamic Azad University, Yasoj, Iran, 4. Department of Psychology, Payame Noor University, PO BOX 19395 - 3697, Tehran, Ira

(Received: Sep. 07, 2017- Accepted: Nov. 09, 2017)

Abstract

Aim: Multiple Sclerosis (MS) is one of the most prevalent chronic diseases of the central nervous system among young adults, and like every other disease influences different aspects of a person's life. **methods:** this research is correlation study type which use path analysis method to examine structural connections between the variables. The statistical population of this research is all members of MS patients' community of Ahvaz city in 2017 among which 260 individuals have been selected based on acceptance criteria and the sample size calculated from Cochran formula. These patients answered young schema questionnaire-short form, executive functions questionnaire and UCLA loneliness scale questionnaire. Finally, data were analyzed using SPSS and AMOS softwares. **Findings:** the results showed the adequate precision of the model in which early maladaptive schemas directly predicted the executive functions ($\beta = 0.236, P < 0.05$). Early maladaptive schemas together with the sense of loneliness factor also indirectly and more precisely predicted the executive functions ($\beta = 0.312, P < 0.05$). **Conclusion:** according to the results of this research early maladaptive schemas and the sense of loneliness factor are vital elements on weakening the executive functions of patients with MS. Thus, considering early maladaptive schemas and the sense of loneliness factor is essential in rehabilitation programs.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Loneliness, Executive Functions, MS, Multiple Sclerosis

چکیده

مقدمه: بیماری ام اس یکی از شایع ترین بیماری های مزمن سیستم عصبی مرکزی در بزرگسالان جوان است و مانند هر بیماری مزمن دیگر، جنبه های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است و از روش تحلیل مسیر برای بررسی ارتباط ساختاری بین متغیرها استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران عضو انجمن ام اس شهر اهواز در سال ۱۳۹۶ بود که از این میان با توجه به معیارهای ورود به پژوهش و بر اساس حجم نمونه به دست آمده از فرمول کوکران، تعداد ۲۶۰ نفر انتخاب شدند و به ابزار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (یانگ و براون، ۲۰۰۳)، پرسشنامه احساس تنهایی کالیفرنیا (رسل، پیلا و فرگوسن، ۱۹۷۸) و پرسشنامه کارکردهای اجرایی (نجاتی، ۲۰۱۳) پاسخ دادند. نهایتاً تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS انجام گرفت. یافته ها: نتایج حاکی از برازندگی مناسب مدل بود که در آن طرحواره های ناسازگار اولیه به صورت مستقیم کارکردهای اجرایی را پیش بینی نمود ($\beta = 0.236, P < 0.05$). هم چنین طرحواره های ناسازگار اولیه با واسطه احساس تنهایی، کارکردهای اجرایی را به صورت غیر مستقیم و قوی تر از مسیر مستقیم پیش بینی نمود ($\beta = 0.312, P < 0.05$). نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره های ناسازگار اولیه و احساس تنهایی عامل مهمی در تضعیف کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به اختلال ام اس می باشند. از این رو در برنامه های توانبخشی این بیماران توجه به طرحواره های ناسازگار اولیه و احساس تنهایی آن ها ضروری است.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، احساس تنهایی، کارکردهای اجرایی، بیماری ام اس،

موتیل اسکروزیس

مقدمه

روانشناختی، معمولترین نشانه است و این نقصها، بین ۴۳ تا ۷۰ درصد در گسترش ناتوانی های افراد مبتلا به این بیماری مؤثر است (کلندورفر و همکاران^۷، ۲۰۱۳). حوزه های شناختی که در بیماران مبتلا به ام اس کژکار شده اند، گسترده اند که می توان به حیطه هایی مثل عملکردهای حرکتی، ادراک، زبان، یادگیری و کارکردهای اجرایی^۸ اشاره کرد (جولیان^۹، ۲۰۱۱). این بیماری با ضعف در کارکردهای اجرایی مانند سوگیری توجه، سرعت پردازش، توجه پایدار، برنامه ریزی، حافظه کاری، استدلال انتزاعی، روانی کلامی، بازداری پاسخ و انعطاف پذیری شناختی همراه است (فلاویا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۰). لازم به ذکر است که دشواری های روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس کمتر از مشکلات فیزیولوژیکی آنها مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این مشکلات احساس تنهایی^{۱۱} است که در برخی از پژوهشها به آنها اشاره شده است (کری^{۱۲}، ۲۰۰۱). احساس تنهایی تجربه ای ناخوشایند مانند تفکر مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) یکی از شایع ترین بیماری های سیستم اعصاب مرکزی در افراد جوان است. این بیماری مزمن و پیش رونده با آسیب به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می گردد (تبریزی و همکاران، ۲۰۱۲). در حال حاضر بیش از ۱/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند (کینگول و همکاران^۲، ۲۰۱۲). آمار مبتلایان در ایالات متحده بیش از ۴۰۰ هزار نفر و شیوع بیماری بین ۲۵۰-۲ در ۱۰۰ هزار نفر است (مورلا^۳، ۲۰۰۷). شیوع بیماری در ایران، طبق آمار ثبت شده در سازمان جهانی بهداشت^۴ ۶۰-۲۰ در ۱۰۰ هزار نفر و میزان ابتلا در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است (سازما بهداشت جهانی، ۲۰۰۸؛ نقل از دووا و رمپانی^۵، ۲۰۰۸). مطالعات کورتز و همکاران^۶ (۲۰۱۲) نشان می دهد که بین ۴۰ تا ۶۵ درصد بیماران مبتلا به ام اس، تغییرات عصب روانشناختی را تجربه می کنند. در بین این نشانه های بالینی، نقص های

