J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/12/29 *Accepted:2025/03/12*

The Effectiveness of Schema Therapy: The Family Resilience and Hardiness in Female-Headed Households

Elahe Fallah Tafti(Ph.D.s)[1], Kianoush Zahrakar(Ph.D.)[2], Esmaeil Asadpour(Ph.D.)[3]

1.Ph.D. Student counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2.Corresponding author: Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: dr_zahrakar@khu.ac.ir Tel:+989123589538

3.Associate professor , Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: The number of Female-Headed Households increased, and due to the acceptance of multiple responsibilities, they are at risk of mental health issues. This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy, family resilience, and hardiness in Female-Headed Households supported by the Imam Khomeini Relief Committee (RH).

Methods: This study was a quasi-experimental study of pre-test-post-test type with control and follow-up groups. The statistical population of the study included Female-Headed Households aged 25 to 35 in 2023 until 2024 who were covered by Imam Khomeini Relief Committee of Yazd city. Using the available sampling method, 30 of them were selected and randomly placed in the experimental (15 participants) and control (15 participants) groups. The assessment tools included the Family Resilience Scale by Sixbey (2005) and the Family Hardiness Scale by McQueen et al. (1996). Schema therapy was implemented on the experimental group during 24 90-minute sessions over two months.

Results: Data analysis was performed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc test with SPSS-16 software. The repeated measures ANOVA indicated that schema therapy significantly impacted increasing family resilience and hardiness in female-headed households. For resilience, the effects of phases (P=0/001,F=141/001), and the effect of the group (P=0/001,F=452/336) were significant. For family hardiness as well, the effects of phases (P=0/001,F=51/649) and the group (P=0/001,F=115/035) were significant. These results demonstrate that the intervention significantly improved family resilience and hardiness over time.

Conclusion: The results showed that schema therapy is effective on the resilience and hardiness of female-headed households. Therefore, schema therapy is suggested to be used to improve the mental health of female-headed households.

Keywords: Schema Therapy, Resilience, Female-Headed Households.

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

This Paper Should be Cited as:

Author: Elahe Fallah Tafti, Kianoush Zahrakar, Esmaeil Asadpour. The Effectiveness of Schema Therapy: The Family Resilience and Hardiness in Female-Headed Households…..…….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(1)101-118.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره اول
فروردین و اردیبهشت
شماره مسلسل:۱۰۹

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۱۰/۰۹
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۱۲/۲۲

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده در زنان سرپرست خانوار

نویسندگان: الهه فلاح تفتی[۱]، کیانوش زهراکار[۲]، اسماعیل اسدپور[۳]

۱.دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

۲.نویسنده مسئول: استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۵۸۹۵۳۸ Email: dr_zahrakar@khu.ac.ir

۳.دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانوار افزایش یافته‌اند و به دلیل پذیرش مسئولیت های چندگانه در معرض خطر سلامت روان قرار دارند. لذا این پژوهش با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری و سرسختی خانواده در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش زنان سرپرست خانوار ۲۵ تا ۳۵ ساله در سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان یزد بودند را شامل می‌شود. به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار سنجش این پژوهش، پرسشنامه‌های تاب‌آوری خانواده سیکسبی (۲۰۰۵) و سرسختی خانواده مک کوین و همکاران (۱۹۹۶) بود. طرحواره درمانی، طی ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در دو ماه بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

یافته ها: جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر وآزمون تعقیبی بن فرونی و نرم افزار SPSS-16 استفاده شد. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده در زنان سرپرست خانوار دارد. در مورد تاب‌آوری، اثر مراحل (P=۰/۰۰۱، F=۱۴۱/۰۰۱) و اثر گروه (P=۰/۰۰۱، F=۴۵۲/۳۳۶) معنادار به دست آمد. برای سرسختی خانواده نیز اثر مراحل (P=۰/۰۰۱، F=۵۱/۶۴۹) و اثر گروه (P=۰/۰۰۱، F=۱۱۵/۰۳۵) معنادار بود. این نتایج نشان می‌دهد که این مداخله به طور قابل توجهی موجب بهبود تاب‌آوری و سرسختی خانواده شده است.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر روی تاب آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار مؤثر است. بنابراین پیشنهاد می شود از طرحواره درمانی برای ارتقای سلامت روان زنان سرپرست خانوار استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، تاب‌آوری، زنان سرپرست خانوار

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول می‌باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

اکثریت افراد مایل به داشتن فرزند و تشکیل خانواده هستند اما بعد از شکل گیری خانواده ممکن است خانواده دستخوش تغییراتی شود(۱). این تغییرات شامل فوت همسر، طلاق یا بیکاری، زندانی یا متواری شدن مرد می‌تواند باشد که باعث به وجود آمدن خانواده‌های تک والدی می‌شود که زنان سرپرست آن هستند(۲). ایالات متحده در طول پنجاه سال گذشته تعداد کودکانی که در خانواده‌هایی با مادر و پدر خود زندگی می‌کنند به طور قابل توجهی کاهش یافته است و در عین حال، نسبت کودکانی که در خانواده های تک والدی زندگی می‌کنند که مادر سرپرست خانواده است تقریباً دو برابر شده است(۳). زنان سرپرست خانوار (Female-Headed Households) در ایران نیز رو به افزایش هستند و ۱۲/۷ درصد از خانواده‌های ایرانی توسط زنان اداره می‌شوند که حدود ۷۵ درصد از این آمار مربوط به مناطق شهری و ۲۵ درصد مربوط به مناطق روستایی است(۵).

پذیرش سرپرستی خانواده توسط زنان منجر شده است تا این زنان در برابر استرس‌های وارد شده به خانواده آسیب پذیرتر باشند؛ زیرا این افراد نمی‌توانند مسئولیت‌هایشان را با شریک زندگی خود تقسیم کنند و حمایت مادی و عاطفی دریافت نمایند(۶). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متأهل و جمعیت عمومی دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر، سلامت جسمی و روانی ضعیف‌تر، بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر بالاتری هستند و ۳۰ درصد بیشتر از زنان متأهل با استرس دست و پنجه نرم می‌کنند(۷). چالش‌هایی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه می‌شوند منجر به بیماری‌های جسمی، ناراحتی، اختلالات خواب، مشکلات ارتباطی و افسردگی می‌شود(۹).

