



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

## اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی زنان متأهل

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران

فاطمه شریفی\* 

طهمورث آقاجانی 

نصرالله انصاری نژاد 

آتنا اصفهانی خالقی 

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱ | پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ | ایمیل نویسنده مسئول: fatemeh.sharifi912@gmail.com

### فصلنامه علمی پژوهش خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>  
دوره ۲ | شماره ۱ | صص ۵۲۱-۵۴۰  
بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی در زنان متأهل شهر کرج انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع‌آوری داده‌ها از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر کرج در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه و در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ زن) و یک گروه گواه (۱۵ زن) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی فن ورسیویک و همکاران (۲۰۱۴) به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) و شادکامی آرگیل و لو (۱۹۹۰) بودند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان ( $F=15/47, P=0/001$ ) و شادکامی ( $F=12/12, P=0/001$ ) موثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ( $P=0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** بنابراین نتایج پژوهش اثربخشی کاربردی درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی را بر افزایش سلامت روان و شادکامی در زنان متأهل را تأیید کرد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روان، شادکامی، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(شریفی، آقاجانی، انصاری نژاد و اصفهانی خالقی، ۱۴۰۰)

### در فهرست منابع:

شریفی، فاطمه، آقاجانی، طهمورث، انصاری نژاد، نصرالله، و اصفهانی خالقی، آتنا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی زنان متأهل. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۱): ۵۲۱-۵۴۰.

## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> خانواده را به عنوان عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامتی و بهزیستی جامعه معرفی کرده است. بنابراین باید به زوجین به عنوان هسته اصلی خانواده توجه ویژه‌ای شود. سلامت و پویایی خانواده ریشه در سلامت روانی و شادابی زوجین، و سلامت روانی زوجین به نحوه تفکر، احساس و عمل آن‌ها بستگی دارد (بهاتیا و داویلا، ۲۰۱۷). بنابراین طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). راب و استودر (۲۰۲۰) نیز سلامت روانی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می‌دانند. در حقیقت سلامت روانی چیزی بیش از عدم وجود بیماری است و شرط لازم برای دستیابی به سلامت روانی داشتن نظام ارزشی منسجم است. سلامت روانی در محیط خانواده به عنوان نخستین پایگاه اجتماعی و بهترین آموزشگاه برای رشد، شکل‌گیری ارزش‌ها و تکوین هویت همواره باید حفظ شود، زیرا سلامتی و صحت محیط خانواده است که از هر لحاظ زمینه‌ساز رشد اندیشه و شخصیت را در آینده فراهم می‌آورد. با توجه به نقش مهمی که زن‌ها و شوهرها به ویژه به عنوان پدران و مادران در خانواده‌ها دارند، بی‌تردید سلامت روانی آن‌ها نه تنها فرصت برقراری روابط رضایت‌بخش برای آن‌ها را کاهش می‌دهد، بلکه تاثیر بسیار زیان‌باری نیز بر سلامت روانی و جسمی فرزندان دارد (راد، روداس و داس، ۲۰۲۰). جسیکا (۲۰۲۰) دریافت که تعیین هدف در زندگی بهترین پیش‌بینی‌کننده شادی و رضایت از زندگی است و تنظیم اهداف شخصی و خانوادگی با شاخص‌های مهم سلامت روانی یعنی رضایت از زندگی، حرمت‌خود<sup>۲</sup> و خوش‌بینی<sup>۳</sup> رابطه دارد. در مداخله‌های درمانی او، برنامه‌هایی که در برگیرنده تنظیم اهداف شخصی در زوجین بود منجر به افزایش تعهد شخصی و شادمانی در فضای زندگی خانوادگی آن‌ها شد و وارد کردن والدین و خانواده‌ها در راهکارهای تمرینی روزمره، شادی و تندرستی آن‌ها را افزایش داد. خانواده‌هایی که خودنظم‌جویی بیشتری داشتند، کیفیت زندگی<sup>۴</sup> و طبیعتاً سلامت روانی آن‌ها افزایش یافت و از شادکامی بالاتری نیز برخوردار شدند (گروسمن، ابراهیم، سوآپ، اسماعیل و نیونر، ۲۰۱۹).