7. Kollndorfe, et al
8. Executive functions
9. Julian
10. Flavia et al
11. Loneliness
12. Corey

1. Multiple Sclerosis
2. Kingwell, et al
3. Moore
4. World Health Organization
5. Dua, & Rompani
6. Cortez, et al

که به اختصار عبارتند از: حوزه طرد و بریدگی، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت‌های مختل، حوزه دیگر جهت مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری. در پژوهش‌های اهامی و همکاران (۲۰۱۷) این نتیجه به دست آمد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با حافظه فعال و عملکرد دانشگاهی دانشجویان رابطه وجود دارد. قیصری (۲۰۱۶) در پژوهش خود مطرح کرد که طرحواره درمانی افراد افسرده منجر به ارتقاء کارکردهای اجرایی آن‌ها می‌شود. همچنین در پژوهش متدین و همکاران (۱۳۹۲) به این نتیجه دست یافتند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی نوجوانان افسرده رابطه معناداری وجود دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه استنباطی از تجربیات روزانه را تحریف کرده به نحوی که قابلیت تفسیر صحیح از هیجان‌های دیگران را تضعیف می‌کنند و به فشار روانی ناشی از تنهایی یا طرد اجتماعی شدت می‌بخشند (سوکلی و همکاران^۸، ۲۰۱۰). به عنوان مثال طرحواره حساسیت زیاد به طرد شدگی منجر به احساس خصومت، نیاز به پذیرش افراطی و انزوای اجتماعی می‌گردد (برن سون و همکاران^۹، ۲۰۰۹). بنابراین این طرحواره‌ها

قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران نمود می‌یابد (دان و همکاران، ۲۰۰۷، به نقل از قرنجیک و همکاران، ۱۳۹۳). ژونگ و همکاران^۱ (۲۰۱۶) در بررسی طولی خود به این نتیجه دست یافتند که احساس تنهایی شدید با کارکرد شناختی ضعیف‌تر افراد مرتبط است. در مطالعه‌ای دیگر بر روی مردان مسن غیر مبتلا به دمانس این نتیجه به دست آمد که احساس تنهایی منجر به افت کارکردهای شناختی آن‌ها شده است (تزننگ و همکاران^۲، ۲۰۱۵). همچنین در مطالعه‌ای مقطعی در ۴۶۶ نفر از افراد مسن سرعت پردازش روانی - حرکتی^۳ و حافظه دیداری تأخیری^۴ با احساس تنهایی گزارش‌شده مرتبط بوده توسط آن‌ها به شکل ویژه‌ای مرتبط بود (الوانیق و همکاران^۵، ۲۰۱۲). علاوه بر احساس تنهایی، افت کارکردهای اجرایی می‌تواند به سبب وجود سازه‌ای شناختی به نام طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶ نیز باشد. یانگ^۷ (۱۹۹۹) در پنج حوزه مجزا هجده طرحواره را بیان کرده

1. Zhong, et al
2. Tzang, et al
3. Psychomotor processing speed
4. Delayed visual memory
5. O' Luanagh et al
6. Early Maladaptive Schemas
7. Young

8. Csukly, et al
9. Berenson, et al

می‌تواند ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه آن‌ها باشد و علاوه بر نقش طرحواره‌های ناسازگار در تضعیف کارکردهای اجرایی، احساس تنهایی نیز می‌تواند منجر به افت این کارکردها بشود. به بیانی دیگر به نظر می‌رسد که بتواند در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی به عنوان واسطه عمل کند. بنابراین در پژوهش حاضر این سوال مطرح می‌شود که آیا احساس تنهایی می‌تواند نقش واسطه را در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال ام اس و کارکردهای اجرایی آن‌ها داشته باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن ارتباط بین متغیرهای پژوهش در قالب تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفته است. در این مدل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر مستقل، احساس تنهایی متغیر واسطه‌ای و کارکردهای اجرایی متغیر وابسته بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران عضو انجمن ام اس شهرستان اهواز بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به اختلال ام اس از نوع عود - فرونشانی^۱، بودن در مرحله فرونشانی، حداقل تحصیلات راهنمایی، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۵

ها در ایجاد و یا تشدید احساس تنهایی نیز می‌توانند مؤثر باشند و با توجه به آنچه مطرح شد احساس تنهایی می‌تواند به عنوان پیامدی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر به افت کارکردهای اجرایی افراد شود. از سوی دیگر در مطالعات بسیاری این نتیجه به دست آمده است که بیماری ام اس به دلیل ماهیت نوروپاتولوژیک خود منجر به افت کارکردهای اجرایی می‌شود اما می‌توان جای خالی پژوهشی که نقش عوامل روانشناختی را در شدت و ضعف این افت شناختی بررسی نماید، مشاهده کرد. به علاوه، با توجه به افزایش روز افزون افراد مبتلا به بیماری ام اس و با نظر به این که شایع‌ترین سن ابتلا به آن در دوره جوانی ۲۰-۴۰ سالگی است (کوری، ۲۰۰۱)، پژوهش در حیطه مسائل روانشناختی این جمعیت حائز اهمیت است. در این راستا آمارها نشان می‌دهد که در هر ۴ نفر، ۱ نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد و این رقم در کسانی که به بیماری‌های مزمن نظیر ام اس دچار هستند بیشتر است، بنابراین شناخت و ارزیابی کارآمد احساس تنهایی در این جمعیت حائز اهمیت است (دی تامسو و همکاران^۱، ۲۰۰۴). با در نظر داشتن پیشینه پژوهشی مذکور، احساس تنهایی در بیماران مبتلا به اختلال ام اس

