



اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، ایران

مینا زمانی ^{id}
نعمت ستوده اصل ^{id}*
شاهرخ مکوند حسینی ^{id}
پرویز صباحی ^{id}

sotodeh1@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۶

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ | پیاپی ۲۷۴-۲۵۲

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی با سه روش فنون شناختی، تجربی و رفتاری بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر طرح عاملی آزمایشی واقعی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی ۱۵ تا ۱۷ و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۴۰ نفر از آنان انتخاب و در سه گروه آزمایش فنون شناختی، تجربی و رفتاری (هر گروه ۱۰ نفر) و یک گروه گواه (۱۰ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش تحت بیست جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری یانگ و همکاران (۲۰۰۳) قرار گرفتند؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی کریگ و همکاران (۲۰۰۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی توسط وار و شوربون (۱۹۹۲) بود؛ داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد طرحواره درمانی با فنون سه‌گانه شناختی، تجربی و رفتاری در افزایش ابعاد عملکرد جسمی ($F=20/950$; $P=0/001$)، محدودیت سلامت جسمانی ($F=20/484$; $P=0/001$)، درد بدنی ($F=21/135$; $P=0/001$)، سلامت عمومی ($F=9/900$; $P=0/001$)، سرزندگی ($F=8/290$; $P=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($F=13/027$; $P=0/001$)، محدودیت مشکلات هیجانی ($F=7/036$; $P=0/001$) و بهزیستی هیجانی ($F=8/252$; $P=0/001$) موثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($P<0/05$). نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی بر اساس فنون سه‌گانه شناختی، تجربی و رفتاری برای افزایش کیفیت زندگی دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مراکز درمانی به کار برده شوند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، کیفیت زندگی، شخصیت مرزی، دختران نوجوان

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(زمانی، ستوده اصل، مکوند حسینی و صباحی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

زمانی، مینا، ستوده اصل، نعمت، مکوند حسینی، شاهرخ، و صباحی، پرویز. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲) پیاپی ۲۷۴-۲۵۲.

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ اغلب با تغییرات روانشناختی و فیزیولوژیک بسیار مهمی همراه است. تغییرات ایجاد شده ناشی از بلوغ می‌تواند نوجوانان را در معرض مشکلاتی فراوانی قرار دهد (حسینی امام، تجفی، مکوندحسینی، صلواتی و رضایی، ۱۳۹۸). یکی از مشکلات این دوره که در صورت کم توجهی به اختلال و بی نظمی در شخصیت نوجوانان منجر می‌شود، ابتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی است که مشکل بزرگی برای نوجوانان بوده و می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی آنها تاثیر منفی داشته باشد (سلبی و جویبر، ۲۰۱۳). اختلالات شخصیت را بر اساس شباهت‌های توصیفی به سه دسته کلی تقسیم شده است (فولر، مادان، آلر، اولدهام و فروه، ۲۰۱۹). دسته الف غالباً عجیب و غریب به نظر می‌رسند، دسته ب به علائمی چون دراماتیک، هیجانی یا غیرقابل پیش بینی به نظر می‌رسند، دسته ج که ترس و اضطراب^۲ وجه اشتراک این دسته است که اختلال شخصیت مرزی در دسته ب قرار می‌گیرد و در بین اختلالات شخصیت شایع‌ترین اختلال روان-پزشکی است و به طور متوسط از سن ۶ تا ۱۰ سالگی تشخیص داده می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). اختلال شخصیت مرزی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم^۴ (DSM-5)، به عنوان رفتار خودکشی، ژست یا تهدید به خودکشی مکرر توصیف شده است و نرخ شیوع آن در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اولیه حدود ۶ درصد و در افرادی که به کلینیک‌ها و مراکز بهداشت یا سلامت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند حدود ۱۳ درصد و در بیماران بستری در بیمارستان‌های روانی حدود ۲۳ درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال مزمن روان‌شناختی با عدم تنظیم هیجانی، خودجرحی و روابط بین فردی ناکارآمد است که ممکن است بر اثر نقص در کارکردهای شناختی ایجاد شده باشد (اسماعیلیان، دهقانی، مرادی و خطیبی، ۱۳۹۹). از جمله نشانگان بالینی در این افراد می‌توان به بی‌ثباتی عاطفی، مشکلات هویتی، روابط منفی و خودجرحی اشاره کرد (کریک، مورای-کلوز و وودز، ۲۰۰۵). همچنین افراد مبتلا به این اختلال، زندگی هیجانی پر از بحرانی را تجربه می‌کنند، تجربه خودزنی‌های مکرر نشان از دشواری و دردناکی ذاتی زندگی آنها دارد؛ این گونه بیماران به دلایل مختلفی مانند جلب کمک دیگران، بی‌حس کردن خود در برابر طغیان‌های هیجانی که دارند، یا ابراز خشم خودزنی می‌کنند یا با روش‌های دیگر به رفتارهای خودآسیب رسان یا خودجرحی می‌پردازند (سادوک، و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از ذکی بخش محمدی، بشرپور، نریمانی و کرد، ۱۳۹۸). نوجوانانی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند مشکلاتی فراوانی همچون اختلال شخصیت ضداجتماعی^۵ (وارتبورگ، دلپوم، لانگسترام، اندرسون، فروزتی و انیبیرینک، ۲۰۲۰)، رفتارهای خودزنی و خودکشی (کوئل، شاور و لینهان، ۲۰۱۸)، اختلالات خوردن (ناوارو-هارو، بوتلا، جیولن، مولینر، مارکو و همکاران، ۲۰۱۸)، عدم تحمل پریشانی^۶، ناگویی هیجانی^۷ (بیداری و حاج‌علیزاده،

1. adolescence
2. anxiety
3. American Psychiatric Association
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)
5. antisocial
6. distress
7. alexithymia

۱۳۹۸)، مشکلات هویتی مربوط به خود و هویت (لویتن، کمپل و فوناگی، ۲۰۲۰)، اضطراب (کوینویل، کالوگروپولو، کانگ، هاسلر، نیکاسترو و همکاران، ۲۰۲۰) و افسردگی^۱ بالا (وینسپر، بیلگین و والک، ۲۰۲۰) و کیفیت زندگی^۲ پایین را تجربه می‌کنند (فاسبیندر، و همکاران، ۲۰۱۸؛ آذرفر، مکوندحسینی و صباحی، ۱۳۹۸ ب)

سازمان بهداشت جهانی^۳ کیفیت زندگی را به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷؛ به نقل از چایجیندا، پلینابیاچانگ، اسریپاریووس و جتیانون، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی به طور کلی به عنوان چگونگی زندگی کردن (راهتزر، سیرگی، گرزسکوویاک و لی، ۲۰۲۰) و خوب زندگی کردن تعریف شده است (روبرتسون، کوپر، هو، لرد، رایپورت و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نتایج یک پژوهش، افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و این اختلال کنشوری و عملکرد آنها را در زندگی روزمره کاهش می‌دهد (تامپسون، جکسون، کاولتی، بتس، مک‌کاتچن و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین نتایج یک پژوهش نشان داده است که کیفیت زندگی ضعیف و مختل با پیامدهای طولانی مدت ضعیف پس از درمان اختلال شخصیت مرزی همراه است (چاخاسی، زونت، اوستندورپ، نورزدیج و سامرز-اسپیچکرمن، ۲۰۲۱). با توجه به چنین مشکلاتی که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ارائه مداخلات روانشناختی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی در آنان منجر شود. یکی از مداخلاتی که نقش مهمی در بهبود مشکلات افراد تشخیص داده شده با اختلال شخصیت مرزی دارد، درمان مبتنی بر طرحواره^۴ است (خاشو، وان آلپن، هیجنن-کوهل، اوونز، آرنتر و ویدلر، ۲۰۱۹).