شادکامی و نشاط یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر هستند که تاثیر عمده‌ای در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان دارد (آدلر، دولان و کاوتسوس، ۲۰۱۷). شادکامی<sup>۵</sup> یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی در جامعه است. شادکامی به همراه نگرش مثبت و امیدوارانه به آینده، سرمنشا تحرک، تلاش و پویایی است (لاهمن، نک، اسکونبرودت و هاوکلی، ۲۰۱۶). از دیدگاه روانشناسان، دو نوع شادکامی وجود دارد: نوعی از آن از رهگذر شرایط محسوس زندگی، همچون تحصیلی،

1. World Health Organization
2. self-esteem
3. optimism
4. quality of life
5. happiness

شغل، آسایش و به طور کلی، امکانات مالی و رفاهی حاصل می شود، که به آن وجه عینی شادکامی می گویند و نوع دیگر آن، متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که از آن به شادکامی ذهنی یا احساس شادکامی تعبیر می شود (کیانی و مظاهری، ۱۳۹۷). در تحقیقات بسیار معدودی رابطه بین شادکامی و پیشرفت تحصیلی و احساس مسئولیت در دانش آموزان مورد بررسی قرار گرفته است. الفالا و الگانم (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که حالات خلقی مثبت، احساس مسئولیت پذیری و اهداف مرتبط با خود، ۲۰ درصد واریانس عملکرد تحصیلی را پیش بینی می کنند. پتکاری و اورتیز-تالو (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی به دست آوردند که بین شادکامی و سلامت روان و حس مسئولیت رابطه مثبت وجود دارد.

اخیراً نسل سوم درمان های شناختی رفتاری مانند درمان طرحواره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر هدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می شود طرحواره های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن ها دارند. بنابراین شناخت طرحواره ها می تواند به توصیف آسیب پذیری در آسیب شناسی روانی کمک کند (چویی-کاین و گاندرسون، ۲۰۰۸). طرحواره ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می شوند و این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی میان فردی<sup>۱</sup> به صورت سوتفاهم ها، نگرش های تحریف شده و گمانه زنی های نادرست، هدف و چشم داشت های غیرواقع بینانه مشخص می شوند (پاگ، ۲۰۱۵). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خوددویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. این الگوهای طرحواره های ناسازگار اولیه<sup>۲</sup> نامیده می شوند. این سته از طرحواره های ناسازگار به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می انجامد. طرحواره های آسیب رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره های ناسازگار اولیه، عمیق ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می دهد و در شرایط خاص فعال می شوند (دومن، ۲۰۱۸). در شکل گیری طرحواره ها خلق و خوی<sup>۳</sup> ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب های کودکی<sup>۴</sup> تعامل می کنند و

---

1. interpersonal psychopathology  
2. Early Maladaptive Schemas  
3. Temperment  
4. Childhood Trauma

به طور خاص تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل‌بستگی) برآورده نشوند (ون دن بروک، کولن-دی ووس و برنشتاین، ۲۰۱۱). یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد<sup>۱</sup> (رها شدگی<sup>۲</sup>، بی‌اعتمادی<sup>۳</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۴</sup>، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی<sup>۵</sup>)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل<sup>۶</sup> (وابستگی/بی‌کفایتی<sup>۷</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان<sup>۸</sup>، خود تحول نیافته/گرفتار<sup>۹</sup>، شکست<sup>۱۰</sup>)، حوزه محدودیت‌های مختل<sup>۱۱</sup> (استحقاق/برزگ‌منشی، خویش‌نمانی و خودانضباطی ناکافی<sup>۱۲</sup>)، حوزه دیگرجهت‌مندی<sup>۱۳</sup> (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازدارندگی (منفی‌گرایی/بدبینی، بازدارندگی هیجانی<sup>۱۴</sup>، معیارهای سرسختانه، تنبیه).

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد غیردارویی است که می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش شادکامی و سلامت روان زوجین مورد توجه قرار گیرد (پیتر، مک‌گراث، چامبرز و دیک، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (لاندسی و کراسول، ۲۰۱۷). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (اسلوتسکی، چاین، ری و کراسول، ۲۰۱۹). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (بنیک، ویگورست و کریک، ۲۰۱۷). تمرینات ذهن

1. Disconnection & Rejection
2. Aandonment
3. Mistrust
4. emotional deprivation
5. social isolation
6. impaired autonomy and performance
7. dependence
8. vulnerability to illness
9. Enmeshment
10. Defectiveaness
11. Impaired limits
12. Insufficient Self-Control
13. Other Directedness
14. Emotional Inhibition

آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می آموزد که وضعیت های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (مک کراول، مک آلیر و هانه، ۲۰۱۷). بر اساس پژوهش ها، مراقبه متعادلی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه ای تاثیر قابل توجهی در بهبود توانبخشی انواع بیماران داشته اند (ویتکی ویتز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هافمن و گومز، ۲۰۱۷) و استرس (کارپنتر، سانفورد و هافمن، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می دهد و باعث افزایش سلامت روان و شادکامی افراد می شود (تانگ، تانگ و گروس، ۲۰۱۹) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و افزایش اعتماد به نفس و بهبود سلامت روان منجر می شود (سانکو، مک کی و روگرز، ۲۰۱۶). با توجه به پژوهش هایی که اشاره شد به نظر می رسد که در این پژوهش ها تاثیر درمان تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی در مورد شادکامی و سلامت روان خانواده یکجا مورد مطالعه قرار نگرفته است؛ بنابراین با توجه به این که آموزش طرحواره درمانی و ذهن آگاهی به جوانب روانشناختی روابط زوجین می پردازد این روش رویکردی جدید در درمان موج های سوم شناختی رفتاری می باشد، لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سوال است:

