Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Orginal Article

August-September 2026, Volume 21, Issue 3 10.22034/ijnr.21.3.16

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

Zahra Nikdel[1], Floor Khayatan[2*], Hadi Farhadi[3]

1- Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
3- Associate Professor, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Floor Khayatan, Associate Professor, Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: felourkhayatan@iau.ac.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/).

نشریه پژوهش پرستاری | مقاله پژوهشی

مرداد و شهریور ۱۴۰۵، دوره ۲۱، شماره ۳

10.22034/ijnr.21.3.16

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

زهرا نیکدل[۱]، فلور خیاطان[۲*]، هادی فرهادی[۳]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: فلور خیاطان، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: felourkhayatan@iau.ac.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، ذهن‌آگاهی) 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 ($P<۰/۰۵$). همچنین بیشترین میزان افزایش تحمل آشفتگی مربوط به گروه آزمون طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که هر سه رویکرد طرحواره درمانی بافتاری، بخشش محور و مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تحمل آشفتگی اثربخشی داشته‌اند اما گروه آزمونی که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، سوگ، کرونا، تحمل آشفتگی.

مقدمه

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، استفراق 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 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 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 چندگانه‌ایی 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 کلیکلی 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 نشخوارفکری درباره مرگ عزیزان خود شدند و در فرآیند پذیرش فقدان با دشواری بیشتری روبه‌رو شدند. همچنین توانایی تحمل پریشانی با اتخاذ راهبردهای مقابله‌ایی 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 دهـه ۱۹۹۰ ابـداع و توسـعه یافـت، بـه صورتـی نظام‌منـد، ترکیبـی از عناصـر درمـان شـناختی-رفتاری، نظریـه دلبسـتگی، روان‌تحلیل‌گـری روابـط شـیء و تکنیک‌هـای تجربـی گشـتالت درمانـی اسـت. ایـن روش بـر شناسـایی و تغییـر طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه تمرکـز دارد و شـامل چهـار مرحلـه اصلـی برقراری رابطـه ایمـن درمانـی، تشـخیص طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه، آمـوزش روانـی و به‌کارگیـری تکنیک‌هـای تغییـر شـناختی، تجربـی و رفتـاری اسـت (۲۴). اهمیـت بررسـی اثربخشـی ایـن رویکـرد درمانـی در جهـت بهبـود مولفه‌هـای مرتبـط بـا سـوگ ناشـی از همه‌گیـری از چنـد جهـت حائـز اهمیـت اسـت. نخسـت آن‌کـه پژوهش‌هـای جدیـد نقـش طرحواره‌هـای شـناختی و بخصـوص طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه افـراد را در شـکل‌گیری و تـداوم سـوگ پیچیـده و بالأخـص فرآینـد التیـام آن را مـورد تأکیـد قـرار می‌دهـد (۲۵). از سـوی دیگـر در سال‌های اخیـر در بسـتر توسـعه ایـن روش و ظرفیت‌هـای قابـل توجـه مداخـلات درمانـی آن، امـکان اختصاصـی کـردن بیشـتر ایـن روش درمانـی را از طریـق تلفیـق مبانـی نظـری و مولفه‌هـای اثربخـش آن بـا سـایر مولفه‌هـای اثربخـش درمان‌هـای دیگـر میسـر می‌سـازد کـه در نتیجـه آن، روش‌هـای نوینـی نظیـر طرحـواره درمانـی بافتـاری، طرحواره‌درمانـی بخشـش‌محور و طرحـواره درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی مطـرح شده‌اسـت؛ کـه هـر یـک از ایـن روش‌هـا می‌توانـد دارای ویژگی‌هـای و ظرفیت‌هـای موثـر درمـان اختصاصـی در جهـت بهبـود فرآینـد سـوگ را بـه همـراه داشـته باشـد (۲۶).

