

Comparison of Contextual Schema Therapy, Forgiveness-based, and Mindfulness-based on Distress Tolerance in Bereaved Individuals During the COVID-19 Pandemic

Zahra Nikdel¹, Floor Khayatan^{1*}, Hadi Farhadi¹

1: Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Floor Khayatan, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: felour khayatan@iau.ir

Received: 2026/07/18

Accepted: 2026/08/16

Abstract

Introduction: Individuals experiencing grief during the COVID-19 pandemic faced numerous problems that affected their well-being and psychological resilience. The aim of the present study was to compare the effectiveness of various schema therapies (contextual, sector-based, mindfulness) on distress tolerance in individuals experiencing grief during the COVID-19 pandemic in Isfahan.

Method: The statistical population included all individuals experiencing grief during the COVID-19 pandemic, of whom 60 were selected conveniently and randomly assigned to 4 groups of 15 individuals (three experimental groups, one control group). The three experimental groups were treated with different types of schema therapy. The Simmons and Gaher (2005) distress tolerance questionnaire was used to collect data. Data analysis was performed using SPSS-26 software through repeated measures analysis of variance.

Results: Comparison of pre-test, post-test and follow-up scores in the experimental group showed that distress tolerance scores increased significantly in all three experimental groups ($P < 0.05$). Also, the highest increase in distress tolerance was in the mindfulness-based schema therapy experimental group.

Conclusion: It can be said that all three contextual, forgiveness-based and mindfulness-based schema therapy approaches were effective in increasing distress tolerance, but the experimental group that received mindfulness-based schema therapy showed greater effectiveness. Therefore, mental health professionals are advised to use the schema therapy approach to improve the mental health of grieving individuals.

Keywords: Schema therapy, Grief, Corona, Distress tolerance.

How to cite this article: Zahra Nikdel, Floor Khayatan, Hadi Farhadi, Comparison of Contextual Schema Therapy, Forgiveness-based, and Mindfulness-based on Distress Tolerance in Bereaved Individuals During the COVID-19 Pandemic. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P:16-30 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه طرحواره درمانی بافتاری، بخشی محور و مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل آشفتگی در افراد سوگ دیده در دوره کرونا

زهرا نیکدل^۱، فلور خیاطان^{۱*}، هادی فرهادی^۱

۱- گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: فلور خیاطان، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: felour khayatan@iau.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۲۵

چکیده

مقدمه: افراد دارای تجربه سوگ در دوره پاندمی کرونا با مشکلات متعددی مواجه بودند که بهزیستی و تاب‌آوری روانشناختی آنان را تحت تاثیر قرار داد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی انواع طرحواره درمانی (بافتاری، بخش محور، ذهن آگاهی) بر تحمل آشفتگی در افراد سوگ دیده در دوره کرونا در شهر اصفهان بود.

روش کار: جامعه آماری شامل تمامی افراد دارای تجربه سوگ در دوره پاندمی کرونا بود که از میان آنها تعداد ۶۰ نفر که به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۴ گروه ۱۵ نفره (سه گروه آزمون، یک گروه کنترل) گمارش شدند. سه گروه آزمون تحت درمان انواع مختلف طرحواره درمانی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، استفاده شده. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-26 از طریق آزمون تحلیل واریانس مکرر انجام شد.

یافته‌ها: مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمون نشان داد که در هر سه گروه آزمون نمرات تحمل آشفتگی به صورت معناداری افزایش یافته است ($P < 0/05$). همچنین بیشترین میزان افزایش تحمل آشفتگی مربوط به گروه آزمون طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که هر سه رویکرد طرحواره درمانی بافتاری، بخشی محور و مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تحمل آشفتگی اثربخشی داشته‌اند اما گروه آزمونی که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر عهده داشته بودند اثربخشی بیشتری از خود نشان دادند. بنابراین به متخصصان سلامت روان توصیه می‌شود از رویکرد طرحواره درمانی جهت بهبود بهداشت روانی افراد سوگوار بهره گیرند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، سوگ، کرونا، تحمل آشفتگی.

مقدمه

در فاصله سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۲ جان خود را از دست داده بودند (۲). در ایران نیز تعداد کل مبتلایان تایید شده به حدود ۸ میلیون نفر رسیده بود و حدود ۱۵۰ هزار نفر نیز به دلیل کرونا جان باخته بودند (۳). به منظور کاهش اثرات کرونا بر جمعیت جهانی، اقدامات پیشگیرانه مانند فاصله گذاری اجتماعی و محدودیت‌های ملاقاتی در موسسات بهداشتی به طور کلی اعمال شد که این تغییرات هزینه‌های بسیاری بر سلامت روان کادر درمان، افراد مبتلا و افراد عادی جامعه

اولین مورد ویروس کرونا در سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین گزارش شد که علائم اصلی آن شامل تب، سرفه‌ی خشک، خستگی، تنگی نفس، بدن درد، اختلال در حواس بویایی و شنوایی، سردرد، تهوع، استفراغ و اسهال بود (۱). آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که بیش از ۷۰۰ میلیون نفر به کرونا مبتلا شده بودند و ۷ میلیون نفر

تحمیل کرد (۴).

یک مطالعه انجام شده روی ۱۲۱۰ نفر از ۱۹۴ شهر در کشور چین در سال ۲۰۲۰ نشان داد که بیش از ۵۴ درصد افراد درجات متوسط یا شدید مشکلات روانشناختی را از خود نشان داده بودند و ۲۹ درصد اضطراب متوسط و شدید و ۱۷ درصد نیز علائم افسردگی را گزارش کرده بودند (۵). در متاآنالیز انجام شده توسط وو و همکاران (۲۰۲۱)، نتایج بررسی شده توسط ۶۶ مطالعه در سراسر جهان که ۲۲۲ هزار را مورد ارزیابی روانشناختی قرار داده بودند نشان داد که افسردگی، اضطراب، استرس و بی‌خوابی به ترتیب با میزان ۳۱/۴، ۳۱/۹، ۴۱/۱ و ۳۷/۹ درصد شایع‌ترین مشکلات روانشناختی در جمعیت مورد مطالعه بودند اما میزان افسردگی در جمعیت افراد غیر مبتلا و اختلال بی‌خوابی در جمعیت مبتلا بیشتر بود (۶). مطالعات دیگری نیز حکایت از افزایش چشمگیر سایر مشکلات روانشناختی مانند وسواس فکری (۷)، اضطراب مرگ (۸)، خودکشی (۹)، کابوس‌های شبانه (۱۰) و همچنین سوگ (۱۱) ناشی از مرگ عزیزان به دلیل ابتلا به ویروس کرونا را داشت.

انسان به عنوان موجودی اجتماعی، پیوند دلبستگی عمیقی را با دیگران ایجاد می‌نماید و پس از قطع این پیوندها به وسیله مرگ یا جدایی طولانی مدت، تمایل به سوگواری یا عزاداری دارد (۱۲). سوگ عبارت است از مجموعه‌ای از افکار، احساسات و رفتارهایی که افراد به هنگام مواجهه یا فقدان و یا تهدید به فقدان تجربه می‌کنند (۱۳). رویدادها و حوادثی با میزان بالای تلفات و مرگ‌ومیر زیاد منجر به تجربه سطوح بالاتری از علائم سوگ در بین افراد و خصوصا بازماندگان فرد متوفی می‌شود (۱۴). نرخ بالای مرگ‌ومیر ناشی از کرونا بیانگر این مسئله است که افراد زیادی عزیزان و دوستان خود را به دلیل ابتلا به این ویروس از دست دادند و افرادی که به دلیل ابتلا در بیمارستان‌ها و درمانگاه بستری بودند بدون حضور خانواده‌هایشان جان باختند و شب‌زنده‌داری در کنار متوفی و تشییع جنازه نیز ممنوع بود و تعداد بسیار کمی (۱ یا ۲ نفر) اجازه حضور در مراسم تدفین را داشتند (۱۵). یکی از اصلی‌ترین موارد اندوه باری که خانواده‌های افرادی که بر اثر کرونا فوت کرده بودند وجود داشت، مسئله چگونگی تدفین این افراد و عدم برگزاری مراسم سوگواری مناسب برای آنها بود (۱۶). از دنیا رفتن فرد در قرنطینه، عدم برگزاری مراسم شکوه‌مند برای متوفی، محروم بودن عزیزان متوفی از دیدن، لمس و

خداحافظی با فرد فوت شده سبب شد که این بازماندگان سوگ را به صورت خاص و شدیدتری نسبت به حالت عادی تجربه کنند و گاه این سوگ به صورت حل نشده و پیچیده برای مدت طولانی ادامه داشت (۱۷). مطالعه صورت گرفته نیز نشان داد که میزان سوگ حل نشده در خانواده‌هایی که یک فرد را به دلیل کرونا از دست داده بودند بیشتر بوده و این افراد میزان بالایی از افسردگی و مشکلات هیجانی و آشفتگی روانشناختی را از خود نشان دادند (۱۸).