به اعتقاد یانگ (۲۰۰۵) اگرچه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند، اما به تغییر هیجانی، فنون تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد. این درمان بر بهبود بسیاری از مشکلات روانشناختی و شخصیتی کودکان و نوجوانان تاثیر بسزایی دارد (ویدلر و همکاران، ۲۰۱۸). در روش درمانی یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان هسته مرکزی درمان اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی نظر گرفته شده است. از نظر یانگ، طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (زینل و یوزر، ۲۰۲۰). طرحواره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمد هستند که با طرحواره درمانی می‌توان به اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای مشکلات عاطفی یا هیجانی و روانشناختی کمک کند (پلد، بار-کالیفا و رافائلی، ۲۰۱۷).

1. depression
2. quality of life
3. world health organization
4. schema therapy

طرحواره بر پایه تجربه‌های ذهنی زندگی و رشد هوشیارانه و ناهوشیارانه اوایل کودکی شکل می‌گیرد. به طور معمول ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد. برای تغییر طرحواره‌ها از چهار فن استفاده می‌شود. فنون شناختی که باور مرکزی را هدف تغییر قرار می‌دهند؛ فنون تجربی که روی خاطرات، تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی کار می‌کنند؛ فنون و الگوشکنی رفتاری که سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد را هدف قرار می‌دهند و فن رابطه‌درمانی که در رفع پنج نیاز هیجانی برطرف نشده مؤثر است (مهتدی جعفری، عشایری و بنیسی، ۱۳۹۸).

طرحواره درمانی از فنون تجربی برای تحریک تأثیرات استفاده می‌کند تا تغییری را در یک مسیر پیوسته احساسی ایجاد کند. در ابتدای درمان، فنون تجربی مانند تصویرسازی و تجسم و درمان‌هایی که مددجو در مقابل درمانگر می‌نشیند و با او ارتباط می‌گیرد؛ برای دسترسی به تجربیات عاطفی اصلی شخص مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مراحل بعدی، درمان بیشتر درگیر راهبردهای شناختی و رفتاری می‌شود. بر اساس نتایج یک پژوهش، طرحواره درمانی با استفاده از فنون شناختی، بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان افراد دارای نشانگان اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد (آهوان، قوتی و یعقوبی، ۱۳۹۷). بر اساس نتایج یک پژوهش طرحواره‌درمانی را به عنوان یک روش کارآمد و مفید جهت مشکلات هیجانی و روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد شده است (بیداری و حاجی علیزاده، ۱۳۹۸). بر اساس نتیجه یک پژوهش که بر روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته است نشان داده شده است که طرحواره درمانی با مجموعه‌ای از فنون از جمله تصویرسازی، محدودیت مجدد، صندلی خالی و بازسازی شناختی می‌تواند در درمان ناتنظیمی هیجانی افراد دارای اختلالات شخصیت مؤثر باشد (دادومو، پانزری، کاپونسلو، کارملیتا و گرسیوسی، ۲۰۱۸). بر اساس آنچه که گفته شد طرحواره درمانی و فنون شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه درمانی بر بهبود مشکلات افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تأثیرگذار است؛ اما پژوهشی که به تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی در نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی به ویژه در نمونه‌های ایرانی پرداخته باشد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا در جهت رفع این خلاء پژوهشی به این سوال پاسخ داده شده است:

۱. آیا طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا در تأثیر مداخله طرحواره درمانی با فنون شناختی، تجربی و رفتاری در کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر طرح‌عاملی آزمایشی واقعی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران نوجوان دختر در بازه سنی ۱۵ تا ۱۷ و مبتلا به اختلال نشانگان مرزی دارای پرونده در کلینیک درمانی پیوند بخش عمومی شهر بجنورد در سال ۱۴۰۰-

۱۳۹۹ بودند. در این پژوهش جهت تخمین حجم نمونه از نرم افزار G*Power استفاده شد و بر اساس مقادیر اندازه اثر=۰/۳۸، ضریب آلفا=۰/۵۰ و توان آزمون=۰/۹۵ اقتباس از پژوهش اکبری بلوطبنگان و همکاران (۱۳۹۷) حجم نمونه ۴۰ نفر برآورد شد. لذا با توجه به اینکه سه گروه آزمایش و یک گروه گواه در این پژوهش وجود دارد برای گروه آزمایش طرحواره درمانی با فن شناختی (۱۰ نفر)، طرحواره درمانی با فن تجربی (۱۰ نفر)، طرحواره درمانی با فن رفتاری (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) انتخاب شدند. این ۴۰ نفر توسط روانشناس بالینی بر اساس ملاک های DSM-5 مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و با مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی (BPFS-C) کریگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز صحت تشخیص بررسی شد. رضایت آگاهانه به منظور شرکت در پژوهش، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد یا دارو، عدم ابتلا به ضایعه مغزی، عدم ابتلا به بیماری جسمی یا سایکوتیک، عدم دریافت روان درمانی طی یک سال اخیر، تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های DSM-5 و تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه ساختار یافته از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طرحواره درمانی، وجود اختلالات همراه و هرگونه اختلال روانپزشکی و مصرف داور و مصرف مواد مخدر از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی!** مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی مرزی ۹ سال و بالاتر ساخته شده است که شامل ۲۴ سوال و ۴ خرده مقیاس شامل بی‌ثباتی عاطفی با سوالات ۱، ۵، ۸، ۱۴، ۱۷ و ۲۱؛ مشکلات هویتی با سوالات ۳، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۲۲؛ روابط منفی با سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۳، ۲۰ و ۲۴؛ خودجرحی با سوالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به این صورت که همیشه ۵ نمره، اغلب ۴ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، به ندرت ۲ نمره و هرگز ۱ نمره تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالای علائم مرزی و نمرات پایین منعکس کننده علائم حداقل است. نقطه برش مقیاس ۶۰ و بالاتر از آن است (آذرفر و همکاران، ۱۳۹۸ الف). برای بررسی روایی مقیاس شخصیت مرزی از مقیاس تکانشگری بارات^۲ از پاتون و همکاران (۱۹۹۵) استفاده شده است که ضرایب همبستگی برای بی‌ثباتی عاطفی ۰/۴۴، مشکلات هویتی ۰/۲۶، روابط منفی ۰/۳۷ و خودجرحی ۰/۴۲ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی مقیاس است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۳). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضیب ۰/۸۹ گزارش شده است (اورمه و همکاران، ۲۰۱۹). در یک مطالعه دیگر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمده است (جونز و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۸۹ به دست آمده است.

1. Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C)
2. Barratt impulsivity scale(BIS)

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی^۱. این پرسشنامه ۳۶ سوال و که ۳۵ سوال ۸ مولفه عملکرد جسمی^۲ با سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی^۳ با سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ درد بدنی^۴ با سوالات ۲۱ و ۲۲؛ سلامت عمومی^۵ با سوالات ۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶؛ سرزندگی^۶ با سوالات ۲۳، ۲۷، ۲۹ و ۳۱؛ عملکرد اجتماعی^۷ با سوالات ۲۰ و ۳۲؛ محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی^۸ با سوالات ۱۷، ۱۸ و ۱۹؛ بهزیستی هیجانی^۹ با سوالات ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰ را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره گذاری سوالات پرسشنامه به این صورت است که در سوالات ۱ و ۲ گزینه عالی ۵ نمره، خیلی خوب ۴ نمره، خوب ۳ نمره، متوسط ۲ نمره و ضعیف ۱ نمره، در سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ گزینه مشکل دارم ۱ نمره، کمی مشکل دارم ۲ نمره و اصلا مشکل ندارم ۳ نمره، در سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ گزینه بلی صفر نمره و گزینه خیر ۱ نمره، در سوال ۲۰ گزینه هیچ ۵ نمره، به طور جزئی ۴ نمره، نسبتا ضعیف ۳ نمره، مقداری ۲ نمره و فوق العاده زیاد ۱ نمره، در سوال ۲۱ گزینه هیچ ۵ نمره، خیلی خفیف ۴ نمره، خفیف ۳ نمره، متوسط ۲ نمره، شدید ۱ نمره و خیلی شدید صفر نمره، در سوال ۲۲ گزینه اصلا مانع نشده ۵ نمره، کمی ۴ نمره، به طور متوسط ۳ نمره، تقریبا تا حدی ۲ نمره و فوق العاده زیاد ۱ نمره، در سوالات ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱ گزینه همه اوقات ۶ نمره، بیشتر اوقات ۵ نمره، مقدار زیادی از اوقات ۴ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، مقدار کمی اوقات ۲ نمره و هیچ وقت ۱ نمره، در سوال ۳۲ گزینه همه اوقات ۱ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، مقدار کمی از اوقات ۴ نمره و هیچ وقت ۵ نمره، در سوالات ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶ گزینه کاملا درست نمره ۱، بیشتر درست ۲ نمره، نمی‌دانم ۳ نمره، بیشتر نادرست ۴ نمره و کاملا نادرست ۵ نمره تعلق می‌گیرد. نمره کل این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده است (هیسه، لین، وانگ، لیو و تسای، ۲۰۲۰) که نمرات در چهار سطح تقسیم بندی شده‌اند که نمره کمتر از ۴۵ به عنوان کیفیت زندگی خیلی ضعیف، ۴۵ تا ۶۰ ضعیف، ۶۰ تا ۷۵ متوسط و بالاتر از ۷۵ مطلوب است (افرا و همکاران، ۱۳۹۸). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (ثمین و اخلاقی کوهپایی، ۱۳۹۸). در خارج از کشور برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۸ گزارش شده است (اوستاگلو و همکاران، ۲۰۱۹). در یک پژوهش ضرایب برای حوزه جسمانی ۰/۷۸ و برای حوزه روانشناختی ۰/۸۴ محاسبه شده است که نشان دهنده اعتبار پرسشنامه است (کنایت و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

1. MOS 36-item short-form health survey (SF-36)
2. physical functioning
3. role limitations due to physical health
4. bodily pain
5. general health
6. vitality
7. Social functioning
8. role limitations due to emotional problems
9. emotional well-being

۳. **جلسات طرحواره درمانی.** این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۱۳۹۵/۲۰۰۳) و خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۶) مفهوم‌سازی شده است. در این پژوهش این برنامه در بیست جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته دو جلسه در مورد گروه‌های آزمایشی طرحواره درمانی با فن شناختی، فن تجربی و فن رفتاری به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱. جلسات طرحواره درمانی اقتباس از پژوهش خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۶)

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکالیف
۱ و ۲	آشنایی و برقراری ارتباط	- ایجاد یک رابطه متقابل توأم با امنیت، همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی حد و مرزدار - آموزش رویکرد درمانی طرحواره محور	ارائه پرسشنامه چند وجهی سرگذشت زندگی به بیمار به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
۳ و ۴	بررسی و شناسایی مشکل	- شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه که با مشکلات فعلی مرتبط هستند	ارائه پرسش پرسش نامه‌های طرحواره و سبک فرزند پروری به بیمار به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
۵ و ۶	شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای	- واری پرسشنامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آنها - شناسایی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه - فنون تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و درک راهکارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی	ارائه پرسش نامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌ای به عنوان تکلیف خانگی جهت تکمیل
۷ و ۸	مفهوم‌سازی مشکل	- واری پرسشنامه ذهنیت به همراه فرد آزمودنی، ردیابی مستمر ذهنیت‌ها و آن‌ها - شناسایی و نامگذاری آنها - مفهوم‌سازی مشکل مراجع براساس رویکرد طرحواره درمانی	شناسایی ذهنیت‌ها و یادداشت آن
۹ و ۱۰	مفهوم‌سازی مشکل	- استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان - تشویق بیمار به ادامه درمان و تاکید بر پیامدهای منفی اختلال مرزی و آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی	شناسایی ذهنیت‌ها و یادداشت آن
۱۱ و ۱۲	آشنایی با ذهنیت کودک	- آشناسازی بیمار با ذهنیت کودک رها شده و کودک عصبانی و تکانشگر - کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به کارگیری فن تصویر سازی ذهنی	شناسایی و نام گذاری ذهنیت‌های کودک در منزل

	<p>- پیوندهای درمانگر با ذهنیت کودک رها شده.</p>	
	<p>- آموزش به کودک عصبانی و تکانشگر به منظور ابراز مناسب تر خشم و ارضا نیازها و تاکید بر پیامدهای منفی مرزی</p>	
<p>شناسایی و نام گذاری ذهنیت های طرحواره‌ای در منزل</p>	<p>- آموزش مذاکره بین ذهنیت ها و استفاده از فنون شناختی در جهت بی اعتبارسازی طرحواره‌های غالب</p>	<p>۱۳ و ۱۴ شناسایی با فنون شناختی</p>
	<p>- آموزش طرحواره محافظ بی تفاوت و والد تنبیه گر جهت غلبه و بیرون راندن والد تنبیه گر و جابجایی تدریجی محافظ بی تفاوت</p>	
<p>شناسایی نیازهای هیجانی</p>	<p>- ایجاد فضای توجه مثبت بی قید و شرط - ماندن با ذهنیت کودک رها شده و تلاش برای ارضای نیازهای هیجانی اساسی</p>	<p>۱۵ و ۱۶ آموزش ابراز نیازها و هیجان‌ها</p>
	<p>- تلاش برای ارضای محرومیت‌های کودک عصبانی و تکانشگر و ایجاد محدودیت های سالم برای آن و آموزش شیوه مناسب ابراز نیازها و هیجان‌ها</p>	
<p>انجام فنون شناختی، تجربی و رفتاری در منزل</p>	<p>- پیگیری طرحواره‌ها در صحبت‌های فرد آزمودنی و ارائه بینش - به کارگیری فنون شناختی، تجربی و رفتاری لازم</p>	<p>۱۷ و ۱۸ ارائه بینش</p>
	<p>- بازگو کردن حقوق به صورت مودبانه و با رعایت مرزها از طرف درمانگر</p>	
<p>اجرای مرحله پس آزمون</p>	<p>- ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم</p>	<p>۱۹ و ۲۰ جمع‌بندی و نتیجه گیری</p>
	<p>- آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود - کمک به فرد آزمودنی برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی</p>	