یک عامل محافظ که می‌تواند حالات هیجانی را تنظیم و بهزیستی روانشناختی را ارتقاء دهد، تاب آوری (Resilience) است که به معنی توانایی فرد برای کنار آمدن با مشکلات است تا در موقعیت‌های استرس‌آفرین به ویژه در مناسبات فردی انعطاف پذیرتر برخورد کنند(۱۱). درواقع تاب‌آوری انطباق پذیری موفقی است که پس از عبور از مصائب و ناملایمات آشکار می‌شود(۱۲). ارزشمندترین منبع تاب‌آوری افراد، تاب آوری خانواده است؛ زیرا باعث سازگاری و رشد روان‌شناختی فردی می‌شود. در واقع تاب‌آوری خانواده به توانایی خانواده برای رویارویی موفقیت‌آمیز با ناملایمات از دیدگاه پویایی سیستم اشاره دارد و منبعی مؤثر برای ارتقای سلامت روان فردی محسوب می‌شود(۱۳). تاب آوری خانواده منجر به موفقیت خانواده در مقابله با ناملایمات شده و باعث افزایش سازگاری خانواده، رفتار مثبت والدین، انسجام، انعطاف پذیری، ارتباط باز، مهارت های حل مسئله و فرآیندهای ارتباطی می‌شود(۱۴). تاب آوری خانواده به طور ایده‌آل توسط والدین و با بر عهده گرفتن مسئولیت ها و نقش ها در خانواده تنظیم می‌شود(۱۵).

زنان اگر چه نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری اعضای خانواده دارند اما نبود و یا حضور کمرنگ مرد در خانواده، می‌تواند تأثیر زیادی بر روی تاب آوری اعضا خانواده داشته باشد(۱۶). در واقع عدم حضور پدر در خانواده منجر می‌شود تا زن سرپرست خانوار نقش‌های متفاوتی در طول روز انجام دهد که این مسئله منجر به خستگی، بروز افسردگی و کاهش تاب‌آوری

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

آنان می‌گردد(۱۸). کاهش تاب‌آوری زن سرپرست خانوار بر روی سایر اعضا خانواده تأثیرگذاشته و تاب‌آوری خانواده را کاهش می‌دهد(۱۶).

تاب آوری بر روی سلامت روان اثرگذار است و یکی از راه‌های به دست‌آوردن، داشتن سرسختی است(۲۰). معمولاً تصور می‌شود که سرسختی شبیه تاب‌آوری است؛ اگرچه آن‌ها مشابه هستند اما تفاوت‌های اساسی بین این دو وجود دارد. شباهت این دو این است که هر دو براساس اصول روانشناسی مثبت است و اما تفاوت آن بدین صورت است که سرسختی یک سبک شخصیتی است که شامل مجموعه‌ای از صفات روانی است که بالا بودن این صفت منجر به کاهش عوامل تنش زا در فرد می‌شود و تحمل فرد را در برابر فشارهای روانی افزایش می‌دهد(۲۱). نتایج پژوهش پینکورات بیانگر آن است که سرسختی با افزایش بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و با تنش‌های روانشناختی رابطه منفی دارد(۲۳). واژه سرسختی نخستین بار توسط کوبسا مطرح شد که شامل تعهد، کنترل و چالش است و به افراد کمک می‌کند تا در مواجه با موقعیت‌های استرس‌زا سلامت روان خود را حفظ کنند(۲۴). عامل شکل‌گیری صفت سرسختی عملکرد مثبت والدین در خانواده است. این مسئله در مورد خانواده‌هایی که زنان سرپرست آن هستند به دلیل اینکه اداره کننده امور داخل و خارج از منزل با درآمد پایین و عهده دار تربیت فرزندان هستند به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر و در معرض خطر شناخته می‌شوند که نسبت به سایر زنان تحمل کمتری در برابر مشکلات زندگی دارند(۲۶).

به منظور بهبود زندگی زنان سرپرست خانوار تاکنون روش‌های درمانی مختلفی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(۲۰)، شفقت درمانی(۲۱)، واقعیت درمانی(۲۲) صورت گرفته است. با این وجود به منظور ارتقاء تاب‌آوری و سرسختی خانواده طرحواره درمانی (Schema Therapy) روش درمانی است که با افزایش آگاهی و کنترل طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانسته است افسردگی را کاهش و تاب‌آوری، استقلال عاطفی و احساس تنهایی را افزایش دهد(۲۳). این رویکرد معتقد است الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری است که ریشه در دوران کودکی دارد و در سراسر زندگی فرد تکرار می‌شود(۲۴). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای بسیار پایدار شامل خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساسات بدنی در مورد خود و رابطه خود با دیگران است که در دوران کودکی ایجاد می‌شود و تا حد قابل توجهی ناکارآمد هستند و فقط با موقعیت‌های مرتبط با طرحواره خاص فعال می‌شوند که به نوبه خود منجر به تجربیات هیجانی منفی، مشکلات رابطه، پریشانی روانی و اختلالات سلامت روان می‌شوند(۲۵). یانگ (۱۹۸۸) معتقد بود در اثر پنج نیاز تحولی برآورده نشده شامل نیاز به پیوند و پذیرش، خودگردانی و عملکرد، محدودیت‌های واقع‌بینانه، خودجهت مندی، بیان خویشتن و خودانگیختگی، ۱۸ طرحواره ناسازگار در پنج حوزه شامل؛ حوزه بریدگی و طرد (Disconnection & Rejection)، خودگردانی و عملکرد مختل(Impaired Autonomy & Performance domain)، محدودیت مختل(Impaired limits)، هدایت شدن توسط دیگران (Other-Directedness) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (Overrigilance & Inhbition) ایجاد می‌شود(۲۶).