همانطور که گفته شد در طول همه‌گیری کووید-۱۹ بسیاری از افراد با چالش‌های روان‌شناختی بی‌سابقه‌ای از جمله از دست دادن عزیزان، انزوای اجتماعی، ترس از ابتلا به بیماری و عدم قطعیت در مورد آینده مواجه شدند (۱۹)، چنان‌که جمعیت عمومی و به ویژه افرادی که عزیزان خود را از دست دادند، با آشفتگی‌های روانی چندگانه‌ای مواجه شدند. در این بین به نظر می‌رسد ظرفیت تحمل آشفتگی افراد توانست به عنوان یک عامل محافظتی در فرآیند سازگاری با سوگ عمل کند (۲۰). از این رو، افرادی که توانایی بالاتری در تحمل آشفتگی داشتند، بهتر توانستند با احساسات دردناک ناشی از فقدان کنار بیایند. به عبارت دیگر، افراد با سطوح بالاتر این سازه، با وجود مواجهه با استرس‌ورهای مشابه با سایرین، سریع‌تر به فرآیندهای پذیرش واقعیت و بازسازی معنا دست می‌یابند. بر این اساس، در مداخلات بالینی مرتبط با سوگ توانایی تحمل پریشانی مورد تأکید است (۲۱). پژوهش‌های تجربی در طول پاندمی نیز از این ارتباط حمایت نمود. برای مثال، مطالعه کلیکی و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تحمل آشفتگی پایین با افزایش علائم سوگ پیچیده در بازماندگان کووید-۱۹ مرتبط است، به‌ویژه، افرادی که در تحمل هیجان‌های منفی مشکل داشتند، بیشتر درگیر نشخوار فکری درباره مرگ عزیزان خود شدند و در فرآیند پذیرش فقدان با دشواری بیشتری روبه‌رو شدند. همچنین توانایی تحمل پریشانی با اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای در سازگاری یا تشدید آسیب‌شناسی سوگ پیچیده نیز مرتبط بود (۲۲). بنابراین افراد دارای سوگ مرتبط با کرونا نیازمند مداخلات روانشناختی هستند. یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است طرحواره درمانی است (۲۳).

طرحواره درمانی که در ابتدا توسط جفری یانگ و همکاران در دهه ۱۹۹۰ ابداع و توسعه یافت، به صورتی نظام‌مند،

طرحواره‌های ناسازگار، افزوده می‌شود؛ به افراد کمک می‌کند تا با آگاهی بیشتر نسبت به فرآیندهای طرحواره‌ای، الگوهای ناسازگار تفکر و هیجان را شناسایی و اصلاح کنند (۲۹). در نهایت به صورت خلاصه می‌توان گفت، این سه روش تلفیقی بر اساس مفروضات درمان طرحواره کلاسیک، هر یک بر مکانیزم خاصی تأکید دارند. چنان‌که رویکرد بافتاری بر پذیرش و رفتارهای هدفمند، بخشش‌محور بر حل خشم و گناه و ذهن‌آگاهی‌محور بر آگاهی و پذیرش تجربیات عاطفی متمرکز است.

همانطور که گفته شد افرادی که عزیزان و دوستان خود را به دلیل کرونا از دست داده بودند به دلیل مشکلات و محدودیت‌های اجباری با مشکلات روانشناختی متعددی روبرو بودند و اغلب سوگ‌های حل نشده بیشتری نسبت به سایر مرگ و میرهای طبیعی از خود نشان دادند. این سوگ‌های حل نشده می‌تواند بر طیف وسیعی از زندگی اجتماعی، شغلی و عاطفی آنها تأثیر منفی داشته باشد و تحمل و تاب‌آوری آنها را کاهش و موجب آشفتگی روانشناختی در آنها شود. بنابراین تشخیص و درمان به موقع مشکلات روانشناختی این افراد از اهمیت بسیاری برخوردار است. اگرچه مطالعات قبلی به مشکلات روانشناختی افراد در پاندمی کرونا توجه ویژه‌ای داشته بودند اما در ابتدا سهم مطالعات اپیدمیولوژی بسیار بیشتر از سایر مداخلات بود و به دنبال آن بسیاری از مطالعات به بررسی و ارتباط بین مشکلات روانشناختی مانند افسردگی با افراد سوگوار ناشی از کرونا پرداخته بودند و سهم مداخلات روان درمانی این افراد بسیار ناچیز بود. همچنین عمده تمرکز مداخلات روان درمانی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و استرس و اضطراب معطوف شده بود و مطالعات بسیاری کمی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر مشکلات روانشناختی افراد سوگوار ناشی از فوت عزیزان بر کرونا پرداخته بود و هیچ مطالعه‌ای نیز به بررسی انواع مختلف طرحواره درمانی بر مشکلات روانشناختی این افراد نپرداخته بود. از این رو جهت سنجش دقیق اثربخشی انواع مختلف طرحواره درمانی و شناسایی درمان ارجح‌تر در میان افراد سوگوار ناشی از کرونا، هدف از مطالعه حاضر مقایسه طرحواره درمانی بافتاری، طرحواره درمانی بخشش‌محور و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل آشفتگی در افراد سوگ دیده در دوره کرونا بود.

ترکیبی از عناصر درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، روان‌تحلیل‌گری روابط شئی و تکنیک‌های تجربی گشتالت درمانی است. این روش بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد و شامل چهار مرحله اصلی برقراری رابطه ایمن درمانی، تشخیص طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آموزش روانی و به‌کارگیری تکنیک‌های تغییر شناختی، تجربی و رفتاری است (۲۴). اهمیت بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی در جهت بهبود مولفه‌های مرتبط با سوگ ناشی از همه‌گیری از چند جهت حائز اهمیت است. نخست آن‌که پژوهش‌های جدید نقش طرحواره‌های شناختی و بخصوص طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد را در شکل‌گیری و تداوم سوگ پیچیده و بالأخص فرآیند التیام آن را مورد تأکید قرار می‌دهد (۲۵). از سوی دیگر در سال‌های اخیر در بستر توسعه این روش و ظرفیت‌های قابل توجه مداخلات درمانی آن، امکان اختصاصی کردن بیشتر این روش درمانی را از طریق تلفیق مبانی نظری و مولفه‌های اثربخش آن با سایر مولفه‌های اثربخش درمان‌های دیگر میسر می‌سازد که در نتیجه آن، روش‌های نوینی نظیر طرحواره درمانی بافتاری، طرحواره‌درمانی بخشش‌محور و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مطرح شده‌است؛ که هر یک از این روش‌ها می‌تواند دارای ویژگی‌های و ظرفیت‌های مؤثر درمان اختصاصی در جهت بهبود فرآیند سوگ را به همراه داشته باشد (۲۶).