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی دامغان به شناسه IR.IAU.DAMGHAN.REC.1400.017 و شناسایی نمونه‌ها جهت اجرای پژوهش، پیش از

اجرا توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان به گروه‌های آزمایش داده شد. سپس جلسات مداخله به صورت فشرده در بیست جلسه برای گروه‌های آزمایش در دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی اجرا شد. افراد گروه گواه نیز پس از اتمام پژوهش تحت مداخله قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده در این پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین گروه فن شناختی ۱۵/۶۰، گروه فن تجربی ۱۵/۹۰، گروه فن رفتاری ۱۶/۱۰ و گروه گواه ۱۶/۰۰ بود؛ میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های چهار گروه در متغیر سن برابر با $۰/۶۴۱ =$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=۰/۵۹۳$) که نشان دهنده همتا بودن چهار گروه از نظر سن است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی و گروه گواه

متغیرهای وابسته	گروه‌های طرحواره درمانی	میانگین			انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری
عملکرد جسمی	گروه شناختی	۱۰/۶۰	۱۲/۲۰	۱۲/۱۰	۰/۶۶	۰/۷۸
	گروه تجربی	۱۰/۶۰	۱۳/۴۰	۱۳/۳۰	۰/۶۹	۰/۸۴
	گروه رفتاری	۱۰/۷۰	۱۴/۳۰	۱۴/۲۰	۰/۶۷	۰/۷۸
	گروه گواه	۱۰/۷۰	۱۱/۰۰	۱۱/۱۰	۰/۶۷	۰/۸۱
محدودیت سلامت جسمانی	گروه شناختی	۵/۳۰	۷/۳۰	۷/۱۰	۰/۶۷	۱/۳۳
	گروه تجربی	۵/۱۰	۷/۳۰	۷/۱۰	۰/۵۶	۰/۶۷
	گروه رفتاری	۵/۱۰	۹/۰۰	۸/۹۰	۰/۷۳	۰/۶۶
	گروه گواه	۵/۱۰	۵/۳۰	۵/۴۰	۰/۷۳	۰/۶۷
درد بدنی	گروه شناختی	۵/۵۰	۷/۱۰	۷/۰۰	۰/۵۲	۰/۹۹
	گروه تجربی	۵/۵۰	۷/۰۰	۶/۹۰	۰/۵۲	۰/۶۷
	گروه رفتاری	۵/۴۰	۸/۹۰	۸/۸۰	۰/۵۱	۰/۷۳
	گروه گواه	۵/۴۰	۵/۵۰	۵/۶۰	۰/۵۱	۰/۷۰
سلامت عمومی	گروه شناختی	۱۰/۶۰	۱۲/۳۰	۱۲/۱۰	۰/۶۹	۱/۰۵
	گروه تجربی	۱۰/۶۰	۱۲/۶۰	۱۲/۵۰	۰/۸۴	۰/۸۴
	گروه رفتاری	۱۰/۶۰	۱۳/۲۰	۱۳/۰۰	۰/۶۹	۰/۷۸
	گروه گواه	۱۰/۵۰	۱۰/۶۰	۱۰/۸۰	۰/۷۰	۰/۸۴
سرزندگی	گروه شناختی	۱۱/۲۰	۱۲/۲۰	۱۰/۱۲	۰/۶۳	۰/۹۱
	گروه تجربی	۱۱/۱۰	۱۲/۷۰	۱۲/۶۰	۰/۸۷	۰/۶۷

۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۸۷	۱۲/۸۰	۱۲/۹۰	۱۰/۹۰	گروه رفتاری	
۰/۷۳۸	۰/۸۱۶	۰/۸۲	۱۱/۱۰	۱۱/۰۰	۱۰/۷۰	گروه گواه	
۰/۹۹	۱/۰۳	۰/۵۱	۶/۱۰	۶/۲۰	۴/۴۰	گروه شناختی	عملکرد
۱/۰۳	۰/۹۹	۰/۶۷	۶/۸۰	۶/۹۰	۴/۷۰	گروه تجربی	اجتماعی
۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۵۱	۷/۳۰	۷/۴۰	۴/۴۰	گروه رفتاری	
۰/۹۹	۰/۷۸	۰/۵۱	۴/۹۰	۴/۸۰	۴/۴۰	گروه گواه	
۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۵۱	۳/۲۰	۳/۴۰	۱/۴۰	گروه شناختی	محدودیت
۰/۶۳	۰/۷۸	۰/۶۷	۳/۲۰	۳/۲۰	۱/۷۰	گروه تجربی	مشکلات هیجانی
۰/۷۸	۰/۶۹	۰/۶۷	۳/۲۰	۳/۴۰	۱/۷۰	گروه رفتاری	
۰/۸۱	۰/۷۳	۰/۵۱	۲/۰۰	۱/۹۰	۱/۶۰	گروه گواه	
۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۵۱	۱۶/۲۰	۱۶/۳۰	۱۴/۶۰	گروه شناختی	بهزیستی
۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۷۳	۱۶/۰۰	۱۶/۲۰	۱۴/۹۰	گروه تجربی	هیجانی
۰/۸۴	۰/۸۴۳	۰/۵۲	۱۶/۶۰	۱۶/۶۰	۱۴/۵۰	گروه رفتاری	
۰/۸۲	۰/۹۱	۰/۵۲	۱۴/۷۰	۱۴/۸۰	۱۴/۵۰	گروه گواه	
۳/۸۱	۳/۵۲	۲/۰۱	۷۵/۹۰	۷۷/۰۰	۶۳/۶۰	گروه شناختی	
۳/۰۲	۳/۰۹	۲/۶۱	۷۸/۴۰	۷۹/۳۰	۶۴/۲۰	گروه تجربی	نمره کل کیفیت
۲/۵۳	۲/۸۶	۲/۰۰	۸۴/۸۰	۸۵/۷۰	۶۳/۳۰	گروه رفتاری	زندگی
۲/۵۰	۲/۴۲	۲/۰۲	۶۵/۶۰	۶۴/۹۰	۶۲/۹۰	گروه گواه	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و گروه گواه به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها است که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد؛ از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. افزون بر این بررسی داده‌های داده‌های پرت از اکسپلور SPSS استفاده شد، که یافته‌ها حاکی از عدم وجود داده پرت بود. با توجه به

اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود که نتایج آن در ادامه آمده است.