۱. آیا درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی زنان در مرحله پس آزمون اثر دارد؟
۲. آیا درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی زنان در مرحله پیگیری پایدار است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری با دو گروه آزمایش و گواه بود و جامعه ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به خانه های سلامت شهر کرج در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. با توجه به ماهیت شبه آزمایشی پژوهش و با استناد به نظر دلاور (۱۳۸۹) مبنی بر چگونگی انتخاب حجم نمونه در طرح های شبه آزمایشی، حجم نمونه در این پژوهش، ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. انتخاب خانه ها سلامت، تصادفی و انتخاب افراد گروه نمونه، داوطلبانه انجام شد به این ترتیب که از بین ۱۵ خانه سلامت شهر کرج، تصادفی دو خانه سلامت انتخاب شد. در خانه های سلامت انتخاب شده با توجه به شرایط ورود به آزمون (داشتن حداقل دو سال و حداکثر ۱۵ سال سابقه زندگی مشترک، مشغول زندگی با همسر و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم) اطلاع رسانی صورت گرفت. از افراد داوطلب دعوت به عمل

آمده و دوباره شرایط ورود به آزمون بررسی شد. پس از پاسخگویی این افراد به دو پرسشنامه شادکامی و سلامت روان افرادی که دارای نمرات کمتری بودند و کمترین نمره را به دست آوردند، جز گروه نمونه قرار گرفتند. سرانجام تعداد ۳۰ نفر از زنان به صورت تصادفی، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد که برای انجام پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه (۱۵ نفری) آزمایش و کنترل تقسیم شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲). پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است: زیرمقیاس نشانه‌های جسمی<sup>۱</sup>، اضطراب و بی‌خوابی<sup>۲</sup>، نارساکنش‌وری اجتماعی<sup>۳</sup>، و افسردگی<sup>۴</sup>. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را بدست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روانی بهتر می‌باشد. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۰.۸۴ (بین ۰.۷۷ تا ۰.۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰.۸۲ (بین ۰.۷۸ تا ۰.۸۵) است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی، که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود برای کل پرسشنامه را ۰.۹۵ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی را باروش آلفای کرونباخ در مطالعه چان (۱۹۸۵) و کی یس (۱۹۸۴)، ۰.۹۳ گزارش شده است.

۲. پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۵</sup> (۱۹۹۰). این پرسشنامه توسط آرگیل و لو (۱۹۹۰) تهیه شده و ۲۹ ماده دارد. هر یک از سوال‌های این آزمون ۴ گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره به آنها

1. physical symptoms
2. anxiety and insomnia
3. social dysfunction
4. depression
5. Oxford happiness questionnaire

اختصاص می یابد. بنابراین حداکثر نمره آزمون ۸۷ است. روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال آرگیل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی بررسی کردند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آوردند. همچنین علی پور و آگاه هریس (۱۳۸۶) پایایی و روایی پرسشنامه شادی آکسفورد را بررسی کردند که در این بررسی آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. آنها برای سنجش روایی عاملی این مقیاس از روش تحلیل عوامل استفاده کردند که توانست ۵۷ درصد واریانس کل را تبیین کند. آلفای کرونباخ هر یک از عوامل پنج گانه رضایت ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۵۸ به دست آمد. در پژوهش جعفرزاده و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

**۳. مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی.** مدل تلفیقی درمان طرحواره محور و ذهن آگاهی تهیه برنامه و بسته درمانی آموزش مدل تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد طرحواره و ذهن آگاهی نوشته فن ورسویک و همکاران (۲۰۱۴) ترجمه زیرک و حمیدپور (۱۳۹۸) می باشد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک جلسه آموزش داده شد. در مطالعه علی آبادی، شاره و توزنده جانی (۱۳۹۹) اثربخشی مداخله تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی تایید و لذا دارای اعتبار لازم برای استفاده است.

