

## اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

فاطمه نوری، فرزانه علی مردانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی شخصیت، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان شناسی شخصیت، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب آوری سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان گلپایگان در سال ۱۴۰۰ بود. روش نمونه گیری به صورت غیرتصادفی در دسترس انجام شد. بدین ترتیب از بین جامعه آماری پژوهش تعداد ۳۰ زن سرپرست خانوار بصورت نمونه گیری در دسترس که داوطلب شرکت در دوره و تمایل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به عنوان نمونه انتخاب شد. ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار دارند. ابزار اندازه گیری، در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از ابزارهای زیر استفاده شده است: برنامه آموزشی طرحواره درمانی (۲۰۰۳)، پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه تاب آوری، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، تاب آوری، سلامت روان، کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانواده

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## ۱. مقدمه

ارتباط زناشویی موفق و رضایت بخش، اساس عملکرد خانواده است که باعث رشد شایستگی و افزایش توانایی سازگاری و انطباق در بین اعضاء خانواده می شود (عدالتی و ردزن، ۲۰۱۰). زیر بنای اصلی هسته خانواده، زنان میباشند. هنگامی که دچار مشکلات شناختی و تعارضات شوند، معضالت زناشویی ایجاد می شود. زنان متأهلی که در زندگی مشترک دچار معضل ناسازگاری میشوند، احساس خستگی، ناامیدی و گاهی پوچی میکنند، که با آشفتگی شناختی همراه است (ریف، کتلیارو و فرینک، ۲۰۱۰). عوامل بسیاری هستند، که می توانند در بهبود این آشفتگی مثر ثمر باشند چرا که انسان ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می توان واکنش فرد را در رویارویی با استرس و مشکلات زندگی تغییر داد؛ به گونه ای که بتواند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط، غلبه کند (کورهونن، ۲۰۰۷؛ به نقل از ریسی و همکاران، ۱۳۹۹).

نظر محققین بر این است که یکی از علتهای اصلی و زیر بنایی تعارضات زوجین که منجر به طلاق می شود طرحواره های ناسازگار اولیه است. این طرحواره ها، در واقع همان باورهای اغراق آمیز بسیار غیرعقلانی و مطلق نگر نسبت به رابطه یا طرف مقابل هستند (همامکی، ۲۰۱۳). که بر اساس واقعیت و تجربه شکل می گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می دهند (اپشتاین و باکوم، ۲۰۱۳) و با ابعاد صمیمیت زناشویی همبستگی منفی و معناداری دارند، یعنی هر چه طرحواره ها ناسازگارتر می شوند صمیمیت زناشویی نیز کاهش می یابد (ذوالفقاری، فاتح زاده و عابدی، ۱۳۸۷).

عوامل بسیاری وجود دارند تا این ناهماهنگی و تعارضات بین زوجین تعدیل یابد، یکی از مهم ترین این عوامل تاب آوری است که به عنوان توانایی سازگاری موفق فرد با شرایط سخت تعریف شده است (دراپیو و همکاران، ۲۰۰۷). افراد تاب آور پس از رویا رویی با موقعیت های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می گردند، حال آن که برخی دیگر افراد پس از مواجهه با ناکامی ها و مشکلات نسبت به قبل رشد هم می کنند. تاب آوری رسیدن به تعادل یا رسیدن به سطوح بالاتر در شرایط مخاطره آمیز است که، نتیجه ی آن سازگاری موفقیت آمیزی را به دنبال داشته باشد (مایرز، ۲۰۱۱). مولفه تاب آوری در<sup>۹</sup> کاهش استرس و بهبود زندگی زوجین نقش مهمی دارد (خواجویی نیا و همکاران، ۲۰۱۵). مداخلات شناختی درمانی زیادی وجود دارد که می تواند سطح تاب آوری افراد را با ببرد از جمله طرح واره درمانی .

<sup>۱</sup>. Edalati & Redzuan

<sup>۲</sup>. Ryff, Ketelear & Wiefferink

<sup>۳</sup>. Korhenen

<sup>۴</sup>. Early Maladaptive Schemes

<sup>۵</sup>. Hamamci

<sup>۶</sup>. Epstein & Baucom

<sup>۷</sup>. Resilience

<sup>۸</sup>. Drapeau

<sup>۹</sup>. Myers

<sup>۱۰</sup>. Calabrese

<sup>۱۱</sup>. Schema Therapy

طرح واره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل مشکلاتی است که به طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود. این درمان به طرحواره‌های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی و یاد بوهایی از سخت‌گیری دوران کودکی هستند، که منجر به ادراک تحریف شده و تفکر غیر منطقی زوج‌ها می‌شوند، اهمیت زیادی می‌دهد، چرا که طرحواره‌ها همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه نشان می‌دهند و مایه تاثیر در کنشگری رابطه می‌شوند و با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی همبستگی دارند (آرنتز و جیکوب، ۲۰۱۳، تیم ، ۲۰۱۰). هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار برانگیخته می‌شوند افرادی جاناتی همچون خشم زیاد، افسردگی و بدنبال آن احساس گناه را تجربه می‌کنند که موجب کاهش تاب‌آوری و افزایش تنش در روابط بین فردی می‌شود (علی‌زاده اصلی و جعفری لنگرودی، ۱۳۹۶).

تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌نماید و آنها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند و بر کیفیت زندگی تاثیر دارد. همچنین افراد تاب‌آور، سازگاری بالایی با عوامل استرس‌زای محیطی در زندگی شان دارند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۶).