جدول ۳. نتیجه آزمون کرویت موجلی کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیرهای وابسته	کرویت موجلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	معنی داری
عملکرد جسمی	۰/۳۴	۳۷/۷۶	۲	۰/۰۰۱
محدودیت سلامت جسمانی	۰/۳۱	۳۹/۹۹	۲	۰/۰۰۱
درد بدنی	۰/۳۶	۳۴/۸۵	۲	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۰/۵۸	۱۸/۸۹	۲	۰/۰۰۱
سرزندگی	۰/۲۴	۴۸/۷۵	۲	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۰/۲۳	۵۰/۱۹	۲	۰/۰۰۱
محدودیت مشکلات هیجانی	۰/۴۱	۳۰/۵۷	۲	۰/۰۰۱
بهبودی هیجانی	۰/۳۷	۳۴/۱۰	۲	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت زندگی	۰/۳۵	۳۶/۶۹	۲	۰/۰۰۱

آزمون کرویت موجلی این فرض را به آزمون می‌گذارد که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای تبدیل شده نرمال، یک ماتریس همبستگی^۱ است. نتایج جدول ۳. همسانی کوواریانس‌ها را تایید کرد. با توجه به عدم معناداری اندازه آزمون موجلی برای ابعاد کیفیت زندگی مفروضه کرویت موجلی برقرار است. فرض کرویت موجلی رد نشده و می‌توان کرویت در واریانس‌ها را برای مدل تحلیل واریانس در نظر گرفت. در جدول ۴. نتایج نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ابعاد کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ابعاد کیفیت زندگی در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
عملکرد جسمی	درون گروهی	۲۱۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
	زمان×گروه	۲۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹
	بین گروهی	۲۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
محدودیت سلامت جسمانی	درون گروهی	۱۴۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۹
	زمان×گروه	۱۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
	بین گروهی	۲۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
درد بدنی	درون گروهی	۱۶۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹
	زمان×گروه	۲۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹

1. identify matrix

۰/۹۹	۰/۶۳	۰/۰۰۱	۲۱/۱۳	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱	۱۰۸/۳۶	زمان	درون گروهی	سلامت عمومی
۰/۹۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱۰/۹۵	زمان×گروه		
۰/۹۹	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۹۰	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۵۱/۶۴	زمان	درون گروهی	سرزندگی
۰/۸۵	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۴/۲۱	زمان×گروه		
۰/۹۸	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۸/۲۹	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۱۱۴/۸۰	زمان	درون گروهی	عملکرد اجتماعی
۰/۹۹	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۸/۵۸۴	زمان×گروه		
۰/۹۹	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۱۳/۰۲	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۶۸/۱۲	زمان	درون گروهی	محدودیت مشکلات هیجانی
۰/۹۹	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۴/۵۵	زمان×گروه		
۰/۹۶	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۷/۰۳	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۶۳/۹۹	زمان	درون گروهی	بهبودی هیجانی
۰/۹۹	۰/۲۸	۰/۰۰۴	۴/۶۸	زمان×گروه		
۰/۹۸	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۸/۲۵	گروه	بین گروهی	
۰/۹۹	۰/۷۷	۰/۰۰۱	۸۰۹/۸۴	زمان	درون گروهی	نمره کل کیفیت زندگی
۰/۹۹	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۷۴/۸۷	زمان×گروه		
۰/۹۹	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۵۶/۷۰	گروه	بین گروهی	

نتایج جدول ۴. نشان می‌دهد که اثر متغیر درون گروهی (عامل زمان) بر کیفیت زندگی و ابعاد کیفیت زندگی معنادار است ($P \leq 0/001$). به این ترتیب اثر متغیر بین گروهی (طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در افزایش نمره کل کیفیت زندگی ($F=56/70$, $P=0/001$) و ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد عملکرد جسمی ($F=20/95$; $P=0/001$)، بعد محدودیت سلامت جسمانی ($F=20/48$; $P=0/001$)، بعد درد بدنی ($F=21/13$; $P=0/001$)، بعد سلامت عمومی ($F=9/90$; $P=0/001$)، بعد سرزندگی ($F=8/29$; $P=0/001$)، بعد عملکرد اجتماعی ($F=13/02$; $P=0/001$)، محدودیت مشکلات هیجانی ($F=7/03$; $P=0/001$) و بهبودی هیجانی ($F=8/25$; $P=0/001$) معنادار است؛ در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۵. آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی ابعاد کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
عملکرد جسمی	پیش آزمون ۱۰/۶۵	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۰۷*	۰/۰۰۱
پس آزمون	۱۲/۷۲	پیش آزمون-پیگیری	-۲/۰۲*	۰/۰۰۱
پیگیری	۱۲/۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۰۵	۰/۹۷۲
محدودیت سلامت جسمانی	پیش آزمون ۵/۱۵	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۰۷*	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	-۱/۹۷*	پیش آزمون-پیگیری	۷/۲۲	پس آزمون	
۰/۲۹۵	۰/۱۰	پس آزمون-پیگیری	۷/۱۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۶۷*	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۴۵	پیش آزمون	درد بدنی
۰/۰۰۱	-۱/۶۲*	پیش آزمون-پیگیری	۷/۱۲	پس آزمون	
۰/۹۷۲	۰/۰۵	پس آزمون-پیگیری	۷/۰۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۶۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۵۷	پیش آزمون	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	-۱/۵۲*	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۱۷	پس آزمون	
۰/۹۳۶	۰/۰۷	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۱۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۲۲*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۹۷	پیش آزمون	سرزندگی
۰/۰۰۱	-۱/۱۷*	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۲۰	پس آزمون	
۰/۹۷۲	۰/۰۵	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۱۵	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۸۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۴۷	پیش آزمون	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	-۱/۸۰*	پیش آزمون-پیگیری	۶/۳۲	پس آزمون	
۰/۹۷۲	۰/۰۵	پس آزمون-پیگیری	۶/۲۷	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۷*	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۶۰	پیش آزمون	محدودیت مشکلات هیجانی
۰/۰۰۱	-۱/۳۰*	پیش آزمون-پیگیری	۲/۹۷	پس آزمون	
۰/۷۷۰	۰/۰۷	پس آزمون-پیگیری	۲/۹۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۴/۶۲	پیش آزمون	بهبودی هیجانی
۰/۰۰۱	-۱/۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۹۷	پس آزمون	
۰/۳۳۴	۰/۱۰	پس آزمون-پیگیری	۱۵/۸۷	پیگیری	

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

به منظور مشخص نمودن اینکه ابعاد کیفیت زندگی در کدام مرحله با هم تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری است که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری بر افزایش ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است؛ همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که کدام فن از فنون طرحواره درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی فنون طرحواره درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شده است که نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. مقایسه‌ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی بر ابعاد کیفیت زندگی

متغیرهای وابسته	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
عملکرد جسمی	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	۰/۷۰	۰/۱۱۵

۰/۰۰۱	۱/۵۳	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۲/۱۰	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۱/۳۰	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	محدودیت سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۱/۲۳	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۲/۴۰	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۰۸	۰/۱۰	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	درد بدنی
۰/۰۱۳	۰/۹۳	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۲/۲۲۳۳۳	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۱۴	۱/۰۳	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	سلامت عمومی
۰/۰۰۲	۱/۲۶	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۱/۶۳	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۲۲	۰/۹۰	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	سرزندگی
۰/۰۰۲	۱/۱۳	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۱/۳۳	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۳۶	۰/۸۶	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۱/۳۳	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۱/۷۶	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۰۷	۰/۸۳	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	محدودیت مشکلات هیجانی
۰/۰۰۴	۰/۸۶	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۲	۰/۹۳	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	
۰/۰۰۶	۱/۰۳	تفاوت میانگین فن شناختی با گروه گواه	بهبودی هیجانی
۰/۰۲۱	۰/۹۰	تفاوت میانگین فن تجربی با گروه گواه	
۰/۰۰۱	۱/۳۶	تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه گواه	