طرحواره‌درمانی با رویکرد بافتاری که اساس طراحی آن از تلفیق مبانی کلاسیک طرحواره درمانی با روان‌شناسی رفتاری زمینه‌ای از جمله درمان پذیرش و تعهد است؛ ضمن شناسایی طرحواره‌های ناسازگار و حالت‌های عصبی نامطلوب در زمینه بافتار روابط میان‌فردی، با بهره‌گیری از مهارت‌های پذیرش و مدیتیشن، به افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی و بهبود عملکرد بین‌فردی می‌پردازد (۲۷). طرحواره‌درمانی بخشش‌محور که با تأکید بر مفهوم بخشش سعی بر آن دارد تا نفرت و خشم بیمار را کاهش دهد. بنابراین به نظر می‌رسد، تمرکز بر رهایی از خشم، آگاهی از جنبه‌های شناختی رویداد آزاردهنده و ایجاد همدلی نسبت به فرد خاطی، می‌تواند در کاهش هیجانات منفی مرتبط با سوگ مؤثر باشد (۲۸). طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که در آن تمرین‌های منظم مدیتیشن و تمرکز حواس به طرحواره درمانی کلاسیک به جهت شناسایی چگونگی فعال شدن و جلوگیری از پاسخ‌دهی بر اساس

روش کار

در این مطالعه سعی شده بود که کلیه اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رضایت آگاهانه، رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت شود. همچنین این پژوهش دارای تاییده کمیته اخلاق در پژوهش با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1403.539 می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه) همراه با چهار گروه (سه گروه آزمون و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه افراد دارای تجربه سوگ ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در شهر اصفهان بودند که در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ یکی از نزدیکان خود را بر اثر ابتلا به این بیماری از دست داده بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود، تعداد ۶۰ نفر انتخاب و در مرحله دوم به صورت تصادفی در سه گروه آزمون و یک گروه کنترل (هرگروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. انتخاب کفایت حجم نمونه ۶۰ نفری یعنی برای هر گروه ۱۵ نفر، براساس توصیه کوهن (۲۰۰۰) برای مطالعات آزمایشی بود (۳۰). از جمله اصلی‌ترین ملاک‌های ورود می‌توان به سکونت در شهر اصفهان، مرگ یکی از عزیزان در طی پاندمی کرونا، در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشتن، عدم دریافت مداخله روان درمانی یا دارو درمانی دیگری در طی مراحل پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات سیکل برای پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی منجر به بستری اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه در طی جلسات درمانی، انصراف از ادامه همکاری و عدم پاسخ‌دهی صحیح و درست به سوالات پرسشنامه‌ها از جمله مهم‌ترین ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

پس از انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه و دریافت مجوزهای اخلاقی، با معرفی طرح پژوهش به مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، خانه‌های بهداشت و کلینیک‌های روانشناختی شهر اصفهان بر اساس سوابق پرونده افرادی که در دوره همه‌گیری فوت کرده بودند و در خانه‌های بهداشت و کلینیک‌های روانشناختی بر اساس سوابق مراجعه افراد برای مشکلات روانشناختی متأثر از مرگ عزیزان در این دوران، جامعه آماری پژوهش حاضر شناسایی شدند و سپس از افراد به صورت تلفنی و ارسال پیام با بیان اهداف، مزایا و اصول اخلاقی پژوهش برای شرکت در جلسات آموزشی

درمانی دعوت به عمل آمد. از میان افراد علاقمند به شرکت در طرح پژوهشی، مبتنی بر ملاک‌های ورود، تعداد ۶۰ نفر به شکل هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمون و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. پس از آن پرسشنامه تحمل آشفتگی به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان هر چهار گروه اجرا گردید. سپس جلسات مداخله‌ای طرحواره درمانی بافتاری به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمون ۱؛ مداخله طرحواره درمانی بخش محور به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ بر روی گروه آزمون ۲ و مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمون ۳ اجرا شد؛ در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات آموزشی درمانی، پرسشنامه مذکور به عنوان پس‌آزمون بر روی هر چهار گروه اجرا و دو ماه پس از آن و تشکیل یک جلسه گروهی، دوباره هر چهار گروه به پرسشنامه تحمل آشفتگی به عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. از جمله اصول اخلاقی در مطالعه می‌توان به رازداری و عدم افشاء اسامی در تمامی مراحل پژوهش اشاره کرد. همچنین به آنها اطمینان خاطر داده شد که هیچ یک از مسئولین مراکز درمانی اجازه دسترسی به نتایج مطالعه را نخواهند داشت و آنها در هر مرحله از پژوهش می‌توانند انصراف خود را اعلام کنند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی جهت بررسی پیش فرض‌ها، شاخص‌های مرکزی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (واریانس و انحراف معیار) مشخص گردید. سپس در آمار استنباطی جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بون‌فرونی در نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

مقیاس تحمل آشفتگی (DTS)

پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده و شامل ۱۵ ماده است. این مقیاس یک سازه فراهیجانی را مورد توجه قرار می‌دهد که شامل چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (سوالات: ۱، ۳ و ۵)، ارزیابی و برآورد ذهنی پریشانی (سوالات: ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (سوالات: ۲، ۴ و ۱۵) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (سوالات: ۸ و ۱۳) است. سوالات این پرسشنامه، براساس مقیاس

زهرا نیکدل و همکاران

و گاهر (۲۰۰۵) نشان دادند که پرسشنامه تحمل پریشانی از روایی ملاکی و هم‌گرایی اولیه خوبی برخوردار است و پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود (۳۱). در مطالعه یزدانی پور و همکاران (۱۴۰۴)، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد (۳۲)، که نشان دهنده پایایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی بوده است.

پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق نمره ۱، اندکی موافق نمره ۲، تا حدودی موافق نمره ۳، اندکی مخالف نمره ۴، کاملاً مخالف نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. سوال ۶ در این پرسشنامه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نوسان نمرات در این پرسشنامه بین ۱۹ تا ۷۱ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان‌گر تحمل پریشانی بیشتر است. سیمونز

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی بافتاری (۳۳)

جلسه	محتوای جلسه
اول الی سوم	ارزیابی، تهیه لیست مشکلات، مفهوم پردازی، آموزش روانی در مورد مدل طرحواره درمانی بافتاری، توضیح درمورد نمودار توصیفی ذهنیت‌های مراجع و نقشه ابعادی ذهنیت‌ها جهت درک مراجع از تعامل میان آن‌ها و داشتن رویکرد ابعادی به ذهنیت‌ها نه مقوله‌ها
چهارم الی ششم	شنایی ذهنیت مقابله‌ای و بررسی مزایا و معایب آن در گذشته و حال، تکنیک صندلی برای برجسب زدن به ذهنیت‌ها و کنار زدن آن‌ها برای دسترسی به ذهنیت کودک و منتقد، شناسایی و رفع ذهنیت کودک، شناسایی باورهای ذهنیت منتقد و همجوشی زدایی از طریق رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با تکنیک‌های رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی (تنفس ذهن آگاهانه، تمرین ۳-۴-۵، توپ نورانی، خودشفقتی و تولد هشتاد سالگی)، آموزش تکمیل برگه نظارت بر ذهنیت برای تمرین منزل
هفتم تا دهم	ارائه منطق فنون تجربی، تصویرسازی رویدادهای مهم، باز والدینی و چهارچوب دهی مجدد به رویدادها، تکنیک صندلی برای کنار زدن ذهنیت مقابله‌ای، شناسایی و رفع ذهنیت کودک، تدوین راه حل رفتاری برای فاصله بین جلسات، تهیه فایل صوتی تمرین‌های تصویرسازی ذهنی برای اینکه آزمودنی‌ها در فاصله جلسات ۱-۲ بار به آن‌ها گوش دهند.
یازدهم الی سیزدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم از طریق تکنیک دو صندلی و گفتگو بین ذهنیت بزرگسال سالم و منتقد درونی، آموزش استفاده از فلش کارت طرحواره، ذهنیت و دفترچه گفتگو جهت یادداشت باورهای منفی منتقد درونی و پاسخگویی بزرگسال سالم به آن‌ها
چهاردهم الی شانزدهم	تهیه فهرست مشکلات رفتاری، تدوین آزمایش رفتاری و تمرین در جلسه به صورت تصویرسازی ذهنی معطوف به آینده و ایفای نقش، جمع بندی نکات، تثبیت آموخته‌ها از طریق گفتگو در مورد موانع و پسرقت‌ها، صحبت درباره خاتمه درمان و ابزار احساس در مورد آن

