

The Effectiveness of Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas and Perceived Stress of the Elderly in Daily Centers of Gorgan

Aghili, *S.M., Hejazi, F.

اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان

سید مجتبی عقیلی^۱، فاطمه حجازی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

چکیده

مقدمه: سالمندی یکی از مراحل تحول زندگی انسان بوده که آخرین تحولات رشدی آدمی در آن صورت می‌پذیرد. هدف این مطالعه اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه بود.

روش: در این پژوهش محقق طرح کاربندی تصادفی کنترل شده را به کار بسته است. جامعه آماری کلیه سالمندان مراکز نگهداری روزانه سالمندان مهر پویان شهر گرگان بودند. از میانشان یک گروه ۳۰ نفره از افراد با سطح بالای استرس ادراک شده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=15$) و گواه ($n=15$) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله طرحواره‌درمانی دریافت کردند، در حالی که گروه گواه در لیست انتظار ماندند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده بودند. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله طرحواره درمانی منجر به کاهش استرس ادراک شده و طرحواره‌های ناسازگار گروه آزمایش شد ($p < 0.001$). و این اثربخشی در مرحله پیگیری ثابت ماند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که استفاده از طرحواره‌درمانی می‌تواند روشی مؤثر در جهت کاهش استرس ادراک شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه سالمندان باشد و به درمانگران قابل توصیه است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، استرس ادراک شده، سالمندان.

Abstract

Introduction: Aging is one of the stages in the human lifelong in which the latest developmental change can occur. The aim of this study was to explore the effectiveness of Schema Therapy (ST) on early maladaptive schemas and perceived stress in the elderly people in daycare centers.

Method: In this research we conducted a randomized controlled trial design. The statistical population was all elderly individuals in the daycare centers of Mehr Pouyan in Gorgan. A group of 30 individual with high levels of perceived stress were selected by purposive sampling method and randomly divided to experimental ($n=15$) and control ($n=15$) groups. The experimental group received 10 sessions of ST intervention, while the control group remained on the waiting list. The research instruments included the initial maladaptive schema questionnaire and perceived stress. Finally, the data were analyzed using the statistical method of multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results of this study showed that the ST intervention could alleviate cognitive stress and maladaptive schemas in the experimental group ($p < 0.001$) rather than in the control group. And the observed impact appeared to be stable in the follow-up phase.

Conclusion: As a result the use of ST therapy could be an effective way to alleviate perceived stress and early maladaptive schemas in the elderly individuals.

Keywords: Schema therapy, Perceived stress, Elderly.

مقدمه

عنوان تابعی از پردازش‌ها و ارزیابی‌های اولیه و ثانویه می‌باشد (۹). بررسی‌های انجام شده درباره استرس بر این نکته مهم تأکید دارند که آنچه بر سلامت افراد تأثیرگذار است، خود استرس نیست، بلکه الگوی شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. راهبردهای مقابله با استرس روندی است که در آن فرد برای مدیریت محرک‌های تنش‌زا تلاش می‌کند (۱۰). از دیدگاه یو (۱۱) استرس از طریق کاهش فعالیت در نواحی جلوی مغز که در کنترل اجرایی نقش دارد، منجر به ایجاد تغییر در استدلال تحلیلی فرد شده و فرآیند تفکر هیجانی و اکتشاف را که عامل تصمیم‌گیری‌های پرخطر و آنی هستند، افزایش می‌دهد.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶، درون مایه‌های عمیق، فراگیر و به شدت ناکارآمد و برگرفته از خاطرات، هیجان‌ها و شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی هستند (۱۲). طرحواره‌ها هنگام فعال شدن، سطح بالایی از عواطف را در بر می‌گیرند که حاصل تحول خلق و خوی کودک با تجارب ناکارآمد او با خانواده و اطرافیان در سال‌های اول زندگی است که در مسیر زندگی تداوم دارند و ساختارهای عمیق و غیرقابل انکار و تغییر دارند (۱۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خودشان می‌جنگند و این تلاش فرد برای رسیدن به هماهنگی شناختی است (۱۴). اشکال مختلفی از درمان‌های روانشناختی برای رفع مشکلات افراد دارای تعارض تدوین شده است که می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی، و شناخت‌درمانی اشاره کنیم. در این پژوهش از طرحواره درمانی استفاده شد (۱۵). طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد (۱۶). فاسبیندر و همکاران (۱۷) دریافتند که طرحواره‌درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک^۷ بر تنظیم هیجان سالمندان بازنشسته اثربخش می‌باشد.

