

اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه

سعید مرادی وفا*^۱، شهلا یاری^۲، صحرا ناصری^۳، لیلا رحمتی نژاد^۴، محمد عطشان^۵

چکیده

مقدمه: در پاسخ به افزایش روزافزون میزان خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی در جهان که آمار قابل توجهی برخوردار است؛ توجه و تمرکز روی توسعه و اجرا مداخلات پیشگیری کننده از خودکشی افزایش یافته است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه انجام گرفت.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش کلیه بیماران بستری در بخش سوختگی که اقدام به خودسوزی نموده اند در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه بوده است. از این جامعه ۱۶ مراجع به شیوه تصادفی ساده طی چند مرحله انتخاب شدند و در دو گروه ۸ نفری گماشته شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه افکار خودکشی بک و پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای یانگ استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار آماری Spss-۲۱ انجام شد.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که افکار خودکشی بر اثر زوج درمانی کمتر شده و از میزان شدت اولیه کاهش می یابد و اقدام به خودکشی مجدد از بین می رود.

نتیجه گیری: بنابراین زوج درمانی طرحواره محور می تواند شدت ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران را کاهش داده و با توجه به کاهش میزان افکار خودکشی، میزان اقدام به خودکشی مجدد به صفر برسد.

واژه های کلیدی: افکار خودکشی، خودسوزی، زوج درمانی طرحواره محور

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۳/۲۱

استناد: مرادی وفا سعید، یاری شهلا، ناصری صحرا، رحمتی نژاد لیلا، عطشان محمد. اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۳۷(۲): ۱۵۶-۱۴۶

^{۱-} (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

saeid.moradi.vafa@gmail.com

^{۲-} کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، کردستان، ایران

^{۳-} دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، پردیس بین الملل کیش، دانشگاه تهران، ایران.

^{۴-} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

^{۵-} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

مقدمه:

اختلاف بین زن و شوهر بنا به تفاوت های فردی و شخصیتی در زندگی زناشویی امری طبیعی است و در موارد متعددی روی می دهد. زیرا در تعامل بین زوجین، برخی نیازها برآورده نمی شود و همسران نسبت به همدیگر احساس خشم، ناامیدی و نارضایتی می کنند (۱). با شروع زندگی مشترک دو نفر که ممکن است دارای فرزند باشند یا نباشند کارکردهای گوناگونی خواهند داشت. از جمله کارکردهای مهم آن حفظ سلامت عمومی و همچنین پیشگیری از آسیب های اجتماعی است. بنابراین توجه به کارکردهای خانواده، در ابعاد و زمینه های رفتاری و شخصیتی دارای اهمیت بسیار است (۲).

سیسیلیا به نقل از یوسف نژاد (۳) در توصیف کارکرد تعاملات زوجین، تعاملات تربیتی و تعاملات مستقل را مورد توجه قرار داده است و کنش اعضای خانواده تعاملات زوجین، تعاملات تربیتی و تعاملات مستقل را مورد توجه قرار داده اند و کنش اعضای خانواده در عملکرد درون خانواده و در جامعه حرفه ای و شغلی، تحصیلی، اجتماعی یا تفریحی را بررسی نموده اند و به این نتیجه رسیده اند که در خانواده هایی که زن و مرد کنار هم هستند تعاملات زناشویی می تواند اساس و بنیان سایر امور باشند (۴). در تعریف عملکرد خانواده می توان گفت که «عملکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده» (۵). در زمینه افزایش عملکرد مطلوب زوجین دیدگاه های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش از دیدگاه طرحواره محور و شناختی جهت تحلیل نظری آن استفاده شده است. رویکردی که دیدگاه شناختی به مشکلات زناشویی دارد این است که ذهنیت های طرحواره ای را علت اصلی ایجاد اختلال و مشکلات زوجها می داند. براساس مدل های طرحواره ها و ذهنیت های طرحواره ای آنچه که باورهای کلیدی خانواده است در ایجاد مسائل و مشکلات نقش دارند. فرض بر این است که هر یک از زوجین باورهای اصلی و ذهنیت های طرحواره ای درباره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به رابطه زناشویی می آورند، طرحواره ها شامل فرضیاتی است که درباره همسر و رابطه زناشویی آن گونه که هستند و معیارهای درباره اینکه چگونه باید باشند (۶).