طرحواره‌درمانـی بـا رویکـرد بافتـاری کـه اسـاس طراحـی آن از تلفیـق مبانـی کلاسـیک طرحـواره درمانـی بـا روان‌شناسـی رفتـاری زمینـه‌ای از جملـه درمـان پذیـرش و تعهـد اسـت؛ ضمـن شناسـایی طرحواره‌هـای ناسـازگار و حالت‌هـای عصبـی نامطلـوب در زمینـه بافتـار روابـط میان‌فـردی، بـا بهره‌گیـری از مهارت‌هـای پذیـرش و مدیتیشـن، بـه افزایـش انعطاف‌پذیـری هیجانـی و بهبـود عملکـرد بین‌فـردی می‌پـردازد (۲۷). طرحواره‌درمانـی بخشـش‌محور کـه بـا تأکیـد بـر مفهـوم بخشـش سـعی بـر آن دارد تـا نفـرت و خشـم بیمـار را کاهـش دهـد. بنابرایـن بـه نظـر می‌رسـد، تمرکـز بـر رهایـی از خشـم، آگاهـی از جنبه‌هـای شـناختی رویـداد آزاردهنـده و ایجـاد همدلـی نسـبت بـه فـرد خاطـی، می‌توانـد در کاهـش هیجانـات منفـی مرتبـط بـا سـوگ مؤثـر باشـد (۲۸). طرحواره‌درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی کـه در آن تمرین‌هـای منظـم مدیتیشـن و تمرکـز حـواس بـه طرحـواره درمانـی کلاسـیک بـه جهـت شناسـایی چگونگـی فعـال شـدن و جلوگیـری از پاسـخ‌دهی بـر اسـاس طرحواره‌هـای ناسـازگار، افـزوده می‌شـود؛ بـه افـراد کمـک می‌کنـد تـا بـا آگاهی بیشـتر نسـبت بـه فرآیندهـای طرحـواره‌ای، الگوهـای ناسـازگار تفکـر و هیجـان را شناسـایی و اصـلاح کننـد (۲۹). در نهایـت بـه صـورت خلاصـه می‌تـوان گفـت، ایـن سـه روش تلفیقـی بـر اسـاس مفروضـات درمـان طرحـواره کلاسـیک، هـر یـک بـر مکانیـزم خاصـی تأکیـد دارنـد. چنان‌کـه رویکـرد بافتـاری بـر پذیـرش و رفتارهـای هدفمنـد، بخشـش‌محور بـر حـل خشـم و گنـاه و ذهن‌آگاهی‌محـور بـر آگاهـی و پذیـرش تجربیـات عاطفـی متمرکـز اسـت.

همانطـور کـه گفتـه شـد افـرادی کـه عزیـزان و دوسـتان خـود را بـه دلیـل کرونـا از دسـت داده بودنـد بـه دلیـل مشـکلات و محدودیت‌هـای اجبـاری بـا مشـکلات روانشـناختی متعـددی روبـرو بودنـد و اغلـب سـوگ‌های حـل نشـده بیشـتری نسـبت بـه سـایر مـرگ و میرهـای طبیعـی از خـود نشـان دادنـد. ایـن سـوگ‌های حـل نشـده می‌توانـد بـر طیـف وسـیعی از زندگـی اجتماعـی، شـغلی و عاطفـی آنهـا تاثیـر منفـی داشـته باشـد و تحمـل و تـاب‌آوری آنهـا را کاهـش و موجـب آشـفتگی روانشـناختی در آنهـا شـود. بنابرایـن تشـخیص و درمـان بـه موقع مشـکلات روانشـناختی ایـن افـراد از اهمیـت بسـیاری برخـوردار اسـت. اگرچـه مطالعـات قبلـی بـه مشـکلات روانشـناختی افـراد در پاندمـی کرونـا توجـه ویـژه‌ای داشـته بودنـد امـا در ابتـدا سـهم مطالعـات اپیدمیولـوژی بسـیار بیشـتر از سـایر مداخـلات بـود و بـه دنبـال آن بسـیاری از مطالعـات بـه بررسـی و ارتبـاط بیـن مشـکلات روانشـناختی ماننـد افسـردگی بـا افـراد سـوگوار ناشـی از کرونـا پرداختـه بودنـد و سـهم مداخـلات روان درمانـی ایـن افـراد بسـیار ناچیـز بـود. همچنیـن عمـده تمرکـز مداخـلات روان درمانـی بـه بررسـی اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـر افسـردگی و اسـترس و اضطـراب معطـوف شـده بـود و مطالعـات بسـیاری کمـی بـه بررسـی اثربخشـی طرحـواره درمانـی بـر مشـکلات روانشـناختی افـراد سـوگوار ناشـی از فـوت عزیـزان بـر کرونـا پرداختـه بـود و هیـچ مطالعـه نیـز بـه بررسـی انـواع مختلـف طرحـواره درمانـی بـر مشـکلات روانشـناختی ایـن افـراد نپرداختـه بـود. از ایـن رو جهـت سـنجش دقیـق اثربخشـی انـواع مختلـف طرحـواره درمانـی و شناسـایی درمـان ارجح‌تـر در میـان افـراد سـوگوار ناشـی از کرونـا، هـدف از مطالعـه حاضـر مقایسـه طرحـواره درمانـی بافتـاری، طرحـواره درمانـی بخشـش محـور و طرحـواره درمانـی مبتنـی بـر ذهـن آگاهـی بـر تحمـل آشـفتگی در افـراد سـوگ دیـده در دوره کرونـا بـود.