فرخزادیان و همکاران (۱۸) در پژوهشی دریافتند که ترکیب طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به‌طور معناداری باعث کاهش نگرانی و علائم

سالمندی دوران پختگی، زمان احساس بی‌نیازی، فرصت سیر به سوی کمال و رسیدگی به خویشتن و مرحله‌ای مؤثر و گرانقدر در زندگی است (۱). بنابر تعریف پژوهشگران سالمندی یکی از مراحل تحول زندگی انسان بوده که آخرین تحولات رشدی آدمی در آن صورت می‌پذیرد (۲). آهنگ رشد در این مرحله نیز همچون دیگر مراحل زندگی دارای ویژگی‌ها، تغییر و تحولات زیستی و روانشناختی پیچیده است. این تغییرات بر افکار، احساسات، اعتقادات، ارزش‌ها و به طور کلی شخصیت و رفتار و شیوه عملکرد فرد در مقابل دیگران تأثیر گذار می‌باشد (۳). روانشناسان تحولی آغاز سالمندی را ۶۰ یا ۶۵ سالگی می‌دانند (۴). در ایران نیز طبق گزارش فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های سالمندی^۱، تخمین زده شده که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۲ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال می‌شود، به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی^۲ از این پدیده در ایران به عنوان سونامی خاموش نام برده است (۵). افزایش روزافزون جمعیت سالمندان یکی از چالش برانگیزترین موضوعات در حوزه سلامت محسوب می‌شود و نیازمند تدابیر مناسبی است که در پرتو آن کیفیت زندگی^۳ سالمندان ارتقا یابد (۶).

در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون مشکلات جسمی سالمندان انجام گرفته، عوامل روانشناختی مورد توجه خاص قرار گرفته است. یکی از مهمترین عوامل روانشناختی مؤثر در بروز بیماری‌های جسمی به ویژه در سالمندان، استرس^۴ است (۷). استرس، فعال شدن ارگان‌های هدف و رفتار مقابله‌ای می‌باشد، ارزیابی شناختی فرد از عامل استرس‌زا به این معنی است که فرد محرک استرس‌زا را چگونه تفسیر می‌کند و تعبیر عاطفی به معنی آمیختن و برچسب گذاری هیجانی به اطلاعات تفسیر شده درباره عامل استرس‌زا است. تلفیق این دو عامل (ارزیابی شناختی و تعبیر عاطفی) نمایانگر شیوه‌ای است که عامل استرس‌زا ادراک شده است (۸). مهمتر از استرسور، ادراک و استنباط از استرسور است که اهمیت دارد، استرس ادراک شده^۵، که به

1. International Federation of Aging Associations
2. World Health Organization
3. quality of life
4. Stress
5. Perceived stress

6. Inconsistent schemas

7. Dialectical behavior therapy

به نقش انکارناپذیر عوامل روانشناختی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس و نیز خلاء پژوهشی موجود در این زمینه، این سؤال اساسی مطرح شد که آیا آموزش طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و با طرح کاربندی تصادفی کنترل شده بود که با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده بر سالمندان مراکز روزانه انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مرکز روزانه مهر پویان شهر گرگان در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰ سالمند به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن بین ۶۰ تا ۸۰ سال؛ تشخیص نشانگان استرس ادراک شده بر اساس نمرات بدست آمده در پرسشنامه استرس ادراک شده و بر اساس نقطه برش ۳۰؛ تحصیلات حداقل دیپلم؛ جنسیت مرد؛ دریافت نکردن هم‌زمان روان‌درمانی دیگر. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: بیماری‌های جسمی و روانی حاد، سوء مصرف مواد مخدر و غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار

۱. پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS)^۳: پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ی ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده و در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه استرس ادراک شده زمانی به کار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش استرس‌زا می‌باشند. در این آزمون از یک مقیاس پنج گزینه‌ای هرگز، خیلی کم، متوسط، نسبتاً زیاد استفاده شده است و آزمودنی بر اساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد. کوهن و همکاران (۲۲) برای محاسبه اعتبار ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با

اضطراب سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۱ شود. نتایج پژوهش اورنگ و همکاران (۱۳) نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه معیارهای سخت‌گیرانه، ایثار، اطاعت، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی و شکست، توانایی پیش‌بینی‌کنندگی معنای زندگی و بهزیستی روانشناختی را دارند و بر سلامت‌روان در دوران سالمندی با میانگین سنی ۶۵ تا ۸۰ سال تأثیرگذار هستند. همتی ثابت و همکاران (۱۹) دریافتند که طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده زنان دارای رفتار پر خطر جنسی اثربخش می‌باشد. پناه و همکاران (۲۰) در پژوهشی نشان دادند که مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره‌درمانی بر افزایش شادکامی^۲ سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهش واندولزن و اونز نشان داد که طرحواره‌درمانی بر درمان اختلالات شخصیتی طبقه سوم در افراد مسن اثربخش می‌باشد (۲۱).