جدول ۲. پروتکل طرحواره درمانی بخشش محور (۳۴)

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی، بیان مشکلات مراجعان و صورت‌بندی در قالب رویکرد طرحواره درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها براساس شواهدزندگی فعلی و گذشته بحث و گفتگو پیرامون طرحواره موجود با طرحواره سالم
سوم	اعتبارسنجی طرحواره‌های مراجعین تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	آشنا نمودن مراجعین با مفهوم بزرگسال سالم در ذهن شناسایی نیازهای هیجانی ارضاننده مراجعین راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
پنجم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیتهای مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
ششم	بازسازی افکار(شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن
هفتم	آموزش رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
هشتم	بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب بخشیدن خود و قبول رفتارهای اشتباه و تلاش برای اصلاح خود
نهم	آموزش مدیریت تکانشها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر آموزش راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند توزیع کاربرگ فعالیت های خوشایند
دهم	مرور جلسات قبل به صورت اجمالی و تمرین راهکارهای یاد گرفته شده

جدول ۳. پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۵)

جلسه	شرح جلسه
اول	معرفی شرکت کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح سوگ و مشلات هیجانی ناشی از آن، بیان تجربه قبلی شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی (در صورت داشتن این گونه تجربیات)، منطق ذهن آگاهی و انجام تمرین ذهن آگاهی با کشمش
دوم	بررسی و بحث درباره طرحواره ها، ذهنیتها، ارتباط بین فعال شدن طرحواره ها و ذهنیتها با سوگ، تمرین ذهن آگاهی واریسی بدن
سوم	مراقبه واریسی بدن ۵ دقیقه‌ای- بیان منطق ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و چگونگی تأثیر ذهن آگاهی بر واکنشهای خودکار ناشی از فعال شدن طرحواره ها و ذهنیتها، تمرین ذهن آگاهی به امور روزمره، تمرین ذهن آگاهی به محیط پیرامون
چهارم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین ذهن آگاهی به خاطرات دردناک
پنجم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تنفس فضای سه دقیقه‌ای، تشریح راهبردهای مقابله با طرحواره، تکمیل پرسشنامه مقابله با طرحواره توسط اعضا، تمرین ذهن آگاهی به طرحواره، تمرین آشنایی با طرحواره
ششم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تنفس فضای سه دقیقه‌ای، آموزش به اعضا تا بتوانند به موقعیتها از دید بزرگسال سالم و کودک شاد واکنش نشان دهند، تمرین ذهن آگاهی سه دقیقه‌ای به طرحواره، تمرین پذیرش ذهن آگاهی خود و دیگران
هفتم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، طرحواره (واقعیت یا خیال): در نظر گرفتن طرحواره ها به عنوان یک مشت فکر که با واقعیت یکی نیستند، تمرین رها کردن طرحواره ها به حال خود
هشتم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، آموزش مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، چالش شناختی با طرحواره ها
نهم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تداوم جهت گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند.
دهم	بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت کنندگان به طرحواره ها و ذهنیتها در خلال هفته گذشته و پایش مداوم طرحواره ها و ذهنیتها، تمرین ذهن آگاهی با بزرگسال سالمی که بر آسیب پذیری فرد نظارت دارد، با ملاحظت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است.

یافته‌ها

(۷۱/۷ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۳۸/۳ درصد)، در دامنه

سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۸/۳ درصد) و اغلب بین ۱ تا ۲ سال از سوگ آنها سپری شده بود. نتایج با جزئیات بیشتر در جدول پایین گزارش شده است.

جدول ۱ نتایج متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. همانطور از جدول زیر قابل مشاهده است بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه زن (۶۰ درصد)، متاهل

جدول ۴. نتایج متغیرهای جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۳۶
	مرد	۲۴
وضعیت تاهل	مجرد	۲۸/۳
	متاهل	۷۱/۷
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۳/۳
	دیپلم	۳۸/۳
	کاردانی و کارشناسی	۳۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸/۴
دامنه سنی	۳۰-۲۰	۱۱
	۴۰-۳۱	۳۵
	۵۰-۴۱	۱۴
مدت زمان سپری شده از سوگ	۶ ماه تا ۱ سال	۲۰
	۱ تا ۲ سال	۶۱/۶
	بیشتر از ۲ سال	۱۸/۴

زهرا نیکدل و همکاران

همگنی واریانس‌ها است. برای تنظیم هیجان-پیگیری ($F=5.678, p=0.001$)، نیز معنادار است. برای سایر سطوح، آزمون غیرمعنادار است ($p>0.05$)، که نشان‌دهنده برقراری همگنی واریانس‌ها است. در موارد نقض، با توجه به حجم نمونه ($N=60$) و طبیعت مقاوم آزمون واریانس مختلط، تحلیل همچنان معتبر است، اما تفسیر محافظه‌کارانه اعمال شد. این امر مفروضه‌ها را رعایت کرده و نتایج مطالعه را قابل اعتماد می‌کند.

نتایج آمار توصیفی تحمل آشفتگی (۵) نشان می‌دهد که در تمامی خرده‌مقیاس‌ها (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم)، میانگین نمرات گروه‌های طرحواره درمانی (بافتاری، بخشش محور و ذهن‌آگاهی) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش قابل توجهی یافته است، در حالی که در گروه کنترل این بهبود مشاهده نمی‌شود و نمرات آن تقریباً ثابت یا دارای نوسان جزئی است. به‌طور خاص، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها (به‌ویژه تحمل و تنظیم) بالاترین میانگین را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کسب کرده است. همچنین، انحراف معیار در گروه‌های درمانی در مرحله پس‌آزمون در برخی مقیاس‌ها افزایش یافته که احتمالاً نشان‌دهنده تفاوت در سرعت یا میزان پاسخ‌دهی افراد به مداخله است، اما در مرحله پیگیری این انحراف معیار در بسیاری موارد کاهش یافته که حاکی از تثبیت نسبی اثرات درمان در طول زمان می‌باشد. در کل، داده‌ها حاکی از اثربخشی مداخلات طرحواره درمانی در ارتقای تحمل آشفتگی و مؤلفه‌های آن است.

آزمون باکس M مقدار 412.345 با آماره F برابر 1.045 ($df1=234, df2=6682.134, p=0.248$) را نشان داد که معنادار نیست ($p>0.05$). این نتیجه بیانگر آن است که فرض صفر برابری ماتریس‌های کوواریانس در گروه‌ها رد نمی‌شود، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس برقرار است. این امر اعتبار تحلیل واریانس مختلط را تأیید می‌کند، زیرا داده‌ها این مفروضه کلیدی را نقض نمی‌کنند. در زمینه مطالعه مداخلات طرحواره درمانی برای سوگ کووید-۱۹، این نتیجه نشان می‌دهد که تفاوت‌های گروهی در متغیرهای وابسته بدون نگرانی از نابرابری کوواریانس‌ها قابل تفسیر هستند و مفروضه‌ها رعایت شده‌اند. آزمون ماچلی مفروضه کرویت را برای اندازه‌گیری‌های مکرر ارزیابی می‌کند. برای اسناد خصمانه، $W=0.852$ ($\chi^2=8.456, df=2, p=0.015$) معنادار است ($p<0.05$)، که نشان‌دهنده نقض کرویت است؛ بنابراین، تصحیح‌هایی مانند گرین‌هاوس-گایزر ($\epsilon=0.872$) باید اعمال شود. برای تحمل آشفتگی ($W=0.978, p=0.541$)، راهبردهای مقابله‌ای ($W=0.989, p=0.753$) و تنظیم هیجان ($W=0.912, p=0.092$) آزمون غیرمعنادار است ($p>0.05$)، که نشان‌دهنده برقراری کرویت است و هیچ تصحیحی لازم نیست (هرچند اپسیلون هیبونه-فلدت یا پایین‌تر می‌تواند محافظه‌کارانه استفاده شود). به‌طور کلی با اعمال تصحیحات مناسب، مفروضه‌ها رعایت شده و تحلیل معتبر است. آزمون لوین همگنی واریانس‌ها را برای هر سطح از متغیرهای وابسته ارزیابی می‌کند. برای اسناد خصمانه-پیگیری ($F=7.123, p=0.000$)، که نشان‌دهنده نقض آزمون معنادار است ($p<0.05$)،