ارتقاء سطح تاب‌آوری و افزایش آستانه تحمل فرد در برابر با شرایط استرس‌زا می‌تواند درماندگی فرد را در شرایط استرس‌زا تعدیل نموده و موجب افزایش روحیه فرد و سلامت روانی و جسمی شود (ود ، ۲۰۱۵).

کیفیت زندگی و سلامت روان از عوامل اصلی مخاطره‌آمیز در ایجاد آسیب‌ها و اختلال‌های روانشناختی در جامعه و خانواده در نظر گرفته می‌شوند. هنگامی که کارکردهای نرمال بیولوژیکی، اجتماعی، احساسی و شناختی در خانواده آسیب ببینند، منجر به مشکلات و ناراضی‌های زناشویی می‌شود که امکان دارد در هر مرحله‌ای از زندگی مشترک وجود داشته باشد (شاکریان، نظری، معصومی، ابراهیمی و دانایی، ۲۰۱۴).

در کشورهای در حال توسعه این مفهوم بیشتر به دلیل مرگ همسر، طلاق، اعتیاد و بیماری مطرح می‌شود. امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان‌آور خانواده هستند و ۳۷/۵ درصد خانواده‌های جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (شاتز، مدهاوان و ویلیامز، ۲۰۱۱). این گروه از زنان که تحت عنوان سرپرست خانواده یا خودسرپرست در جامعه نامیده می‌شوند با مصائب و مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجه هستند (جمالی، سپاه منصور و فلاحیان، ۱۳۹۳).

فقدان حمایت‌های کافی و کمبودهایی که این زنان در تامین امورات مالی دارند باعث شده است که این زنان از سلامت اجتماعی و روانی کمتری برخوردار باشند و این امر می‌تواند زمینه ابتلا آنان و فرزندان تحت حمایت آنها را به اختلالات روانی را فراهم کند. این زنان و فرزندان تحت سرپرستی آنها از سطوح بالاتری از آسیب‌پذیری را نشان می‌دهند و همواره با تنیدگی بیشتر برای اداره زندگی مواجه هستند زیرا زنان سرپرست خانواده ناگزیرند هم اداره امور اقتصادی و تنیدگی‌های مربوط به شغل و تنظیم درآمد را تجربه کنند و هم تنیدگی‌های نقش والدینی، تربیتی و حمایتی از فرزندان را بر عهده داشته باشند (شهریاری، سعادت‌مند و فاتحی‌زاده و محققیان، ۱۳۹۲).

<sup>۱۲</sup> Arntz & Jacob

<sup>۱۳</sup> Thimm

<sup>۱۴</sup> Resilient

<sup>۱۵</sup> Wood

با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، پژوهش حاضر که آیا طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد؟ هدف متخصصان بالینی در قرن اخیر، یاری رساندن به دیگران جهت غلبه یافتن بر دردها ورنج هایشان بود. اگرچه این هدف درخور تحسین است، اما برطرف کردن رنج و درد کافی نیست. به مراجعان باید کمک کرد تا توانمندی های خود را نشان داده و منابع شخصی و نقاط قوت جدید خود را کشف کنند. روان‌شناسان بالینی در موقعیت عالی برای کمک کردن به دیگران هستند تا در مقیاس کیفیت زندگی از اعداد منفی به صفر و سپس به سوی دامنه های مثبت حرکت کنند (صدیق منش، ۱۳۹۵).

یکی از رویکردهایی که به بررسی نگرش و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی فرد پرداخته است نظریه طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، بر الگوهای خود - ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. در چارچوب واژه‌های طرحواره درمانی، این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی (نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی و تفریح و خویشتن داری) در دوران کودکی فرد، موجب شکل‌گیری طرحواره‌های مختل می‌شوند. یانگ ۱۸ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه و ساز و کارهای مقابله ناسازگار را که به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد معرفی کرده است که این طرحواره‌ها را در ۵ حوزه اصلی بریدگی و طرد/ خودگردانی و عملکرد مختل / محدودیت‌های مختل / جهت مندی و گوش به زنگی و بازداری قرار داده‌اند. (استراک، ۲۰۰۵؛ به نقل از ذولفقاری و همکاران، ۱۳۹۴).

#### اهداف پژوهش

**هدف کلی:** تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار.

#### اهداف فرعی:

- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار
- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار
- تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

#### فرضیه های پژوهش

**فرضیه اصلی:** طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.

#### فرضیه های فرعی:

- طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.
- طرحواره درمانی در افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.
- طرحواره درمانی در افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.

**۲. روش تحقیق**

پژوهش حاضر، از نظر هدف جزء تحقیقات کاربری و از نظر ماهیت اجرا میزان کنترل محقق بر متغیرهای تحقیق از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان گلپایگان در سال ۱۴۰۰ بود.

روش نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی در دسترس انجام شد. بدین ترتیب از بین جامعه آماری پژوهش تعداد ۳۰ زن سرپرست خانوار بصورت نمونه‌گیری در دسترس که داوطلب شرکت در دوره و تمایل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به عنوان نمونه انتخاب شد. ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار دارند.

**۱.۲. ابزار اندازه گیری داده ها****پرسشنامه سلامت عمومی:**

پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر به‌سزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته است.

فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است که دربرگیرنده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است.

همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده می‌تواند به‌عنوان ابزار غربالگری، صرفه‌جویی در وقت و هزینه را در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد. پالاهاگ و همکاران در بررسی اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، بر اساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بر اساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی ۹۱٪ بوده است. یعقوبی و همکاران، در بررسی اعتبار یابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، نمره برش ۶ را با روش سنتی و نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرتی گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی ۸۸٪ گزارش کرده است.