بر استرس ادراک شده در سنین غیر از میانسالی پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که همگی حاکی از تأثیر این نوع درمان در بهبود نشانه‌های استرس ادراک شده هستند. اما در ایران تأثیر هیچ نوع درمانی اعم از طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده در سالمندان بررسی نشده است و یا حداقل پژوهشی مبنی بر این، توسط پژوهشگر مشاهده نشده است. در مجموع، با توجه به اینکه سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است؛ اما هنوز توجه کافی به این افراد در مطالعات از نظر شناخت عواملی که ایجاد کننده استرس می‌شود صورت نگرفته است، بنابراین با توجه به روند رو به رشد سالمندی در کشور، و اهمیت شناخت مداخلات مؤثر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس به منظور کنترل آن در سالمندان، مطالعه‌ای با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس در سالمندان بازنشسته مطرح گردید تا با شناسایی مداخلات مؤثر بر متغیرهای وابسته، در این گروه ارزشمند منجر به توسعه راهکارهای مؤثر در جهت یاری رساندن به آنان گردد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس در افراد سالمند، باتوجه

1. Generalized anxiety disorder
2. happiness

3. Perceived Stress Questionnaire (PSS)

این پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسشنامه را آهی (۲۵) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرده است.

۳. بسته طرحواره‌درمانی: در این پژوهش از پروتکل طرحواره‌درمانی حمیدپور و اندوز (۱۴) استفاده شد. از جلسه اول تا سه درمان، سنجش مشکلات سالمندان، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها و فرمول‌بندی مشکلات سالمندان طبق رویکرد طرحواره‌درمانی انجام شد. در جلسات چهار تا ۶ تکنیک‌های شناختی انجام شد مانند: آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره. سپس از جلسه ۷ تا ۱۰ سالمندان وارد مرحله تجربی درمان شدند که شامل اجرای تکنیک‌های هیجانی مانند انجام گفت‌وگوهای خیالی، بازنمایی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا و نوشتن نامه می‌باشد. جدول ۱ به تشریح ساختار جلسات طرحواره درمانی پرداخته شده است.

اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند و صفایی و شکری برای محاسبه پایایی پرسشنامه استرس ادراک شده از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۶۰ تا ۰/۷۶ به دست آمد.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه بر اساس فرم کوتاه مقیاس یانگ ساخته شده است و دارای ۷۵ ماده است و بر پایه‌ی یافته‌های یانگ (۲۳)، پانزده طرحواره غیر انطباقی در ۵ حوزه را ارزیابی می‌کند. این طرحواره‌ها عبارتند از: ۱) محرومیت هیجانی، ره‌اشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص و شرم، ۲) شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته، ۳) استحقاق، خودکنترلی ناکافی، ۴) اطاعت، فداکاری، ۵) بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه. ماده‌ها به کمک مقیاس شش گزینه درجه‌بندی می‌شود (یک کاملاً غلط در مورد من نادرست است؛ تا شش: کاملاً درست مرا توصیف می‌کند). نمره بالا در یک خرده مقیاس معینی احتمال وجود طرحواره ناسازگار را برای آن فرد نشان می‌دهد. اولین پژوهش جامعه در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این طرحواره‌ها را یانگ (۲۴) انجام دادند؛ ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های

جدول (۱) موضوعات و محتوای طرحواره‌درمانی

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه ارائه پیش‌آزمون اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی بیان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم
سوم	معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه توضیح در مورد عملکردهای طرحواره
چهارم	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها
پنجم	ایجاد آمادگی برای تغییر سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسشنامه ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره‌ها
ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل آموزش تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها
هفتم	آموزش رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط سالمندان

جلسات	شرح جلسات
	آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط سالمندان
هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
نهم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش
دهم	مرور مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی ارائه راهکارهای یادگرفته شده تمرین ارائه پس‌آزمون

درمانی و ۱۵ سالمند دیگر در گروه گواه قرار گرفته و تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. اطلاعات جمعیت شناختی هر دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌های دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (سن) قبل از ارائه برنامه مداخله‌ای همسان بوده و تفاوت معناداری نداشتند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲) توزیع گروه‌های سنی شرکت‌کنندگان

گروه گواه	گروه آزمایش		متغیر		گروه سنی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۶/۷	۷	۴۰	۸	۶۵-۶۰ سال	
۳۳/۳	۵	۳۳/۴	۶	۷۰-۶۶ سال	
۲۶/۶	۳	۲۰	۱	۸۰-۷۰ سال	