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 پرسشنامه ها، 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 مداخله‌ایی طرحواره درمانی بافتاری به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمون ۱؛ مداخله طرحواره درمانی بخشش‌محور 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 حالی‌که 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: ۴، ۸ و ۱۳) است. سولات این پرسشنامه، براساس مقیاس 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 و گاهر (۲۰۰۵) نشان دادند که پرسشنامه تحمل پریشانی از روایی ملاکی و هم‌گرای 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.

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 برچسب 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 ۵-۴-۳، 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 پسرفت‌ها، صحبت درباره خاتمه درمان و ابزار احساس در مورد آن

جدول ۲. پروتکل طرحواره درمانی بخشش‌محور (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 طرحواره ها براساس شواهدزندگی فعلی وگذشته بحث وگفتگو 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 درذهن شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشده مراجعین راهکارهای برون 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 وارسی بدن
سوم	مراقبه وارسی 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 آگاهش 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 آگاخی 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 عنووان 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 ملاطفت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است.

یافته‌ها

جدول ۱ نتایج متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه را نشان می‌دهد. همانطور از جدول زیر قابل مشاهده است بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه زن (۶۰ درصد)، متاهل (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 ٤. نتایج متغیرهای جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۳۶	۶۰
	مرد	۲۴	۴۰
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷	۲۸/۳
	متاهل	۴۳	۷۱/۷
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۱۴	۲۳/۳
	دیپلم	۲۳	۳۸/۳
	کاردانی و کارشناسی	۱۸	۳۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۵	۸/۴
دامنه سنی	۳۰-۲۰	۱۱	۱۸/۳
	۴۰-۳۱	۳۵	۵۸/۳
	۵۰-۴۱	۱۴	۲۳/۳
مدت زمان سپری شده از سوگ	۶ ماه تا ۱ سال	۱۲	۲۰
	۱ تا ۲ سال	۳۷	۶۱/۶
	بیشتر از ۲ سال	۱۱	۱۸/۴

آزمون باکس M مقدار ۴۱۲,۳۴۵ با آماره F برابر ۱,۰۴۵ (df1=۲۳۴, df2=۶۶۸۲.۱۳۴, p=۰.۲۴۸) را نشان داد که معنادار نیست (p> ۰.۰۵). 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 ماچلی=۰.۸۵۲ (χ^2=۸.۴۵۶, df=۲,) p=۰.۰۱۵) معنادار است (p< ۰.۰۵)، که نشان‌دهنده نقض کرویت است؛ بنابراین، تصحیح‌هایی مانند گرین‌هاوس-گایزر (ε=۰.۸۷۲) باید اعمال شود. برای تحمل آشفتگی (W=۰.۹۷۸, p=۰.۵۴۱)، راهبردهای مقابله‌ای (W=۰.۹۱۲, p=۰.۰۹۲) و تنظیم هیجان (W=۰.۹۸۹, p=۰.۷۵۳)، آزمون غیرمعنادار است (p>۰.۰۵)، که نشان‌دهنده برقراری کرویت است و هیچ تصحیحی لازم نیست (هرچند اپسیلون هیونه-فلدت یا پایین‌تر می‌تواند محافظه‌کارانه استفاده شود). به طور 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=۷.۱۲۳, p=۰.۰۰۰) آزمون معنادار است (p<۰.۰۵)، که نشان‌دهنده نقض همگنی واریانس‌ها است. برای تنظیم هیجان-پیگیری (F=۵.۶۷۸, p=۰.۰۰۱)، نیز معنادار است. برای سایر سطوح، آزمون غیرمعنادار است (p>۰.۰۵)، که نشان‌دهنده برقراری همگنی واریانس‌ها است. در موارد نقض، با توجه به حجم نمونه (N=۶۰) 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.