**پرسشنامه تاب آوری:**

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و

دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. نمره گذاری گزینه ها در این مقیاس بدین شرح است:

کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴

بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. عبارات مربوط به هر زیرمقیاس:

زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰

زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶

زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱

زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳

زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳

کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است.

برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید.

### پرسشنامه کیفیت زندگی

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شد.

پرسشنامه WHO QOL BREF به سنجش چهار بعد از کیفیت زندگی می پردازد که عبارتند از:

سلامت جسمی (Physical health)

سلامت روانشناختی (Psychological health)

روابط اجتماعی (Social relationships)

محیط اجتماعی (Social environment)

این پرسشنامه فرم کوتاه است و دارای ۲۶ سوال است که جواب هر سوال از بسیار بد تا بسیار خوب می باشد. همچنین

این پرسشنامه دارای روایی و اعتبار نیز می باشد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از ابزارهای اندازه‌گیری در دو گروه کنترل و آزمایش با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شده است.

### ۳. یافته‌ها

#### ۱.۳. یافته‌های توصیفی

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و امید به زندگی به‌مراه مؤلفه‌ها برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آموزش طرحواره‌درمانی و گواه ( $n=30$ )

مرحله	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره SW	P	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	آموزش	۴۱/۴۶	۴/۴۷	۰/۹۴۳	۰/۴۲۷	۵۲/۴۶	۵/۱۹	۰/۸۲۲
	گواه	۴۱/۷۳	۳/۰۱	۰/۹۶۸	۰/۸۲۲	۴۳/۸۰	۴/۶۷	۰/۶۹۸
تصور از شایستگی فردی	آموزش	۱۴/۱۳	۲/۳۲	۰/۹۳۴	۰/۳۰۸	۱۶/۹۳	۲/۷۸	۰/۲۴۸
	گواه	۱۴/۴۰	۲/۵۰	۰/۹۲۱	۰/۱۹۷	۱۴/۶۰	۱/۹۵	۰/۰۳۴
اعتماد به‌خود	آموزش	۱۰/۸۶	۲/۱۳	۰/۹۴۹	۰/۵۰۵	۱۲/۳۳	۱/۷۵	۰/۰۵۲
	گواه	۱۰/۸۶	۲/۲۶	۰/۹۳۱	۰/۲۸۵	۱۱	۲/۲۶	۰/۴۷۱
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	آموزش	۷/۷۳	۲/۱۲	۰/۹۱۸	۰/۱۸۰	۱۰/۸۰	۲/۷۰	۰/۱۳۲
	گواه	۸/۳۳	۱/۷۱	۰/۸۷۸	۰/۰۴۵	۸/۶۶	۱/۷۵	۰/۷۵۸
کنترل	آموزش	۵/۹۳	۱/۷۵	۰/۸۷۷	۰/۰۴۳	۸/۲۶	۱/۹۴	۰/۱۶۹

گواه	۵/۲۶	۱/۵۷	۰/۹۳۴	۰/۳۱۰	۶/۵۳	۱/۶۴	۰/۸۰۹	۰/۱۰۰۵
تأثیرات	آموزش	۲/۸۰	۰/۶۷	۰/۸۰۱	۰/۱۰۰۴	۴/۱۳	۱/۲۴	۰/۹۲۴
معنوی	گواه	۲/۸۶	۱/۱۸	۰/۸۹۱	۰/۱۰۷۰	۳	۱/۵۵	۰/۸۹۳
کیفیت	آموزش	۵۲/۵۳	۷/۱۶	۰/۹۵۷	۰/۶۳۳	۵۷/۰۶	۲/۳۷	۰/۹۰۸
زندگی	گواه	۵۳/۱۳	۵/۸۷	۰/۹۷۵	۰/۹۲۳	۵۳/۸۰	۳/۰۵	۰/۸۴۴
جسمی	آموزش	۴۳/۴۰	۵/۲۴	۰/۹۶۱	۰/۷۱۸	۴۷/۶۰	۳/۲۹	۰/۹۵۷
روانشناختی	گواه	۴۳/۵۳	۴/۸۵	۰/۹۸۴	۰/۹۹۰	۴۴	۵/۲۰	۰/۹۰۲
روابط	آموزش	۵۱/۷۳	۳/۶۷	۰/۹۷۴	۰/۹۱۶	۵۵/۶۰	۵/۲۴	۰/۹۵۰
اجتماعی	گواه	۵۱/۶۶	۳/۳۳	۰/۹۳۲	۰/۲۹۲	۵۲/۲۶	۳/۳۲	۰/۸۹۷
محیطی	آموزش	۴۲/۲۶	۴/۸۱	۰/۹۵۱	۰/۵۳۷	۴۷/۰۶	۴/۱۱	۰/۹۵۰
سلامت	گواه	۴۲/۶۶	۳/۷۱	۰/۹۴۷	۰/۴۷۳	۴۳/۱۳	۳/۲۲	۰/۹۳۵
روان	آموزش	۵۵/۱۳	۵/۲۰	۰/۹۷۰	۰/۸۵۸	۵۸/۹۳	۵/۴۳	۰/۹۶۹
علائم	گواه	۵۴/۸۰	۳/۸۰	۰/۹۵۷	۰/۶۴۷	۵۵/۰۶	۲/۱۲	۰/۹۳۹
جسمانی	آموزش	۴۵/۳۳	۲/۴۳	۰/۹۷۶	۰/۹۳۶	۳۸/۸۶	۳/۲۰	۰/۹۴۲
اختلال در عملکرد	گواه	۴۴/۲۰	۲/۵۱	۰/۹۱۷	۰/۱۱۷۶	۴۲/۹۳	۲/۱۸	۰/۹۴۶
افسردگی	آموزش	۱۴/۱۳	۱/۷۶	۰/۹۵۲	۰/۵۶۳	۱۲/۱۳	۱/۴۵	۰/۸۹۵
اضطراب	گواه	۱۳/۹۳	۱/۷۰	۰/۹۶۲	۰/۷۳۱	۱۳/۷۳	۱/۷۰	۰/۹۳۰
اختلال در عملکرد	آموزش	۱۰/۱۳	۱/۷۲	۰/۹۶۱	۰/۷۰۶	۸/۲۰	۱/۰۸	۰/۸۶۷
افسردگی	گواه	۹/۶۶	۱/۳۴	۰/۹۵۳	۰/۵۷۵	۹/۲۶	۱/۱۶	۰/۹۲۹
اضطراب	آموزش	۸/۳۳	۱/۰۴	۰/۸۴۹	۰/۱۰۱۷	۷/۰۶	۱/۹۰	۰/۸۲۸
اضطراب	گواه	۷/۹۳	۱/۳۳	۰/۹۱۵	۰/۱۶۳	۷/۲۰	۰/۸۶	۰/۷۷۱
اضطراب	آموزش	۱۲/۷۳	۱/۵۳	۰/۹۲۰	۰/۱۹۶	۱۱/۴۶	۱۱/۵۵	۰/۸۵۸