با توجه به جدول ۶. نتایج نشان داد که در متغیر ابعاد کیفیت زندگی تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل بیشتر از سایر فنون طرحواره درمانی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که فن رفتاری از دو فن دیگر اثربخش تر بوده است و بعد از فن تجربی از شناختی نیز اثربخش تر بوده است. با این وجود می توان گفت هر سه فن درمانی موثر بوده اند اما اثربخش ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی (با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری) در افزایش ابعاد کیفیت زندگی معنادار است. به منظور مشخص نمودن اینکه ابعاد کیفیت زندگی در کدام مرحله با هم

تفاوت معنی داری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس-آزمون و پیگیری است که این نشان دهنده آن است که طرحواره درمانی با سه فن شناختی، تجربی و رفتاری بر افزایش ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که کدام فن از فنون طرحواره درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی فنون طرحواره درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه فنون سه گانه طرحواره درمانی) استفاده شد که نتایج نشان داد که در متغیر ابعاد کیفیت زندگی تفاوت میانگین فن رفتاری با گروه کنترل بیشتر از سایر فنون طرحواره درمانی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که فن رفتاری از دو فن دیگر اثربخش‌تر بوده است و بعد از فن تجربی از شناختی نیز اثربخش‌تر بوده است. با این وجود می‌توان گفت هر سه فن درمانی موثر بوده‌اند اما اثربخش‌ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری بوده است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج بیداری و حاجی علیزاده (۱۳۹۸)، محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۷)، آهوان و همکاران (۱۳۹۷)، خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۶) و خاشو و همکاران (۲۰۱۹) همسویی و همخوانی داشته باشد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی می‌توان گفت طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی، عاطفی و تجربی می‌گردد. به طوری که، با به چالش کشیدن پاسخ‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب‌تر مؤثر نشان داده است. در این رویکرد، با توانایی بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب همانند افکار خودآیند منفی، اضطراب و افسردگی و ناهنجاری‌های شخصیتی، فرد می‌تواند به بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی خود دست یابد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹). از سوی دیگر در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی نیز می‌توان گفت در رویکرد طرحواره درمانی جدای از اینکه با استفاده از تکنیک‌های شناختی و هیجانی برای درمان و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه اقدام می‌شود، با به کارگیری از تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری سعی بر اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد برخاسته از طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. با توجه به اینکه سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در ارتباه تنگاتنگ با کاهش کیفیت زندگی می‌باشند، این مهم در کیفیت زندگی دختران نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حائز اهمیت فراوان است. به طور کلی می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانی، تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به ویژه سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌تواند باعث افزایش تحرک و تخلیه هیجانی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی باشد.

همچنین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی می‌توان گفت بیماران که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند از سلامت جسمانی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند و این افراد به دلیل مشکل شخصیتی خود کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به سایر افراد در زندگی خود تجربه می‌کنند (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۷). عدم توانایی در انجام عملکرد جسمی

مطلوب موجب احساس بی‌کفایتی در فرد شده و اعتماد به نفس وی مختل می‌شود. متعاقب آن فرد به افسردگی، اندوه و اضطراب دچار شده و سطح کیفیت زندگی‌اش پایین می‌آید. لذا در طرحواره درمانی، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیمارانی که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آنها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، طرحواره درمانی باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و بدتنظیمی هیجانی می‌شود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه کیفیت زندگی بهتر در آنان می‌شود. لذا منطقی است که گفته شود طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی نوجوانان دختر دارای نشانگان مرزی اثربخشی معنی‌داری دارد.

در این مطالعه، محدودیت جامعه پژوهش، عدم کنترل کامل درمان دارویی و برخی متغیرهای مداخله‌گر (نظیر طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی و غیره)، انجام این پژوهش در جامعه دختران مبتلا به نشانگان مرزی، مهمترین محدودیت‌هایی هستند که هنگام استنباط یافته‌ها و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرند و نمی‌توان نتایج را به پسران نوجوان در این دامنه سنی تعمیم داد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات طرحواره درمانی نبود و تنها به یک مرحله پیگیری دو ماهه اکتفا شد. این پژوهش بر روی ۴ گروه ۱۰ نفر اجرا شد، لذا پایین بودن تعداد افراد نمونه در هر گروه باعث محدودیت و مشکلاتی در تعمیم نتایج به جامعه دختران نوجوان دارای نشانگان مرزی می‌شود. این پژوهش می‌توانست همزمان بر روی پسران و دختران انجام شود اما به دلیل نبود شرایط تنها به نمونه دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اکتفا شد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ دختران نوجوان سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ‌های جامعه پسند داده باشند. همزمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد نمود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش انجام آن بر روی دختران نوجوان بود که قابلیت تعمیم نتایج به پسران نوجوان مبتلا به نشانگان مرزی را با مشکل مواجه می‌کند که در این راستا پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری انجام شود تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله پسران تکرار نماید و برخی از سوالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی قرار دهند و به این سؤال با قطعیت بیشتری پاسخ داده شود که آیا این درمان و فنون آن، روش قدرتمند و مؤثری نسبت به مداخلات درمانی رایج در راستای کاهش نشانگان مرزی دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است یا نه؟. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری فنون طرحواره درمانی بر روی نشانگان بالینی دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته شود. از آنجایی که در این پژوهش تعداد هر گروه ۱۰ نفر بود در راستای رفع این محدودیت پژوهشی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم

نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌ها و نتایج به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. از آنجایی که این پژوهش محدود به نمونه دختران بوده است، در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی پسران دارای نشانگان مرزی نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین کننده باشد. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی فنون طرحواره درمانی با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه فنون مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی با فنون تجربی، شناختی و رفتاری بر کاهش سایر مشکلات دختران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همچون ایده‌پردازی خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناخت و رفتاری، درمان شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ ساله مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در پی داشته باشد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. به این صورت که، نتایج به دست آمده نشان داد هر سه فن طرحواره درمانی موثر بوده‌اند اما اثربخش‌ترین فن درمانی در این پژوهش فن رفتاری طرحواره درمانی بوده است؛ در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی مانند طرحواره درمانی به ویژه با فن رفتاری به حل مشکلات نوجوان دختر مبتلا به اختلال نشانگان مرزی به ویژه افزایش کیفیت زندگی در آنان کمک شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش، موازینی اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری، رعایت شدند. با توجه نحوه جمع‌آوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان درباره خروج از پژوهش مختار بودند؛ پس از اتمام پژوهش، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از مدیران مراکز مشاوره و همه شرکت‌کنندگانی که ما را در اجرای پژوهش حاضر یاری کردند، تشکر به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان به تصویب رسیده و با هزینه شخصی انجام شده است. در تهیه این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، گردآوری داده‌ها، روش‌شناسی، تحلیل آماری داده‌ها و نهایی آن نقش یکسانی داشته‌اند.