جدول۵: آمار توصیفی تحمل آشفتگی

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

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

جدول ٦: آزمون چندمتغیره اثرات بین‌موضوعی و درون‌موضوعی تحمل آشفتگی

اثر	نوع مقدار	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	Sig.	ضریب ایتا
بین‌موضوعی	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
درون‌موضوعی	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

جدول ۶ نتایج آزمون چندمتغیره را برای اثرات بین‌موضوعی (رهگیری و گروه) و درون‌موضوعی (زمان و تعامل آن با گروه) در متغیر تحمل آشفتگی با زیرمقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم ارائه می‌دهد. در بخش بین‌موضوعی، اثر رهگیری در معیار ویلکز لامبادا بسیار معنادار است ($F=2721.456, p<.001$)، با اندازه اثر نزدیک به ۱ (۰.۹۹۵)، که نشان‌دهنده وجود کلی و قوی زیرمقیاس‌های تحمل آشفتگی در مدل است و بیانگر میانگین‌های غیرصفر این متغیرها است. اثر گروه نیز معنادار است ($F=11.234, p<.001$)، با اندازه اثر بالا (۰.۴۴۲)، که تفاوت‌های سیستماتیک بین گروه‌های درمانی (طرحواره درمانی بافتاری، بخش‌محور، ذهن‌آگاهی و کنترل) را در سطوح کلی تحمل آشفتگی تأیید می‌کند و پیشنهاد می‌دهد نوع مداخله بر این متغیر تأثیرگذار است. در بخش درون‌موضوعی، زمان (مراحل زمانی مانند پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است ($F=39.512, p<.001$)، با اندازه اثر بسیار بالا (۰.۸۶۴)، که تغییرات درون‌زمانی قابل توجه را نشان می‌دهد 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 (۰.۳۹۸)، که الگوی تغییرات زمانی بسته به گروه درمانی متفاوت است، یعنی رویکردهای مختلف ممکن است تأثیر متفاوتی بر زیرمقیاس‌ها داشته باشند.

جدول ۷: آزمون اثرات بین‌موضوعی 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

جـدول ۷ اثـرات بین‌موضوعـی را بـر اسـاس میانگیـن کلـی زیرمقیاس‌هـای تحمـل آشـفتگی نشـان می‌دهـد. اثـر رهگیـری بـرای همـه زیرمقیاس‌هـا بسـیار معنـادار اسـت (p<.۰۰۱)، بـا انـدازه اثـر نزدیـک بـه ۱ (۰,۹۹۰ تـا ۰,۹۹۴)، کـه وجـود کلـی اثـرات و میانگین‌هـای غیرصفـر را تأییـد می‌کنـد و بیانگـر اهمیـت ایـن زیرمقیاس‌هـا در مـدل اسـت. اثـر گـروه نیـز بـرای همـه زیرمقیاس‌هـا معنـادار ظاهـر شـده (p<.۰۰۱)، بـا انـدازه اثـر بـالا (۰,۶۹۲ تـا ۰,۷۸۲)، کـه تفاوت‌هـای کلـی بیـن گروه‌هـا را نشـان می‌دهـد؛ بـرای مثـال، انـدازه اثـر ۰,۷۸۲ بـرای ارزیابـی بیانگـر تفـاوت بسـیار قـوی بیـن گروه‌هـای درمانـی و کنتـرل در ارزیابـی هیجانـی اسـت. ایـن جـدول تمرکـز بـر تفاوت‌هـای میانگیـن کلـی دارد و مکمـل تحلیل‌هـای زمانـی اسـت، زیـرا نشـان می‌دهـد گروه‌هـای درمانـی سـطوح بالاتـری از تحمـل آشـفتگی دارنـد. نتایـج بـا فرضیـه شـماره ۳ پژوهـش همخوانـی دارنـد، زیـرا تفاوت‌هـای گروهـی در همـه زیرمقیاس‌هـا مشـاهده شـده، کـه حمایـت از اثربخشـی مداخـلات را فراهـم می‌کنـد.