#### جدول ۱. مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی

جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد وسواس و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج وجهی، آگاه شدن از طرحواره هایتان، خلاصه نویسی
جلسه دوم	توجه آگاهانه به محیط پیراموی، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه مدت واریسی بدن (پنج دقیقه ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	توجه آگاهانه به سبک های مقابله با طرحواره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین

دباره تکالیف خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی	
جلسه پنجم	مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه که وجود دارد، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه دقیقه ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه ششم	طرحواره: واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگسال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	آینده، یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، شیرین کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی
جلسه نهم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تداوم جهت گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می کند
جلسه دهم	بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت کنندگان به طرحواره ها و ذهنیت ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرحواره ها و ذهنیت ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگسال سالمی که بر آسیب پذیری فرد نظارت دارد، با ملاحظت پاسخ می دهد و به آینده امیدوار است

**شیوه اجرا.** در مورد هدف و فواید این جلسات، عدم دریافت هزینه در قبال جلسات، رازداری با اطلاعات و سایر موارد مطرح شده در جلسات توضیحات مفصلی ارائه شد. پس از انتخاب افراد نمونه، هنگام پخش پرسشنامه توضیحات مفصلی در مورد چگونگی برگزاری و شرایط جلسات درمان ارائه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی و نمودار میانگین) و آمار استنباطی (آزمون کلموگروف اسمیرنوف و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی) استفاده می‌شود. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۴ استفاده می‌شود.



### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش برابر با ۳۰/۵۹ (۳/۶۸) و زنان گروه گواه برابر با ۳۱/۱۸ (۳/۸۰) بود.

### جدول ۲. شاخص توصیفی سلامت روان و شادکامی به تفکیک مرحله سنجش

متغیر	عوامل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
سلامت روان	گروه	۳۳/۹۳	۴۲/۵۳	۴۲/۰۰
	آزمایش	۵/۵۰	۳/۲۷	۳/۳۳
	گروه گواه	۴۳/۸۷	۴۵/۲۰	۴۵/۸۷
	انحراف معیار	۴/۱۰	۳/۷۸	۳/۶۸
شادکامی	گروه	۳۶/۶۷	۴۶/۶۰	۴۶/۲۲
	آزمایش	۶/۲۳	۵/۵۷	۵/۲۳
	گروه گواه	۳۵/۲۰	۳۶/۵۷	۳۶/۵۰
	انحراف معیار	۴/۹۵	۴/۹۸	۴/۹۲

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در نشانه‌های سلامت روان کاهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای آموزش تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه‌های سلامت روان و افزایش شادکامی در زنان شده است.

### جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک	آزمون لوین	مخلی
		Z	F	W
		معناداری	معناداری	مقدار
سلامت روان	آزمایش	۰/۹۵	۱/۲۸	۰/۱۸۴
	گروه	۰/۱۱۷	۰/۲۸	۵/۱۸۸
شادکامی	آزمایش	۰/۹۳	۱/۶۶	۰/۱۷۹
	گروه	۰/۱۱۰	۰/۲۰	۴/۷۸

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (سلامت روان و شادکامی) است. همچنین آماره W مخلی برای متغیرهای عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس

تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کروییت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای دو متغیر سلامت روان و شادکامی از این آماره استفاده شد.

#### جدول ۴. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
سلامت روان	مراحل مداخله	۹۶/۴۴	۱	۹۶/۴۴	۲۸/۱۵	۰/۰۰۱
	مراحل × گروه	۸۸/۷۰	۱	۸۸/۷۰	۲۰/۰۹	۰/۰۰۱
	گروه	۷۲/۰۰	۱	۷۲/۰۰	۱۵/۴۷	۰/۰۰۱
شادکامی	مراحل مداخله	۳۰۹/۱۲	۱	۳۰۹/۱۲	۱۴/۴۷	۰/۰۰۱
	مراحل × گروه	۲۸۸/۴۴	۱	۲۸۸/۴۴	۱۳/۸۰	۰/۰۰۱
	گروه	۲۵۸/۷۵	۱	۲۵۸/۷۵	۱۲/۱۲	۰/۰۰۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره سلامت روان ( $F=۱۵/۴۷$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر  $۰/۲۸$  و نمره شادکامی ( $F=۱۲/۱۲$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) با اندازه اثر  $۰/۳۱$  مؤثر بوده است.

#### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح معناداری	تفاوت	انحراف	سطح معناداری	تفاوت	انحراف	سطح معناداری
سلامت روان	۶/۱۳	۱/۸۵	۰/۰۰۱	۴/۸۰	۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۴۱	۰/۹۷
شادکامی	۵/۱۳	۱/۶۶	۰/۰۰۱	۴/۹۰	۲/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۱۸	۰/۹۲

در جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات سلامت روان و شادکامی ( $P=۰/۰۰۱$ ) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی بر سلامت روان و شادکامی