روند اجرای پژوهش: بعد از مراجعه به مرکز روزانه نگهداری از سالمندان مهر پویان، ابتدا سالمندانی که به این مرکز مراجعه نموده بودند و دارای شاخص‌های تشخیصی استرس ادراک شده بودند، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و با کسب رضایت وارد مرحله طرحواره‌درمانی ۱۰ جلسه (هر هفته ۹۰ دقیقه) شدند. سپس در اولین جلسه، آخرین جلسه، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس به وسیله نرم‌افزار spss22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. موضوعات و محتوای درمان در جدول ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها

تعداد سالمندان ۳۰ نفر بود که ۱۵ سالمند تحت طرحواره

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	آزمایش	۱۱/۲۰	۳/۲۶	۱۰	۲/۳۵
	گواه	۱۳/۳۰	۳/۲۰	۱۲/۷	۲/۳۴
رهاشستگی	آزمایش	۹/۴۰	۲/۵۴	۹/۴۰	۲/۵۵
	گواه	۹	۱/۸۲	۱۰/۸۰	۳/۳۳
بی‌اعتمادی	آزمایش	۱۰/۸۰	۱/۹۳	۹/۵۰	۲/۰۷
	گواه	۱۱/۱۰	۲/۲۳	۹/۷۰	۳/۳۷
انزوای اجتماعی	آزمایش	۹/۷۰	۲/۱۱	۹/۷۰	۲/۱۱
	گواه	۱۳/۲۰	۷/۳۰	۱۱/۲۰	۳/۰۸
نقص و شرم	آزمایش	۱۱/۱۰	۳/۰۷	۱۰/۲۰	۳/۰۱
	گواه	۱۱/۸۰	۱/۹۹	۱۳/۱۰	۲/۱۸
شکست	آزمایش	۹/۶۰	۲/۷۶	۹/۴۰	۲/۵۵
	گواه	۱۱/۱۰	۲/۱۱	۱۱/۱۰	۳/۲۱
وابستگی	آزمایش	۱۲/۱۰	۲/۶۸	۱۰/۸۰	۲/۷۸
	گواه	۱۲/۳۰	۲/۹۸	۱۱	۲/۸۶
آسیب‌پذیری در بیماری	آزمایش	۹/۶۰	۲/۰۱	۹/۳۰	۲

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گرفتاری	گواه	۱۱/۱۰	۱/۵۲	۱۳/۳۰	۲/۵۰
	آزمایش	۱۱/۸۰	۳/۵۸	۹/۶۰	۲/۱۲
اطاعت	گواه	۱۲/۴۰	۴/۷۴	۱۲/۳۰	۳/۴۰
	آزمایش	۱۱/۷۰	۳/۰۲	۹/۴۰	۳/۶۳
ایثارگری	گواه	۱۱/۴۰	۲/۸۴	۸/۷۰	۲/۵۸
	آزمایش	۱۱	۲/۸۳	۹/۸۰	۲/۳۰
بازداری هیجانی	گواه	۱۱/۳۰	۲/۹۸	۹/۸۰	۳/۲۲
	آزمایش	۱۱/۴۰	۳/۲۰	۱۱/۲۰	۳/۳۳
معیارهای سرسختانه	گواه	۱۰/۲۰	۲/۳۰	۹/۲۰	۲/۹۰
	آزمایش	۱۰/۳۰	۲/۱۱	۱۰/۲۰	۱/۹۳
استحقاق	گواه	۱۱/۸۰	۱/۶۸	۱۰	۲/۷۹
	آزمایش	۱۰/۹۰	۲/۱۳	۹/۹۰	۱/۵۲
خوشتن‌داری ناکافی	گواه	۱۳/۶۰	۱۱/۵۸	۹/۴۰	۲/۴۵
	آزمایش	۹/۲۰	۱/۴۷	۹/۳۰	۲
نمره کل طرحواره	گواه	۱۶۵/۳۰	۱۰/۲۵	۱۴۴/۴۰	۱۰/۲۹
	آزمایش	۱۶۷/۴۰	۱۱/۲۹	۱۶۸/۱۰	۱۱/۵۵
استرس ادراک شده	گواه	۲۲/۹۱	۴/۵۲	۱۴/۹۳	۶/۷۸
	آزمایش	۲۳/۰۷	۴/۳۸	۲۳/۱۳	۴/۴۲

باشد. همچنین همگنی شیب واریانس‌ها در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F= ۵/۲۶, P= ۰/۰۶۰$) و استرس ادراک شده ($F= ۲۶/۲۵, P= ۰/۰۵۱$) نشان داد که با برقراری تمام مفروضه‌های تحلیل کوواریانس می‌توان از این تحلیل جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده کرد.