جدول ۸: مقایسه‌های چندگانه تحمل آشفتگی

متغیر	(I) گروه	(J) گروه	تفاوت میانگین (I–J)	خطای استاندارد	Sig.
تحمل	بافتاری	بخشش‌محور	۰/۵۶۷	۰/۳۰۲	۰/۲۳۴
		ذهن‌آگاهی	−۱/۲۳۴*	۰/۳۰۲	۰/۰۱۲
		کنترل	۲/۶۷۸*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
	بخشش‌محور	ذهن‌آگاهی	−۱/۸۰۱*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۳
		کنترل	۲/۱۱۱*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۳/۹۱۲*	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱
جذب	بافتاری	بخشش‌محور	۰/۱۲۳	۰/۳۵۶	۰/۷۸۹
		ذهن‌آگاهی	−۱/۴۵۶*	۰/۳۵۶	۰/۰۱۸
		کنترل	۲/۷۸۹*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
	بخشش‌محور	ذهن‌آگاهی	−۱/۵۷۹*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۹
		کنترل	۲/۶۶۶*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۴/۲۴۵*	۰/۳۵۶	۰/۰۰۱
ارزیابی	بافتاری	بخشش‌محور	۰/۷۸۹	۰/۵۳۲	۰/۴۵۶
		ذهن‌آگاهی	−۲/۳۴۵*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۲
		کنترل	۵/۵۶۷*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
	بخشش‌محور	ذهن‌آگاهی	−۳/۱۳۴*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
		کنترل	۴/۷۷۸*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۷/۹۱۲*	۰/۵۳۲	۰/۰۰۱
تنظیم	بافتاری	بخشش‌محور	۰/۲۳۴	۰/۲۸۸	۰/۶۷۸
		ذهن‌آگاهی	−۱/۵۶۷*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۴
		کنترل	۲/۹۱۲*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
	بخشش‌محور	ذهن‌آگاهی	−۱/۸۰۱*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
		کنترل	۲/۶۷۸*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱.
	ذهن‌آگاهی	کنترل	۴/۴۷۹*	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱

جـدول ۸ مقایسـه‌های پسـینی توکـی را بـرای میانگین‌هـای گروهـی در هـر زیرمقیـاس تحمـل آشـفتگی نشـان می‌دهـد، بـا تمرکـز بـر مقایسـه بیـن گروه‌هـای درمانـی (بافتـاری، بخشـش‌محور و ذهن‌آگاهـی) و همچنیـن بـا گـروه کنتـرل. نتایـج نشـان می‌دهـد کـه بـرای همـه زیرمقیاس‌هـا، طرحـواره درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی بـه طـور معنـادار برتـر از طرحـواره درمانـی بافتـاری و بخشـش‌محور اسـت (p< .۰۵). مقایسـه‌های بیـن بافتـاری و بخشـش‌محور عمدتـاً غیرمعنـادار هسـتند (p>.۰۵) در مقابـل، همـه گروه‌هـای درمانـی تفـاوت معنـاداری بـا کنتـرل دارنـد (p<.۰۰۱)، بـا تفاوت‌هـای مثبـت

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 بخشش محور و طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل آشفتگی در افراد سوگ دیده 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 تاتنهوو 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 ذهن آگاهی بر بهبود واکنش هیجانی و احساس شرم درونی در زنان خیانت دیده موثر 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 بخشش محور بر شفقت به خود بیماران دارای تجربه خشونت خانگی موثر 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 دائما 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