تاکنون پژوهش‌های متعددی در راستای اثربخشی این درمان بر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

روی زنان سرپرست خانوار صورت گرفته است. به طور نمونه سیستانی پور و همکاران(۲۷) در پژوهش خود دریافتند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی می‌تواند به متعادل سازی صفت تاریک شخصیت، افزایش شکفتگی و انعطاف پذیری شناختی زنان سرپرست خانواده کمک کند. مرادی و مرادی(۲۸) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی می تواند به طور موثری باعث افزایش خودکارآمدی، عزت نفس و ابراز وجود در زنان سرپرست خانوار شود. پژوهش نوری و علی‌مردانی(۲۴) نشان دادند که طرحواره درمانی باعث افزایش تاب آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود. استکی اورگانی و سبزواری(۲۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری زنان سرپرست خانوار می‌شود. عبدی و حناچی(۳۰) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی باعث تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان سرپرست خانوار می‌شود. لوئیس و همکاران(۳۱) در پژوهش خود دریافتند که طرحواره درمانی بر روی زنان منجر می‌شود تا نیازهای عاطفی فرزندانشان برآورده شود. با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان بیان کرد علی‌رغم اینکه مطالعاتی در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری زنان سرپرست خانوار وجود داشت اما پژوهشی که به اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری خانواده و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار پرداخته باشند مشاهده نشد. بنابراین با توجه به مشکلات گوناگونی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه هستند لازم است تا با روش‌های درمانی مناسبی سطح سلامت روان آنان را بالا ببریم؛ لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری خانواده و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار ۲۵ تا ۳۵ ساله تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد بودند. به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از آنان انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند در حالی که بر روی گروه کنترل درمانی انجام نشد. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: زنان سرپرست خانوار، زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهشی و ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از: غیبت بیش از دوجلسه و عدم تمایل فرد به ادامه جلسات در طول دوره درمان بود.

برای انجام پژوهش پس از گرفتن مجوزهای لازم از دانشگاه خوارزمی تهران با کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد هماهنگی صورت گرفت. ابتدا برای افراد جامعه پژوهش درباره نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد که حضورشان در جلسات باید داوطلبانه و آگاهانه باشد و سپس در مورد اهمیت و هدف پژوهش توضیحاتی ارائه گردید. برای انتخاب زنان سرپرست خانوار پرسشنامه تاب آوری خانواده و سرسختی خانواده داده شد. از جامعه پژوهش ۴۲ نفر نمره پایین‌تری در این پرسشنامه‌ها

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

CC BY-NC 4.0

به دست آوردند. با توجه به استانداردهای پژوهش‌های تجربی مبنی بر لزوم وجود حداقل ۱۵ نمونه در هر گروه آزمایش و کنترل، تعداد ۳۰ نفر حجم نمونه در نظر گرفته شد، اما با توجه به احتمال ریزش نمونه و یا احتمال داده های مفقود یا مخدوش، حجم نمونه ۳۶ نفر که تمایل به شرکت در جلسات داشتند انتخاب گردید که با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی و برابر در دوگروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

در پایان ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل تا انتهای جلسات همکاری کردند. گروه آزمایش به مدت ۹۰ دقیقه در بیست و چهار جلسه، دو بار در هفته و طی دو ماه طرحواره‌درمانی را دریافت کردند؛ اما اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان جلسات نیز از اعضای هر دو گروه با استفاده از آزمون‌های مذکور پس آزمون گرفته شد و بعد از سه ماه پیگیری صورت گرفت. ابزار سنجش شامل پرسشنامه تاب‌آوری خانواده(Family Resilience Scale): این پرسشنامه توسط سیکسبی در سال ۲۰۰۵ ساخته شد که مبتنی بر مدل تاب‌آوری خانواده والش است. این ابزار یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتی از به شدت مخالفم؛ ۱ تا به شدت موافقم؛ ۴ است. سیکسبی پایایی این مقباس به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ به دست آورد و اعتبار این پرسشنامه با شاخص معنای شخصی (Personal Meaning Index) و ابزار سنجش خانواده فرم۱ (Family Assessment Tool) متوسط ارزیابی شده است(۳۲). در ایران، زهراکار و همکاران برای اجرای تحلیل عاملی با محاسبه شاخص کفایت از نمونه‌گیری (Sampling Adequacy Index) و آزمون کرویت بارتلت استفاده کردند؛ سپس ضرایب روایی همگرا آن را با پرسشنامه عملکرد خانواده نسخه۱، مقیاس عملکرد خانواده نسخه۲، مقیاس انسجام خانواده و پرسشنامه تاب‌آوری کانر- دیویدسون به ترتیب ۰/۸۸-، ۰/۷۳- ، ۰/۶۵ و ۰/۴۵ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش برادری و همکاران ۰/۹۵ به دست آمد(۳۳). ابزار سرسختی خانواده (Family Hardiness Questionnaire): این پرسشنامه توسط مک کوین و همکاران ساخته شد و شامل ۲۰ سال در سه خرده مقیاس شامل؛ تعهد(۱۸،۱۳،۱۱،۱۰،۹،۸،۷،۴)، چالش‌طلبی(۱۷،۱۵،۱۴،۱۲،۵،۳) و کنترل (۲۰،۱۹،۱۶،۶،۲،۱) است که سوالات (۲۰،۱۶،۱۴۴،۱۰،۸،۳،۲،۱) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه در لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً غلط؛ صفر تا کاملاً صحیح؛ ۳ است. هو و همکاران(۳۴) همسانی درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۹۴ به دست آمد. در ایران، پردار و همکاران(۳۵) برای بررسی پایایی این پرسشنامه از همسانی درونی استفاده کردند و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. در جدول ۱ شرح محتوای جلسات طرحواره درمانی ارائه شده است. پس از جمع آوری اطلاعات، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر وآزمون تعقیبی بن فرونی به کمک نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