تعارض منافع

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

منابع

- آذرفر، فاطمه، مکوند حسینی، شاهرخ، و صباحی، پرویز. (۱۳۹۸ الف). بررسی تاثیر درگیری خانواده در اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک کوتاه مدت بر بهبود نوجوانان دختر دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۱۵ (۵۷): ۱۰۵-۱۲۵.
- آذرفر، فاطمه، مکوند حسینی، شاهرخ، و صباحی، پرویز. (۱۳۹۸ ب). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک کوتاه مدت گروهی بر کیفیت زندگی دختران نوجوان با علائم اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳ (۲): ۱۱۴-۱۰۰.
- اسماعیلیان، نسرین، دهقانی، محسن، مرادی، علیرضا، و خطیبی، علی. (۱۳۹۹). سوگیری توجه و حافظه کاری در افراد دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی با و بدون سابقه خودکشی. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲ (۱): ۳۶-۴۸.
- افرا، ارغوان، سننسل بچاری، شیما، رحیمی حسن آباد، ویدا، و روهنده، روح الله. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و سواد سلامت دانشجویان دانشکده علوم پزشکی آبادان. *نشریه آموزش پرستاری*، ۸ (۱): ۶۰-۵۳.
- آهوان، مسعود، قوتی، عاطفه، و یعقوبی، محمد. (۱۳۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۲ (۶): ۱۴-۱.
- بیداری، فرزانه، و حاجی علیزاده، کبری. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۵ (۲): ۱۰-۱.
- ثمین، طاهره، و اخلاقی کوهپایی، حسین. (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸ (۲۹): ۱۰۱-۱۱۸.
- حسینی امام، سیده سامرا، نجفی، محمود، مکوند حسینی، شاهرخ، صلواتی، مژگان، و رضایی، علی محمد. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و مدل لینهان بر افکار خودکشی در نوجوانان دارای نشانگان بالینی شخصیت مرزی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۵ (۱): ۱۴۶-۱۳۱.
- خدابنده‌لو، سعید، نجفی، محمود، و رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار بر کاهش علائم خودشیفتگی مبتلایان به اختلال شخصیت خودشیفته: پژوهش مورد-منفرد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵ (۳): ۳۳۰-۳۲۱.
- ذکی بخش محمدی، نسیم، بشرپور، سجاده، نریمانی، محمد، و کرد، مسلم. (۱۳۹۸). حافظه کاری و اختلال شخصیت: بررسی اثربخشی آموزش حافظه‌ی کاری با محرک عاطفی بر کاهش رفتارهای خودکشی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۷ (۴): ۶۲-۴۹.

- زرگر، یدالله، سجادی، سیده فاطمه، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و ارشدی، نسرين. (۱۳۹۳). اعتباریابی مقیاس ویژگی‌های شخصیت مرزی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر شیراز. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۵(۴): ۳۳۸-۳۵۲.
- سلطانی، زیبا، علیپور، گیتا، قاسمی جوبنه، رضا، و سلیمی، هادی. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شهرکرد در سال ۱۳۹۴. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۶(۳): ۴۷-۵۵.
- عباسی، فروغ، مرادی منش، فردین، نادری، فرح، و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۲): ۲۴۴۶-۲۴۵۴.
- محمدی‌زاده، لادن، مکوندی، بهنام، پاشا، رضا، بختیارپور، سعید، و حافظی، فریبا. (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کاهش میزان رفتار تکانشی در آشفتگی شخصیت مرزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۷(۱۰۶): ۴۴-۵۳.
- مهتدی جعفری، سارا، عشایری، حسن‌ف و بنیسی، پریناز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پی‌گیری یک‌ماهه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳): ۲۷۸-۲۹۱.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Chaijinda, K., Plianbangchang, P., Sripariwuth, E., & Jetiyanon, K. (2019). Quality of life of patients with chronic liver disease as measured by the abbreviated version of the world health organization quality of life scale. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 3(2), 35-40.
- Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L., & Sommers-Spijkerman, M. (2021). Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 35(2), 255-269.
- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 116-129.
- Crick, N., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psycho pathology*, 17(4), 1051-1070.
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: a review. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 43-49.
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 245(1), 856-860.
- Hsieh, L. F., Lin, Y. T., Wang, C. P., Liu, Y. F., & Tsai, C. T. (2020). Comparison of the effect of Western-made unloading knee brace with physical therapy in Asian patients with medial compartment knee osteoarthritis—A preliminary report. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(1), 319-326.

- Jones, J., Penner, F., Schramm, A. T., & Sharp, C. (2019). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. *Cognitive behaviour therapy*, 2(5), 1-13.
- Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary clinical trials communications*, 14(2), 15-31.
- Knight, M. J., Lyrtzis, E., & Baune, B. T. (2020). The association of cognitive deficits with mental and physical Quality of Life in Major Depressive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152147.
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social communicative approach. *Journal of personality*, 88(1), 88-105.
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., & Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive Therapy and Research*, 2(5), 1-14.
- Orme, W., Bowersox, L., Vanwoerden, S., Fonagy, P., & Sharp, C. (2019). The relation between epistemic trust and borderline pathology in an adolescent inpatient sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 13-23.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Peled, O., Bar-Kalifa, E., & Rafaeli, E. (2017). Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 57, 126-134.
- Quenneville, A. F., Kalogeropoulou, E., Küng, A. L., Hasler, R., Nicastro, R., Prada, P., & Perroud, N. (2020). Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 284(2), 1126-1188.
- Rahtz, D. R., Sirgy, M. J., Grzeskowiak, S., & Lee, D. J. (2020). Developing Quality-of-Life Pedagogy in Marketing Courses: A Structured Approach. In *Teaching Quality of Life in Different Domains* (pp. 129-153). Springer, Cham.
- Robertson, S., Cooper, C., Hoe, J., Lord, K., Rapaport, P., Marston, L., & Livingston, G. (2020). Comparing proxy rated quality of life of people living with dementia in care homes. *Psychological medicine*, 50(1), 86-95.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2013). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional & behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3): 219.
- Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., Betts, J., McCutcheon, L., Jovev, M., & Chanen, A. M. (2019). Number of borderline personality disorder criteria and depression predict poor functioning and quality of life in outpatient youth. *Journal of personality disorders*, 5(2), 1-14.
- Ustaoğlu, G., Göller Bulut, D., Gümüş, K. Ç., & Ankarali, H. (2019). Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP 14 and SF 36 questionnaires: A cross sectional study. *International journal of dental hygiene*, 17(4), 343-349.
- Videler, A. C., Van Alphen, S. P., Van Royen, R. J., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. *Aging & mental health*, 22(6), 738-747.

- Ware J. J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 2(5), 473-483.
- Wetterborg, D., Dehlbom, P., Långström, N., Andersson, G., Fruzzetti, A. E., & Enebrink, P. (2020). Dialectical behavior therapy for men with borderline personality disorder and antisocial behavior: A clinical trial. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 22-39.
- Winsper, C., Bilgin, A., & Wolke, D. (2020). Associations between infant and toddler regulatory problems, childhood co-developing internalising and externalising trajectories, and adolescent depression, psychotic and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 182-194.
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 99(2), 104-126.

پرسشنامه کیفیت زندگی

سوالات زیر به منظور بررسی نظر شما در مورد وضعیت سلامتی تان طراحی شده است. لطفاً هر سؤال را با ضربدر زدن (x) پاسخ دهید.