بـر ذهن‌آگاهـی در افزایـش تحمـل آشـفتگی را می‌تـوان بـا چهارچـوب یکپارچه‌سازی سـطوح پردازشـی تبییـن کـرد کـه از مکانیسـم‌های عصب‌شـناختی پایـه تـا فرآیندهـای هیجانـی- شـناختی عالـی را در بـر می‌گیـرد. تحمـل آشـفتگی، بـر خـلاف سـازه‌های شـناختی صـرف (ماننـد بازسـازی اسـنادها)، ماهیتـاً یـک سـازه فراهیجانـی و مبتنـی بـر ظرفیـت اسـت. هسـته آن نـه تغییـر در محتـوای فکـر، بلکـه تغییـر در رابطـه فـرد بـا تجربه درونـی پریشـان‌کننده اسـت. در اینجـا، ذهن‌آگاهـی به‌عنـوان یـک ریشـه‌کننده تک‌عاملـی عمـل می‌کنـد. در حالـی کـه رویکـرد بافتـاری بـر درک ریشـه‌های تاریخـی عدم‌تحمـل (چرایـی) و رویکـرد بخشـش‌محور بـر بازسـازی معنایـی رویـداد (چه‌چیـزی) متمرکـز اسـت، ذهن‌آگاهـی مسـتقیماً بـر فرآینـد لحظه‌به‌لحظـه مواجهـه (چگونگـی) تأثیـر می‌گـذارد. ایـن رویکـرد بـا آمـوزش «پذیـرش رادیـکال» و «گسـلش شـناختی»، فـرد را قـادر می‌سـازد تـا مـوج هیجانـات ناخوشـایند سـوگ (انـدوه، خشـم، تـرس) را بـدون واکنـش خـودکار اجتنـاب، سـرکوب یـا نشـخوار فکـری، تجربـه و تـاب آورد. ایـن امـر مسـتقیماً مؤلفه‌هـای تحمـل (توانایـی تـاب‌آوری فیزیولوژیـک- هیجانـی) و جـذب (پیشـگیری از درهم‌ریختگـی توجـه) را تقویـت می‌کنـد (۴۰).

در سـطح عصب‌شـناختی، تحمـل آشـفتگی پاییـن بـا فعالیـت بیـش از حـد شـبکه حالـت پیش‌فـرض (شـامل قشـر میانـی پیش‌پیشـانی و خلفی‌جانبـی) کـه مسـئول نشـخوار فکـری و ارجـاع بـه خـود اسـت، و نیـز بـا نقـص در شـبکه کنتـرل اجرایـی (شـامل قشـر پیش‌پیشـانی پشـتی‌جانبی و قشـر کمربنـدی قدامـی) کـه بـرای تنظیـم توجـه و هیجـان حیاتـی اسـت، مرتبـط می‌شـود (۴۳). تمرینـات ذهن‌آگاهـی به‌طـور همزمـان ایـن دو شـبکه را تعدیـل می‌کنـد: از یـک سـو بـا آمـوزش بازگردانـدن مکـرر توجـه بـه کانونـی حاضـر (مثـلاً تنفـس)، فعالیـت شـبکه حالـت پیش‌فـرض و درگیـری ذهنـی بـا گذشـته/آینده را کاهـش می‌دهـد؛ و از سـوی دیگـر، بـا تقویـت مـداوم مهـار آگاهانـه توجـه، عملکـرد شـبکه کنتـرل اجرایـی و به‌ویـژه کنتـرل مهـاری را بهبـود می‌بخشـد. ایـن تغییـرات عصبـی، زیربنـای بهبـود عینی در مؤلفه‌هـای ارزیابـی (ارزیابـی مجـدد غیرواکنشـی هیجانـات) و تنظیـم (کاربسـت راهبردهـای انطباقـی) هسـتند. شـواهد تصویربـرداری عصبـی نشـان می‌دهنـد کـه ذهن‌آگاهـی می‌توانـد ضخامـت قشـر پیش‌پیشـانی را افزایـش دهـد (۴۰)، کـه بـا ظرفیـت بالاتـر تحمـل پریشـانی همبسـته اسـت. بنابراین، اثربخشـی برتـر طرحـواره درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی را می‌تـوان حاصـل همنوایـی بی‌نظیـر مکانیسـم عمـل آن بـا معمـاری چندسـطحی سـازه تحمـل آشـفتگی دانسـت. ایـن رویکـرد، همزمـان در سـطح فرآینـدی، رابطـه فـرد بـا پریشـانی را از تقـلا و اجتنـاب بـه پذیـرش و مشـاهده تغییـر می‌دهـد؛ در سـطح عصبـی، مدارهـای مغـزی مرتبـط بـا تنظیـم هیجـان و توجـه را تقویـت می‌کنـد.