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیر وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($F= ۳۶/۶۱۰, P < ۰/۰۰۱$). بنابراین فرضیه کلی پژوهش تأیید می‌شود. برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

داده‌های جدول ۳ حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون است. بهنجار بودن توزیع متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنف متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌آزمون ($p= ۰/۱۸۷, p= ۰/۲۹$) = کلموگروف اسمیرنف (Z) و پس‌آزمون ($p= ۰/۱۸۶, p= ۰/۵۷$) = کلموگروف اسمیرنف (Z)؛ و در متغیر استرس ادراک شده در پیش‌آزمون ($p= ۰/۲۰۰, p= ۰/۱۲$) = کلموگروف اسمیرنف (Z) و پس‌آزمون ($p= ۰/۲۰۰, p= ۰/۱۲$) = کلموگروف اسمیرنف (Z) از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد. سپس آزمون لوین نشان داد که طرحواره ناسازگار اولیه ($F= ۰/۳۲۴, P= ۱/۱۹$) و استرس ادراک شده ($F= ۰/۱۶, P= ۰/۸۵۱$) بوده و با توجه به مقدار F لوین در سطح $۰/۰۵$ معنادار نبوده و همگنی واریانس‌ها برقرار می‌

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون متغیرهای وابسته

اثر	آزمون	ارزش	F	DF خطا	DF فرضیه	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۱۰	۳۶/۶۱۰	۲۵	۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
	لامبدای ویکلز	۰/۰۸۸	۳۶/۶۱۰	۲۵	۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
	اثر هتلینگ	۱۰/۲۵۳	۳۶/۶۱۰	۲۵	۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۲۵۳	۳۶/۶۱۰	۲۵	۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های متغیرهای وابسته

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
محرومیت هیجانی	۹۴/۱۱	۲	۴۷/۰۵	۸/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
رهاشده‌گی	۱۹/۴۵	۲	۹/۷۳	۱/۳۸	۰/۲۶۹	۰/۱۰
بی‌اعتمادی	۱/۶۳	۲	۰/۸۲	۰/۱۳	۰/۸۸۰	۰/۰۱
انزوای اجتماعی	۱۹/۳۳	۲	۹/۶۷	۱/۵۰	۰/۲۴۱	۰/۱۰
نقص / شرم	۶۳/۲۷	۲	۳۱/۶۳	۴/۱۴	۰/۰۲۷	۰/۲۴
شکست	۲۶/۵۲	۲	۱۳/۲۵	۱/۴۶	۰/۲۵۰	۰/۱۰
وابستگی	۶/۳۳	۲	۳/۱۶	۰/۳۶	۰/۷۰۰	۰/۰۳
آسیب‌پذیری	۷۲/۸۸	۲	۳۶/۴۴	۴/۷۵	۰/۰۲۰	۰/۲۷
گرفتار	۵۶/۱۰	۲	۲۸/۰۵	۴/۰۴	۰/۰۳۰	۰/۲۴
اطاعت	۱۱/۱۱	۲	۵/۵۶	۰/۵۱	۰/۶۱۰	۰/۰۴
ایثارگری	۴۹/۴۳	۲	۲۴/۷۲	۴/۲۵	۰/۰۲۰	۰/۲۵
بازداری هیجانی	۱۶/۷۳	۲	۸/۳۶	۰/۹۷	۰/۳۹۰	۰/۷۰
معیارهای سرسختانه	۱۷/۳۶	۲	۸/۶۸	۱/۶۳	۰/۲۱۰	۰/۱۱
استحقاق	۳۱/۷۱	۲	۱۵/۸۵	۳/۳۰	۰/۰۴۰	۰/۲۱
خویش‌نمایی	۰/۹۱	۲	۰/۴۵	۰/۱۰	۰/۹۰۰	۰/۰۰۸
نمره کل طرحواره ناسازگار اولیه	۳۷۰/۲۸	۲	۱۸۵/۱۴	۹/۱۱	۰/۰۰۸	۰/۳۵
استرس	۱۲۰۲/۶۰	۲	۶۰۱/۳۰	۲۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹

جدول ۶) نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	آزمایش	-۰/۳۸	۲/۰۴	۰/۲۵۱
	گواه	-۲/۶۱	۲/۰۳	۰/۰۴۲
نقص / شرم	آزمایش	-۰/۴۹	۱/۷۸	۰/۰۵۹
	گواه	-۲/۴۸	۳/۱۴	۰/۰۰۴
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	آزمایش	-۱/۹۳	۳/۱۹	۰/۰۵۴
	گواه	-۳/۷۲	۲/۴۵	۰/۰۳۵
گرفتار	آزمایش	-۰/۶۸	۲/۱۸	۰/۴۵
	گواه	-۲/۷۵	۳/۱۴	۰/۰۰۴
ایثارگری	آزمایش	-۰/۵۳	۳/۴۵	۰/۰۷۸
	گواه	-۲/۱۵	۲/۴۹	۰/۰۰۴
استحقاق / بزرگ منشی	آزمایش	-۰/۷۸	۲/۵۲	۰/۱۸۵
	گواه	-۲/۱۴	۲/۴۷	۰/۰۰۵
نمره کل طرحواره‌های ناسازگار	آزمایش	-۶/۸۰	۶/۰۱	۰/۸۰۰
	گواه	-۲۳/۷۰	۷/۹۲	۰/۰۰۲
استرس ادراک شده	آزمایش	-۷/۳۰	۲/۰۱	۰/۰۰۴
	گواه	-۸/۲۰	۴/۸۴	۰/۰۰۱

اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهند بین نمرات مؤلفه‌های محرومیت هیجانی ($p=0/001$)، نقص / شرم ($p=0/027$)، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری ($p=0/20$)، گرفتار / خویش‌نمایی تحول نیافته ($p=0/30$)، ایثارگری ($p=0/20$) و

اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد نمرات متغیر طرحواره ناسازگار اولیه ($p=0/008$) و استرس ($p=0/001$) در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون برحسب وضعیت گروهی از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین

برای تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که در تبیین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان چنین گفت که طرحواره‌درمانی با تأکید تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه سالمندان فراهم آورد. این رویکرد درمانی به سالمندان کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند، طرحواره‌هایشان را به عنوان یک حقیقت بیرونی نگاه کنند، صدای سالمی در ذهن خود ایجاد کنند و دریابند که با استفاده از شواهد تجربی و عینی بر علیه آن‌ها بجنگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره‌درمانی نیز هدف قرار دادن ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های تجربی و شناختی رفتاری است (۲۹).

در تبیین بهبود طرحواره‌های نقص / شرم در اثر مداخله درمانی می‌توان به نقش تکنیک‌های شناختی و تجربی اشاره کرد. سالمندان یاد می‌گیرند که انتظار غیر واقع بینانه خود را مبنی بر اینکه افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه سالمندان را در مورد خودشان تغییر می‌دهد. سالمندان در خلال جلسات، شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره‌هایشان را بیان نموده و بین طرحواره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برایشان به ارمان می‌آورد، گفتگویی برقرار می‌کنند. نتایج پژوهش همچنین حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار / خویشتن تحویل نیافته بود. در تبیین اثربخشی این مداخله بر طرحواره‌های درمانی در جلسات درمان فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای عملکرد مستقلانه سالمندان فراهم کرده است. راهبردهای شناختی به سالمندان کمک می‌کند تا دیدگاهشان را تغییر دهند، زیرا آنها معتقدند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند

استحقاق / بزرگ‌منشی ($p = 0/040$) در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون برحسب وضعیت گروهی از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اطلاعات جدول نشان می‌دهد ۴۰، ۲۴، ۲۷، ۲۴، ۲۵، ۲۱، ۳۵ و ۶۹ درصد از تفاوت نمره‌های به ترتیب متغیرهای محرومیت هیجانی، نقص / شرم، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار / خویشتن تحویل نیافته، ایثارگری، استحقاق / بزرگ‌منشی، نمره کل طرحواره ناسازگار اولیه و استرس ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. اما در بقیه مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. اکنون به منظور مقایسه بررسی این اختلاف‌ها و مقایسه زوجی آن‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین میانگین نمره‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان انجام گردید. یافته‌های حاصل از آن نشان داد طرحواره‌درمانی به طور معناداری منجر به کاهش استرس ادراک شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گردد و این اثر در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. این یافته با پژوهش بهرامی راد و نادری (۲۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست خانوار؛ نتایج پژوهش قادری و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و پژوهش همتی و همکاران (۱۹) مبنی بر مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و شناخت درمانی گروهی برافسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده زنان؛ پناه و همکاران (۲۰) مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد طرحواره‌درمانی بر افزایش شادکامی سالمندان ساکن سرای سالمندان تبریز و فاسببندر و همکاران (۱۷)، واندولزن و اونز (۲۱) همخوان است.

فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روانشناختی می‌شود. در واقع طرحواره را به عنوان مؤلفه‌های ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان می‌تواند تجاربش را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کند، در نظر می‌گیرند و تأکید طرحواره‌درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کند تا سالمندان با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی‌های خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد (۱۰). بنابراین آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی به سالمندان و از این طریق بینش دادن به آنها درباره طرحواره‌های ناسازگارشان، می‌توان میزان استرس ادراک شده (علائم و منابع) آن‌ها را کاهش داد، بنابراین می‌توان از این روش درمانی جهت بهبود و کاهش استرس ادراک شده در سالمندان استفاده نمود.

