

اثربخشی طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۵

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش از نوع آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و مرحله‌ی پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت مراجعه کننده به مرکز روان‌درمانی «فکر سوم» واقع در شهر نجف آباد در سال ۱۴۰۳ بود. و به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه گیری دردسترس منطبق با ملاک‌های پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) به طور تصادفی جایگذاری شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) طرحواره درمانی را دریافت کردند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خودپنداره ساراسوت، تنظیم هیجان باکر و صلح درونی حسینی بودند که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط شرکت کنندگان تکمیل شدند. نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS-26 بود و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر خودپنداره و ابعاد (اجتماعی، خلق و خو، اخلاقی و عقلانی) افراد تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است ($p < 0/05$)، طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و ابعاد (سرکوبی، تجربه‌های ناخوشایند، نشانه‌های هیجانی پردازش و اجتناب) تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است ($p < 0/001$)، همچنین طرحواره درمانی بر صلح درون تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: طرحواره درمانی می‌تواند باعث بهبود خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت گردد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی به عنوان یک روش اثربخش مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، خودپنداره، تنظیم هیجان، صلح درون، سوگ طولانی مدت

زهرا رحیمی راد^۱

عباس مختاری^{۲*}

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد

نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد

نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده

مسئول)

Email: Mokhtari_20001@yahoo.com

مقدمه

سوگ حالت غم و اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده و فکری خاص است. عده‌ای سوگ را شامل دو بعد درونی (افکار و احساسات) و بیرونی (رفتارهای مربوط به سوگ مانند گریه کردن و...) می‌دانند (۱). سوگ موجب برهم خوردن شرایط زندگی و بروز علائم زیادی در افراد می‌شود (۲). فقدان فرد عزیز یکی از دشوارترین رویدادهایی است که فرد می‌تواند تجربه کند و این پدیده می‌تواند با پیامدهای منفی متعددی در زمینه‌های اجتماعی و روانی همراه باشد (۳). تجربه‌ی سوگ می‌تواند با واکنش‌های متنوعی همراه باشد، از جمله انکار، خشم، و به طور کلی تغییراتی در حالت‌های احساسی و رفتاری فرد (۴). سوگ به عنوان یک فرآیند عمیق و پیچیده، می‌تواند در زمان و مکان‌های مختلف و با شدت‌های متفاوت ظاهر شود. این تجربه می‌تواند شامل احساسات مختلفی مانند اندوه، اضطراب، خشم و ترحم باشد که در برخی موارد ممکن است به طور پیوسته در طول زمان باقی بماند و در دوران‌های خاص مانند روزگاری که یادآوری‌ها و رویدادهای مرتبط با عزیزان رخ داده است، فزونی یابد (۵). در نسخه تجدید نظر شده از نگارش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5-TR) که در سال ۲۰۲۲ منتشر شد، در فصل مربوط به اختلالات مرتبط با تروما^۱، یک اختلال جدید به نام «اختلال سوگ طولانی مدت به چشم می‌خورد. اختلال سوگ طولانی مدت، یک واکنش سوگ به شکل ناسازگار و طولانی مدت است که پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (برای کودکان و نوجوانان حداقل ۶ ماه) از زمان مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک داشته است، قابل تشخیص می‌باشد (۶). سوگ طولانی مدت وقتی اتفاق می‌افتد که شدت ماتم به اندازه‌ای باشد که فرد را تحت فشار قرار دهد به طوری که به رفتارهای ناسازگارانه پناه برد یا آنکه مدتی طولانی اسیر ماتم باشد بدون آنکه با گذشت زمان فراگشت ماتم پایان پذیرد (۷).

در برخی موارد سوگ می‌تواند به وجود افکار منفی درباره‌ی خود و احساس گناه منجر شود. خودپنداره به ارزیابی و ارزش‌گذاری فرد از خود و اعتقاداتی که درباره خود دارد، اشاره دارد. این مفهوم شامل ایده‌ها، احساسات، و باورهایی است که فرد درباره خود و قابلیت‌هایش دارد. خودپنداره نقش مهمی در شکل‌گیری هویت و رفتار فرد ایفا می‌کند و می‌تواند بر تصمیم‌گیری‌ها، روابط اجتماعی، سطح اعتماد به نفس و سلامت روان تأثیر بگذارد (۸،۹).