مفید بودن طرحواره درمانی در درمان مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی تأیید شده است. الگوهای طرحواره محور، طرحواره و ذهنیت ها را طیفی گسترده و فراگیر از مسائل و موضوعاتی می داند که بر خود و روابط خود با دیگران تمرکز دارد. در دوره کودکی پرورش می یابد و در طول زندگی پیچیده تا حدی ناکارآمد می شود. طرحواره ها اساساً قطعی و هم شرطی و هم غیرشرطی هستند که توسط افراد حفظ می شوند (۷).

طرحواره ها سازه هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می دهند. ذهنیت های طرحواره ای ناکارآمد را می توان به عنوان بخشی از خویشتن در نظر گرفت که با طرحواره ها یا عملکردهای طرحواره ای خاصی ارتباط دارد و هنوز به طور کامل با سایر بخشهای خویشتن یکپارچه نشده است. ذهنیت ها به چهار گروه تقسیم می شوند: ذهنیت های کودکانه، ذهنیت های مقابله ای ناکارآمد، ذهنیت های والد ناکارآمد، ذهنیت بزرگسال سالم. یکی از اهداف بزرگ طرحواره درمانی این است که به بیماران یاد بدهیم چگونه ذهنیت بزرگسال سالم را توانمند سازند تا بتوانند ذهنیت های ناکارآمد را خنثی کرده یا به گفتگو با آنها بپردازند. مفهوم ذهنیت اولین بار در رفتارهای اختلال شخصیت مرزی پدید آمد. به عنوان مثال گرفتن نمره بالا در تمام شانزده عامل پرسشنامه طرحواره یانگ توسط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی چندان غیرمعمول نیست. مدل اصلی طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشکل است، زیرا این بیماران خیلی سریع از یک حالت عاطفی یا پاسخ مقابله ای افراطی به یک حالت یا پاسخ دیگر تغییر جهت می دهند. مثلاً در یک لحظه ممکن است عصبانی و در لحظه دیگر غمگین، منزوی، دوری گزین، بی احساس، وحشت زده، تکانشگر یا مملو از خود بیزاری شوند. چون تمرکز عمده مدل اصلی طرحواره بر سازه های صفت مانند مثل طرحواره یا سبک

مقابله ای بود، لذا در نظر گرفتن این مدل جهت تبیین پدیده تغییر حالتهای ناگهانی بیماران کافی به نظر نمی‌رسید. براساس مدل ذهنیت طرحواره ای، این امر به خاطر تغییر وضعیت های پی در پی و غیرقابل کنترل بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است. به نظر یانگ، پنج ذهنیت زیر خصیصه اختلال شخصیت مرزی هستند: ذهنیت محافظ بی تفاوت، ذهنیت کودک رهاشده/مورد بدرفتاری قرار گرفته، ذهنیت کودک عصبانی/تکانشی، ذهنیت والد تنبیه گر و ذهنیت بزرگسال سالم. گذاشتن اسم بر روی ذهنیت های مختلف، وسیله ای برای کمک به بیمار در جهت درک و شناسایی ذهنیت ها است و هیچ اشاره ای به هویت ها یا اشخاص مستقل ندارد(۸).

براساس نظریه شناخت درمانی، احساسات و رفتارهای ناکارآمد در اختلالات شخصیت به طور وسیعی تحت تاثیر کارکرد طرحواره های خاص است که موجب قضاوت های سوگیرانه و ایجاد خطاهای شناختی مداوم در انواع موقعیت های خاص می شوند(۹). مطالعات زیادی رابطه ذهنیت های طرحواره ای را با شماری از علائم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و رفتارهای ایدایی نشان داده اند(۱۰).