در زنان متاهل شهر کرج انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی باعث بهبود سلامت روان و مولفه های آن در زنان متاهل شهر کرج شد. نتایج پژوهش با یافته های ولی زاده پروکائی (۱۳۹۸)، برغمندی و همکاران (۱۳۹۶)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۹)، تیلور و همکاران (۲۰۱۷)، همسو است. مطالعات مختلف براون و ریان (۲۰۰۳) نیز همبستگی مثبت و معناداری بین ذهن آگاهی و رضایت از زندگی به دست آوردند؛ در نتیجه می توان گفت که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه های منفی روان شناختی و عاطفه منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش بینی و سلامت روان شناختی و هیجانی همراه است. آموزش ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش های ناکارآمد در افراد می شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می سازد و مجدداً افکار آن ها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهاى محیطی معطوف می سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می شود که این تغییرات مثبت در افراد باعث افزایش سلامتی جامع می شود. در اصل، به طور نظری ذهن آگاهی می تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). براون و ریان (۲۰۰۳) در مطالعه ای به بررسی نقش درمان ذهن آگاهی بر سلامت روان شناختی پرداختند که نتایج مطالعه آن ها نشان داد افزایش ذهن آگاهی با افزایش سلامت روان شناختی همراه است. مورونه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی روی درد، توجه و عوامل روان شناختی در افراد دارد. همچنین نتیجه مطالعه آن ها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث بهبود سلامت روان شناختی در افراد می شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. در حقیقت آن ها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش سلامت روان شناختی و بهزیستی جسمانی همراه است. همچنین در تبیین نتایج بدست آمده از تأثیر طرحواره درمانی بر سلامت روان می توان چنین بیان کرد که طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره های ناسازگار و پاسخ های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ های مناسب و سالم تر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مولفه های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود سلامت روان شناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. تکنیک های طرحواره درمانی کمک می کنند تا مراجعان با سازمندی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری های جدید، تنظیم ع اطفی بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد. این طرحواره ها در عمیق ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می کنند.

همچنین نتایج نشان داد که درمان تلفیقی طرح‌واره و ذهن آگاهی باعث افزایش شادکامی در زنان متاهل شهر کرج شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های شریفی جندانی و همکاران (۱۳۹۷)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۷)، هاشمی و ماهور (۱۳۹۵)، همسو است. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود آموزش ذهن آگاهی در لذت بردن از زندگی موثر بوده است. درمان ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله موثر قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند شادکامی افراد را افزایش دهد. در واقع انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکارشان را افزایش می‌دهد. در ذهن آگاهی با انجام تمریناتی مانند تمرکز بر تنفس، واریسی بدن و مراقبه نشسته، افراد می‌آموزند که نسبت به هر نوع فکر، احساس، هیجان که در آنها وجود دارد و نمایان می‌شود آگاه باشند. در نتیجه تمام این افکار، احساسات و هیجانات که اغلب از نوع فرسایشی هستند و تهدیدی برای بهزیستی روان شناختی و هیجانی فرد محسوب می‌شود، گذرا می‌باشند و فرد به حالتی از راحتی و آرامش می‌رسد. این تمرینات به زندگی روزمره نیز تعمیم پیدا می‌کند و فرد به این بینش می‌رسد که در صورت وجود رویدادهای ناخوشایند، به جای برخورد واکنشی و ناگهانی که اغلب منجر به فرسودگی می‌شود، حالتی از پذیرش و آگاهی لحظه به لحظه بدون قضاوت را در خود پرورش دهد. این آگاهی پیامدهای مثبتی به همراه دارد که یکی از آنها، آرامش روان و شادکامی خواهد بود. همچنین در تبیین دیگر نتایج بدست آمده در مورد تاثیر طرح‌واره درمانی بر افزایش شادکامی می‌توان چنین بیان نمود که رویکرد طرح‌واره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. تبیین دیگر این یافته توانایی طرح‌واره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای که طرح‌واره ناسازگار اطاعت داشت کمتر اطاعت کند. برای مثال به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرح‌واره درمانی باعث افزایش شادکامی می‌شوند.

یافته های این پژوهش نشان داد که روش تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی باعث افزایش سلامت روان و شادکامی در زنان متاهل شده است لذا می توان گفت روش تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی، جزء روش های موثر در افزایش سلامت روان و شادکامی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. بنابراین مشاوران و درمانگران می توانند برای افزایش سلامت روان و شادکامی از روش تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش های مذکور می توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند شادکامی و سلامت روانی را افزایش دهند. هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی ها به گروه های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از پیگیری بوده. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه آن به زنان متاهل شهر کرج بود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت استفاده کنند. همچنین می توان در پژوهش های آتی روش های این پژوهش را با سایر روش ها مثل شناختی رفتاری، فراشناختی، واقعیت درمانی، درمان عاطفی عقلانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر این که، این پژوهش در سایر گروه ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

### موازن اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت کنندگان حاضر در پژوهش و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی آن ها احترام گذاشته شود.