پدیده‌ی سوگ می‌تواند هیجانات افراد سوگوار را تحت تأثیر قرار بدهد. به طور کلی تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد بر این که چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آنها را داشته باشند، چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (۱۰). به طور کلی به نظر می‌رسد که سلامت روانی ضعیف با داشتن استراتژی‌های تنظیم هیجان کمتر، وضوح عاطفی ضعیف‌تر و عدم پذیرش هیجان‌ها همراه است و در مقابل توانایی تنظیم هیجان با توجه به اینکه کنترل رفتار و پذیرش خود همراه است، می‌تواند کمک کننده باشد (۱۱).

اغلب مردم به دنبال شرایطی هستند که به احساس آرامش درونی خود کمک کنند. «در واقع، این آگاهی آرام، دلسوزانه و عمیق در درون هر فرد وجود دارد. گویی مخزن عمیقی از صلح و صفا در درون خود داریم. صلح درون^۲، چند زاویه و تعریف دارد که مستقیم‌ترین آن عبارت است از سازگاری جسم و ذهن و نیز سازگاری اجزای ذهن با هم از یک سو و همزمان، سازگاری اجزای جسم با هم از سوی دیگر. این سازگاری در وجود آدمی، تبدیل به مدلی ذهنی می‌شود، برای اندیشیدن به سازگاری و صلح با عالم بیرون (۱۲). صلح درونی سفری طولانی و پر پیچ و خم است که هیچ کس نمی‌تواند در این سفر با فرد همراه باشد. ویژگی‌های این سفر از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۱۳).

² Inner Peace¹ Trauma-related disorders

جامعه و نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت مراجعه کننده به مراکز رواندرمانی واقع در شهر نجف آباد در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد نمونه پژوهش ۳۰ نفر بود، که بصورت دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در واقع حجم نمونه در پژوهش حاضر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گروه گواه بر اساس پژوهش مک کیل و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان محاسبات حجم نمونه برای مداخلات آموزشی ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۱۵).

ملاک‌های ورود شامل:

- داشتن تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت
- موافقت آگاهانه و تمایل به شرکت در فرایند پژوهش
- داشتن میزان حداقل سواد خواندن و نوشتن
- عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی برای گروه

کنترل و آزمایش

ملاک‌های خروج شامل:

- حضور نامنظم و عدم همکاری در جلسات درمان که غیبت بیش از سه جلسه را شامل می‌شود.
- شرکت در جلسات مشابه پژوهش
- شرکت در جلسات روان درمانی یا آموزش‌های روانی دیگر

ابزارها

- پرسشنامه خودپنداره

این پرسشنامه که توسط راج کمار ساراسوت در سال ۱۹۸۴ طراحی شد (۱۶). این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال است و هر بعد دارای ۸ سؤال می‌باشد. همچنین هر سؤال دارای پنج گزینه می‌باشد. این آزمون شامل دو فرم است که در هر دو آنها مجموعه‌ای یکسان از ۲۵ زوج صفت شخصیتی متضاد ارائه شده است که آزمودنی در پاسخ گویی به فرم اول براساس اینکه خود را چگونه می‌بیند پاسخ می‌دهد. در فرم دوم به اینکه چگونه می‌خواهد باشد به سؤالات پاسخ می‌دهد. در این آزمون بالا

برخی پژوهشگران عنوان می‌کنند در سوگ طولانی مدت به عنوان یک مسئله مزمن و همراه با سایر اختلال‌ها باید بر روی طرحواره‌ها تمرکز کرد و مورد هدف قرار دادن طرحواره‌ها را عامل مؤثر در درمان می‌دانند. وجود برخی طرحواره‌های ناکارآمد در افراد به عنوان یک عامل خطر برای سوگ پیچیده و ناتمام است و منجر به تجربه شدید و مزمن سوگ در افراد می‌شود. طرحواره درمانی به عنوان یک درمان شناختی - رفتاری و با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار با هدف درمان اختلالات دیرپا و مزمن طراحی شده است. از این رو می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد برای کمک به تجربه سوگ بهنجار و گذران دوران طبیعی سوگ مؤثر باشد (۱۴). بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت تأثیر معنادار دارد؟

روش کار

این پژوهش، به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری همراه با گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