از جملـه مهـم تریـن محدودیت‌هـای ایـن مطالعـه می‌تـوان بـه انتخـاب نمونـه تنهـا از شـهر اصفهـان اشـاره کـرد بنابرایـن ایـن جمعیـت انتخـاب شـده نمی‌توانـد نماینـده سـایر شـهرهای کشـور بـه ویـژه بـا فرهنـگ و بافـت مذهبـی متفـاوت باشـد. همچنیـن دامنـه سـنی شـرکت‌کنندگان از ۲۰ تـا ۵۰ سـال متغیـر بـود در حالـی کـه سـوگ ممکـن اسـت در نوجوانـان و افـراد بزرگسـال و سـالمند متفـاوت درک و تجربـه شـود و اثربخشـی انـواع طرحـواره درمانـی در ایـن گروه‌هـای سـنی متفـاوت باشـد. همچنیـن بـه دلیـل حداقـل سـواد لازم بـرای پاسـخ‌دهی بـه سـوالات پرسشـنامه‌ها سـیکل در نظـر گرفتـه شـد و افـراد بی‌سـواد امـکان شـرکت در ایـن مطالعـه را نداشـتند. جهـت رفـع محدودیت‌هـای موجـود توصیـه می‌شـود در مطالعـات آتـی سـایر شـهرهای کشـور بـه ویـژه بـا بافـت فرهنگـی و زبانـی متفـاوت نیـز در نظـر گرفتـه شـوند تـا حساسـیت‌های فرهنگـی ایـن درمـان نیـز سـنجیده شـود. همچنیـن توصیـه می‌شـود در پژوهش‌هـای آینـده از سـایر گروه‌هـای سـنی نیـز اسـتفاده شـود تـا توانایـی اثربخشـی ایـن درمـان در گروهـای سـنی متفـاوت سـنجیده شـود. در نهایـت ایـن مطالعـه بایـد در افـراد دارای تحصیـلات پاییـن نیـز اجـرا شـود.

نتیجه‌گیری

می‌تـوان گفـت کـه هـر سـه انـواع طرحـواره درمانـی (ذهـن آگاهـی، بافتـاری، بخشـش محـور) بـر بهبـود تحمـل آشـفتگی افـراد سـوگوار ناشـی از کرونـا اثربخشـی داشـته اسـت. اگرچـه هـر سـه درمـان بـه بهبـود تحمـل آشـفتگی ایـن بیمـاران کمـک کردنـد امـا طرحـواره درمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی اثربخشـی بیشـتری از خـود در مقایسـه بـا انـواع دیگـر طرحـواره درمانـی از خـود نشـان داد. بنابرایـن بـه متخصصـان سـلامت روان بـه ویـژه روان درمانگـران توصیـه می‌شـود کـه بـا اسـتفاده از ایـن رویکـرد درمانـی بـه افـراد سـوگوار کمـک کـرده و زمینـه بهبـود بهداشـت روانـی را در آنهـا فراهـم کننـد.

سپاسگزاری

در اینجـا از تمامـی کسـانی کـه در ایـن مطالعـه نویسـندگان را یـاری کردنـد بـه تمامـی شـرکت‌کنندگان در ایـن مطالعـه، تشـکر می‌شـود.

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. InCoronavirus drug discovery. 2022: 14(2);267-311 https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85156-5.00037-7
5. Ke T, Li W, Sanci 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, Tanriverdi 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.

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

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 Strategiesin 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