آماره SW: آزمون شاپیرو-ویلک

با توجه به جدول ۱، میانگین نمرات متغیرهای تاب آوری، سلامت روان، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های طرحواره درمانی و گواه در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های درمان، نمرات پس آزمون شرکت کنندگان در متغیرهای تاب آوری، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن افزایش داشته و متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های آن کاهش داشته است.

### ۲.۳. بررسی مفروضات آماری کوواریانس

- **نرمال بودن:** برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها با توجه به اینکه تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه کمتر از ۵۰ نفر بود براساس نظر جسون بکر (۲۰۱۳) از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح معناداری متغیرهای تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در هر یک از گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و گواه در مراحل پیش-آزمون و پس آزمون بالاتر از ۰/۰۰۱ بود ( $P > 0/001$ ). لذا براساس آزمون شاپیرو ویلک در سطح ۰/۰۰۱ متغیرهای پژوهش معنادار نبود که این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد.

- **همگنی شیب رگرسیون:** مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون با متغیر گروه بندی بر متغیر وابسته بررسی شد. شیب خط رگرسیون نمره کل متغیر تاب آوری ( $P = 0/719$ ،  $F = 133/6$ )، کیفیت زندگی ( $P = 0/441$ ،  $F = 611/6$ ) و سلامت روان ( $P = 0/783$ ،  $F = 78/0$ ) در مرحله پس آزمون به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. جدول ۲ نیز نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب رگرسیون مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. بررسی همگنی شیب رگرسیون جهت تحلیل کوواریانس چند متغیری مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون

متغیر	مؤلفه	لامبدای ویلکز	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	آماره F	مقدار احتمال
تاب	تصور از شایستگی فردی	۰/۸۰۵	۵	۱۴	۰/۶۷۸	۰/۶۴۷
آوری منفی	اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه	۰/۷۸۷	۵	۱۴	۰/۷۵۹	۰/۵۹۴

۰/۷۲۵	۰/۵۶۵	۱۴	۵	۰/۸۳۲	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۵۹۸	۰/۷۵۳	۱۴	۵	۰/۷۸۸	کنترل
۰/۵۰۹	۰/۸۹۸	۱۴	۵	۰/۷۵۷	تأثیرات معنوی
۰/۱۶۶۸	۰/۱۶۰۰	۱۷	۴	۰/۸۷۶	جسمی
۰/۱۷۷۵	۰/۴۴۴	۱۷	۴	۰/۹۰۵	روانشناختی
۰/۳۵۰	۱/۱۹۳	۱۷	۴	۰/۷۸۱	روابط اجتماعی
۰/۹۲۲	۰/۲۲۳	۱۷	۴	۰/۹۵۰	محیطی
۰/۹۹۸	۰/۰۲۸	۱۷	۴	۰/۹۹۳	علائم جسمانی
۰/۱۶۹۳	۰/۵۶۲	۱۷	۴	۰/۸۸۳	اختلال در عملکرد
۰/۳۴۵	۱/۲۰۵	۱۷	۴	۰/۷۷۹	افسردگی
۰/۱۶۰۶	۰/۱۶۹۴	۱۷	۴	۰/۸۶۰	اضطراب

نتایج نشان داد، آماره چند متغیری لامبدای ویلکز مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نمی‌باشند. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه شیب خط رگرسیون، مجاز به استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری می‌باشیم.

- **همگنی واریانس‌ها:** به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای تاب آوری، سلامت روان، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در دو گروه، از آزمون لوین استفاده شد و نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار احتمال
تاب آوری	۰/۴۵۶	۱	۲۸	۰/۵۰۵
تصور از شایستگی فردی	۲/۹۲۱	۱	۲۸	۰/۰۹۹
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	۰/۵۶۲	۱	۲۸	۰/۴۶۰
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۷/۷۱۱	۱	۲۸	۰/۰۱۰