فرآیند پژوهش

پس از دریافت مجوز از دانشگاه و دریافت کداخلاق، از بین افرادی که به دلیل سوگ طولانی مدت ناشی از مرگ وابستگان درجه یک و تشخیص این اختلال توسط روان‌درمانگر به مراکز روانشناسی مراجعه کرده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری گزینش تصادفی شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌های خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون توسط دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، برای گروه آزمایش طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای گروه کنترل هیچ آموزشی اعمال نشد. سپس بعد از سه ماه در مرحله‌ی پیگیری پرسشنامه‌ها مجدداً توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل پر شدند و نمرات آزمودنی‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

این پرسشنامه دارای ۱۴۸ گویه می‌باشد. به این ترتیب پرسشنامه اولیه در ۲۳۰ سؤال تدوین شد. سپس روی ۱۰۰ نفر به صورت پایلوت اجرا گردید. بعد از بررسی، حذف و تلفیق تعداد سوالات اولیه و مؤلفه‌های پیشنهادی، در نهایت پرسشنامه اصلی بر اساس اطلاعات جمع آوری شده و بررسی انواع مدلها، تست‌ها، پرسشنامه‌ها تحقیقات، پس از انجام دو مرحله تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی با ۱۴۸ سؤال در قالب ۵ عامل اصلی و ۱۹ عامل فرعی و ۶۸ مؤلفه که هر مؤلفه دارای ۲ یا ۳ سؤال بود، اجرا و اعتباریابی گردید. عوامل اصلی این مقیاس عبارتند از برونگرایی، کنترل درونی، خودگردانی هیجانی، منطقی‌پذیری و کمالگرایی. که با استفاده از طیف لیکرت به صورت پنج گزینه‌ای و درجه بندی یک تا پنج به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، بی نظرم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) تنظیم گردیده است (۲۱).

روایی ابزار تحقیق از طریق روایی محتوایی و صوری با استفاده از روش دلفی به دست آمد. پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پس از محاسبه ضریب α برای پرسشنامه مقدار ۰/۹۸۳ مورد تأیید قرار گرفت (۲۱). در این پژوهش نمره ی کل پرسشنامه صلح درونی وارد شده و خرده مقیاس‌ها وارد پژوهش نشده است.

این مقیاس ۲۲ مادهای توسط نولن- هوکسما و مورو (۱۸) و با نمره‌گذاری روی مقیاس ۴ درجه‌ای طیف لیکرت (تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴) تدوین شده است که دامنه‌ای بین ۲۲ تا ۸۸ را دربرمی‌گیرد. به علاوه این مقیاس شامل سه خرده مقیاس؛ حواسپرتی، تعمق و در فکر فرو رفتن است. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است (۱۹). همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ و همبستگی بازآزمایی برای مدت بیش از ۶ ماه ۰/۶۷ و آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین در پژوهش باقری‌نژاد، صالحی‌فرددی و طباطبایی به منظور بررسی روایی همگرا، همبستگی بین پرسشنامه نشخوار فکری و پرسشنامه

بودن خودبنداره به معنای تطابق نداشتن بین خود واقعی و خود آرمانی است. ابعاد پرسشنامه شامل جسمانی (۲-۳-۹-۲۰-۲۲-۳۱-۲۹-۲۷)، اجتماعی (۱-۸-۲۱-۳۷-۴۰-۴۳-۴۶-۴۸)، خلق و خو (۴-۱۰-۱۴-۱۶-۱۹-۲۳-۲۴-۲۸)، آموزشی (۵-۱۳-۱۵-۳۲-۳۰-۲۶-۲۵-۱۷)، اخلاقی (۶-۳۴-۳۵-۴۱-۴۲-۴۴-۴۵-۴۷) و عقلانی (۷-۱۱-۱۲-۱۸-۳۳-۳۶-۳۸-۳۹) می‌باشد.

پایایی پرسشنامه با روش آزمون-آزمون مجدد، به دست آمده و برای نمره کل خود بنداره ۰/۹۱٪ بود. ضریب پایایی ابعاد گوناگون از ۰/۶۷٪ تا ۰/۸۸٪ بوده است. در ایران ضریب پایایی این آزمون در پژوهش رضایی راد ۰/۸۳٪ و پایایی آن به روش کرونباخ برابر ۰/۸۱٪ گزارش شده است (۱۷). برای تعیین اعتبار پرسشنامه از نظر متخصصین استفاده شده ۱۰۰ سؤال به ۲۵ روانشناس داده شده تا آنها را بر حسب موضوعات مختلف طبقه بندی کنند. سوالاتی که انتخاب شدند حداقل ۰/۸۰٪ توافق درباره آنها وجود داشته است. به این ترتیب اعتبار محتوا و سازه پرسشنامه تعیین گردید (۱۸).