به طور کلی در جمع‌بندی مطالب گفته شده می‌توان گفت، که در راستای هدف اصلی طرحواره‌درمانی این مداخله با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده، فرصتی برای بهبود و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده در آزمودنی‌ها فراهم آورده است. به عبارتی دیگر، افراد گروه آزمایش که تحت طرحواره درمانی بودند، نسبت به گروه گواه، به درمان پاسخ بهتری دادند. این مسأله قابل توجه است؛ چون افراد گروه آزمایش افکار، باورها، طرحواره‌های ناسازگار و بینش خود را نسبت به مسائل حال و گذشته را با کمک طرحواره‌درمانی تغییر دادند و با بهبود دیدگاه خود به روند درمان ادامه دادند، پاسخ درمان در این گروه از گروه گواه بهتر بود.

این مطالعه نیز همانند همه پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبود. یکی از محدودیت‌ها به قابلیت تعمیم نتایج مربوط می‌شود چون اعضای نمونه از شهر گرگان می‌باشند، تعمیم‌دهی به سالمندان سایر شهرها و سالمندان زن باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر به بسنده کردن جمع آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودسنجی می‌باشد که در معرض سوگیری قرار دارند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی

سالمندان احتمال وقوع حوادث فاجعه بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه بار کمک می‌کند تا این افراد احساس آسیب در برابر بیماری و ضرر را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته‌سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در سالمندان افزایش می‌دهد (۱۶).

در رابطه با اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر طرحواره محرومیت هیجانی، می‌توان گفت که تکنیک‌های تجربی از جمله تصویرسازی ذهنی کمک می‌کند تا سالمندان بتوانند به هیجان‌هایشان دسترسی یابند. راهبردهای تجربی به سالمندان کمک می‌کند که هیجان‌های ناشناخته مانند خشم را بشناسند و آن‌ها را ابراز کنند. همچنین می‌توان گفت که برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از تکانه‌های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات آنی اعضا و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه‌ساز برون‌ریزی هیجانی اعضا شد. و به سالمندان کمک کرد که پیامدهای بروز هیجان‌هایشان را ارزیابی کنند. سالمندانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی شده خود عمل کنند، ولو به قیمت از دست دادن خوشحالی، آرامش خاطر و روابط صمیمی یا سلامتی. همچنین در رابطه با طرحواره‌های استحقاق و بزرگ‌منشی سالمندان باید گفت که؛ سالمندان این حق را به خود می‌دهند که از امتیازها، حقوق و مزایای ویژه‌ای بهره‌مند باشند و تلاش می‌کنند رفتارهای دیگران را برای ارضاء نیازهای خودشان کنترل کنند، و در نهایت گرفتار محرومیت هیجانی، بی‌ارزشی می‌شوند. طرحواره درمانی با تلاش برای همدلی با اطرافیان و پذیرفتن محدودیت‌های آنان، و ارائه بازخورد از رفتار و اعمالی که ناکام‌سازی و بی‌ارزشی را برای سالمندان به وجود آورد به تعدیل این طرحواره پرداخته است (۳۰).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده سالمندان می‌توان گفت که طبق اصول این فن درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به شکل باورهای غیر منطقی می‌شود و دارای مؤلفه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری هستند و هنگامی که

11. Yu R. "Stress potentiates decision biases: A stress induced deliberation to intuition (IDI) model". *Neurobiology of Stress*, 2016, 3, 83-95.

12. Fereydounpour, Kalhori P., Mohseni F., Namjoo F. Comparison of the effectiveness of schema therapy and imago therapy on fear of marriage and attitudes toward choosing a spouse in single girls. *Applied Family Therapy*, 2020, 1 (1), 100-124. [Persian].

13. Orang S, Hashemi Razini, Abdullahi M. Investigating the relationship between early maladaptive schemas with the meaning of life and psychological well-being of the elderly. *Elderly: Iranian Journal of Aging*. 2017; 12 (3): 326-345. [Persian].

14. Young J, Klosko S. Weishaar E. Translated by Hamidpoor, H & Andoz, Z. *Schema Therapy: A Practical Guide*, Tehran: Arjmand. 2015. (Text in Persian).

15. Yeganeh Radn, Touzandeh Jani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparison of the effectiveness of schema therapy and compassion-based therapy on resilience and ambiguity tolerance in women seeking divorce. *Journal of Psychological Methods and Models*, 2020, 11 (41), 89-112. [Persian].

16. Karbasdehi F, Abolghasemi AS, Leader of Karbasdehi A. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment of students with depressive symptoms. *Psychological Studies*, 2019, 15 (4), 73-90. [Persian].

17. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol*.;7:1373. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01373 pmid: 27683567.

18. Farrokhzadian AS, Rezaei F, Sadeghi M. The effectiveness of emotional therapy schema combined with metacognitive therapy on reducing the symptoms of generalized anxiety disorder in the elderly. *Psychology of Aging*, 2018; 4 (2): 83-91. [Persian].

19. Hemmati Sabet A, Nawabi Nejad, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of schema therapy and group cognitive therapy on depression, anxiety and perceived stress of female clients of Hamadan Health Deputy. *Psychology and Cognitive Psychiatry*. 2016; 3 (1): 12-25. [Persian].

20. Panah AS, Shafiabadi AS, Navabi Nejad, Nouranipour R. Evaluation of the effectiveness of group counseling with schema therapy approach on increasing the happiness of the elderly living in Tabriz nursing home. *Women and Family Studies*. 2013, 5 (19). 93-77. [Persian].

21. Van Donzel A, Ouwens M, Van alphen S. *The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas*, 2019., 21: 100715.

طرحواره‌درمانی بر سالمندان زن و به طور مقایسه‌ای با سایر رویکردها مانند ذهن‌آگاهی انجام شود.

تشکر و قدردانی: از تمامی سالمندانی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و همچنین مرکز روزانه نگهداری سالمندان مهر پویان شهر گرگان تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Enette L, Vogel T, Fanon L, & Lang P. Effect of interval and continuous aerobic training on basal serum and plasma brain-derived neurotrophic factor values in seniors: a systematic review of intervention studies. *Rejuvenation research*, 2017, 20(6), 473-483.
2. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2018, 47(2), 1-5.
3. Rasooli A, Faraz A. Comparison of quality of life, life satisfaction and death anxiety among introverted and extroverted elderly living in a nursing home in Kermanshah. *The Rise of Psychology*, 2019, 8 (10), 19-26. [Persian].
4. Sedighi Arfaee F; Rashidi A., Radiation R. Anxiety tolerance in the elderly: The role of empirical avoidance, rumination and mindfulness. *Psychology of Aging*, 2021, 7 (1), 12-1. [Persian].
5. Khodamoradi A; Hasanipour S, Daryabeigi Khutbah Sarar, Ahmadi b. Investigating the aging process and the need to plan health services for the elderly: A review study. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 2018, 6 (3), 81-95. [Persian].
6. Amiri A, Fatemi Z. Assessing the sense of social status of the elderly: Comparing the elderly living in care centers in Mashhad with non-resident elderly. *A Study of Social Issues in Iran*, 102019, (1), 165-145. [Persian].
7. Ali Mohammad F, Sotoudeh Asl N, Karami A. Develop a quality of life model based on metacognitive beliefs mediated by perceived stress in the elderly. *Psychology of Aging*, 2020; 6 (4): 355-341. [Persian].
8. Gross J. *The Handbook of Emotion Regulation*, second edition. Guilford press. ISBN, 2018, 978-1-4625-0350-6.
9. Beyrami M, Babapour Khairuddin J, Hashemi T., Khalilzad Behrozian S. Investigating the structural relationship between temperament, alexithymia and perceived stress with addiction in students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2018, 3 (50): 77-86. [Persian].
10. Bahramipour L, Naderi F. The effectiveness of schema therapy on perceived stress and mental health of the head of the household. *Horizons of Humanities*, 2021, 5 (48): 74-59. [Persian].

22. Cohen S, Kamark T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24, 358-396.
23. Young J. *Schema therapy*. New York: Guilford; 1988.
24. Young J. *Early Maladaptive Schemas in Chronic Depression*. In: Riso(ed.) *Chronic Depression* Guilford press, New York, USA. 2007.
25. Ahi, Gh. *Standardization of the short version of the Young Schema Questionnaire*. Master Thesis in *General Psychology*. Allameh Tabatabai University, Tehran. 2006. [Persian].
26. Spatola M. "The ACTonHEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease." *Health and quality of life outcomes*, 2014, 12.1: 22.
27. Bahrami Rad M., Rafidi Z. Predicting pain acceptance based on perceived stress and coping strategies in people with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 2018, 7 (28): 151-166. [Persian].
28. Qaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. The effectiveness of group schema therapy on modulating early maladaptive schemas and reducing the symptoms of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*, 2016, 6 (24), 1-28. [Persian].
29. Nakhaei A, Shamhamudi A, Farnam A. The effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas of traditional and industrial methadone addicts under treatment, *Journal of Psychological Sciences*, 2019, 18 (82): 1187-1197. [Persian].
30. Ball J, Mitchell P, malhi G, Skillecorem A, smith, M. schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. Australian & NewZealand. *journal of psychiatry*, 2012, 37(1), 41-55.