۰/۳۲۶	۲۸	۱	۱/۰۰۱	کنترل
۰/۸۹۲	۲۸	۱	۰/۰۱۹	تأثیرات معنوی
۰/۲۹۳	۲۸	۱	۱/۱۴۷	کیفیت زندگی
۰/۳۱۷	۲۸	۱	۱/۰۳۹	جسمی
۰/۳۰۸	۲۸	۱	۱/۰۷۹	روانشناختی
۰/۵۶۱	۲۸	۱	۰/۳۴۷	روابط اجتماعی
۰/۰۲۵	۲۸	۱	۵/۵۸۵	محیطی
۰/۰۵۰	۲۸	۱	۴/۲۰۴	سلامت روان
۰/۷۲۳	۲۸	۱	۰/۱۲۸	علائم جسمانی
۰/۴۲۵	۲۸	۱	۰/۶۵۵	اختلال در عملکرد
۰/۰۷۹	۲۸	۱	۳/۳۱۵	افسردگی
۰/۹۲۹	۲۸	۱	۰/۰۰۸	اضطراب

نتایج نشان از عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرهای تاب آوری، سلامت روان، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۱ دارد ( $P > 0/01$ ). بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی برای تمامی متغیر پژوهش در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است.

- همسانی ماتریس واریانس کوواریانس: برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون از آزمون M باکس استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون همسانی ماتریس واریانس کوواریانس

مقدار احتمال	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره F	Box's M	
۰/۵۵۲	۳۱۵۶۵/۶۳۲	۱۵	۰/۹۱۱	۱۶/۹۷۴	تاب آوری
۰/۰۱۶	۳۷۴۸/۲۰۷	۱۰	۲/۱۷۹	۲۵/۸۲۵	کیفیت زندگی
۰/۲۷۲	۳۷۴۸/۲۰۷	۱۰	۱/۲۲۰	۱۴/۴۶۴	سلامت روان

نتایج آزمون M باکس نشان داد، همگن بودن ماتریس کوواریانس مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) در سطح ۰/۰۱ مورد تأیید قرار گرفت.

-کرویت یا رابطه معنادار بین مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی: برای بررسی این مفروضه در جدول ۵ نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیر گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج بررسی کرویت در مرحله پس‌آزمون

متغیر	خی دو بارتلت	درجه آزادی	مقدار احتمال
تاب آوری	۴۵/۸۸۸	۱۴	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۲۸/۴۲۶	۹	۰/۰۲۳
سلامت روان	۴۳/۱۶۷	۹	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ آماره خی دو بارتلت برای بررسی معناداری همبستگی مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین رابطه معناداری بین این مؤلفه‌ها وجود دارد.

برای بررسی اینکه گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه مربوط به تفاوت بین گروهی مؤلفه‌های تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی در

مرحله پس‌آزمون

متغیر	مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات
تاب آوری	تصور از شایستگی فردی	بین گروهی	۵۰/۶۲۵	۱	۵۰/۶۲۵	۸/۱۲۱	۰/۰۰۹	۰/۲۶۱
		خطا	۱۴۳/۳۸۶	۲۳	۶/۲۳۴			
	اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	بین گروهی	۱۰/۸۵۶	۱	۱۰/۸۵۶	۲/۸۵۸	۰/۱۰۴	۰/۱۱۱
		خطا	۸۷/۳۵۷	۲۳	۳/۷۹۸			

۰/۲۶۱	۰/۰۰۹	۸/۱۱۹	۳۶/۲۲۷	۱	۳۶/۲۲۷	بین گروهی	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	
			۴/۴۶۲	۲۳	۱۰۲/۶۲۵	خطا		
۰/۲۸۷	۰/۰۰۶	۹/۲۴۵	۲۸/۴۱۹	۱	۲۸/۴۱۹	بین گروهی	کنترل	
			۳/۰۷۴	۲۳	۷۰/۷۰۵	خطا		
۰/۱۴۳	۰/۰۶۳	۳/۸۲۳	۷/۸۷۲	۱	۷/۸۷۲	بین گروهی	تأثیرات معنوی	
			۲/۰۵۹	۲۳	۴۷/۳۵۵	خطا		
۰/۱۸۲	۰/۰۳۰	۵/۳۴۵	۹۷/۰۸۲	۱	۹۷/۰۸۲	بین گروهی	جسمی	
			۱۸/۱۶۴	۲۴	۴۳۵/۹۳۸	خطا		
۰/۱۴۷	۰/۰۵۴	۴/۱۲۲	۸۱/۴۴۶	۱	۸۱/۴۴۶	بین گروهی	روانشناختی	
			۱۹/۷۵۷	۲۴	۴۷۴/۱۶۵	خطا		کیفیت زندگی
۰/۲۹۵	۰/۰۰۴	۱۰/۰۳۰	۱۱۲/۳۵۷	۱	۱۱۲/۳۵۷	بین گروهی	روابط اجتماعی	
			۱۱/۲۰۲	۲۴	۲۶۸/۸۴۹	خطا		
۰/۲۱۹	۰/۰۱۶	۶/۷۳۶	۱۱۰/۹۴۰	۱	۱۱۰/۹۴۰	بین گروهی	محیطی	
			۱۶/۴۶۹	۲۴	۳۹۵/۲۵۰	خطا		
۰/۳۰۱	۰/۰۰۴	۱۰/۳۴۹	۱۹/۹۸۴	۱	۱۹/۹۸۴	بین گروهی	علائم جسمانی	سلامت روان
			۱/۹۰۲	۲۴	۴۵/۶۴۹	خطا		

۰/۱۹۹	۰/۰۲۲	۵/۹۷۲	۸/۱۸۳	۱	۸/۱۸۳	بین گروهی	اختلال در عملکرد
			۱/۳۷۰	۲۴	۳۲/۸۸۴	خطا	
۰/۰۰۹	۰/۶۳۹	۰/۲۲۶	۰/۳۷۰	۱	۰/۳۷۰	بین گروهی	افسردگی
			۱/۶۴۰	۲۴	۳۹/۳۷۱	خطا	
۰/۱۹۰	۰/۰۲۶	۵/۶۱۵	۱۳/۹۰۹	۱	۱۳/۹۰۹	بین گروهی	اضطراب
			۲/۴۷۷	۲۴	۵۹/۴۴۵	خطا	