ضرایب روایی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش چارلز (۱۹۷۱) به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۳ (۱۰۴) و در پژوهش حسین زاده و فرخی (۱۳۸۲) به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۹۶ گزارش شده است (۱۸).

• پرسشنامه تنظیم هیجان

این پرسشنامه توسط باکر و همکاران (۱۹) توسعه داده شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سؤال بود که بعداً توسط باکر و همکاران کوتاه‌تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش نشده است. باکر و همکاران، ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد. در ایران نیز غلامی و ابوالمعالی، ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ بدست آورد که حاکی از روایی همگرایی آزمون است (۲۰).

• پرسشنامه صلح درونی

افسردگی و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۵۶ برآورد
 کردند (۲۰).
 شرح مداخله
 پروتکل طرحواره درمانی یانگ ترجمه حمیدپور و همکاران
 در این پژوهش به منظور اجرای مداخله طرحواره درمانی، از
 پروتکل طرحواره درمانی یانگ استفاده شد. (۲۲)

جدول ۱- پروتکل طرحواره درمانی یانگ

پروتکل طرحواره درمانی

جلسه اول: آشنایی کلی، اخذ رضایت آگاهانه، شرح کلی درمان، ایجاد رابطه‌ی متقابل توأم با امنیت، اهمیت روابط بین فردی و اجتماعی و همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی.

جلسه دوم: آشنایی با مفهوم طرحواره، انواع طرحواره‌ها و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آموزش رویکرد طرحواره محور بر مبنای پنج نیاز اساسی: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم و تفریح.

های ناسازگار اولیه و توضیح درباره‌ی تأثیر آنها بر زندگی و شاخص‌های سلامتی، تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه‌ی جلسه سوم: شناسایی طرحواره مرتبط با مشکل فعلی.

جلسه چهارم: ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، ارائه منطق تکنیک‌های شناختی جهت بی اعتبارسازی طرحواره‌های غالب و تعریف از شواهد تأییدکننده‌ی طرحواره.

جلسه پنجم: اجرای تکنیک‌های شناختی، برقراری گفتگو بین جنبه‌ی سالم و جنبه‌ی طرحواره به منظور روشن شدن خواسته‌ی طرحواره و آموزش و تدوین ساخت کارت‌های آموزشی

جلسه ششم: ارائه‌ی منطق تکنیک‌های رفتاری، اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار.

جلسه هفتم: ارائه منطق تکنیک‌های تجربی، آشناسازی مراجع با ذهنیت کودک تنها، کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به کارگیری تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و تقویت مفهوم «بزرگسال سالم».

جلسه هشتم: آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و ایجاد فضای توجه مثبت بدون قید و شرط، آموزش آرامش‌آموزی، جرئت ورزی و کنترل خشم

جلسه نهم: پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی.

جلسه دهم: دریافت بازخورد از جلسات قبل، آموزش جایگزینی طرحواره‌های مثبت، جمع بندی مهارت‌ها، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات درمانی.

ملاحظات اخلاقی

۶- به بیماران شرکت کننده جهت محرمانه ماندن اطلاعات و نیز عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی در روی پرسشنامه‌ها اطمینان خاطر داده شد.

۷- اصول اخلاقی در استفاده از منابع و پژوهش‌های دیگر رعایت خواهد شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود:

۱- پژوهش حاضر کد اخلاق IR. IAU. NAJAFABAD. REC. 1403. 036 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد دریافت کرد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

۲- اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد (بر اساس کد اخلاق ۱ و ۳ و ۵).

۳- اصل امانت در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها رعایت شد.

۴- به شرکت کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد (بر اساس کد اخلاق ۸).

۵- مطابق با بند ۲۰ کدهای اخلاق در پژوهش، انجام روش پژوهش مغایر با موازین دینی و فرهنگی نمونه‌های پژوهش نبود.

برای تحلیل آماری داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. که شامل:

الف) روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ها.