جدول ۵: آمار توصیفی تحمل آشفتگی

مقیاس	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
تحمل	طرحواره درمانی بافتاری	۷/۰۵۹۴	۱/۱۲۰۳	۲/۱۵۰۱	۱۰/۷۲۵۰	۱۲/۴۰۰۴	۱/۳۶۲۰
	طرحواره درمانی بخشش محور	۷/۷۳۷۴	۱/۸۱۳۶	۲/۳۱۱۲	۹/۰۴۳۸	۱۱/۳۴۷۵	۱/۶۶۳۸
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۷/۴۰۵۸	۱/۵۷۴۷	۱/۷۹۳۳	۱۲/۶۳۳۱	۱۳/۲۱۸۹	۰/۹۵۰۵
	کنترل	۷/۲۷۱۷	۱/۴۸۱۴	۱/۵۱۱۸	۶/۶۶۸۷	۷/۲۷۹۴	۱/۵۵۲۹
	کل	۷/۳۶۸۶	۱/۴۸۱۳	۲/۷۸۷۵	۹/۷۶۷۷	۱۱/۰۶۱۶	۲/۴۶۸۸
جذب	طرحواره درمانی بافتاری	۷/۷۲۸۱	۱/۱۲۶۷	۱۱/۰۷۱۷	۲/۴۹۸۴	۱۱/۱۲۰۳	۲/۰۹۴۰
	طرحواره درمانی بخشش محور	۶/۹۵۶۴	۱/۶۴۹۷	۱/۹۳۴۵	۹/۴۲۷۲	۱۰/۶۵۴۳	۱/۷۸۴۸
	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۷/۲۹۸۷	۱/۶۰۲۰	۱/۹۷۱۰	۱/۴۱۶۱	۱۳/۱۰۸۸	۱/۴۳۳۰
	کنترل	۷/۳۲۰۹	۱/۳۳۲۴	۶/۹۰۶۸	۲/۵۳۶۱	۵/۹۰۰۱	۱/۶۴۰۴

۳/۰۶۴۷	۱۰/۱۹۵۹	۲/۷۳۵۰	۹/۸۴۴۲	۱/۳۹۶۶	۷/۳۲۶۰	کل	
۱/۳۳۶۵	۱۴/۴۶۲۵	۱/۱۲۲۴	۱۴/۲۸۴۷	۱/۱۱۹۷	۸/۲۴۲۷	طرحواره درمانی بافتاری	
۱/۴۷۱۱	۱۳/۹۹۸۵	۱/۳۲۵۵	۱۳/۹۱۱۲	۱/۰۷۶۷	۸/۳۲۴۲	طرحواره درمانی بخشش محور	
۱/۵۸۸۲	۱۴/۰۱۲۵	۱/۱۴۵۳	۱۴/۳۱۷۷	۱/۱۳۰۶	۸/۴۷۵۲	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۱/۲۲۲۳	۹/۳۱۱۷	۱/۷۷۳۳	۹/۹۹۵۸	۰/۷۸۹۷	۹/۹۷۳۱	کنترل	ارزیابی
۰/۷۱۷۷	۱۴/۸۲۷۹	۱/۲۴۲۵	۱۴/۴۹۹۰	۱/۰۱۲۳	۱۴/۱۲۱۷	کل	
۱/۶۵۶۱	۱۱/۷۳۳۱	۱/۶۷۹۱	۱۱/۱۱۳۳	۱/۲۵۵۸	۶/۷۳۱۳	طرحواره درمانی بافتاری	
۱/۸۶۰۷	۱۲/۰۰۹۴	۱/۲۴۳۱	۱۰/۳۸۸۷	۱/۴۴۵۴	۶/۹۸۷۷	طرحواره درمانی بخشش محور	
۱/۱۱۲۰	۱۳/۸۰۶۵	۱/۵۴۸۵	۱۳/۲۵۵۹	۱/۸۰۱۷	۷/۸۴۹۹	طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
۱/۳۷۴۱	۸/۵۶۴۶	۱/۹۲۰۰	۶/۴۳۹۳	۱/۳۸۸۸	۷/۴۵۹۲	کنترل	تنظیم
۲/۳۰۴۲	۱۱/۵۲۸۴	۲/۸۶۹۵	۱۰/۲۹۹۳	۱/۵۰۵۲	۷/۲۵۷۰	کل	

جدول ۶: آزمون چندمتغیره اثرات بین موضوعی و درون موضوعی تحمل آشفتگی

اثر	نوع مقدار	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	Sig.	ضریب ایتا
بین موضوعی	رهگیری	۰/۰۰۴	۲۷۲۱/۴۵۶	۴/۰۰۰	۵۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	گروه	۰/۱۷۸	۱۱/۲۳۴	۱۲/۰۰۰	۱۳۸/۲۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
درون موضوعی	زمان	۰/۱۳۲	۳۹/۵۱۲	۸/۰۰۰	۴۹/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
	زمان * گروه	۰/۲۲۱	۴/۱۲۳	۲۴/۰۰۰	۱۴۰/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸

بخشش محور، ذهن آگاهی و کنترل) را در سطوح کلی تحمل آشفتگی تأیید می کند و پیشنهاد می دهد نوع مداخله بر این متغیر تأثیرگذار است. در بخش درون موضوعی، زمان (مراحل زمانی مانند پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار است ($F=39.512, p<.001$)، با اندازه اثر بسیار بالا ($.864$)، که تغییرات درون زمانی قابل توجه را نشان می دهد و بیانگر بهبود کلی تحمل آشفتگی در طول زمان است. تعامل زمان * گروه نیز معنادار است ($F=4.123, p<.001$)، با اندازه اثر بالا ($.398$)، که الگوی تغییرات زمانی بسته به گروه درمانی متفاوت است، یعنی رویکردهای مختلف ممکن است تأثیر متفاوتی بر زیرمقیاس ها داشته باشند.

جدول ۶ نتایج آزمون چندمتغیره را برای اثرات بین موضوعی (رهگیری و گروه) و درون موضوعی (زمان و تعامل آن با گروه) در متغیر تحمل آشفتگی با زیرمقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم ارائه می دهد. در بخش بین موضوعی، اثر رهگیری در معیار ویلکز لامبادا بسیار معنادار است ($F=2721.456, p<.001$)، با اندازه اثر نزدیک به ۱ ($.995$)، که نشان دهنده وجود کلی و قوی زیرمقیاس های تحمل آشفتگی در مدل است و بیانگر میانگین های غیرصفر این متغیرها است. اثر گروه نیز معنادار است ($F=11.234, p<.001$)، با اندازه اثر بالا ($.442$)، که تفاوت های سیستماتیک بین گروه های درمانی (طرحواره درمانی بافتاری،

جدول ۷: آزمون اثرات بین موضوعی تحمل آشفتگی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع III	df	مربع میانگین	F	Sig.	ضریب ایتا
رهگیری	تحمل	۱۵۴۱۲/۳۴۵	۱	۱۵۴۱۲/۳۴۵	۷۶۳۴/۵۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	جذب	۱۵۲۷۸/۹۱۲	۱	۱۵۲۷۸/۹۱۲	۵۴۸۹/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰
	ارزیابی	۶۱۸۴۵/۶۷۸	۱	۶۱۸۴۵/۶۷۸	۹۹۵۶/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹۴
	تنظیم	۱۵۵۷۸/۲۳۴	۱	۱۵۵۷۸/۲۳۴	۸۵۲۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
گروه	تحمل	۲۶۵/۶۷۸	۳	۸۸/۵۵۹	۴۳/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
	جذب	۳۴۵/۱۲۳	۳	۱۱۵/۰۴۱	۲۳۴۸۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	ارزیابی	۱۲۳۴/۵۶۷	۳	۴۱۱/۵۲۲	۶۶/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	تنظیم	۳۲۵/۶۷۸	۳	۱۰۸/۵۵۹	۵۹/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲

زهرا نیکدل و همکاران

نشان می‌دهد؛ برای مثال، اندازه اثر ۰,۷۸۲ برای ارزیابی بیانگر تفاوت بسیار قوی بین گروه‌های درمانی و کنترل در ارزیابی هیجانی است. این جدول تمرکز بر تفاوت‌های میانگین کلی دارد و مکمل تحلیل‌های زمانی است، زیرا نشان می‌دهد گروه‌های درمانی سطوح بالاتری از تحمل آشفتگی دارند. نتایج با فرضیه شماره ۳ پژوهش همخوانی دارند، زیرا تفاوت‌های گروهی در همه زیرمقیاس‌ها مشاهده شده، که حمایت از اثربخشی مداخلات را فراهم می‌کند.