### سپاس گذاری

از همه زنان شرکت کننده و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری و یاری رساندند تشکر و قدردانی می شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- برغم‌دی، مرضیه، اسدی، جوانشیر، و موسی زاده، حسن. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر ذهن آگاهی بر سلامت روان در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در شهر گرگان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹ (۳): ۱۸۳-۱۷۴.
- شریفی جندانی، حمیدرضا، مهکی، فرهاد، و عباسی، بیتا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شادکامی مادران نوجوان کم توان ذهنی. *مجله رویش روانشناسی*، ۷ (۸): ۳۳۴-۳۲۳.
- علی آبادی، محمدرضا، شاره، حسین، و توزنده جانی، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان خیانت دیده: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۸ (۲): ۱۹-۶.
- قدم پور، عزت اله، مرادی زاده، سیروس، و شاه کرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان. *مجله روان شناسی پیری*، ۴ (۱): ۳۸-۲۷.
- قربانعلی زاده، مسعود، مقدم زاده، علی، و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری. *مجله پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷ (۱): ۱۴-۲.
- کیانی، زینب، و مظاهری، مهرداد. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای احساس شادکامی دانش آموزان دختر و پسر دوره متوسطه دوم شهرستان زاهدان. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵ (۳۱): ۲۱۶-۱۹۹.
- نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۴): ۷۱-۶۱.
- هاشمی، سیداسماعیل، و ماهور، حسین. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر شادکامی دانش آموزان. *مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۶ (۲): ۱۲۰-۱۱۱.
- ولی زاده پورکانی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن آگاهی بر نظم جویی شناختی هیجانی و سلامت روان دانش آموزان مدارس سمپاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علم و هنر یزد.

## References

- Adler, M. D., Dolan, P., & Kavetsos, G. (2017). Would you choose to be happy? Tradeoffs between happiness and the other dimensions of life in a large population survey. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 139, 60-73.
- Alfalah, A. A., & Alganem, S. A. (2019). The impact of construal level on happiness, hope, optimism, life satisfaction, and love of life: A longitudinal and experimental study. *Australian Journal of Psychology*.
- Bennike, I. H., Wieghorst, A., & Kirk, U. (2017). Online-based mindfulness training reduces behavioral markers of mind wandering. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1(2), 172-181.

- Bhatia, V., & Davila, J. (2017). 27 Mental Health Disorders in Couple Relationships. *Foundations for Couples' Therapy: Research for the Real World*, 268.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
- Goessmann, K., Ibrahim, H., Saupe, L. B., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2019). The contribution of mental health and gender attitudes to intimate partner violence in the context of war and displacement: Evidence from a multi-informant couple survey in Iraq. *Social Science & Medicine*, 237, 112457.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.
- Jessica, S. (2020). Hearing Impairment and Mental Health Among Married Couples. *The Journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59.
- Luhmann, M., Necka, E. A., Schönbrodt, F. D., & Hawkley, L. C. (2016). Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*, 60, 46-50.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness training for health profession students—the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore*, 13(1), 26-45.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The journal of pain*, 9(9), 841-848.
- Petkari, E., & Ortiz-Tallo, M. (2018). Towards youth happiness and mental health in the United Arab Emirates: The path of character strengths in a multicultural population. *Journal of Happiness Studies*, 19(2), 333-350.
- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 521-531.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.

- Rapp, I., & Stauder, J. (2020). Mental and Physical Health in Couple Relationships: Is It Better to Live Together?. *European Sociological Review*, 36(2), 303-316.
- Roddy, M. K., Rhoades, G. K., & Doss, B. D. (2020). Effects of ePREP and OurRelationship on low-income couples' mental health and health behaviors: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 1-11.
- Sanko, J., Mckay, M., & Rogers, S. (2016). Exploring the impact of mindfulness meditation training in pre-licensure and post graduate nurses. *Nurse education today*, 45, 142-147.
- Slutsky, J., Chin, B., Raye, J., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness training improves employee well-being: A randomized controlled trial. *Journal of occupational health psychology*, 24(1), 139.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Gross, J. (2019). Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13, 237.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
- Van Den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 325-332.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3), 211-228.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.

\*\*\*

## پرسشنامه شادکامی

الف) احساس شادی نمیکنم ب) نسبتاً احساس شادی میکنم ج) خیلی شاد هستم د) بیش از حد شاد هستم	الف) زندگی را باری به هر جهت میگذارم ب) از نظر من زندگی خوب است ج) از نظر من زندگی خیلی خوب است د) من به زندگی عشق میورزم
الف) درباری آینده خوش بین نیستم ب) دربارهی آینده خوش بین هستم ج) احساس میکنم آیندهای نوید بخش در انتظارم است د) احساس میکنم زندگی سرشار از امیدی پیش رو دارم الف) در حقیقت از هیچ جنبه‌های زندگی راضی نیستم ب) از بعضی از جنبه‌های زندگی راضی هستم ج) از بسیاری از جوانب زندگی راضی هستم د) از همه جوانب زندگی کاملاً راضی هستم	الف) در واقع علاقه‌ای به دیگران ندارم ب) کما بیش به دیگران علاقه دارم ج) به دیگران بسیار علاقه دارم د) به دیگران به شدت علاقه دارم الف) تصمیم گیری برایم مشکل است ب) تصمیم گیری برایم نسبتاً آسان است ج) در بیشتر موارد تصمیم گیری برایم آسان است د) به راحتی میتوانم هر نوع تصمیمی بگیرم