2. Relapsing-Remitting

1. Ditommaso, et al

سال از شروع بیماری بودند. حجم نمونه به کمک فرمول کوکران^۱ تعداد ۲۳۰ نفر محاسبه گردید. با احتساب ریزش نمونه و استفاده نشدن برخی از پرسشنامه ها به دلیل کامل پر نشدن، پژوهشگر تعداد نمونه را به ۲۶۰ افزایش داد. با در اختیار داشتن فهرست اعضای انجمن ام اس، انتخاب نمونه بر اساس نمونه گیری تصادفی ساده صورت گرفت. شیوه تکمیل پرسشنامه ها بدین صورت بود که ابتدا برای افراد نمونه در رابطه با ماهیت و اهداف پژوهش توضیحات کلی ارائه گشت و به آنها این اطمینان داده شد که با توجه به بی نام بودن پرسشنامه ها، اطلاعات و پاسخ هایشان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و بدین ترتیب تمامی افراد با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. پس از تکمیل ابزار فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، پرسشنامه احساس تنهایی کالیفرنیا و پرسشنامه کارکردهای اجرایی و جمع آوری آنها، ابتدا پرسشنامه ها جهت نمره گذاری بررسی شدند که به دلیل مخدوش بودن برخی از آنها، تعداد ۲۰ پرسشنامه کنار گذاشته شد و نهایتاً اطلاعات ۲۴۰ آزمودنی به کمک نرم افزارهای AMOS و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^۲ (SQ-SF): این پرسشنامه توسط یانگ و براون^۳، (۲۰۰۳) برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساخته شده است. شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره ها برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی تهیه شده است. فرم بلند آن ۲۰۵ گویه و فرم کوتاه ۷۵ گویه دارد. هر طرحواره توسط ۵ گویه سنجیده شده و هر گویه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده طرحواره های ناسازگار اولیه است. این طرحواره ها عبارتند از: طرد و بریدگی (۱- رهاشدگی/بی ثباتی ۲- بی اعتمادی/سوء رفتار ۳- محرومیت هیجانی ۴- نقص/شرم ۵- انزوای اجتماعی/بیگانگی)، خودگردانی و عملکرد مختل (۶- وابستگی/بی کفایتی ۷- آسیب پذیری نسبت به ضرر/بیماری ۸- خود تحول نیافته ۹- شکست)، محدودیت های مختل (۱۰- استحقاق/بزرگ منشی ۱۱- خویشن داری و خود انضباطی ناکافی)، دیگر جهت مندی (۱۲- اطاعت ۱۳- ایثار) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۱۴- بازداری هیجانی ۱۵- معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی). چنان چه

2. Schema Questionnaire-Short Form
3. Young, & Brown

1. Cochran's sample size formula

۲۵، ماده ۱۸ تا ۲۰ مربوط به برنامه ریزی با نمره ۳ تا ۱۵، ماده ۲۱ تا ۲۳ مربوط به توجه پایدار با نمره ۳ تا ۱۵، ماده ۲۴ تا ۲۶ مربوط به شناخت اجتماعی با نمره ۳ تا ۱۵، ماده ۲۷ تا ۳۰ مربوط به انعطاف پذیری شناختی با نمره ۴ تا ۲۰ و نمره کل پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۵۰ است. نمره گذاری آن به صورت لیکرت است و به هر ماده نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. ماده‌های مربوط به مقیاس شناخت اجتماعی به طور معکوس نمره گذاری می‌شود. نجاتی (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۳ و همبستگی بازآزمایی آن را ۰/۸۶ به دست آورد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین همبستگی توانمندی‌های شناختی و معدل تحصیلی ۰/۳۲ به دست آمد که بیانگر روایی همگرایی پرسشنامه است در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه احساس تنهایی کالیفرنیا^۳ (UCLA): این پرسشنامه به عنوان اولین آزمون احساس تنهایی در سال ۱۹۷۸، توسط راسل، پیلا و فرگوسن ساخته شد که شامل ۲۰ سوال متشکل از ۹ عبارت مثبت و ۱۱ عبارت منفی است. شیوه نمره‌گذاری آن در یک لیکرت ۴ گزینه‌ای با حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ در نظر گرفته شده است. نمرات عبارات مثبت به صورت

میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پژوهش‌های مختلفی ساختار عاملی و روایی سازه آن را تأیید کرده‌اند (لی و همکاران^۱، ۱۹۹۹، اویی و بارانف^۲، ۲۰۰۷). در مطالعه یوسفی (۲۰۱۰) پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. این ضریب برای حوزه‌های طرحواره‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ قرار داشت. صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۶۷ و ۰/۷۸ به دست آوردند در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

پرسشنامه کارکردهای اجرایی: ساخت و اعتباریابی این پرسشنامه توسط نجاتی (۲۰۱۳) انجام گرفته است. این ابزار ۳۰ ماده و ۷ مقیاس دارد. هفت مقیاس آن شامل حافظه، بازداری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی است. ماده ۱ تا ۶ مربوط به حافظه با نمره ۶ تا ۳۰، ماده ۷ تا ۱۲ مربوط به بازداری و توجه انتخابی با نمره ۶ تا ۳۰، ماده ۱۳ تا ۱۷ مربوط به تصمیم‌گیری با نمره ۵ تا