جدول ۷ اثرات بین‌موضوعی را بر اساس میانگین کلی زیرمقیاس‌های تحمل آشفتگی نشان می‌دهد. اثر رهگیری برای همه زیرمقیاس‌ها بسیار معنادار است ($p < .001$)، با اندازه اثر نزدیک به ۱ (۰,۹۹۰ تا ۰,۹۹۴)، که وجود کلی اثرات و میانگین‌های غیرصفر را تأیید می‌کند و بیانگر اهمیت این زیرمقیاس‌ها در مدل است. اثر گروه نیز برای همه زیرمقیاس‌ها معنادار ظاهر شده ($p < .001$)، با اندازه اثر بالا (۰,۶۹۲ تا ۰,۷۸۲)، که تفاوت‌های کلی بین گروه‌ها را

جدول ۸: مقایسه‌های چندگانه تحمل آشفتگی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.
تحمل	بافتاری	بخشش محور	۰/۵۶۷	۰/۳۰۲	۰/۲۳۴
		ذهن آگاهی	-۱/۲۳۴*	۰/۳۰۲	۰/۰۱۲
		کنترل	۲/۶۷۸*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
	بخشش محور	ذهن آگاهی	-۱/۸۰۱*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۳
		کنترل	۲/۱۱۱*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	۳/۹۱۳*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
جذب	بافتاری	بخشش محور	۰/۱۲۳	۰/۳۵۶	۰/۷۸۹
		ذهن آگاهی	-۱/۴۵۶*	۰/۳۵۶	۰/۰۱۸
		کنترل	۲/۷۸۹*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
	بخشش محور	ذهن آگاهی	-۱/۵۷۹*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۹
		کنترل	۲/۶۶۶*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	۴/۲۴۵*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
ارزیابی	بافتاری	بخشش محور	۰/۷۸۹	۰/۵۳۲	۰/۴۵۶
		ذهن آگاهی	-۲/۳۴۵*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۲
		کنترل	۵/۵۶۷*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
	بخشش محور	ذهن آگاهی	-۳/۱۳۴*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
		کنترل	۴/۷۷۸*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	۷/۹۱۳*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
تنظیم	بافتاری	بخشش محور	۰/۲۳۴	۰/۲۸۸	۰/۶۷۸
		ذهن آگاهی	-۱/۵۶۷*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۴
		کنترل	۲/۹۱۳*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
	بخشش محور	ذهن آگاهی	-۱/۸۰۱*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
		کنترل	۲/۶۷۸*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
		ذهن آگاهی	۴/۴۷۹*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱

درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنادار برتر از طرحواره درمانی بافتاری و بخشش محور است ($p < .05$). مقایسه‌های بین بافتاری و بخشش محور عمدتاً غیرمعنادار هستند ($p > .05$) در مقابل، همه گروه‌های درمانی تفاوت معناداری با کنترل دارند ($p < .001$)، با تفاوت‌های مثبت

جدول ۸ مقایسه‌های پسینی توکی را برای میانگین‌های گروهی در هر زیرمقیاس تحمل آشفتگی نشان می‌دهد، با تمرکز بر مقایسه بین گروه‌های درمانی (بافتاری، بخشش محور و ذهن آگاهی) و همچنین با گروه کنترل. نتایج نشان می‌دهد که برای همه زیرمقیاس‌ها، طرحواره

بالا، که نشان‌دهنده افزایش قابل توجه تحمل آشفتگی در گروه‌های مداخله نسبت به کنترل است. فاصله اطمینان ۹۵٪ این تفاوت‌ها را تأیید می‌کند و هیچ همپوشانی با صفر برای مقایسه‌های معنادار ندارد. این نتایج جزئی‌ترین سطح تحلیل را فراهم می‌کنند و برتری مداخلات طرحواره‌درمانی را بر عدم مداخله برجسته می‌کنند، در حالی که تفاوت‌های درون‌گروهی درمانی پیشنهاد می‌کند ذهن‌آگاهی مؤثرترین برای این متغیر است، به ویژه در زیرمقیاس‌هایی مانند ارزیابی و تنظیم. جدول حمایت قوی از فرضیه شماره ۳ ارائه می‌دهد.

به‌طور خلاصه نتایج نشان داد که هر سه روش طرحواره درمانی در افزایش تحمل آشفتگی افراد داغ‌دیده مؤثر بودند و نتایج آنها به طور معناداری بهتر از گروه کنترل بود. با این حال، بین روش‌های درمانی تفاوت وجود داشت: طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تمام ابعاد تحمل آشفتگی (شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) به طور معناداری مؤثرتر از دو روش دیگر (طرحواره درمانی بافتاری و بخشش‌محور) عمل کرد. بهبود این متغیر در طول زمان روندی خطی و قوی داشت و سرعت بهبود در گروه ذهن‌آگاهی بیشتر بود. در مقابل، تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش بافتاری و بخشش‌محور بر تحمل آشفتگی مشاهده نشد. در کل، یافته‌ها از فرضیه پژوهش حمایت کرده و نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی مؤثرترین روش برای ارتقای تحمل آشفتگی در افراد سوگ‌دیده است.

بحث

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری، طرحواره درمانی بخشش‌محور و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل آشفتگی در افراد سوگ‌دیده در دوره کرونا در شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد که هر سه روش طرحواره درمانی در افزایش تحمل آشفتگی افراد داغ‌دیده مؤثر بودند و نتایج آنها به طور معناداری بهتر از گروه کنترل بود. با این حال، بین روش‌های درمانی تفاوت وجود داشت: طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تمام ابعاد تحمل آشفتگی (شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) به طور معناداری مؤثرتر از دو روش دیگر (طرحواره درمانی بافتاری و بخشش‌محور) عمل کرد. بهبود این متغیر در طول زمان روندی خطی و قوی داشت و سرعت بهبود در گروه ذهن‌آگاهی بیشتر بود. در مقابل، تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش بافتاری و بخشش‌محور بر تحمل آشفتگی مشاهده نشد. در کل، یافته‌ها از فرضیه پژوهش

حمایت کرده و نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی مؤثرترین روش برای ارتقای تحمل آشفتگی در افراد سوگ‌دیده است. نتایج این مطالعه با نتایج پیترز و همکاران (۲۰۲۲)، که نشان دادند طرحواره درمانی بهبود آشفتگی هیجان و روانشناختی افراد دارای اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه اثر بخشی دارد (۳۶) و مطالعه وان تاتنهو و همکاران (۲۰۲۵)، که نشان دادند طرحواره درمانی بر بهبود آشفتگی روانشناختی افراد دارای اختلال شخصیت اثربخشی دارد (۳۷)، همسو بود. نتایج مطالعات داخلی مروجی و همکاران (۱۴۰۳) نیز نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان افراد دارای تجربه سوگ اثربخشی دارد (۳۸) و مطالعه گوهرشاهی و همکاران (۱۴۰۳) که نشان داده بودند طرحواره درمانی بر بهبود آشفتگی روانشناختی زنان دارای اختلال پراشتهایی عصبی اثربخشی دارد (۳۹)، همسو بود. همچنین نتایج جست و جوهای قبلی مطالعه که به بررسی انواع طرحواره درمانی پرداخته باشد، یافت نشد. اما تعداد بسیار اندکی به بررسی اثربخشی جداگانه انواع طرحواره درمانی پرداخته بودند. به عنوان مثال مطالعه آقایی و همکاران (۱۴۰۳)، نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود واکنش هیجانی و احساس شرم درونی در زنان خیانت دیده مؤثر بود (۴۰). همچنین مطالعه گل و همکاران (۱۴۰۳)، نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دارای میگرن اثربخش است (۴۱). مطالعه روان پویا و همکاران (۱۴۰۴)، نیز نشان داد که طرحواره درمانی بخشش‌محور بر شفقت به خود بیماران دارای تجربه خشونت خانگی مؤثر است (۴۲).