<p>۴. الف) احساس میکنم کنترل چندانی بر زندگیم ندارم ب) احساس میکنم تا اندازه‌های بر زندگیم کنترل دارم ج) احساس میکنم بیشتر اوقات بر زندگیم کنترل دارم د) احساس میکنم بر تمام جنبه‌های زندگیم کنترل دارم</p>	<p>الف) شروع هر کاری برایم دشوار است ب) شروع هر کاری برایم نسبتاً آسان است ج) شروع کارها برایم آسان است د) احساس میکنم میتوانم هر کاری را بر عهده بگیرم</p>
<p>الف) احساس میکنم زندگیم چندان رضایتبخش نیست ب) از زندگی احساس رضایت میکنم ج) احساس میکنم زندگیم بسیار رضایتبخش است د) احساس میکنم زندگیم بینهایت رضایتبخش است</p>	<p>الف) هنگام بیدار شدن از خواب به ندرت احساس رفع خستگی میکنم. ب) گهگاه وقتی از خواب بیدار میشوم احساس رفع خستگی میکنم. ج) معمولاً وقتی از خواب بیدار میشوم احساس رفع خستگی می‌کنم. د) همیشه وقتی از خواب بیدار میشوم احساس رفع خستگی می‌کنم.</p>
<p>الف) از خودم چندان راضی نیستم ب) از آنچه هستم احساس رضایت میکنم ج) از آنچه هستم خیلی احساس رضایت میکنم د) از آنچه هستم شدیداً احساس رضایت میکنم</p>	<p>الف) احساس میکنم به هیچ وجه توان و نیرو ندارم ب) احساس میکنم تا اندازه ای توان و نیرو دارم ج) احساس میکنم سرشار از توان و نیرو هستم د) احساس میکنم بی اندازه توان و نیرو دارم</p>
<p>الف) هرگز بر رویدادهای زندگی اثر خوبی نمیگذارم ب) به ندرت بر رویدادهای زندگی اثر خوبی میگذارم ج) معمولاً بر رویدادهای زندگی اثر خوبی میگذارم د) همیشه بر رویدادهای زندگی اثر خوبی میگذارم</p> <p>الف) احساس میکنم ذهنم هشیار نیست ب) احساس میکنم از لحاظ ذهنی هشیارم ج) احساس میکنم از لحاظ ذهنی بسیار هشیارم د) احساس میکنم از لحاظ ذهنی کاملاً هشیارم</p>	<p>الف) احساس میکنم چیز زیبا و قشنگی در دنیا وجود ندارد ب) بعضی از چیزهای دنیا را زیبا میبینم ج) بسیاری از چیزهای دنیا را زیبا میبینم د) همه چیز دنیا برایم زیبا و قشنگ جلوه میکند</p> <p>الف) از بودن با دیگران لذت نمیبرم ب) گاهی از بودن با دیگران لذت میبرم ج) معمولاً از بودن با دیگران لذت میبرم د) همیشه از بودن با دیگران لذت میبرم</p>
<p>الف) احساس سلامتی و تندرستی نمیکنم ب) کمابیش احساس سلامتی و تندرستی میکنم ج) بسیار احساس سلامتی و تندرستی میکنم د) کاملاً احساس سلامتی و تندرستی میکنم</p> <p>الف) نسبت به دیگران چندان احساس صمیمیت نمیکنم ب) نسبت به دیگران تا حدودی احساس صمیمیت میکنم ج) نسبت به دیگران خیلی احساس صمیمیت میکنم د) به همه انسانها عشق میورزم</p>	<p>الف) اثر خوبی بر دیگران نمیگذارم ب) گاهی اثر خوبی بر دیگران میگذارم ج) معمولاً اثر خوبی بر دیگران میگذارم د) همیشه اثر خوبی بر دیگران میگذارم</p> <p>الف) در زندگی خود مقصود خاصی ندارم ب) تا اندازه‌های زندگیم معنا دار و هدفمند است ج) زندگیم پر از معنا و هدف است د) کلاً زندگیم معنادار و هدفمند است</p>
<p>الف) از گذشته خاطره‌های خوش زیادی ندارم ب) از گذشته چند خاطره خوش دارم ج) بیشتر خاطره‌های گذشته من خوش است د) تمام خاطره‌های گذشته من به شدت خوش است</p>	<p>الف) من احساس تعهد و فعالیت چندانی نمیکنم ب) گاهی احساس تعهد و فعالیت میکنم ج) غالباً احساس تعهد و فعالیت میکنم د) من همیشه احساس تعهد و فعالیت میکنم</p>
<p>الف) هرگز حالت شور و شوق ندارم ب) بعضی وقتها دارای شور و شوق هستم ج) بیشتر وقتها دارای شور و شوق د) همیشه دارای شور و شوقم</p>	<p>الف) فکر میکنم دنیا جای خوبی نیست ب) فکر میکنم دنیا کمابیش جای خوبی است ج) فکر میکنم دنیا جای خیلی خوبی است د) فکر میکنم دنیا جای عالی است</p>