CC BY-NC 4.0

جدول۱: محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	خوش‌آمدگویی گروهی و پذیرش، تمرین ارتباط گروهی، اطلاعاتی درباره نحوه فعالیت طرحواره‌درمانی گروهی و انتظارات از اعضای گروه با هدف جلسه شرح داده می شود، تصویرسازی معرفی، تمرین حباب امن گروهی، تکنیک حباب امن در خارج از گروه،	تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ	آگاهی اولیه از طرحواره
دوم	شناخت طرحواره	مرور تکلیف جلسه قبل، طرحواره یک الگو است، دسته‌بندی طرحواره‌ها، چگونگی ایجاد طرحواره‌ها، نیازهای طبیعی دوران کودکی، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح ذهنیت‌های طرحواره‌ای،	تکمیل پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای یانک.	شناخت رابطه بین نیازهای دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه
سوم	شناسایی تجارب ذهنیتی خود	مرور مطالب جلسه قبل، ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار، ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت کودک عصبانی/ تکانشگر، اهداف طرحواره‌درمانی در ارتباط با این ذهنیت‌ها	ثبت احساسات، افکار و رفتار مرتبط با ذهنیت ها	آشنایی با خانواده ذهنیت ها
چهارم	شناسایی تجارب ذهنیتی خود	مرور مطالب جلسه قبل، ذهنیت والد تنبیه‌گر/سرزنش‌گر، ذهنیت بزرگسال سالم، ذهنیت کودک شاد،	ثبت احساسات، افکار و رفتار مرتبط با ذهنیت ها تمرین میزان تقریبی حضور هر شش ذهنیت با کشیدن خطوط بر روی دایره	آشنایی با خانواده ذهنیت ها
پنجم	تکنیک‌های طرحواره‌درمانی	مرور تکلیف جلسه قبل، مرور مطالب جلسه قبل، تکنیک‌های طرحواره‌درمانی (شناختی، تجربی، رفتاری)	فهرست مزایا و معایب ذهنیت حاضر تمرین تصویرسازی	کاهش ذهنیت‌های آسیب پذیر
ششم	آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و والد ناکارآمد	مرور مطالب جلسه قبل، شناخت و آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگارم، والد تنبیه‌گر، والد پرتوقع	تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگارم، تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت والد تنبیه‌گرم، تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت والد پرتوقع‌ام	کاهش رفتارهای ناشی از ذهنیت والد ناکارآمد
هفتم	آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	مرور مطالب جلسه قبل، تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک شاد	تکمیل کاربرگ آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک شاد	کاهش رفتارهای ناشی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک شاد
هشتم	رهایی از ذهنیت‌های مشکل‌آفرین با آگاهی از توانمندی‌ها و مهارت‌های ذهنیت بزرگسال سالم	مرور مطالب جلسه قبل، افزایش آگاهی از رفتارهای ذهنیت بزرگسال سالم، انتخاب ذهنیت و توصیف آن در قالب اصطلاحات آگاهی، آفریدن موقعیت، شکل‌گیری دیدگاه والد خوب، طراحی برنامه عملیاتی برای ذهنیت بزرگسال سالم و تشخیص توانمندی‌ها و مهارت‌های لازم	تکلیف آگاهی از ذهنیت: ارتباط برقرار کردن با ذهنیت بزرگسال سالم توسط ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار	دستیابی به ذهنیت بزرگسال سالم
نهم	فرصت دادن به ذهنیت بزرگسال سالم برای از بین بردن ذهنیت والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع به استانداردهای معقول	مرور مطالب جلسه قبل، رهایی از ذهنیت‌های مشکل‌آفرین با آگاهی از توانمندی‌ها و مهارت‌های ذهنیت بزرگسال سالم،	تکلیف آگاهی از ذهنیت: فرصت دادن به ذهنیت بزرگسال سالم برای از بین بردن ذهنیت والد تنبیه‌گر، تکلیف آگاهی از ذهنیت: فرصت دادن به ذهنیت بزرگسال سالم برای تبدیل ذهنیت والد پرتوقع به استانداردهای معقول	دستیابی به ذهنیت بزرگسال سالم

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

دهم	بهره‌بردن از ذهنیت بزرگسال سالم به منظور مراقبت از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و گوش سپردن به نیازهای ذهنیت کودک عصبانی	مرور مطالب جلسه قبل، رهایی از ذهنیت‌های مشکل‌آفرین با آگاهی از توانمندی‌ها و مهارت‌های ذهنیت بزرگسال سالم	تکلیف آگاهی از ذهنیت بزرگسال سالم به منظور مراقبت از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، تکلیف آگاهی از ذهنیت: بهره‌بردن از ذهنیت بزرگسال سالم به منظور گوش سپردن به نیازهای ذهنیت کودک عصبانی	استفاده از ذهنیت بزرگسال سالم
یازدهم	فرصت دادن به ذهنیت بزرگسال سالم برای یادگیری درباره هویتم از طریق گوش سپردن به ذهنیت کودک شاد	مرور مطالب جلسه قبل، تمرکز بر تداخل ذهنیت‌ها با ذهنیت بزرگسال سالم و به کارگیری مهارت‌های بزرگسال سالم برای دستیابی به ذهنیت کودک شاد، انتخاب ذهنیت و توصیف آن در قالب اصطلاحات آگاهی، آفریدن موقعیت، شکل‌گیری دیدگاه والد خوب، طراحی برنامه عملیاتی برای ذهنیت بزرگسال سالم و تشخیص توانمندی‌ها و مهارت‌های لازم	تکلیف آگاهی از ذهنیت: فرصت دادن به ذهنیت بزرگسال سالم برای یادگیری درباره هویتم از طریق گوش سپردنم به ذهنیت کودک شاد	افزایش آگاهی از رفتارهای ذهنیت بزرگسال سالم
دوازدهم	مبارزه با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر و پرتوقع، اهمیت دادن به احساس غم و اضطراب کودک آسیب‌پذیر، مدیریت ذهنیت کودک عصبانی	مرور مطالب جلسه قبل، راهبردهای رفتاری و شناختی کوتاه‌مدت، تکنیک‌های تجربی کوتاه‌مدت، برنامه کوتاه‌مدت مدیریت ذهنیت برای ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، مبارزه با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر و پرتوقع، کودک عصبانی	مرور مطالب در منزل	کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار
سیزدهم	پرورش ذهنیت کودک شاد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم	مرور مطالب جلسه قبل، راهبردهای رفتاری و شناختی کوتاه‌مدت، تکنیک‌های تجربی کوتاه‌مدت، برنامه کوتاه‌مدت مدیریت ذهنیت برای ذهنیت کودک شاد،	مرور مطالب در منزل	تمایل به انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
چهاردهم	راهبردهای بلندمدت برای مبارزه با ذهنیت‌های والد ناکارآمد و برآوردن نیازهای ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	مرور مطالب جلسه قبل، فهرست و بررسی راهبردها، تکنیک‌ها و مهارت‌های رفتاری، شناختی و تجربی، طراحی برنامه مدیریت ذهنیت مراجع با استفاده از تکنیک‌ها و راهبردها و همراه داشتن آنها به شکل کارت آموزشی	تمرین کارت‌های آموزشی در منزل	تمایل به انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
پانزدهم	راهبردهای بلندمدت برای مدیریت ذهنیت کودک عصبانی و تقویت ذهنیت کودک شاد و ذهنیت بزرگسال سالم	مرور مطالب جلسه قبل، فهرست و بررسی راهبردها، تکنیک‌ها و مهارت‌های رفتاری، شناختی و تجربی، طراحی برنامه مدیریت ذهنیت مراجع با استفاده از تکنیک‌ها و راهبردها و همراه داشتن آنها به شکل کارت آموزشی	تمرین کارت‌های آموزشی در منزل	تمایل به انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
شانزدهم	تصویر مکان امن	مرور مطالب جلسه قبل، ایفای نقش ذهنیت‌ها، تمرین تصویر مکان امن و خودگویی آن، گفتگوی ذهنیتی ایفای نقش بسط‌یافته	تمرین گفتگوی ذهنیتی	تلاش برای انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
هفدهم	تنبیه و تقویت: ما چگونه یاد می‌گیریم؟	مرور مطالب جلسه قبل، ذهنیت والدناکارآمد، آزمایش تنبیه- ۲۰ دقیقه	تکرار آزمایش تنبیه- ۲۰ دقیقه	خلاصی یافتن از پیام‌های ذهنیت والد ناکارآمد
هجدهم	مبارزه با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر و پرتوقع: آنچه که یک "والد خوب" به محبوبش می‌گوید.	مرور مطالب جلسه قبل، خلاصی یافتن از پیام‌های ذهنیت والد ناکارآمد، پیام والد خوب، اشیای انتقالی	مرور مطالب در منزل	تلاش برای انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