با توجه به جدول فوق آماره F برای مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی (۸/۱۲۱)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۸/۱۱۹) و کنترل (۹/۲۴۵) در متغیر تاب آوری در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و گواه در مؤلفه‌های تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی (۰/۲۶۱)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۰/۲۶۱) و کنترل (۰/۲۸۷) می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه قابل قبول است. با توجه به جدول ۶ آماره F برای مؤلفه‌های جسمی (۵/۳۴۵)، روابط اجتماعی (۱۰/۰۳۰) و محیطی (۶/۷۳۶) در متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). این یافته نشان می‌دهد، بین گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و گواه در مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های جسمی (۰/۱۸۲)، روابط اجتماعی (۰/۲۹۵) و محیطی (۰/۲۱۹) می‌باشد که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه قابل قبول است.

### ۳،۳. فرضیه‌های پژوهش

فرضیه ۱: آموزش طرحواره درمانی بر افزایش میزان تاب آوری زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.

جهت بررسی تفاوت گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر تاب آوری و مؤلفه‌های آن در جدول ۷ نتایج مقایسه میانگین نمرات تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون براساس آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۷. بررسی تفاوت‌های دو به دو گروه (آموزش طرحواره درمانی و گواه) در تاب آوری

متغیر	گروه	میانگین تعدیل یافته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
تاب آوری	آموزش طرحواره درمانی	۵۲/۴۷۳	۸/۹۸*	۱/۸۳۸	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۳/۷۹۴			
تصور از شایستگی فردی	آموزش طرحواره درمانی	۱۷/۱۱۴	۲/۹۹۴*	۰/۹۴۵	۰/۰۰۹
	گواه	۱۴/۴۲۰			
اعتماد به غرایز فردی	آموزش طرحواره درمانی	۱۲/۲۹۰	۱/۲۴۷	۰/۷۳۸	۰/۱۰۴
	گواه	۱۱/۰۴۳			
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	آموزش طرحواره درمانی	۱۰/۸۷۳	۲/۲۷۹*	۰/۸۰۰	۰/۰۰۹
	گواه	۸/۵۹۴			
کنترل	آموزش طرحواره درمانی	۸/۴۰۹	۲/۰۱۸*	۰/۶۶۴	۰/۰۰۶
	گواه	۶/۳۹۱			
تأثیرات معنوی	آموزش طرحواره درمانی	۴/۰۹۸	۱/۰۶۲	۰/۵۴۳	۰/۰۶۳
	گواه	۳/۰۳۶			

\*P&lt;۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان داد، تفاوت میانگین تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیر تاب آوری (۸/۶۷۸) و مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی (۲/۶۴۹)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۲/۲۷۹) و کنترل (۲/۰۱۸) معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد تفاوت معناداری بین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و گواه در متغیر تاب آوری و مؤلفه‌های آن (به غیر از اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفی منفی و تأثیرات معنوی) وجود دارد. به طوری که میانگین تعدیل یافته تاب آوری و مؤلفه‌های آن (به غیر از اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفی منفی و تأثیرات معنوی) در گروه آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون به صورت معناداری بالاتر از میانگین گروه گواه بود. بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر افزایش تاب آوری و مؤلفه‌های آن (به غیر از اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفی منفی و تأثیرات معنوی) در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

فرضیه ۲: آموزش طرحواره درمانی بر افزایش میزان سلامت روان زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.

جهت بررسی تفاوت گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر سلامت روان و مؤلفه های آن در جدول ۸ نتایج مقایسه میانگین نمرات تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در مرحله پس آزمون براساس آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۸. بررسی تفاوت های دو به دو گروه (آموزش طرحواره درمانی و گواه) در سلامت روان

متغیر	گروه	میانگین تعدیل یافته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
سلامت روان	آموزش طرحواره درمانی	۳۸/۹۵۰	-۳/۹۰۱*	۱/۰۳۹	۰/۰۰۱
	گواه	۴۲/۸۵۰			
علائم جسمانی	آموزش طرحواره درمانی	۱۲/۰۸۹	-۱/۶۸۹*	۰/۵۲۵	۰/۰۰۴
	گواه	۱۳/۷۷۸			
اختلال در عملکرد	آموزش طرحواره درمانی	۸/۱۸۹	-۱/۰۸۹*	۰/۴۴۶	۰/۰۲۲
	گواه	۹/۲۷۸			
افسردگی	آموزش طرحواره درمانی	۷/۰۱۸	-۰/۲۳۲	۰/۴۸۷	۰/۶۳۹
	گواه	۷/۲۴۹			
اضطراب	آموزش طرحواره درمانی	۱۱/۳۹۰	-۱/۴۹۹*	۰/۵۹۹	۰/۰۲۶
	گواه	۱۲/۸۱۰			

\* $P < 0.001$

نتایج جدول ۸ نشان داد، تفاوت میانگین تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گواه در مرحله پس آزمون در متغیر سلامت روان (۳/۹۰۱-) و مؤلفه های علائم جسمانی (۱/۶۸۹-)، اختلال در عملکرد (۱/۰۸۹-) و اضطراب (۱/۴۱۹-) معنادار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد تفاوت معناداری بین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و گواه در متغیر سلامت روان و مؤلفه های آن (به غیر از افسردگی) وجود دارد. به طوری که میانگین تعدیل یافته سلامت روان و مؤلفه های آن (به غیر از افسردگی) در گروه آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون به صورت معناداری پایین تر از میانگین گروه گواه بود. بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روان و مؤلفه های آن (به غیر از افسردگی) در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.