در تبیین اثربخشی کلی انواع مختلف طرحواره درمانی بر بهبود تحمل آشفتگی می‌توان گفت طرحواره درمانی از مفاهیم شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل یکپارچه بهره می‌گیرد و با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد با آشفتگی روانشناختی بالا، علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند به کاهش آشفتگی ذهنی افراد دچار سوگ کمک می‌کند. همچنین می‌توان گفت طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند که دائماً طرحواره‌هایشان را آزمون کنند. با آموزش این رویکرد افراد دارای سوگ طرحواره‌ها را به عنوان ساختار معیوب بررسی می‌کنند و می‌توانند با استفاده از مدارک عینی و تجربی با آنها مبارزه کنند.

در تبیین برتری بی‌چون و چرای طرحواره درمانی مبتنی

زهرایکدول و همکاران

رویکرد، همزمان در سطح فرآیندی، رابطه فرد با پریشانی را از تقلا و اجتناب به پذیرش و مشاهده تغییر می‌دهد؛ در سطح عصبی، مدارهای مغزی مرتبط با تنظیم هیجان و توجه را تقویت می‌کند.

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به انتخاب نمونه تنها از شهر اصفهان اشاره کرد بنابراین این جمعیت انتخاب شده نمی‌تواند نماینده سایر شهرهای کشور به ویژه با فرهنگ و بافت مذهبی متفاوت باشد. همچنین دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۲۰ تا ۵۰ سال متغیر بود در حالی که سوگ ممکن است در نوجوانان و افراد بزرگسال و سالمند متفاوت درک و تجربه شود و اثربخشی انواع طرحواره درمانی در این گروه‌های سنی متفاوت باشد. همچنین به دلیل حداقل سواد لازم برای پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها سیکل در نظر گرفته شد و افراد بی‌سواد امکان شرکت در این مطالعه را نداشتند. جهت رفع محدودیت‌های موجود توصیه می‌شود در مطالعات آتی سایر شهرهای کشور به ویژه با بافت فرهنگی و زبانی متفاوت نیز در نظر گرفته شوند تا حساسیت‌های فرهنگی این درمان نیز سنجیده شود. همچنین توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده از سایر گروه‌های سنی نیز استفاده شود تا توانایی اثربخشی این درمان در گروه‌های سنی متفاوت سنجیده شود. در نهایت این مطالعه باید در افراد دارای تحصیلات پایین نیز اجرا شود.

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت که هر سه انواع طرحواره درمانی (ذهن آگاهی، بافتاری، بخشش محور) بر بهبود تحمل آشفتگی افراد سوگوار ناشی از کرونا اثربخشی داشته است. اگرچه هر سه درمان به بهبود تحمل آشفتگی این بیماران کمک کردند اما طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری از خود در مقایسه با انواع دیگر طرحواره درمانی از خود نشان داد. بنابراین به متخصصان سلامت روان به ویژه روان درمانگران توصیه می‌شود که با استفاده از این رویکرد درمانی به افراد سوگوار کمک کرده و زمینه بهبود بهداشت روانی را در آنها فراهم کنند.

سپاسگزاری

در اینجا از تمامی کسانی که در این مطالعه نویسنندگان را یاری کردند به تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تشکر می‌شود.

بر ذهن آگاهی در افزایش تحمل آشفتگی را می‌توان با چهارچوب یکپارچه‌سازی سطوح پردازشی تبیین کرد که از مکانیسم‌های عصب‌شناختی پایه تا فرآیندهای هیجانی-شناختی عالی را در بر می‌گیرد. تحمل آشفتگی، بر خلاف سازه‌های شناختی صرف (مانند بازسازی اسنادها)، ماهیتاً یک سازه فراهیجانی و مبتنی بر ظرفیت است. هسته آن نه تغییر در محتوای فکر، بلکه تغییر در رابطه فرد با تجربه درونی پریشان‌کننده است. در اینجا، ذهن آگاهی به عنوان یک ریشه‌کننده تک‌عاملی عمل می‌کند. در حالی که رویکرد بافتاری بر درک ریشه‌های تاریخی عدم تحمل (چرایی) و رویکرد بخشش محور بر بازسازی معنایی رویداد (چه چیزی) متمرکز است، ذهن آگاهی مستقیماً بر فرآیند لحظه‌به‌لحظه مواجهه (چگونگی) تأثیر می‌گذارد. این رویکرد با آموزش «پذیرش رادیکال» و «گسلش شناختی»، فرد را قادر می‌سازد تا موج هیجانات ناخوشایند سوگ (اندوه، خشم، ترس) را بدون واکنش خودکار اجتناب، سرکوب یا نشخوار فکری، تجربه و تاب آورد. این امر مستقیماً مؤلفه‌های تحمل (توانایی تاب‌آوری فیزیولوژیک-هیجانی) و جذب (پیشگیری از درهم‌ریختگی توجه) را تقویت می‌کند (۴۰).

در سطح عصب‌شناختی، تحمل آشفتگی پایین با فعالیت بیش از حد شبکه حالت پیش‌فرض (شامل قشر میانی پیش‌پیشانی و خلفی جانبی) که مسئول نشخوار فکری و ارجاع به خود است، و نیز با نقص در شبکه کنترل اجرایی (شامل قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی و قشر کمربندی قدامی) که برای تنظیم توجه و هیجان حیاتی است، مرتبط می‌شود (۴۳). تمرینات ذهن آگاهی به‌طور همزمان این دو شبکه را تعدیل می‌کند: از یک سو با آموزش بازگرداندن مکرر توجه به کانونی حاضر (مثلاً تنفس)، فعالیت شبکه حالت پیش‌فرض و درگیری ذهنی با گذشته/آینده را کاهش می‌دهد؛ و از سوی دیگر، با تقویت مداوم مهار آگاهانه توجه، عملکرد شبکه کنترل اجرایی و به‌ویژه کنترل مهار را بهبود می‌بخشد. این تغییرات عصبی، زیربنای بهبود عینی در مؤلفه‌های ارزیابی (ارزیابی مجدد غیرواکنشی هیجانات) و تنظیم (کاربست راهبردهای انطباقی) هستند. شواهد تصویربرداری عصبی نشان می‌دهند که ذهن آگاهی می‌تواند ضخامت قشر پیش‌پیشانی را افزایش دهد (۴۰)، که با ظرفیت بالاتر تحمل پریشانی همبسته است. بنابراین، اثربخشی برتر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را می‌توان حاصل هم‌نوایی بی‌ظنیر مکانیسم عمل آن با معماری چندسطحی سازه تحمل آشفتگی دانست. این