لذا این احتمال نیز وجود دارد که ذهنیت های طرحواره ای با افکار خودکشی نیز ارتباط داشته باشند. از آنجا که خودکشی یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی در سراسر جهان به شمار می رود. لذا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، خودکشی، اقدامی است آگاهانه و سرانجام مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می دهد. از ۴۵ سال گذشته تا کنون نرخ اقدام به خودکشی در تمام جهان ۶۰٪ افزایش یافته است. سالانه تقریباً یک میلیون نفر در اثر خودکشی می میرند که ۲۰-۱۰۰ برابر آن اقدام به خودکشی است و هر بار اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق را ۳۲٪ افزایش می دهد. اقدام به خودکشی به علت پیامدهای اجتماعی-اقتصادی و روانی خسارات فراوانی را به جوامع و هزینه های هنگفتی را بر نظام بهداشتی - درمانی کشورها تحمیل می کند. خودکشی یکی از پیچیده ترین جنبه های زندگی انسان می باشد که تمامی ابعاد و زوایای آن به درستی شناخته نشده است. به سه علت اصلی محققان بیشتر بر موارد اقدام به خودکشی (یا آسیب عمدی به خود) تمرکز دارند تا موارد خودکشی: (۱) به دلیل مشکلات متدلوژی که در بررسی موارد خودکشی وجود دارد. (۲) تاریخچه یک اقدام قبلی، می تواند یک عامل خطر پیشرو برای خودکشی موفق باشد. (۳) با بررسی علل و عوامل اقدام به خودکشی می توان به ریسک فاکتورهایی برای خودکشی دست یافت (۱۱).

در مطالعه ای که برای بررسی طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شده است نتیجه پژوهش نشان می دهد که صرفاً طرحواره های خود تحول نیافته/ گرفتار و محرومیت هیجانی در بروز خودکشی مؤثر بوده اند؛ طرحواره خود تحول نیافته/ گرفتار به طور مستقل از افسردگی در بروز خودکشی مؤثر می باشد و طرحواره محرومیت هیجانی هم به طور مستقیم بر خودکشی مؤثر است و هم به طور غیرمستقیم با تأثیر بر افسردگی می تواند بر خودکشی تأثیر گذارد(۱۲). مروری بر مطالعات انجام شده نشان می دهد که تاکنون پژوهشی انجام نشده که اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور را بر اقدام به خودکشی مجدد بیماران نشان دهد. از آنجائی که ذهنیت های طرحواره ای در بسیاری از آسیبهای روانشناختی دخیل هستند لازم است برای پیشگیری از آسیبهای روانشناختی از جمله بروز افکار خودکشی مجدد بررسی شود و از سویی تشخیص و شناسایی ذهنیت های طرحواره ای در فرآیند درمان می تواند نرخ بهبودی را افزایش و نرخ عود را کاهش دهد. بنابراین با توجه به مباحث ذکرشده، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه می باشد.

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بخش سوختگی که اقدام به خودسوزی نموده اند در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه بوده است. از این جامعه ۱۶ مراجع به شیوه تصادفی ساده طی چند مرحله انتخاب شدند و در دو گروه ۸ نفری گماشته شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI): این پرسشنامه به منظور بررسی افکار خودکشی توسط آرون بک ساخته شده و به منظور آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرشها و طرح ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. دارای ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می گیرد، لذا نمرات افراد بین صفر تا ۳۸ متغیر می باشد. ارزیابی افکار خودکشی در فرد براساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود. این مقیاس از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی افکار خودکشی برخوردار بوده و هنجاریابی آن در ایران نیز به عمل آمده است (۱۳). همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ است. روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ است و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۵۴ به دست آمده است (۱۳).

پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای یانگ (SMI): نسخه بلند پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای (۷) یک پرسشنامه ۱۸۶ آیتمی خود توصیفی است که از یک مقیاس اندازه گیری نوع لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۶ (همیشه یا همه اوقات) استفاده شده است. نسخه کوتاه این پرسشنامه ۱۲۴ سؤال دارد. هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرح واره ای است و روی یک مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای ۱= هرگز و ۶= همیشه نمره گذاری می شود. SMI دارای روایی سازه و روایی همگرا خوب است و پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مناسبی برای همه خرده مقیاس ها گزارش شد (بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۶) (۱۴). هرچه نمره فرد در این ذهنیت ها بیشتر باشد حاکی از انعطاف ناپذیری آن ذهنیت است. بنابراین نمرات بالا نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات است. از آنجایی که ذهنیت ها خیلی زود عوض می شوند، بنابراین احتمال دارد که بیمار در جلسات متفاوت در ذهنیت های مختلفی نمره بالا بگیرد. این پرسشنامه نمره برش ندارد و تفسیر نمرات برای هر خرده مقیاس با بدست آوردن میانگین هر خرده مقیاس و مقایسه آن با کلید نمره گذاری اصلی بدست می آید (۱۵).