## فرضیه ۳: آموزش طرحواره درمانی بر افزایش میزان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر دارد.

جهت بررسی تفاوت گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه های آن در جدول ۹ نتایج مقایسه میانگین نمرات تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گروه گواه در مرحله پس از آزمون براساس آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۹. بررسی تفاوت های دو به دو گروه (آموزش طرحواره درمانی و گواه) در کیفیت زندگی

متغیر	گروه	میانگین تعدیل یافته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	آموزش طرحواره درمانی	۵۷/۱۲۷	۳/۳۸*	۰/۸۹۱	۰/۰۰۱
	گواه	۵۳/۷۳۹			
جسمی	آموزش طرحواره درمانی	۴۷/۶۰۳	۳/۶۰۵*	۱/۵۵۹	۰/۰۳۰
	گواه	۴۳/۹۹۷			
روانشناختی	آموزش طرحواره درمانی	۵۵/۵۸۴	۳/۳۰۲	۱/۶۲۶	۰/۰۵۴
	گواه	۵۲/۲۸۲			
روابط اجتماعی	آموزش طرحواره درمانی	۴۷/۰۳۹	۳/۸۷۸*	۱/۲۲۵	۰/۰۰۴
	گواه	۴۳/۱۶۱			
محیطی	آموزش طرحواره درمانی	۵۸/۹۲۷	۳/۸۵۴*	۱/۴۸۵	۰/۰۱۶
	گواه	۵۵/۰۷۳			

\* $P < 0.001$

نتایج جدول ۹ نشان داد، تفاوت میانگین تعدیل یافته گروه آموزش طرحواره درمانی با گواه در مرحله پس از آزمون در متغیر کیفیت زندگی (۳/۳۸۸) و مؤلفه های جسمی (۳/۶۰۵)، روابط اجتماعی (۳/۸۷۸) و محیطی (۳/۸۵۴) معنادار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد تفاوت معناداری بین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و گواه در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه های آن (به غیر از روانشناختی) وجود دارد. به طوری که میانگین تعدیل یافته کیفیت زندگی و مؤلفه های آن (به غیر از روانشناختی) در گروه آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس از آزمون به صورت معناداری بالاتر از میانگین گروه گواه بود. بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه های آن (به غیر از روانشناختی) در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

طرحواره درمانی در افزایش تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تاثیر مثبتی دارد. نقش فزاینده خودآگاهی و خودشناسی و آشنایی با طرح واره های درمانی در افزایش تاب آوری زنان سرپرست خانوار بود. آنچه به وضوح قابل ملاحظه و تاکید است تاثیر مثبت این روند بر تاب آوری زنان سرپرست خانوار در مواجهه با شرایط سخت و بحران های حاد زندگی است. نتایج تحقیقات مشابه با یافته های این تحقیق همخوان است. می توان گفت با سرمایه گذاری بر روی آموزش و ایجاد خودآگاهی در میان گروه از افراد جامعه می توان تمام ریز فاکتورهای دیگر مانند کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و محیطی و میزان اضطراب را نیز تا حد زیادی کنترل و در مسیر بهبود قرار داد.

پیشنهاداتی در راستای این پژوهش به شرح ذیل ارائه می شود:

- در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود که تاثیر طرحواره درمانی بر تاب آوری زنان سرپرست خانوار با در نظر گرفتن ویژگی های شخصیتی در بافت های فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی گوناگون بررسی شود.
- پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده تاثیر طرحواره درمانی بر فاکتورهای موثر دیگری مانند درمان افسردگی و افزایش امید به زندگی در میان زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار گیرد.
- در پژوهش های آتی پیشنهاد می شود که اثربخشی طرحواره درمانی بر فاکتورهای روانشناختی تاب آوری در میان زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه قرار دهند.

#### منابع:

- الله یار خانی، ف و احمدی، ف و طلوع مهر، د و سیفی کردلر، ز و محیبیان فر، م و احمدی قزل دشت، ف (۱۳۹۹). *اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روان زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره ای، هشتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.*
- اسماعیلی، ع (۱۳۹۳). *مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی.* رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- بشرپور، س؛ محمدی، ن؛ اسدی شیشه گران، س (۲۰۱۷). *اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال هشتم، شماره دوم.*
- باجلان، ع و عظیمی، ل (۱۳۸۸). *مطالعات کیفیت زندگی.* اراک: انتشارات نویسنده.
- پروندی، ع؛ مردای، ا؛ عارفی، م (۱۳۹۶). *پیش بینی سلامت روان بر اساس امیدواری و جهت گیری مذهبی در زنان سرپرست خانوار، مقاله پژوهشی، دوره ۵، شماره ۲، صفحه ۱۳-۲۲.*