References

1. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). The indian journal of pediatrics. 2020;87(4):281-6. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
2. Contes KM, Liu BM. Epidemiology, clinical significance, and diagnosis of respiratory viruses and their co-infections in the post-COVID era. Pathogens. 2025;14(3):262. <https://doi.org/10.3390/pathogens14030262>
3. Abdi M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in Iran: Actions and problems. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2020;41(6):754-5. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.86>
4. Sawicka B, Aslan I, Della Corte V, Periasamy A, Krishnamurthy SK, Mohammed A, Said MM, Saravanan P, Del Gaudio G, Adom D, Sawicki B. The coronavirus global pandemic and its impacts on society. In Coronavirus drug discovery. 2022: 14(2):267-311 <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85156-5.00037-7>
5. Ke T, Li W, Sancı L, Reavley N, Williams I, Russell MA. The mental health of international university students from China during the COVID-19 pandemic and the protective effect of social support: A longitudinal study. Journal of affective disorders. 2023; 328:13-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.014>
6. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, Wang X. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2021 ;281:91-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
7. Linde ES, Varga TV, Clotworthy A. Obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic-a systematic review. Frontiers in psychiatry. 2022;13:806872. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.806872>
8. Özgüç S, Kaplan Serin E, Tanrıverdi D. Death anxiety associated with coronavirus (COVID-19) disease: A systematic review and meta-analysis. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2024 ;88(3):823-56. <https://doi.org/10.1177/00302228211050503>
9. Barlattani T, D'Amelio C, Capelli F, Mantenuto S, Rossi R, Socci V, Stratta P, Di Stefano R, Rossi A, Pacitti F. Suicide and COVID-19: a rapid scoping review. Annals of general psychiatry. 2023;22(1):10-18. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00441-6>
10. Akbari M. When nightmares reveal existential anxieties during the COVID-19 pandemic. International Journal of Dream Research. 202;15(1):304-307.
11. Weathers E, Cao F, Coughlan H, Easton A, Keegan O. A public health model for bereavement care: learnings from COVID-19 bereavement experiences in Ireland. Frontiers in Public Health. 2025; 13:1611824. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1611824>
12. Coelho A, Albuquerque S, Neto DD. Bereavement support guidelines for caregivers in palliative care: a scoping review. Frontiers in Psychology. 2025; 16:1541783. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1541783>
13. Hewson H, Galbraith N, Jones C, Heath G. The impact of continuing bonds following bereavement: A systematic review. Death Studies. 2024;48(10):1001-1014. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2223593>
14. Hilberdink CE, Ghainder K, Dubanchet A, Hinton D, Djelantik AM, Hall BJ, Bui E. Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. Cambridge Prisms: Global Mental Health. 2023; 32:1-11 <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.28>
15. Asgari M, Ghasemzadeh M, Alimohamadi A, Sakhaei S, Killikelly C, Nikfar E. Investigation into Grief Experiences of the Bereaved during the COVID-19 Pandemic. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2025;91(4):2238-59. <https://doi.org/10.1177/00302228231173075>
16. Van Schaik T, Brouwer MA, Knibbe NE, Knibbe HJ, Teunissen SC. The effect of the COVID-19 pandemic on grief experiences of bereaved relatives: An overview review. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2025;91(2):851-84. <https://doi.org/10.1177/00302228221143861>
17. von Blanckenburg P, Seifart C, Ramaswamy A, Berthold D, Volberg C. Prolonged grief in times of lockdown during the COVID-19 pandemic. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2025;92(1):303-21. <https://doi.org/10.1177/00302228231182738>
18. Maccallum F, Breen LJ, Ivynian S, DiGiacomo M, Luckett T, Lobb EA. Prolonged grief reactions and help-seeking in bereaved adults

- during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2025; 374:467-76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.056>
19. Martins TB, Branco JH, Martins TB, Santos GM, Andrade A. Impact of social isolation during the COVID-19 pandemic on the mental health of university students and recommendations for the post-pandemic period: A systematic review. *Brain, behavior, & immunity-health*. 2025; 43:100941. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2024.100941>
 20. Biglari F, Asli Azad M, Miri Sangtarashani SA. Efficacy of mindfulness-based cognition therapy on Covid-19 Anxiety and distress tolerance in the patients recovered from Corona Virus. *Psychological Achievements*. 2022; 29(2):69-90.
 21. Bagheri M, Tajik Esmaeili A, Farzad V, Abdollahi MH, Raiisi F. The role of experiential avoidance with the mediation of distress tolerance in predicting corona anxiety in the period of covid-19 outbreak: structural equation model. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 202; 10(1):116-27. <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.116>
 22. Leonelli BR, Kuhn T, Hughes JW. Sleep quality and mental health during COVID-19: the role of distress tolerance. *Psychology, Health & Medicine*. 2023 ;28(4):929-37. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2083644>
 23. van Dijk SD, Bouman R, Folmer EH, den Held RC, Warringa JE, Marijnissen RM, Oude Voshaar RC. (Vi)-rushed into online group schema therapy based day-treatment for older adults by the COVID-19 outbreak in the Netherlands. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2020 ;28(9):983-8. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.028>
 24. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive behaviour therapy*. 2026; 55(4):591-613. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2522375>
 25. Zhang K, Hu X, Ma L, Xie Q, Wang Z, Fan C, Li X. The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2023;77(7):641-50. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304>
 26. Edwards DJ. Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: an applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*. 2022 ;12:763670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
 27. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. New Harbinger Publications; 2018;1-318
 28. Bagherizadeh Moghaddam F, Khayatan F, Yosefi Z. Compilation of forgiveness-oriented schema therapy package and its comparison with schema therapy and cognitive-behavioral therapy and its effect on commitment, intimacy of women with marital conflicts referred to counseling clinics in Shiraz family. *Psychological Models and Methods*. 2021;12(44):69-90.
 29. Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. Mindfulness and schema therapy: A practical guide. John Wiley & Sons; 2014;1-224 <https://doi.org/10.1002/9781118753125>
 30. Mohanasundaram SS, BV P, Harsha H. Selecting the right sample size: Methods and considerations for social science researchers. *International Journal of Business and Management Invention (IJBMI)*. 2024;13(7):152-67.
 31. Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
 32. YazdaniPour M, Kazemian Moghadam K, Shahbazi M. Impact of Emotion-focused Therapy on Distress Tolerance and Loneliness in Iranian Women With Opioid Use Disorder. *Journal of health research in community*. 2025;11(3):100-13.
 33. emamzamani, Z., Rahimian Boogar, I., Mashhadi, A. Effectiveness of Contextual Schema Therapy for Fear of Negative Evaluation and Fear of Positive Evaluation in Individuals with Social Anxiety Disorder: Single Subject Design. *Psychological Achievements*, 2025; 32(1): 193-214.
 34. Bagherizadeh Moghaddam F, Khayatan F, Yosefi Z. Compilation of forgiveness-oriented schema therapy package and its comparison with schema therapy and cognitive-behavioral therapy and its effect on commitment, intimacy of women with marital conflicts referred to counseling clinics in Shiraz family. *Psychological Models and Methods*. 2021;12(44):69-90.
 35. Aghaei F, Abbasi G, Hassanzadeh R.

- The efficacy of schema therapy based on mindfulness on the emotion reactivity and internal shame of betrayed women. *Journal of Psychological Science*. 2024 ;23(144):141-58. <https://doi.org/10.61186/jps.23.144.8>
36. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022;61(3):579-97. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
 37. van Tatenhove M, Koppers D, Peen J, Dekker JJ. Group schema therapy: The temporal relationship between early maladaptive schemas and global psychological distress. *Psychotherapy Research*. 2025;35(2):296-305. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2292151>
 38. moraveji, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., Akbarzadeh, M. Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on Improving Emotion Regulation Strategies in depressed patients with bereavement. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 2024; 16(1): 65-76.
 39. Goharshahi, R., Mafakheri, A., Mohammadipour, M. Comparing the effectiveness of schema therapy in comparison with acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological distress of women with Bulimia nervosa. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2024; 14(1): 67-84.
 40. Aghaei F, Abbasi G, Hassanzadeh R. The efficacy of schema therapy based on mindfulness on the emotion reactivity and internal shame of betrayed women. *Journal of Psychological Science*. 2024;23(144):141-58. <https://doi.org/10.61186/jps.23.144.8>
 41. Gol A, Ahgamohammadian Sherbaf H, Bigdeli I, Farid Hosseini F. Gender Comparison of the Effectiveness of Tissue Treatment Plan on Improving the Quality of Life of Migraine Patients. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2024;31(5):681-92.
 42. Hekmat Ravan R, Khayatan F, Golparvar M. Comparison of the Effectiveness of Forgiveness-based Schema Therapy, Spiritual Therapy and Emotion-based Therapy on Self-Compassion in Women Victims of Domestic Violence. *J Spritual Health* 2024; 3 (1) :298-308
 43. Milam AL, Judah MR. The association of emotion regulation with distress tolerance depends on a neural correlate of cognitive control. *Biological psychology*. 2023;180(2):108571. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108571>