CC BY-NC 4.0

نوزدهم	بازخوانی نوشته‌های والد خوب	مرور مطالب جلسه قبل، ایفای نقش‌های گروهی برای گفتگوی ذهنیت‌ها- ذهنیت والد ناکارآمد	تکرار تمرین ایفای نقش‌های گروهی	تلاش برای انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
بیستم	تصویرسازی برای ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	مرور مطالب جلسه قبل، بازسازی تجربه کودکی درمانگر، بازسازی روند خاطره کل گروه، والدی خوب برای ذهنیت کودک آسیب‌پذیر همه اعضای گروه باشید، تمرین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر- کودک کوچک، تنها در خیابان	انجام مجدد تمرین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر- کودک کوچک، تنها در خیابان در منزل	انجام رفتارهایی با ذهنیت بزرگسال سالم
بیست و یکم	رهایی از خشم	مرور مطالب جلسه قبل، مسابقه طناب‌کشی، تمرین توپ ساختن و پرتاب کاغذ، تمرین بادکنک، ساختن تصویر ذهنیت کودک عصبانی، تمرین راه رفتن به عقب، درهم کوبیدن و شکستن تخم‌مرغ‌ها، پایکوبی گروهی، ایفای نقش ذهنیتی	انجام مجدد تمرین ایفای نقش ذهنیتی	کاهش رفتارهای خشم‌آلود
بیست و دوم	تصویرسازی برای ذهنیت کودک شاد	مرور مطالب جلسه قبل، تمرین‌های خلاق و سرگرم‌کننده مثل طلسم گروهی، تفریح با ذهنیت‌ها و صندوقچه گنج، تفریح برای ذهنیت کودک شاد در تمرین تصویرسازی، تصویرسازی خانه رؤیایی ذهنیت کودک شاد	تمرین مجدد تصویرسازی خانه رؤیایی ذهنیت کودک شاد	تثبیت ذهنیت کودک شاد
بیست و سوم	پرورش ذهنیت بزرگسال سالم	مرور مطالب جلسه قبل، تأثیر پیام‌های ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر وپرتوقع بر روی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، تمرین بدنی کوتاه همراه با آگاهی ذهنی، ایفای نقش ذهنیت	تمرین مجدد ایفای نقش ذهنیت	تثبیت ذهنیت بزرگسال سالم
بیست و چهارم	خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامهٔ آموزشی طرحواره محور	مرور مطالب جلسه قبل، تمرین‌های خلاق و سرگرم‌کننده مثل طلسم گروهی، تریح با ذهنیت‌ها و صندوقچه گنج، تفریح برای ذهنیت کودک شاد در تمرین تصویرسازی، تصویرسازی خانه رؤیایی ذهنیت کودک شاد، تبادل مهره	-	تثبیت ذهنیت بزرگسال سالم

یافته ها

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۳/۷۳ و در گروه کنترل ۳۴/۹۳ سال بوده است. همچنین ۵۵/۶ درصد شرکت کنندگان تحصیلات لیسانس داشته اند و بقیه شرکت کنندگان دیپلم بودند.بقیه جزئیات شاخص های توصیفی متغیرهای دموگرافیک پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

در ادامه یافته های توصیفی مربوط به شاخص های توصیفی تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان در گروه های آزمایش و کنترل در جدول ۳ آمده است.

نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد.

در متغیر سرسختی خانواده نیز در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در پس آزمون و پیگیری دارد ($P<۰/۰۵$).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیر سن و تحصیلات شرکت کنندگان

متغیر		میانگین	انحراف معیار
سن	آزمایش	۳۳/۷۳	۲/۲۵
	کنترل	۳۴/۹۳	۲/۱۵
		تعداد	درصد
تحصیلات	دیپلم	۲۰	۴۴/۴
	لیسانس	۲۵	۵۵/۶

جدول۳. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و سرسختی خانواده در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	نوع آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	پیش آزمون	آزمایش	۷۳/۳۳	۷/۰۴
		گواه	۷۳/۵۳	۶/۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۱۲۳/۲۰	۷/۷۸
		گواه	۷۴/۷۳	۷/۳۰
	پیگیری	آزمایش	۱۲۴/۸۷	۸/۱۱
		گواه	۷۳/۶۰	۵/۴۶
سرسختی خانواده	پیش آزمون	آزمایش	۱۲/۳۳	۱/۹۵
		گواه	۱۲/۶۷	۱/۴۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۲/۸۷	۲/۹۷
		گواه	۱۳/۲۷	۲/۴۰
	پیگیری	آزمایش	۲۳/۴۰	۴/۲۱
		گواه	۱۳/۱۳	۱/۸۱

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل واریانس مکرر چند متغیره، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس آزمون شاپیروویلک برای نرمال سازی داده‌ها انجام شد. نتایج بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تاب‌آوری و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانواده در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است (P>۰/۰۵). از طرفی نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و سرسختی خانواده در زنان سرپرست خانواده) معنادار نبوده است (P>۰/۰۵). در ادامه نتایج تحلیل آزمون تحلیل واریانس مکرر چند متغیره در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ که تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) را نشان می‌دهد، تأثیر مداخله بر متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی خانواده معنادار بوده است. برای بررسی این تأثیر، از دو شاخص اثر پیلای و لامبدای ویلکز استفاده شده است که هر دو تأیید می‌کنند تغییرات مشاهده‌شده ناشی از مداخله، معنادار و قابل توجه است. در خصوص تاب‌آوری، مقدار اثر پیلای (۰/۸۹۷) و لامبدای ویلکز (۰/۱۰۳) همراه با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