- خسروی اصل، م؛ نصیریان، م؛ بخشایش، ع ر (۱۳۹۷). **تاثیر درمان هیجان مدار بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵**. مجله تحقیقات سلامت، ۷ (۳)، ۱۷۳-۱۸۲.
- دهقان منشادی، س م؛ غلامرضایی، س؛ غضنفری، ف (۱۳۹۵). **اثربخشی آموزش مهارت های فرزند پروری مثبت بر خودکارآمدی والدگری و مشکلات رفتاری کودکان در زنان سرپرست خانواده شهر یزد**. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۵ (۲)، ۲۰-۲۷.
- ذوالفقاری، م؛ فاتحی زاده، م؛ عابدی، م (۱۳۸۷). **تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان**. خانواده پژوهی، ۴ (۱۵)، صص، ۲۴۷-۲۶۱.
- زنگی آبادی، معصومه؛ صادقی، مسعود؛ قدم پور، عزت الله (۱۳۹۷). **اثربخشی آموزش راهبردهای پردازش هیجان مدار بر هیجان تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر کرمان**. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷ (۶۷)، ۴۰۶-۳۹۹.
- زندی، ش. صالح، ن؛ دستنشان، ل (۱۳۹۴). **تاثیر طرحواره درمانی شناختی بر تاب آوری و حل تعارض در افراد متاهل**. مجله روانشناسی، ۴ (۴)، صص ۳۳۱-۳۴۲.
- سیستانی پور، ن و اصغری ابراهیم آباد، م ج و علی قنبری هاشم آبادی، ب (۱۳۹۷). **بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش شکفتگی زنان سرپرست خانواده، دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت**. دوره پنجم، شماره ۳۷.
- سلیمی، آ؛ ارسلان ده، فرشته؛ زهراکار، ک؛ داورنیا، ر؛ شاکرمی، م (۱۳۹۶). **اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس**. فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش، دوره ۲۴، شماره ۲.
- علیلو م.م؛ قلی زاده، ل؛ زبردست؛ م (۱۳۹۰). **مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد عقلانی-هیجانی- رفتاری در افسردگی دانش آموزان دختر دبیرستانی**. روانشناسی معاصر، دوره دوازدهم، شماره ۵.
- فیضی، ا؛ مصرآبادی، ج؛ محمدیان، ک و آق آتابای، آ (۱۳۹۳). **فرا تحلیل رابطه شاخصه های روانی- اجتماعی با سلامت روانی**. طب جنوب، سال هجدهم، شماره ۴.
- فریش، مایکل (۲۰۰۵). **روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی**. ترجمه اکرم خمسه ای (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- فلاح، م ح و نیک فرجام، م ر (۱۳۸۸). **جایگاه اعتکاف در آموزه های دینی و تأثیر آن بر افزایش شادکامی**. فصلنامه علمی- پژوهشی علوم اسلامی، سال چهارم، شماره ۱۶، ۱۲۵-۱۱۴.

- معصومی تبار، ز؛ افشاری نیا، ک؛ امیری، حسن؛ حسینی، س (۱۳۹۹). *بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دهه اول زندگی*، مجله علوم روانشناختی، دوره نوزدهم، شماره ۹۵، ص ۱۴۹۷-۱۵۰۶.
- نامنی، ا؛ محمدی پور، م؛ نوری، ج (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه*. فرهنگ مشاوره و روان درمانگری (فرهنگ مشاوره سابق)، دانشگاه علامه، ۸ (۲۹)، ۵۷-۷۸.
- نوربالا، اع (۱۳۹۰). *سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن*، مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، صفحه ۱۵۱-۱۵۶.
- نجات، س (۱۳۸۷). *کیفیت زندگی و اندازه گیری آن*. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۶۲-۵۷.
- هاشمی، ز؛ جوکار، ب (۱۳۹۳). *پیش بینی تاب آوری تحصیلی و هیجانی بر مبنای عوامل روانشناختی، خانوادگی و اجتماعی: مقایسه نیمرخ پیش بینی ابعاد تاب آوری هیجانی و تحصیلی*، مطالعات روانشناختی، دوره ۳، شماره ۴.
- یگانه راد، ن؛ توزنده جانی، ح و باقرزاده گلکانی، ز (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری و تحمل ابهام در زنان متقاضی طلاق*. دوره ۱۱، شماره ۴۱، صفحه ۸۹-۱۱۲.
- Arntz, A., Jacob, G. (2013). *Schema Therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). *The Origins of Neuroticism*. Perspectives on Psychological Science, 9, 481-496.
- Beck, AT., Steer, RA., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation*. Harcourt Brace & Company San Antonio.
- Benard.B(1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*, google scholar.com.
- Hamamci, M. (2013). *The relationship between meta cognitive belief and mental health in patients with leukemia*. Journal of Applied Psychology ,86, 499 -512.
- Hart, A, & et al. (2007). *Resilient therapy: working with children and families, Hove, East Sussex: Rutledge*.
- Miles, J. & Banyard, P. (2007). *Understanding and Using Statistics in Psychology: A Practical Introduction*. London: SAGE.
- Martin AJ, Marsh HW (2014). *Academic resilience and the four Cs: Confidence, control, composure, and commitment*.
- Rovai, A. P., Baker, J. D., & Ponton, M. K. (2013). *Social science research design and statistics: A practitioner's guide to research methods and IBM SPSS*. Watertree Press LLC.

- Schlotz, W., Hammerfald, K., Ehlert, E., & Gaab, J. (2011). *Individual differences in the cortisol response to stress in young healthy men: Testing the roles of perceived stress reactivity and threat appraisal using multiphase latent growth curve modeling*. Biological Psychology, 87 (2), 257-264.
- Schatz, E. Madhavan, S. Williams, J. (2011). *Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa*. *Health & Place*; 17(2):598-605.
- Whisman, M. A., Gilmour, A. L., & Salinger, J. M. (2018). *Marital satisfaction and mortality in the United States adult population*. Health Psychology, 37(11), 1041.
- Werner, E.E., and Smith, R.S. (1992). *Kauais Children Come of Age*, Honolulu: University of Hawaii Press.
- Young, J.E. (2003). *Schema therapy* (pp:123-218). New York: Guilford.