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری Spss-21 استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته ها:

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، اکثریت افراد نمونه در دامنه سنی ۳۵-۲۵ سال در گروه آزمایش با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵)، تمام افراد نمونه در مقطع تحصیلی دیپلم و پایین تر با فراوانی (۱۶) و درصد (۱۰۰)، اکثریت افراد نمونه از نظر مدت ازدواج در گروه آزمایش با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵) و اکثریت افراد نمونه از نظر تعداد فرزندان که در هر دو گروه برابر است

با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵) بود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره های مربوط به ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی در بین گروه آزمایش و کنترل را به تفکیک نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی در گروه ها

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف استاندارد	میانگین
ذهنیت های طرحواره ای	آزمایش	۸۱/۳	۱۱/۳۹	۳۸/۳	۸/۵۵
افکار خودکشی	کنترل	۵۵/۴	۱۲/۱۸	۵۷/۳	۲۱/۳۶
ذهنیت های طرحواره ای	آزمایش	۷۵/۱۴	۴/۸۴	۷۵/۸	۲/۰۵
افکار خودکشی	کنترل	۶۲/۱۴	۲/۹۰	۶۲/۸	۲/۰۶

زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران موثر است.

جدول ۲. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته

متغیر	F	df1	df2	سطح معناداری
ذهنیت های طرحواره ای	۰/۹۵۷	۱	۱۴	۰/۳۴۵
افکار خودکشی	۰/۷۸۴	۱	۱۴	۰/۳۴۵

اطلاعات جدول ۲ به ما نشان میدهد که متغیرهای وابسته در دو گروه معنیدار نیستند زیرا مقدار p در همه آنها بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین در این متغیرها واریانسها برابر هستند و اجرای آزمون کوواریانس بلامانع است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی در گروه ها

منابع تغییرات	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۳۸۱	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴
لامبدای ویلکز	۰/۶۱۹	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴

اثر هونتینگ	۰/۶۱۴	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴
آزمون روی	۰/۶۱۴	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴

نتایج جدول ۳ نشان میدهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در هر دو متغیر وابسته تفاوت معنادار وجود دارد [$F: ۳/۹۹۴, P=۰/۰۴۴$ و $df=۲$ و ۱۳] و این روش در ترمیم ذهنیت های طرحواره ای و کاهش افکار خودکشی موثر بوده است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید میشود.

زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای بیماران موثر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه ها	۱۴۰۶/۲۵۰	۱	۱۴۰۶/۲۵۰	۵/۳۱۰	۰/۰۳۷
خطا	۳۷۰۷/۵۰۰	۱۴	۲۶۴/۸۲۱	-	-
کل	۱۹۴۱۳۸۶/۰۰۰	۱۶	-	-	-

نتایج جدول ۴ نشان میدهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در متغیر ذهنیت های طرحواره ای تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه فرعی اول تأیید میشود. زوج درمانی طرحواره محور بر افکار خودکشی بیماران موثر است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر افکار خودکشی

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه ها	۲۳۵/۶۲۷	۱	۲۳۵/۶۲۷	۴/۶۹۷	۰/۰۳۲
خطا	۷۴۲۴/۰۱۳	۱۴	۱۶۹/۵۰	-	-
کل	۲۱۶۵۷۸/۰۰۰	۱۶	-	-	-

نتایج جدول ۵ نشان میدهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در متغیر افکار خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه فرعی دوم نیز تأیید می گردد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه انجام گرفت. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران مؤثر بوده، بنابراین زوج درمانی طرحواره محور می تواند شدت ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران را کاهش داده و با توجه به کاهش میزان افکار خودکشی، میزان اقدام به خودکشی مجدد به صفر رسیده است. این نتیجه با یافته های پژوهش های خمیرانی و همکاران (۱۲)؛ زره پوش (۱۰)؛ منتظری و همکاران (۱۶) و اورو، کلویت و پدیلا (۱۷) همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت که فعال شدن ذهنیت های ناکارآمد و والد طرحواره ای می تواند منجر به بیدار شدن افکار خودکشی و اقدام به خودکشی شود و از آنجایی که همسران نقش مهمی در ترمیم و تقویت این ذهنیت های ناکارآمد دارند، لذا زوج درمانی طرحواره محور نقش مؤثر در ترمیم ذهنیت های طرحواره ای و کاهش افکار و اقدام به خودکشی دارد.