مقدار آماره F برابر با ۱۱۷/۳۸۲ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که مداخله به‌طور چشمگیری باعث تغییر در این متغیر شده است. مقدار میزان اثر ۰/۸۹۷ نیز حاکی از تأثیر بزرگ این مداخله است. همچنین قدرت آماری برابر با ۱ نشان می‌دهد که آزمون از توان کافی برای تشخیص تفاوت‌ها برخوردار بوده و نتایج حاصل دارای اعتبار بالایی هستند. به این معنا که می‌توان با اطمینان بالا گفت مداخله توانسته است تغییر قابل توجهی در تاب‌آوری ایجاد کند. در مورد سرسختی خانواده نیز نتایج الگوی مشابهی را نشان می‌دهد. مقدار اثر پیلای (۰/۸۶۳) و لامبدای ویلکز (۰/۱۳۷) همراه با آماره F برابر با ۸۵/۳۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ بیانگر تأثیر قوی مداخله بر این متغیر است. مقدار میزان اثر ۰/۸۶۳ تأیید می‌کند که این تغییرات از لحاظ عملی نیز مهم و معنادار هستند.

قدرت آماری برابر با ۱ نیز مجدداً نشان می‌دهد که آزمون از حساسیت کافی برای شناسایی تغییرات برخوردار بوده است. به‌طور کلی این نتایج نشان می‌دهند که مداخله انجام‌شده تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری و سرسختی خانواده داشته و این تغییرات از نظر آماری و عملی قابل توجه هستند. با توجه به مقدار بالای میزان اثر در هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله تأثیر قوی و پایداری بر بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مورد بررسی تاب‌آوری و سرسختی خانواده داشته است.

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چندمتغیره برای تأثیر طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سرسختی خانواده

متغیر	اثر	ارزش	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر	قدرت آماری
تاب‌آوری	اثر پیلای[1]	۰/۸۹۷	۱۱۷/۳۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱
	لامبدای ویلکز[2]	۰/۱۰۳	۱۱۷/۳۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱
سرسختی خانواده	اثر پیلای	۰/۸۶۳	۸۵/۳۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۷	۸۵/۳۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda

جدول ۵: تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای تاب آوری و سرسختی خانواده

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
تاب آوری	مراحل	۱۳۱۷۶/۶۲۲	۲	۶۵۸۸/۳۱۱	۱۴۱/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱
	گروه	۲۴۷۶۷/۲۱۱	۱	۲۴۷۶۷/۲۱۱	۴۵۲/۳۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲	۱
	تعامل مراحل و گروه	۱۲۵۶۲/۷۵۶	۲	۶۲۸۱/۳۷۸	۱۳۴/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱
	خطا	۲۶۱۶/۶۲۲	۵۶	۴۶/۷۲۵				
سرسختی خانواده	مراحل	۶۴۲/۸۲۲	۱/۶۶۰	۳۸۷/۳۵۱	۵۱/۶۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	گروه	۹۵۳/۸۷۸	۱	۹۵۳/۸۷۸	۱۱۵/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴	۱
	تعامل مراحل و گروه	۵۲۸/۶۸	۱/۶۶۰	۳۱۸/۵۷۶	۴۲/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	خطا	۳۴۸/۴۸	۴۶/۴۶۷	۷/۵۰۰				

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب آوری خانواده و سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد انجام شد. نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد(P<۰/۰۵). همسو با این نتایج، نوری و علیمردانی(۲۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره گلپایگان پرداختند. در این طرح نیمه تجربی پیش و پس آزمون، ۳۰ زن سرپرست خانوار حضور داشتند. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تاب‌آوری، سلامت روان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. استکی اورگانی و سبزواری(۲۹) به بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و تاب آوری زنان سرپرست خانوار در منطقه ۴ تهران پرداختند. ۳۰ نفر از جامعه مذکور به صورت هدفمند از بین زنانی که به سازمان بهزیستی منطقه ۴ تهران مراجعه کرده بودند انتخاب شدند و به صورت مساوی و تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. نتایج بیانگر آن بود که طرحواره درمانی با اثرگذاری بر روی گروه آزمایش منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شده است.

بهرامی‌پور و نادری(۳۶) پژوهشی به منظور بررسی طرحواره درمانی بر روی سلامت روان و استرس ادراک شده زنان سرپرست در شهرستان دزفول انجام دادند. پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون بر روی ۳۰ زن سرپرست خانوار بود که در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. نتایج بیانگر آن بود که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان و استرس ادراک شده زنان سرپرست می‌شود. همگام با این پژوهش‌ها حسینی(۳۷) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی به منظور تنظیم هیجان و تاب آوری مادران انجام داد. گروه نمونه شامل ۴۵ نفر بودند که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر روی تاب آوری مادران دارد.

در تبیین این موضوع می‌توان بیان کرد که زنان سرپرست خانوار با چالش‌های مختلفی در روابط اجتماعی و ایفاء نقش‌های چندگانه مواجهه هستند. شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان سرپرست خانوار منجر می‌شود تا خودآگاهی آنان نسبت به خودشان افزایش یابد. با فعال کردن طرحواره‌های ناسازگار در جلسات درمانی، مدیریت این طرحواره ها نشان داده شده و منجر می‌شود فرد موقعیت‌هایی که باعث فعال شدن این نوع طرحواره‌ها می‌شود را بشناسد و بتواند این موقعیت‌ها را حل و فصل کند. تکنیک‌های شناختی و رفتاری در طرحواره درمانی به زنان سرپرست خانوار در شرایط سخت کمک می‌کند تا تاب آوریشان افزایش یابد.