ب) آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-26 استفاده شد. همچنین، سطح اطمینان برای آزمون فرضیه‌ها برابر $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد پژوهش، شامل سن و تحصیلات شرکت‌کنندگان، ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه طرحواره درمانی برابر $35/8 \pm 467/618$ و گروه کنترل $34/133 \pm 9/334$ است. آزمون خی دو در این رابطه نشان می‌دهد که در دو گروه پژوهش از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

همچنین در این جدول، فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات در گروه‌های مختلف (طرحواره درمانی و کنترل) مشاهده می‌شود. آزمون خی دو در این رابطه نشان می‌دهد که در دو گروه پژوهش از نظر تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

گروه کنترل		گروه طرحواره درمانی		متغیر / گروه
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۴۰/۰	۶	۲۶/۷	۴	زیر ۳۰ سال
۳۳/۳	۵	۴۰/۰	۶	سن
۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	۳۱ تا ۴۰ سال
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۴۱ تا ۵۰ سال
				مجموع
				میانگین (انحراف معیار)
				مقدار خی دو (معناداری)
				زیر دیپلم و دیپلم
				تحصیلات
				فوق دیپلم
				لیسانس
				فوق لیسانس و بالاتر
				مجموع
				مقدار خی دو (معناداری)

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نمرات خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش آورده شده است. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین خودپنداره در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. میانگین نمرات متغیر تنظیم هیجان در گروه طرحواره درمانی

نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است. میانگین نمرات صلح درون در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	گروه طرحواره درمانی	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل
خودپنداره	پیش‌آزمون	۱۳۶/۴۶۷	۱۲/۲۰۶	پیش‌آزمون	۱۳۸/۴۶۷	۱۶/۱۵۹	
	پس‌آزمون	۱۷۱/۷۳۳	۱۲/۳۵۴	پس‌آزمون	۱۳۵/۸۰۰	۱۶/۱۶۵	
	پیگیری	۱۷۱/۶۰۰	۱۱/۷۴۰	پیگیری	۱۳۶/۶۶۷	۱۶/۵۴۷	
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۸۰/۴۶۷	۱۶/۲۶۵	پیش‌آزمون	۷۸/۲۶۷	۱۳/۱۹۳	
	پس‌آزمون	۵۶/۴۰۰	۱۲/۲۲۹	پس‌آزمون	۷۹/۶۰۰	۱۳/۳۸۳	
	پیگیری	۵۶/۲۰۰	۱۱/۹۳۰	پیگیری	۷۹/۴۰۰	۱۲/۴۳۷	
صلح درون	پیش‌آزمون	۴۰۰/۶۰۰	۱۰۵/۶۱۹	پیش‌آزمون	۴۰۸/۰۰۰	۱۲۲/۵۵۱	
	پس‌آزمون	۵۵۸/۰۶۷	۱۲۶/۰۳۳	پس‌آزمون	۳۹۶/۴۰۰	۱۲۵/۶۶۶	
	پیگیری	۵۵۲/۰۰۰	۱۲۹/۷۵۶	پیگیری	۴۰۴/۲۶۷	۱۳۱/۲۱۳	

جهت کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر که از آزمون‌های پارامتریک است، پیش‌فرض‌ها بررسی شدند. البته با وجود این‌که در پژوهش حاضر در هر دو گروه، نمونه‌ها برابر بودند، برای افزایش دقت نتایج آماری، پیش‌فرض‌های اصلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر که عبارت‌اند از: ۱- نرمال بودن توزیع نمرات ۲- یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس، ۳- یکسانی واریانس اختلافات، ۴- همگنی واریانس‌های نمرات قبل از آزمون فرضیه‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج جدول ۴ در بخش اثر درون‌گروهی در متغیرهای خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون در عامل زمان و تعامل