3. UCLA Loneliness Scale

1. Lee, et al
2. Oei, & Baranoff

ام اس نیز ۰/۶۵ به دست آمد که بیانگر روایی سازه مناسب ابزار است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا به توصیف ویژگی‌های توصیفی نمونه آماری پژوهش پرداخته شده است. در جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی و در جدول (۲)، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

معکوس نمره گذاری می‌گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط راسل و همکاران مورد تجدید نظر قرار گرفته است و اعتبار آن توسط وی در سال ۱۹۹۶ مورد بررسی قرار گرفت (راسل، ۱۹۹۶). راسل برای این نسخه ضریب آلفای برابر با ۰/۹۴ گزارش نمود. در پژوهش حاتمی و همکاران (۲۰۱۶) ضریب همبستگی میان این مقیاس و تعریف ارائه شده از احساس تنهایی در جمعیت بیماران مبتلا به اختلال

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران ام اس

شاخص‌های حد مرکزی	درصد	فراوانی	بازه	
میانگین = ۲۹/۳۴ و انحراف معیار = ۱۳/۸۹	٪ ۱۶	۳۸	۲۰ تا ۲۵ سال	سن
	٪ ۳۴	۸۲	۲۶ تا ۳۰ سال	
	٪ ۳۰	۷۳	۳۱ تا ۳۵ سال	
	٪ ۲۰	۴۷	۳۶ تا ۴۰ سال	
میانگین = ۸/۹۳ و انحراف معیار = ۶/۴۱	٪ ۴۹	۱۱۸	۵ تا ۱۰ سال	مدت ابتلا
	٪ ۲۳	۵۴	۱۱ تا ۱۵ سال	
	٪ ۱۷	۴۱	۱۶ تا ۲۰ سال	
	٪ ۱۱	۲۷	۲۱ تا ۲۵ سال و بیشتر	
	٪ ۱۴	۳۴	راهنمایی	تحصیلات
	٪ ۳۷	۸۹	دبیرستان و دیپلم	
	٪ ۴۰	۹۶	فوق دیپلم و لیسانس	
	٪ ۹	۲۱	فوق لیسانس و دکتری	

تحصیلات افراد به این ترتیب است که ۳۴ نفر دارای تحصیلات راهنمایی، ۸۹ نفر دبیرستان و دیپلم، ۹۶ نفر فوق دیپلم و لیسانس و نهایتاً ۲۱ نفر از آنها دارای مدرک فوق لیسانس یا دکتری هستند.

همانطور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۹/۳۴ است و انحراف معیار سن برابر با ۱۳/۸۹ است. میانگین مدت ابتلا نیز ۸/۹۳ و انحراف معیار آن برابر با ۶/۴۱ است. میزان

نگین توصیفیان و همکاران: مدل یابی ساختاری طرحواره های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی بیماران...

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای مستقل، واسطه و وابسته

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	ابعاد	
۲۰/۳۷	۱۰۷/۲۵	۱۲۳	۳۱	طرد و بریدگی	طرحواره ناسازگار اولیه
۳۷/۱۰	۷۴/۸۸	۹۶	۲۲	خودگردانی و عملکرد مختل	
۱۳/۶۶	۳۹/۴۲	۵۰	۱۵	محدودیت های مختل	
۲۵/۸۰	۴۲/۸۶	۴۷	۱۰	دگر جهت مندی	
۱۷/۶۳	۳۴/۳۳	۵۰	۱۲	خود بازداری	
۱۷۷/۵۲	۳۱۱/۷۳	۳۷۱	۸۹	طرحواره ناسازگار (کل)	
۹/۵۲	۲۲/۴۲	۲۸	۷	حافظه	کارکردهای اجرایی
۱۱/۷۸	۲۴/۸۷	۳۰	۸	بازداری	
۸/۰۹	۱۸/۹۱	۲۳	۶	تصمیم گیری	
۴/۷۹	۱۰/۵۱	۱۵	۵	برنامه ریزی	
۱۱/۵۸	۲۲/۱۶	۲۹	۷	توجه پایدار	
۵/۶۹	۹/۷۵	۱۵	۳	شناخت اجتماعی	
۶/۵۲	۱۶/۲۷	۱۹	۵	انعطاف پذیری شناختی	
۷۷/۱۲	۱۲۸/۹۵	۱۴۸	۴۶	کارکرد اجرایی (کل)	
۴۷/۵۱	۶۷/۷۳	۸۰	۳۴		
					احساس تنهایی

انحراف معیار آن ۷۷/۱۲ است. همچنین متغیر احساس تنهایی فاقد ابعاد بوده و میانگین ۶۷/۷۳ و انحراف معیاری برابر با ۴۷/۵۱ دارد.