همچنین نتایج پژوهشی نشانگر آن است که طرحواره درمانی بر سرسختی خانواده زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) شهرستان یزد مؤثر بوده است. نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات متغیر سرسختی خانواده نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد(P<۰/۰۵). همسو با این نتایج، حسن

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

پور و همکاران(۳۸) طرحواره درمانی را بر روی سلامت روان و سرسختی روانشناختی زنان پرستار شهر کرمان انجام دادند. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به کمک شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه طرحواره درمانی قرار گرفتند. نتایج نشان داد طرحواره درمانی با اثرگذاری بر روی طرحواره های ناسازگار اولیه نقش مهمی در کاهش تجربه استرس و نگرانی دارند و باعث بهبود سلامت جسمی و روانی می‌شوند و میزان سرسختی روانشناختی و سلامت روان را در افراد ارتقاء می‌دهد. شاهینی(۳۹) طرحواره درمانی را با هدف افزایش سرسختی روانشناختی بر روی دختران مجرد شهر گرگان انجام داد. با کمک روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از دانشجویان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر قرار گرفتند و سپس مداخله آزمایشی طرحواره درمانی برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات سرسختی روانشناختی دانشجویان در گروه طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل معنادار بوده است. تبیین این نتیجه بیانگر آن است که سرسختی زنان سرپرست خانوار به دلیل مشغولیت‌هایی که دارند می‌تواند دستخوش تغییراتی شود، طرحواره درمانی می‌تواند با تکنیک‌های تجربی (برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازوالدینی بیمار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضاء نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی) در بسیاری از افراد بیشترین تغییر را ایجاد می‌کنند و از طریق تصویرسازی با الگوشکنی رفتار، فرد سعی می‌کنند به جای تکرار دوباره سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد قبلی، شیوه‌های صحیح رفتاری مقابله‌ای را تجسم کند. با تغییر الگوهای ناکارآمد و ترمیم طرحواره، مقاومت و سرسختی فرد در مقابل چالش‌های زندگی افزایش می‌یابد. در نهایت نتایج کلی پژوهش حاکی از آن است که طرحواره درمانی می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری خانواده و سرسختی خانواده در زنان سرپرست خانوار شود و ماندگاری اثرات درمان تا سه ماه پس از پایان درمان نشان دهنده این است که زنان سرپرست خانوار با آگاهی نسبت به طرحواره‌های ناسازگار خود توانسته‌اند ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار خود را کاهش دهند و در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی بالغانه‌تر رفتار کنند. این تدوام اثر به علت تعداد بالای جلسات درمانی در طول دو ماه در زمان مشخص و با اجرای تمرینات عملی به منظور ترمیم وجه آسیب دیده مراجعان بود.از محدودیت‌های این پژوهش تمرکز صرف بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد بود. بنابراین تعمیم نتایج به زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) نبودند باید با جانب احتیاط رعایت شود و پیشنهاد می‌شود طرحواره درمانی بر روی زنان سرپرست خانواری که مددجو نیستند نیز اجرا گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش اجرای این پژوهش در شهرستان یزد بود که پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بر روی زنان سرپرست خانوار سایر شهرها نیز صورت گیرد. همچنین پژوهش‌های آتی بر روی زنان در آستانه طلاق صورت گیرد؛ زیرا با آگاهی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شکستن چرخه‌های تکرارشونده طرحواره های ناسازگار

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

می توان باعث بهبود حل مسئله و تاب آوری در افراد شد.

ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی این مقاله در کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران به شماره IR.KHU.REC.1400.041 به تصویب رسیده است. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ضمن تأکید بر تکمیل تمامی سؤال‌ها شرکت کنندگان در خروج از پژوهش مختاربودند.

سهم نویسندگان:

کیانوش زهراکار؛ ایده پردازی و چارچوب بندی، الهه فلاح تفتی؛ نگارش و اجرای مراحل پژوهش و اسماعیل اسدپور؛ تحلیل و تفسیر داده ها و تبیین را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچگونه حمایت مالی از طرف هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

نویسندگان گزارش می‌کنند هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

از کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد برای کمک و همراهی در اجرای این پژوهش کمال تشکر را داریم.

References

1-Steenberg M, Koert E, Schmidt L & et al. Single Mothers By Choice - Experiences Of Single Women Seeking Treatment At A Public Fertility Clinic In Denmark. A Pilot Study, Midwifery. 2024; 134: 104013.

2-Avani M A, Zareei Mahmoobadi H, Afrasiabi H. Identifying Men's Intellectual And Behavioral Reaction After Spousal Infidelity: A Phenomenological Study. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2023; 23(4): 205-218.[Persian]

3-Lee J, Allen J, Lim H. The Effect Of Single Mothers' Employment On Their Children's Mental Health In Young Adulthood: Random Effects Model For Longitudinal Data. Children And Youth Services Review. 2024; 160: 107585.

4-Shahpari Sani D, Sadeghi R, Hadadi J & et al. Analysis of the demographic, social and economic situation of female-headed households in Iran. Quarterly Journal of Woman and Society. 2021;12(47):1-18.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

 CC BY-NC 4.0

5-Kuhn M, Dudel Ch, Werding M. Maternal Health, Well-Being, And Employment Transitions: A Longitudinal Comparison Of Partnered And Single Mothers In Germany. Social Science Research. 2023; 114: 102906.

6-Zhau X, Tayar Z. Differentiating The Impact Of Family And Friend Social Support For Single Mothers On Parenting And Internalizing Symptoms. Journal Of Affective Disorders Reports. 2022; 8: 100319.

7-Kwon M, Kim H. Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6445.

8-ShadiZavareh B, Azmoudeh M, Kashefimehr B & et al. Effectiveness of Positive Resilience Training on Emotional Self-Regulation, Psychological Distress and Parent-Child Interaction among Mothers of Mentally Retarded Children. Tolooe behdasht Journal. 2023;22(5)89-106.[Persian]

9-Sabookro M, Sheyda A. The Study of the Effect of Occupational Stress on Resilience: Mediating Role of Occupational Engagement (A Case Study: Nurses of Al-zahra Hospital in Isfahan). Tolooebehdasht Journal. 2019; 20(6):1-15.[Persian]

10-Cheng X, Feng Y, An Y & et al. The Association Between Family Resilience And Mental Health: A Three-Level Meta-Analysis. Archives Of Psychiatric Nursing. 2024; 53: 224-231.

11-He Y, Li X, An Y. Family Resilience, Media Exposure, And Children's Mental Health In China During COVID-19. The Family Journal. 2022; 30(4).

12-Ardi MN, Tulab T, Yurista DY. Determinants of Family Resilience in Female-Headed Families on the North Coast of Java. Jurnal Ilmiah Al-Syir'ah, 2022; 20(2): 237–250.