<p>الف) بین آنچه که دوست داشتیم انجام دهیم و آنچه انجام داده ام فاصله هست</p> <p>ب) بعضی از چیزهایی را که میخواستیم انجام داده ام</p> <p>ج) بسیاری از چیزهایی را که میخواستیم انجام داده ام</p> <p>د) همه چیزهایی را که میخواستیم انجام داده ام</p> <p>الف) نمیتوانم وقتم را خیلی خوب تنظیم کنم</p> <p>ب) تا اندازه‌های میتوانم وقتم را خوب تنظیم کنم</p> <p>ج) میتوانم وقتم را خیلی خوب تنظیم کنم</p> <p>د) میتوانم وقتم را برای هر کاری که میخواهم اختصاص دهم</p>	<p>الف) به ندرت میخندم</p> <p>ب) کمابیش میخندم</p> <p>ج) زیاد میخندم</p> <p>د) همیشه در حال خندیدن هستم</p> <p>الف) آدم جذابی نیستم</p> <p>ب) نسبتاً جذاب هستم</p> <p>ج) جذاب هستم</p> <p>د) بی اندازه جذاب هستم</p>
	<p>الف) به نظر من هیچ چیز جالبی وجود ندارد</p> <p>ب) بعضی چیزها را جالب میبینم</p> <p>ج) بیشتر چیزها را جالب میبینم</p> <p>د) به نظر من همه چیزها جالباند</p>



### پرسشنامه سلامت روان

عبارات

به مراتب بیشتر از حد معمول  
بیش از حد معمول  
در حد معمول  
۱-۷

۱. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً "خوب و سالم هستید؟
۲. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید؟
۳. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟
۴. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟
۵. آیا از یکماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟
۶. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود؟
۷. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود؟
۸. آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟
۹. آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید؟
۱۰. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً "تحت فشار هستید؟
۱۱. آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید؟

۱۲. آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید ؟
۱۳. آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است ؟
۱۴. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید ؟
۱۵. آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید ؟
۱۶. آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید ؟
۱۷. آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید ؟
۱۸. آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟
۱۹. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بعهده دارید ؟
۲۰. آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید ؟
۲۱. آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟
۲۲. آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟
۲۳. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً " ناامید کننده است ؟
۲۴. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد ؟
۲۵. آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید ؟
۲۶. آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟
۲۷. آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که یککاش مرده بودید و کلاً" از شر زندگی خلاص می شدید ؟
۲۸. آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید ؟

## Effectiveness of Integrated Therapy of Schema and Mindfulness on Mental Health and Happiness in Married Women

*Fatemeh. Sharifi*<sup>1</sup>, *Tahmoores. Aghajanihashjin*<sup>1</sup>, *Nasroullah. Ansarinejad*<sup>2</sup>  
& *Atena Esfahani Khaleghi*<sup>1</sup>

### Abstract

**Aim:** The current research was conducted with the aim of the effectiveness of combined schema therapy and mindfulness on mental health and happiness in married women of Karaj city. **Method:** The present study was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the research was made up of all the women who referred to the health centers of Karaj city, and among them, 30 people were selected based on the voluntary and accessible sampling method and were randomly selected in an experimental group (15 Woman) and a control group (15 Woman) were assigned. The experimental group of integrated therapy of schema and mindfulness was trained for 10 sessions of 90 minutes, and the control group remained on the waiting list. The tools used in the current research included mental health (Goldberg, 1972) and happiness (Argil and Lowe, 1990). For the statistical analysis of the data, multivariate analysis of variance with repeated measurements was used with the help of SPSS software. **Results:** The results showed that the integrated treatment of schema and mindfulness is effective on mental health ( $F = 15.47, P = 0.001$ ) and happiness ( $F = 12.12, P = 0.001$ ) and this effect is stable in the follow-up phase ( $P=0.05$ ). **Conclusion:** Therefore, the results of the research confirmed the effectiveness of the integrated therapy of schema and mindfulness on increasing mental health and happiness in married women.

**Keywords:** *mental health, happiness, schema therapy, mindfulness*

---

1. **Corresponding author:** Master of General Psychology, Malard branch, Islamic Azad University, Malard, Iran

[fatemeh.sharifi912@gmail.com](mailto:fatemeh.sharifi912@gmail.com)

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahr\_e\_Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Malard Branch, Islamic Azad University, Malard, Iran