همانطور که در جدول (۲) ملاحظه می شود به طور کلی میانگین افراد در طرحواره ناسازگار اولیه برابر ۳۱۱/۷۳ و انحراف معیار آن ۱۷۷/۵۲ است. میانگین متغیر کارکردهای اجرایی نیز برابر با ۱۲۸/۹۵ و

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش و ابعاد آن ها

حافظه	بازداری	تصمیم گیری	برنامه ریزی	توجه پایدار	شناخت اجتماعی	انعطاف پذیری شناختی	اجرایی (کل) کارکرد	تنهایی احساس
۰/۶۰۶**	۰/۴۵۱**	۰/۲۲۱**	۰/۱۳۳*	۰/۱۲۱*	۰/۲۵**	۰/۲۱۶**	۰/۴۱۹**	۰/۳۲۴**
۰/۳۲۶**	۰/۲۳۱**	۰/۵۲۳**	۰/۴۰۹**	۰/۴۳۲**	۰/۵۴۲**	۰/۰۵۶	۰/۳۶۲**	۰/۴۲۹**
۰/۱۹۴*	۰/۲۱۳**	۰/۲۱۷*	۰/۱۶۳	۰/۴۱۲	۰/۲۷۵**	۰/۳۴۶**	۰/۵۱۳**	۰/۵۲۷**
۰/۲۰۲**	۰/۰۹۱	۰/۲۵۰**	۰/۵۰۴**	۰/۱۳۳*	۰/۱۰۲*	۰/۳۱۲**	۰/۲۹۳**	۰/۴۷۱**
۰/۴۹۱**	۰/۴۰۳**	۰/۳۳۳**	۰/۴۱۲**	۰/۲۳۵**	۰/۶۴۲**	۰/۴۸۶**	۰/۲۵۳**	۰/۳۰۹**
۰/۳۰۶**	۰/۵۳۱**	۰/۳۳۹**	۰/۳۲۵**	۰/۴۰۶**	۰/۳۷۱**	۰/۳۵۶**	۰/۴۹۵**	۰/۴۶۲**
۰/۵۲۳**	۰/۶۴۳**	۰/۴۹۷**	۰/۳۹۲**	۰/۳۱۸**	۰/۵۲۸**	۰/۲۹۱*	۰/۴۴۷**	-

* سطح معناداری ۰.۰۱

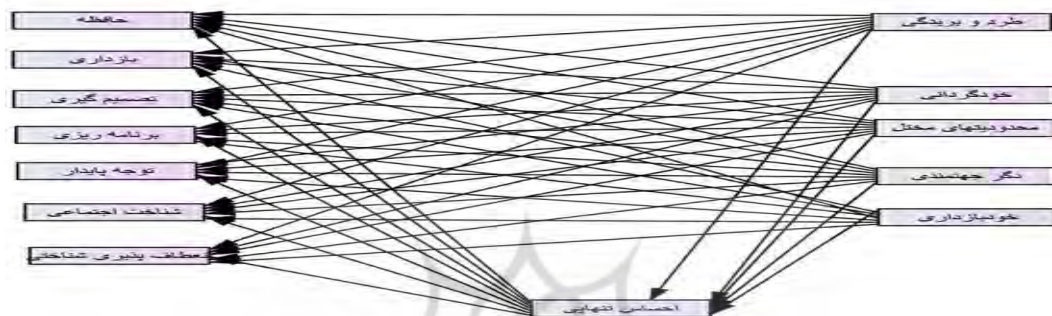
** سطح معناداری ۰.۰۵

همبستگی معنادار دارد. همچنین احساس تنهایی نیز به میزان ۰/۴۴۷ در سطح اطمینان ۹۹ درصد با کارکرد اجرایی همبستگی دارد. نمودار (۱) روابط علی بین متغیرها را نشان می دهد. در مدل اولیه

در جدول (۳) همبستگی بین ابعاد مختلف متغیرها گزارش شده است. به طور کلی طرحواره ناسازگارانه اولیه به میزان ۰/۴۹۵ با کارکرد اجرایی و به میزان ۰/۴۶۲ با احساس تنهایی در سطح اطمینان ۹۹ درصد

نشان داده شده است. به علت فراوانی روابط مدل مورد بررسی و تراکم بالای خطوط در مدل طراحی شده امکان درج ضرایب تأثیر وجود نداشت لذا به درج آن در جدول ۵ اکتفا شده است.

همه ابعاد طرحواره ناسازگار اولیه به عنوان متغیر مستقل و ابعاد کارکرد اجرایی نیز به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. هم چنین در این مدل احساس تنهایی به عنوان متغیر واسطه همه ابعاد در نظر گرفته شد. در نمودار روابط علی تنها ساختار روابط بین متغیرهای مستقل، واسطه و وابسته



نمودار ۱. نقش واسطه ای احساس تنهایی در رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی

تنهایی به عنوان متغیر واسطه، افزایش خواهد یافت. بنابراین احساس تنهایی می‌تواند به عنوان یک عامل تقویت کننده در رابطه بین طرحواره ناسازگار و کارکرد اجرایی باشد. همچنین برازش مدل از طریق شاخص‌های مختلف ارزیابی شد که نتایج جدول ۴ نشان دهنده این است که مدل تحلیل دارای برازش مناسبی است.

در جدول ۵ روابط علی بین متغیرها به صورت مستقیم و غیر مستقیم نشان داده شده است. منظور روابط غیر مستقیم، میزان تأثیری است که متغیر مستقل از طریق متغیر واسطه بر متغیر وابسته می‌گذارد. به عبارتی دیگر اثر غیر مستقیم ترکیبی از اثر مستقیم متغیر مستقل بر واسطه و اثر متغیر واسطه بر وابسته است. همانطور که در این جدول ملاحظه می‌شود بیشتر روابط موجود با اعمال متغیر احساس

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

CFI	IFI	RMSEA	PRATIO	GFI	Sig	X ²	شاخص
۰/۹<	۰/۹<	۰/۰۸>	۰/۶<	۰/۹<	۰/۰۵<	-	محدوده قابل قبول
۰/۹۱۶	۰/۹۱۷	۰/۰۳۰	۰/۶۸۷	۰/۹۱۲	۰/۳۶۴	۱/۲۳۴	مقدار مدل