13-Nugroho Va, Niswah N. The Role Of Women In Family Resilience In Jepara District. Kartini. 2023; 1(1): 3024-8191.

14-Ghaderi S, Karami A, Soleyman A & et al. The Experiences of Female-Headed Households and the Cycle of Misery (Case Study of Female-Headed Households in Karaj). Quarterly of Social Studies Research in Iran. 2022; 11(1): 1-27.[Persian]

15-Jangi Aghdam Kh, Sardari B. The effect of religious attitudes (religiosity) on resilience of cancer patients, Iranian Journal of Cancer Care (IJCA). 2022;1(2): 1-8.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

16-Krauss SW, Russell DW, Kazman J & et al. Longitudinal Effects Of Deployment, Recency Of Return. And Hardiness On Mental Healthsymptoms In US Army Combat Medics Traumatology. 2019**;** 25(3): 216-223.

17-Pinquart M. Parenting Stress In Caregivers Of Children With Chronic Physical Condition A Meta-Analysis. Stress Health. 2018**;** 34(2): 197-207.

18-Mousavi N S, Shirmohammadi F, Abbassi N & et al. The Relationship Between Hope and Death Anxiety in Elderly Women: The Mediating Role of COVID-19 Anxiety and Psychological Hardiness. Iran J Forensic Med. 2023; 29 (2) :69-79.[Persian]

19-Aflaki Fard H, Ghaleh Noei M, Ramezan Khani S. Comparison Of Psychological Hardiness, Self-Differentiation And Psychological Burnout In Female-Headed Households And Normal Women In Marvdasht. Technology Of Education Journal. 2022; 16(3):1-14.[Persian]

20-Mohammadi Z, Borjali A, Sohrabi F. Effectiveness Based On Acceptance And Commitment Therapy On Quality Of Life Women Heads Of Household Conducted In Tehran Welfare Organization. Shenakht Journal Of Psychology And Psychiatry. 2018; 5 (5): 81-91.[Persian]

21-Talati F, Sharifi A, Moshfeghi M. Evaluating the effectiveness of compassion-focused therapy on happiness and life expectancy in female-headed households supported by the welfare of Lamerd county. Quarterly Journal of Social Work. 2021; 10 (3); 58-66.[Persian]

22-Nasiri M. The effectiveness of group reality therapy on the quality of life of female heads of households. The First National Conference on Healthy Family, Healthy Society. 2023; 1-19.[Persian]

23-Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Resilience and Social Empowerment in Students with Depression Symptoms. Faculty of Education and Psychology Alzahra University. 2020; 15(4): 74-89.[Persian]

24-Nori F, Ali Moradi F. The effectiveness of schema therapy in increasing resilience, mental health, and quality of life of female heads of households, Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education. 2022**;** 5(53):104-124.[Persian]

25-Vieira, C, Kuss D, Griffiths M. Early Maladaptive Schemas And Behavioral Addictions: A Systematic Literature Review, Clin Psychol Rev. 2023**;** 105,102340.

26-Ghasemi K, Elahi T, Yousefi Afrashteh M. The Role of Early Maladaptive Schemas (Emotional Deprivation, Abandonment/Instability, and Mistrust/Abuse) in Marital Commitment: The

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

Mediating Role of Gender Roles. Research in Clinical Psychology and Counseling 2022; 12(1): 5-21.[Persian]

27-Sistanipour N, Asghari Ebrahimabad M J, Ghanbari Hashemabadi B. Effectiveness of Emotional Schema Group Therapy on Improving Dark Personality Traits, Flourishing and Cognitive Flexibility among Female Head of Households. Clinical Psychology Studies. 2024;14(53): 1-18.[Persian]

28-Moradi S, Moradi S. Efficacy of Schema Therapy training on self-efficacy, self-esteem and assertiveness in women heads of households covered by welfare in Karaj. Psychology of Woman Journal.2023; 4(2): 9- 16.[Persian]

29-Staki Organi M, Sazevari F. Investigating the effectiveness of schema therapy on the quality of life and resilience of female heads of families. National Conference on Family and School Studies. 2021; 1-20.[Persian]

30-Abdi A, Hanachi N. Evaluation Of The Effectiveness Of Experimental Schema Therapy Techniques On The Adjustment Of Maladaptive Schemas In Women Heads Of Afghan Immigrant Households In Tehran. Journal Of new psychology. 2021;8(12): 1-9.[Persian]

31-Louis J, Ortiz V, Barlas J & et al. The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program: Participant experience. PLoS One. 2021; 16(1):e0243508.

32-Farhadi A, Manshaee G, Yousefi Z. Comparison of The Effectiveness of Family Resilience Training, With Cognitive-Spiritual Hope Training, on Family Resilience in Caregivers Of Kidney Patients Undergoing Hemodialysis. Journal of Applied Family Therapy. 2023; 4(5): 465-477.[Persian]

33-Baradari E, Sheykholeslami A, Sadri damirchi E & et al. The Effectiveness of Narrative Therapy on Family Resilience and Marital Happiness in conflicted couples. Journal of Research in Psychological Health. 2024;18(3): 1-18.[Persian]

34-Hu X, Wang W, Wang Y & et al. Fear of cancerrecurrence in patients with multiple myeloma: Prevalence and predictors based on a family model analysis. Psycho-Oncology. 2021;30 (2): 176-184.

35-Pardar CH, Moradi O, Ahmadian H & et al. The Mediating Role of Self-efficacy in Structural Model of Family Hardiness Based on Family Flexibility. ournal of Policing & Social Studies of Women & Family. 2021; 9(2): 671-694.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

36-Bahramipor L, Naderi F. The Effectiveness Of Schema Therapy On Perceived Stress And Mental Health Of Foster Mothers. Horizons Of Humanities. 2021; 5(48): 59-74.[Persian]

37-Hosseini SA. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders. 2024; 3(1): 12-29.[Persian]

38-Hasanpoor E, Karimi-Afshar E, Soltani-Nejad Ms & Et Al. The Effectiveness Of Group Therapy Schema On Social Health And Psychological Toughness Of Nurses At Afzalipur Hospital Of Kerman, Iran. Nursing And Midwifery Journal 2023; 20 (11) :922-930.[Persian]

39-Shahini N. The effectiveness of schema therapy on the psychological toughness of single female students. The Third National Conference and the First International Conference on Research and Innovation in Psychology, with a Special Focus on Transdiagnostic Therapies. 2022; 1-6.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i1.18931]

 CC BY-NC 4.0