زمان و گروه نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان و گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). توان آزمون در اثر درون‌گروهی در همه متغیرها بالاتر از ۰/۹۹ است که این موضوع نشان‌دهنده توان آزمون مناسب در این متغیرها در اثر درون‌گروهی است. همچنین نتایج جدول ۴ در بخش اثر بین‌گروهی نشان می‌دهد که در همه متغیرهای خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
خودپنداره	اثر زمان	۵۴۳۶/۰۲۲	۲	۲۷۱۸/۰۱۱	۲۶۲/۴۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۴	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۷۰۱۰/۰۲۲	۲	۳۵۰۵/۰۱۱	۳۳۸/۴۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۴	۰/۹۹۹
تنظیم هیجان	خطا (زمان)	۵۷۹/۹۵۶	۵۶	۱۰/۳۵۶				
	اثر گروه	۱۱۸۵۶/۵۴۴	۱	۱۱۸۵۶/۵۴۴	۱۹/۸۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۵	۰/۹۹۰
صلح درون	خطا	۱۶۷۱۹/۷۷۸	۲۸	۵۹۷/۱۳۵				
	اثر زمان	۲۶۳۰/۲۸۹	۱/۵۳۵	۱۷۱۳/۷۳۰	۱۲۸/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۱	۰/۹۹۹
خودپنداره	تعامل زمان × گروه	۳۲۲۵/۸۰۰	۱/۵۳۵	۲۱۰۱/۷۲۸	۱۵۷/۵۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۹	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۵۷۳/۲۴۴	۴۲/۹۷۵	۱۳/۳۳۹				
تنظیم هیجان	اثر گروه	۴۸۸۴/۱۰۰	۱	۴۸۸۴/۱۰۰	۹/۵۴۶	۰/۰۰۰۴	۰/۲۵۴	۰/۸۴۷
	خطا	۱۴۳۲۶/۶۲۲	۲۸	۵۱۱/۶۶۲				

۰/۹۹۹	۰/۶۵۷	۰/۰۰۰۱	۵۳/۷۱۳	۹۷۹۶۲/۹۶۱	۱/۱۰۰	۱۰۷۷۱/۴۲۲	اثر زمان
۰/۹۹۹	۰/۷۰۲	۰/۰۰۰۱	۶۵/۸۷۸	۱۲۰۱۵۰/۰۵۱	۱/۱۰۰	۱۳۲۱۱۰/۰۶۷	تعامل زمان × گروه
				۱۸۲۳/۸۱۷	۳۰/۷۸۷	۵۶۱۵۰/۱۷۸	صلح درون خطا (زمان)
۰/۵۹۵	۰/۱۵۶	۰/۰۳۱	۵/۱۸۸	۲۲۸۰۱۰/۰۰۰	۱	۲۲۸۰۱۰/۰۰۰	اثر گروه
				۴۳۹۴۶/۶۷۵	۲۸	۱۲۳۰۵۰۶/۸۸۹	خطا

نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$).

اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها معنی‌دار نبوده است ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مراحل	متغیر
۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۴	*-۱۶/۳۰۰	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۱	*-۱۶/۶۶۷	پیگیری	خودپنداره
۰/۹۹۹	۰/۶۴۹	-۰/۳۶۷	پیگیری	پس‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	*۱۱/۳۶۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۱/۰۲۹	*۱۱/۵۶۷	پیگیری	تنظیم هیجان
۰/۹۹۹	۰/۶۹۶	۰/۲۰۰	پیگیری	پس‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۹/۵۰۶	*-۷۲/۹۳۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۰۱	۱۰/۱۶۶	*-۷۳/۸۳۳	پیگیری	صلح درون
۰/۹۹۹	۲/۶۱۱	-۰/۹۰۰	پیگیری	پس‌آزمون

* $p < ۰/۰۵$

است. بنابراین می‌توان گفت طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت اثربخش است.

زمان و گروه، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان و گروه (دوگروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج در بخش اثر بین گروهی نشان داد که در همه متغیرهای خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). نتایج آزمون بونفرونی جدول ۵ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری

با توجه به نتایج جدول‌های ۴ و ۵ می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون تأثیر معنی‌داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی‌مانده

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد دارای سوگ طولانی مدت انجام شد. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ نشان داد، در بخش اثر درون‌گروهی در متغیرهای خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون در عامل زمان و تعامل

معنی دار است ($p < 0.05$). اما تفاوت میانگین نمرات پس از آزمون و پیگیری در این متغیرها معنی دار نبوده است ($p > 0.05$). نتایج پژوهش حاضر با پژوهش جمشیدی و همکاران (۱۴۰۳)، مصطفی و همکاران (۲۰۲۲)، ترناس و همکاران (۱۴۰۱)، رهبر کرباس‌دهی و همکاران (۱۴۰۰)، عباسی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود (۲۷-۲۳).