جدول ۵. تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم طرحواره های ناسازگار اولیه بر متغیر کارکردهای اجرایی با وساطت احساس تنهایی

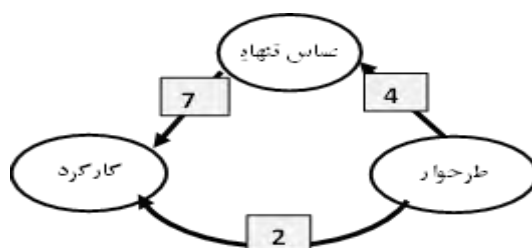
کارکرد اجرایی (کل)	انعطاف پذیری شناختی	شناخت اجتماعی	توجه پایدار	برنامه ریزی	تصمیم گیری	بازداری	حافظه		
	۰/۲۱۹**	۰/۲۱۶**	۰/۱۲۱*	۰/۱۳۳*	۰/۲۱۱**	۰/۰۹۶*	۰/۱۰۱*	مستقیم	طرد و
	۰/۲۵۳**	۰/۲۹۶**	۰/۱۷۸*	۰/۲۱۸**	۰/۳۰۳**	۰/۱۳۲*	۰/۱۹۱*	غیرمستقیم	بریدگی
	۰/۱۶۲*	۰/۰۵۶*	۰/۱۳۲**	۰/۲۰۹**	۰/۲۲۳**	۰/۲۳۱**	۰/۲۲۶**	مستقیم	خودگردانی و
	۰/۱۹۷*	۰/۱۲۶*	۰/۲۵۲**	۰/۲۷۹**	۰/۲۹۲**	۰/۲۱۶**	۰/۲۸۹**	غیرمستقیم	عملکرد مختل
	۰/۳۱۳**	۰/۳۴۶**	۰/۴۱۲**	۰/۱۶۳*	۰/۲۱۷**	۰/۱۱۳*	۰/۰۹۴*	مستقیم	محدودیت‌های مختل
	۰/۲۶۰**	۰/۲۶۸**	۰/۱۰۳*	۰/۱۷۴*	۰/۲۳۶*	۰/۱۹۹*	۰/۱۴۶*	غیرمستقیم	
	۰/۱۹۳*	۰/۱۱۲*	۰/۱۳۳*	۰/۲۰۲**	۰/۲۵۰**	۰/۰۹۱*	۰/۱۰۲*	مستقیم	دگر
	۰/۲۱۹**	۰/۲۵۹**	۰/۱۷۹*	۰/۲۹۵**	۰/۲۹۷**	۰/۱۳۸*	۰/۱۴۳*	غیرمستقیم	جهتمندی
	۰/۱۵۳*	۰/۲۸۶**	۰/۱۳۵*	۰/۱۱۲*	۰/۱۳۳*	۰/۲۰۳**	۰/۲۹۱**	مستقیم	خود بازداری
	۰/۲۹۳**	۰/۲۱۷**	۰/۲۹۹**	۰/۲۶۹**	۰/۲۸۴**	۰/۲۳۷**	۰/۲۱۲**	غیرمستقیم	
	۰/۲۳۶**	۰/۲۵۶**	۰/۱۷۱*	۰/۲۰۶**	۰/۱۲۵*	۰/۱۳۹*	۰/۲۳۱**	مستقیم	طرحواره
	۰/۳۱۲**	۰/۲۱۲**	۰/۲۹۸**	۰/۲۰۸**	۰/۲۶۱**	۰/۳۵۲**	۰/۲۱۲**	غیرمستقیم	ناسازگار اولیه (کل)

** سطح معناداری ۰.۰۱

* سطح معناداری ۰.۰۵

ضرایب تأثیر مستقیم و غیر مستقیم به وسیله ستاره مشخص شده است. سطح معناداری ۰.۰۱ با دو ستاره (***) و سطح معناداری ۰.۰۵ با یک ستاره (*) مشخص شده است.

همانطور که در جدول (۵) ملاحظه گردید احساس تنهایی موجب افزایش ضریب تأثیر طرحواره ناسازگار اولیه بر کارکرد اجرایی بیماران ام اس خواهد شد. سطح معناداری



نمودار ۲. نتایج تحلیل معادلات ساختاری مدل پژوهش

در نمودار (۲) نتایج تحلیل معادلات ساختاری مدل تحقیق در قالب نمودار ترسیم شده است. در این مدل تنها ابعاد کلی متغیرها و روابط ساختاری بین آنها نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود اثر مستقیم طرحواره بر کارکرد اجرایی برابر است با $0/236$ و اثر غیر مستقیم آن از حاصل ضرب اثر متغیر مستقل و واسطه و واسطه با وابسته بدست می‌آید ($0/438 \times 0/712$) که مقدار آن برابر است با $0/312$ ، همانطور که ملاحظه می‌شود تضعیف کارکردهای اجرایی با وارد شدن احساس تنهائی افزایش خواهد یافت.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای احساس تنهائی در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به اختلال ام اس بود. نتایج همبستگی نشان داد که بین طرحواره های ناسازگار اولیه، احساس تنهائی و کارکرد های اجرایی رابطه وجود دارد. هم چنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر نیز نشان داد که احساس تنهائی می‌تواند در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و کارکرد های اجرایی نقش واسطه داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده در مورد رابطه