محدودیت پژوهش

از جمله محدودیت های این پژوهش آن بود، که پژوهش حاضر محدود به نمونه بالینی از بیماران بود و تعمیم نتایج به سایر جمعیتها با تفاوتهای فرهنگی و... با احتیاط صورت گیرد. از جمله محدودیتهای دیگر، زیادبودن تعداد سوالات پرسشنامه بود که ممکن است باعث بی حوصلگی و بی دقتی در جواب دادن به پرسشنامه ها شده باشد. محدودیت دیگر این پژوهش عدم کنترل و بررسی نقش متغیرهای زمینه ای و واسطه ای مؤثر احتمالی به ویژه فرهنگ در کنار طرحواره ها بود که به نظر می رسد مستلزم انجام پژوهشهای جامع تر باشد.

ملاحظات اخلاقی

به آزمودنیها متذکر شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و اسم آنها جایی گفته نخواهد شد و همچنین، از آنها خواسته شد که صادقانه پرسشنامهها را تکمیل نمایند چرا که این پرسشنامهها هیچگونه جنبه ارزشیابی ندارد، فقط به منظور دسترسی به نتیجه پژوهشی از آنها استفاده شده است. علاوه بر این به آزمودنی ها این اجازه داده شد تا در صورت تمایل از شرکت در پژوهش خودداری کنند.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می آورند.

References

1. Hosseinian S. examining group counseling with cognitive-behavioral method on marital conflicts. Journal of Educational and Psychological Research, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, 2006; 3(8): 1-22.
2. Navabinejad S. The role of the family in the generation of the generation. 1993; 181.
3. Yousefnejad M. Investigating the relationship between family functioning and early maladaptive schemas and life satisfaction in Babol city students. Master's thesis, Isfahan University; 2006.
4. Mousavi A.S.. The functioning of the family system and the mental health of the family system. Journal of Thought and Behavior, 2012; 22-23.
5. Burhani N. Comparison of attachment styles and family functioning in two groups of runaway teenage girls (from home) and normal girls (non-runaway). Master's thesis. University of Tehran; 2013.
6. Epstein, N.B. & Baucom, D.H. Enhanced cognitive-behavioral therapy couples.- Acomextual approach Washington D.C.: American Psychological association. 2012.
7. Young J, Jeanette Klosko M.J.V.. Schema therapy (a practical guide for clinical professionals)2018., translator: Hamidpour, Hassan; Andozef Zahra. Tehran, Arjmand Publications; 2019.
8. Arntz A., Kuipers H. Cognitive gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis , in Behandelingsstrategieen bij De borderline persoonlijkheidsstoornis ,(eds W. van Tilburg,W. van den Brink and A.Arntz), Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, the Netherlands; 2012: 42-64.
9. Beck A.T. Cognitive Therapy of Personality Disorders, Guilford Press, New York; 2004
10. Zereh push A., Neshatdoust HT., Asgari K., Abedi M., Sadeghi Hosnijeh A. The effect of schema therapy on chronic depression in students. Journal of researchers of behavioral sciences, 2012; 4(10): 285-91.
11. Horlly W.P., Baker D.G. Competing and complementary models of combat stress injury. Combat stress injury: Theory, research, and management, 2010: 65-94.
12. HelmiKhamirani M, Shams Alizadeh N, Rezaei F. Evaluation of early maladaptive schemas of individuals attempting suicide by self-poisoning. SJKU 2014; 19 (1) :1-11. URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1272-fa.html>
13. Anisi J., Fathi-Ashtiani A., Soltani Nejad A., Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. Journal Mil Med, 2006; 8(2): 113-118.
14. Lobbestael J., Van Vreeswijk M., Spinhoven P., Schouten E., Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). Behaviour Cognitive Psychotherapy, 2010; 38: 437-458.

- 15.Riaz N.M., Khalily T., Kalsoom E.U.. Translation Adaptation, and Cross Language Validation of Short Schema Mode Inventory (SMI). Pakistan Journal of Psychological Research, 2013; 28(1): 51-64.
- 16.Montazeri MS, Kavehfarsani Z, Mehrabi H. Shakiba A. Relationship between early maladaptive schemas and depression in guidance school students in Falavarjan. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 2013; 23: 179-188. (Persian).
- 17.Orue I., Calvete E., Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. Journal of adolescence, 2014; 37(8): 1281-1291.