۱- به طور کلی وضعیت سلامت خود را چگونه می بینید؟

عالی خیلی خوب خوب متوسط ضعیف

۲- میزان سلامتی خود را در حال حاضر با مقایسه با سال قبل چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) از سال قبل بسیار بهتر هستم (ب) تا حدی بهتر از سال قبل هستم (ج) مثل سال قبل هستم

د) در حال حاضر تا حدی بدتر از سال قبل هستم (ه) در حال حاضر بسیار بدتر از سال قبل هستم

سوالاتی که در زیر می آید درباره‌ی فعالیت‌هایی است که شما به طور عادی در طول روز انجام می دهید آیا در انجام این فعالیتها محدودیت یا مشکلی دارید؟ اگر دارید چقدر است؟ (لطفاً یک مورد را علامت بزنید):

سؤال	مشکل	کمی	اصلاً
۳- در فعالیتهای شدید مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت کردن در ورزش های سنگین	دارم	مشکل	مشکل
۴- در فعالیتهای متوسط مثل جا به جا کردن میز، کشیدن جارو برقی و...	ندارم	دارم	ندارم

۵- در حمل کردن خرید روزانه

۶- در بالا رفتن از چند طبقه

۷- در بالا رفتن از یک طبقه

۸- خم شدن، دولا شدن، زانو زدن

۹- پیاده روی بیش از یک کیلومتر

۱۰- پیاده روی به فاصله چند صد متر

۱۱- پیاده روی به فاصله یک صد متر

۱۲- در استحمام یا پوشیدن لباسهای خود

در طی چهار هفته گذشته به علت مسائل روانی مثل اضطراب و یا افسردگی در انجام امور معمولی روزانه و انجام کارها با مشکلات زیر روبه رو بوده اید؟

۱۷- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟

خیر بلی

۱۸- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟

خیر بلی

۱۹- در انجام کارهای روزمره از دقت معمول برخوردار نبوده اید؟

خیر بلی

در طی چهار هفته گذشته آیا در کار یا تنظیم فعالیت روزانه خود مشکلات زیر را به خاطر مشکل جسمی داشته اید؟

۱۳- مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟

خیر بلی

۱۴- کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟

خیر بلی

۱۵- در انجام یک نوع کار یا فعالیت خاص مشکل داشته اید؟

خیر بلی

۱۶- کار عادی خود را با سختی و مشکل بیشتری انجام داده اید؟		خیر		بلی	
۲۰- در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت جسمی و روانی شما تا چه اندازه در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان و یا سایر افراد اختلال ایجاد کرده است؟					
هیچ ()		به طور جزئی ()		نسبتاً متوسط ()	
		مقداری ()		فوق العاده زیاد <input type="checkbox"/>	
۲۱- در طی چهار هفته گذشته چه مقدار درد بدنی داشته اید؟					
هیچ ()		خیلی خفیف ()		خفیف ()	
		متوسط ()		شدید ()	
		خیلی شدید <input type="checkbox"/>			
۲۲- در طی چهار هفته گذشته درد بدنی تا چه اندازه مانع از انجام کارهای عادی شما شده است؟					
اصلاً مانع نشده ()		کمی ()		به طور متوسط ()	
		تقریباً تا حدی ()		فوق العاده زیاد <input type="checkbox"/>	
این سوالها در مورد احساس شما و اینکه در طی چهار هفته گذشته چطور بودید، است لطفاً موردی را انتخاب کنید که به احساس شما نزدیکتر باشد.					
گزینه‌ها:					
همه اوقات		بیشتر اوقات		مقدار کمی	
از		مقدار کمی		هیچ وقت	
از		بیشتر اوقات		مقدار کمی	
از		مقدار کمی		هیچ وقت <input type="checkbox"/>	
۲۳- آیا روحیه خوبی داشته اید؟					
۲۴- آیا خیلی عصبانی بوده اید؟					
۲۵- آیا آنقدر عصبانی بوده اید که هیچ چیز شما را خوشحال نمی‌کرد؟					
۲۶- آیا احساس آرامش می‌کردید؟					
۲۷- آیا خود را با انرژی احساس می‌کردید؟					
۲۸- آیا احساس فرسودگی داشته اید؟					
۲۹- آیا احساس غمگینی یا ناامیدی داشته اید؟					
۳۰- آیا شخص خوشحالی بوده اید؟					
۳۱- آیا احساس خستگی داشتید؟					
۳۲- در طی چهار هفته گذشته تا چه میزان مشکلات و مسائل جسمی و عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی شما تاثیرگذار بوده است؟					
همه ی اوقات ()		بیشتر اوقات ()		گاهی اوقات ()	
		مقدار کمی از اوقات ()		هیچ وقت <input type="checkbox"/>	
موارد زیر تا چه اندازه در مورد شما صادق یا نادرست است.					
گزینه‌ها:					
کاملاً درست		بیشتر درست		نمیدانم	
کاملاً نادرست		بیشتر نادرست		کاملاً نا درست	
۳۳- من از دیگران زودتر بیمار می شوم					
۳۴- سلامت من در حد سلامت دیگران است					
۳۵- انتظار دارم وضعیت سلامتی ام بدتر شود					
۳۶- وضعیت سلامتی من در حد عالی است					

The effectiveness of schema therapy (ST) on the quality of life of adolescents with borderline personality disorder (BPD)

Mina. Zamani¹, Nemat. Sotodehasl^{2*}, Shahrokh Makvand Hosseini³ & Parviz Sabahi⁴

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy (ST) with cognitive, experimental, and behavioral techniques on the quality of life of adolescents with borderline personality disorder (BPD). **Methods:** This was a full factorial designed experiment with pre-test and post-test with a 2-month follow-up. The statistical population included all adolescent female patients aged 15 to 17 years with BPD referred to public-affiliated Peyvand Clinic in Bojnourd during 2020-2021, from which 40 subjects were selected by simple random sampling and assigned to experimental groups of cognitive, experimental, and behavioral techniques (10 subjects in each group) and a control group (10 subjects). The experimental groups received twenty 90-minute ST Sessions with cognitive, experimental, and behavioral techniques suggested by Young et al. (2003), but the control group received no intervention and remained on the waiting list. Study tools included the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) developed by Crick et al. (2005) and the 36-Item Short Form Survey (SF-36) developed by Ware & Sherbourne (1992). Data were analyzed using the repeated-measures ANOVA. **Results:** The results indicated that ST with cognitive, experimental, and behavioral techniques was effective in increasing the dimensions of physical function ($F = 20.950$; $P = 0.001$), physical health limitation ($F = 20.484$; $P = 0.001$), physical pain ($F = 21.135$; $P = 0.001$), general health ($F = 9.900$; $P = 0.001$), vitality ($F = 8.290$; $P = 0.001$), social functioning ($F = 13.027$; $P = 0.001$), limitation of emotional problems ($F = 7.036$; $P = 0.001$), and emotional well-being ($F = 8.252$; $P = 0.001$) and that this effect was stable in the follow-up phase ($P < 0.05$). **Conclusion:** According to the results, it can be argued that ST can be used as a treatment method based on cognitive, experimental, and behavioral techniques to increase the quality of life of adolescent female patients with BPD in medical centers.

Keywords: schema therapy (ST), quality of life, borderline personality disorder (BPD), adolescent girls

1. PhD Student in Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
sotodeh1@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Iran
4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Iran