بین طرحواره‌ها و کارکردهای اجرایی از جمله اهامی و همکاران (۲۰۱۷)، قیصری (۲۰۱۶) و متدین و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود. بیماری با این طرحواره که "امکان حل مشکلات در ورای توانایی من است" با تهدیدی برای کارکردهای اجرایی مرتبط با محیط و امکان سازگاری اش روبرو می‌گردد. با توجه به نقش مهمی که کارکردهای اجرایی در ایجاد توانایی های لازم جهت انجام رفتارهای پیچیده معطوف به هدف و سازگاری با طیف وسیعی از تغییرات و مطالبات محیطی از جمله برنامه ریزی، پیش بینی (انعطاف پذیری شناختی)، معطوف کردن منابع توجه به ملزومات رویدادهای غیر معمول و همچنین خودیابی رفتار دارند (داگانایس و همکاران، ۲۰۱۶) و همچنین نقش مهمی که طرحواره‌ها به عنوان عمیق‌ترین سطوح شناختی در تعیین نحوه فکر، احساس و رفتار افراد ایفا می‌کنند (دوزویس و همکاران، ۲۰۰۹)، می‌توان مطرح نمود که طرحواره‌های ناسازگار با ساختار غیر قابل انکار و غیر قابل تغییر و نیز با تلاش جهت بقای خود، منجر به تضعیف هماهنگی و تطابق فرد با مطالبات محیطی، انعطاف ناپذیری شناختی، ناتوانی فرد در تصمیم‌گیری و برنامه ریزی به علت احساس ناتوانی ناشی از عدم استقلال از

نمود می‌یابند می‌شود و به دنبال آن ترجیح می‌دهد از تماس با دیگران اجتناب کند، روابط خود را محدود نماید، کمتر به گردش برود و یا در جمع‌های دوستانه شرکت کند. به دنبال احساس تنهایی ناشی از چنین طرحواره‌های ناسازگاری که مزید بر خستگی جسمانی و روانی ناشی از اختلال ام اس می‌گردند، انگیزه و اشتیاق فرد برای برنامه ریزی‌های بلند مدت زندگی کاهش می‌یابد، در تصمیم‌گیری‌ها حوصله سبک سنگین کردن شرایط را ندارد و عواقب تصمیمات خود را مهم نمی‌شمارد، در فعالیت‌های محرک حسی-شناختی مانند بازی، بازدید از موزه‌ها و فعالیت‌های تفریحی شرکت نمی‌کند (لو و وایت^۱، ۲۰۱۴) و بنابراین با تضعیف اندوخته‌های شناختی خود روبرو می‌شود.

نهایتاً به جهت حضور برخی از محدودیت‌ها در پژوهش حاضر اشاره به آنها امری اساسی است. با توجه به این که ابزار مورد استفاده در این بررسی پرسشنامه‌های خود گزارش دهی بوده است، امکان سوگیری پاسخ بیماران وجود داشته است. مطالعه حاضر از نوع همبستگی است و باید از هر گونه استنباط روابط علت و معلولی در مورد یافته‌ها خودداری شود. جامعه پژوهش حاضر اعضای انجمن ام اس شهرستان اهواز بوده است، بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود که در بررسی‌های آتی، جامعه پژوهشی گسترده‌تری در نظر گرفته شود و با توجه به نوآوری صورت گرفته در موضوع، نقش

دیگران و نیز تخریب سایر حوزه‌های کارکردهای اجرایی این بیماران می‌گردند. مطابق با نتایج پژوهش حاضر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند به واسطه احساس تنهایی به شکل قوی‌تری با کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به اختلال ام اس مرتبط باشد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش ژونگ و همکاران (۲۰۱۶)، تزنگ و همکاران (۲۰۱۵) و لوانیق و همکاران (۲۰۱۲) است. طرحواره‌ها پس از شکل‌گیری مبنای تمام انتخاب‌ها و اقدامات فرد می‌شوند. طرحواره‌ها بر مبنای ارتباط فرد با خانواده و مراقبین او در دوران کودکی ساخته می‌شوند و بدین ترتیب بعد از شکل‌گیری در سال‌های اول زندگی در مسیر آن تداوم دارند، برای بقای خودشان می‌جنگند و به عبارت دیگر فرد را به امنیت حاصل از هماهنگی شناختی می‌رسانند (یانگ و براون، ۲۰۰۳). فردی با چنین طرحواره‌های ناسازگار بر این باور است که در روابط اجتماعی خود نیاز به مهرورزی، همدلی و امنیت وی آن طور که انتظار دارد ارضا نمی‌گردد (حوزه طرد)، دیگران مانع عملکرد مستقل او در زندگی می‌شوند (حوزه استقلال) و یا اینکه باید همواره بر خواسته‌ها و احساسات دیگران در روابط اجتماعی و بین فردی خود متمرکز باشد تا محبت و توجه مشروط آن‌ها را نسبت به خود جلب نماید (حوزه دیگر جهت مندی) و یا در صورت وجود از دستشان ندهد (یانگ، ۱۹۹۹).

در واقع متوجه یک ناهمخوانی میان انتظارات خود از روابط اجتماعی و آنچه که در واقعیت

1. Luo & Waite

شوند. همچنین به امید غنی سازی پیشینه پژوهشی مداخلات روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال ام اس پیشنهاد می شود که در راستای اجرای طرح های آزمایشی متغیرهای بررسی شده در مطالعه حاضر اقدام شود.

واسطه ای سایر متغیرهای روانشناختی مرتبط، با توجه به پیشینه، در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و کارکرد اجرایی بیماران مبتلا به اختلال ام اس صورت پذیرد و یا این متغیرها به عنوان تعدیلگر رابطه وارد پژوهش های بعدی

منابع

قرنجیک، ا.، حسن زاده، ر. و فخری، م. ک. (۱۳۹۳). "مقایسه احساس تنهایی در بین دانش آموزان عادی و تیزهوش دانش آموزان مقطع متوسطه". *اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران*.

متدین، م.، اسدی، ف. و حسن زاده، م. (۱۳۹۲). "بررسی رابطه بین کارکردهای اجرایی مغز با طرحواره های ناسازگار اولیه در میزان افسردگی نوجوانان دبیرستانی". *ششمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز*.

نجاتی، و. (۱۳۹۲). "پرسشنامه توانایی های شناختی: طراحی و بررسی خصوصیات روانسنجی". *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۱۵ (۲).

تبریزی، ن.، اعتمادی فر، م.، شریفی، ا. و میر مهدی، س. ر. (۱۳۹۱). "مالتیپل اسکلروزیس بیماری ام اس". تهران: نشر قائد.

حاتمی، م.، فرمانی، ف.، صفوی، س.، نجفی زاده، ع. و اسدی قلعه رشیدی، م. (۱۳۹۴). "اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس)". *مجله روانشناسی سلامت*، ۴ (۱۶).

صدوقی، ز.، آگیلاروفایی، م.، رسولزاده طباطبایی، س. ر. و اصفهانیان، ن. (۱۳۸۷). "تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ در نمونه غیر بالینی ایرانی". *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۲)، ۲۱۹-۲۱۴.

Ahami, A., Mammad, K., Azzaoui, Z., Boulbaroud, S., et al. (2017). Early Maladaptive Schemas, working memory and academic performances of Moroccan students. *Open Journal of Medical Psychology*, 6, 53-65.

Berenson, K. R., Gyurak, A., Ayduk, O., Downey, G., et al. (2009). Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*, 43 (6), 1064-1072.

- Corey, G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. (2001). 6th ed. Wadsworth: Brooks-Cole, 54-8.
- Cortez, V. R., Durlez-Sotelo, E., Carrillo-Mora, P., & Perez-Zuno, J. A. (2012). Correlation between demyelinating lesions and executive function decline in a sample of Mexican patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Neurologia*, 28 (7), 394-399.
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Takacs, B., et al. (2010). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *J Behavior Therap Exp Psychiatr*, 42, 129-37.
- Currie, R. Spasticity: a common symptom of Multiple Sclerosis. (2001). *J Nurs Stand*, 15 (33), 47-52.
- Dagenais, E., Rouleau, I., Tremblay, A., Demers, M., et al. (2016). Prospective memory in Multiple Sclerosis: the impact of cue distinctiveness and executive functioning. *Brain and Cognition*, 109, 66-74.
- Ditommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educ Psychol Meas*, 64 (1), 99-119.
- Dozois, D. J. A., Martin, R. A., & Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cogn Ther Res*, 33 (6), 585-96.
- Dua, T., & Rompani, P. (2008). Atlas: Multiple Sclerosis resources in the world. Geneva: World Health Organization.
- Gheisari, M. (2016). The effectiveness of schema therapy integrated with neurological rehabilitation methods to improve executive functions in patients with chronic depression. *Health Science Journal*, 10 (4).
- Julian, L. J. (2011). Cognitive functioning in Multiple Sclerosis. *Journal of Neurologic Clinics*, 29, 507-525.
- Kingwell, E., Bajdik, C., Philips, N., Zhu, F., Oger, J., et al. (2012). Cancer risk in Multiple Sclerosis: findings from British Columbia, Canada. *Brain*, 135, 2973-9.
- Kollndorfer, K., Krajnik, J., Woitek, R., Freiherr, J., Prayer, D., & Schopf, V. (2013). Altered likelihood of brain activation in attention and working memory networks in patients with Multiple Sclerosis: An ALE meta-analysis. *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 2699-2708.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema-Questionnaire in a large clinical sample. *Cognit Ther Res*, 23, 441-51.

- Luo, Y., & Waite, L. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 69, 633-645.
- Moore LA. (2007). Intimacy and Multiple Sclerosis. *Nurs Clin North Am*, 42 (4): 605-19.
- Oei, T., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Aust J Psychol*, 59, 78-86.
- O'Lunaigh, C., O'Connell, H., Chin, A. V., et al. (2012). Loneliness and cognition in older people: the Dublin Healthy Aging study. *Aging Ment Health*, 16, 347-52.
- Russel, W. D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality*.
- Tzang, R., Yang, A. C., Yeh, H. L., Liu, M. E., & Tsai, S. J. (2015). Association of depression and loneliness with specific cognitive performance in non-demented elderly males. *Journal of Medical Science Monitor*, 21, 100-104.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach: Professional Resource Press Sarasota^ EFL FL.
- Young, J. E., & Brown, G. (2003). Young Schema Questionnaire-L3a, Cognitive Therapy Center of New York: Authors.
- Yousefi, R. (2010). The study effectiveness and comparison of schema-focused and life style-focused group training intervention in marital satisfaction enhancement. Doctoral Dissertation. Tehran, Shahid Beheshti University.
- Zhong, B., Chen, S., Tu, X., & Conwell, Y. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: findings from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *The Journal of Gerontology*, 72 (1), 120-128.