طرحواره درمانی بر خودپنداره، تنظیم هیجان و صلح درون افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت اثربخش است، زیرا این رویکرد با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای منفی ریشه‌دار و الگوهای رفتاری ناکارآمد را تغییر می‌دهد و توانایی افراد را برای مدیریت هیجانات و دستیابی به آرامش درونی تقویت می‌کند. سوگ طولانی مدت حالتی است که فرد پس از فقدان، برای مدت طولانی دچار احساسات منفی پایدار مانند اندوه، ناامیدی، و گناه می‌شود. این وضعیت اغلب با مشکلاتی مانند خودپنداره منفی، ناتوانی در تنظیم هیجانات، و فقدان صلح درون همراه است. طرحواره درمانی که بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمرکز دارد، با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، این مشکلات را هدف قرار می‌دهد.

آشنایی با طرحواره‌ها و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افراد را قادر می‌سازد ریشه‌های فکری و رفتاری نامناسب را در خود شناسایی کنند. این شناخت، زمینه‌ساز بازسازی تصویر ذهنی مثبت از خود می‌شود. اجرای تکنیک‌های شناختی، مانند گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به افراد کمک می‌کند خودپنداره‌ای سالم‌تر ایجاد کنند و جایگزینی طرحواره‌های مثبت باعث تثبیت خودپنداره سالم و پایدار می‌شود.

استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها، افراد را به شناسایی هیجانات سرکوب‌شده و تنظیم آن‌ها هدایت می‌کند. آموزش تکنیک‌های آرامش‌آموزی، جرئت‌ورزی و کنترل خشم، مهارت‌های عملی تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد. کنار گذاشتن سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تعادل هیجانی را افزایش می‌دهد.

صلح درونی با کاهش تعارضات درونی و ایجاد حس آرامش و پذیرش خود تقویت می‌شود. ایجاد رابطه توأم با امنیت و پذیرش، حس همدلی و حمایت درونی را فراهم می‌کند. تقویت ذهنیت «بزرگسال سالم» و کاهش تأثیر ذهنیت «کودک تنها» به رفع تعارضات درونی کمک می‌کند. آموزش توجه مثبت بدون قید و شرط باعث ایجاد آرامش و پذیرش خود می‌شود.

طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا طرحواره‌های منفی مانند نقص/شرم و محرومیت هیجانی را که موجب باورهای منفی درباره خود می‌شوند، شناسایی و اصلاح کنند. این فرآیند به بازسازی تصویری مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تر از خود منجر می‌شود. به‌عنوان مثال، فردی که خود را بی‌ارزش می‌داند، با تکنیک‌های شناختی و بازسازی تجربیات گذشته، این باور را به چالش کشیده و جایگزین باورهای سالم می‌کند (۲۸).

در سوگ طولانی مدت، ناتوانی در مدیریت هیجانات منفی مانند اندوه و خشم به شدت شایع است. طرحواره درمانی با افزایش آگاهی هیجانی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، و تغییر الگوهای ناسازگار، به افراد کمک می‌کند تا هیجانات خود را به شیوه‌ای سالم مدیریت کنند. تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و بازسازی خاطرات نیز موجب کاهش شدت هیجانات منفی و افزایش تعادل روانی می‌شوند (۲۵).

صلح درون حالتی از آرامش ذهنی و پذیرش است که در آن فرد به تعادلی پایدار درونی می‌رسد. افراد مبتلا به سوگ طولانی مدت به دلیل باورهای منفی درباره خود، دیگران، و جهان، اغلب صلح درونی خود را از دست می‌دهند. طرحواره درمانی با اصلاح این باورها و تقویت توانایی پذیرش تجربه‌های دشوار، به افراد کمک می‌کند تا معنای جدیدی در زندگی پیدا کنند و به آرامش درونی دست یابند. اگرچه پژوهش مستقیمی در زمینه اثر طرحواره درمانی بر صلح درون وجود ندارد، شواهد مرتبط با تأثیر این رویکرد بر تنظیم هیجان و کاهش درگیری‌های روانی از این فرضیه حمایت می‌کند.

در مجموع، طرحواره درمانی از طریق شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و بازسازی خودپنداره، نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی

به فرد هر گروه سنی شناسایی شود و با در نظر گرفتن تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی هر گروه، راهکارهای درمانی مؤثرتری ارائه گردد. همچنین، بررسی ویژگی‌های فردی سوگواران از جمله جنسیت، شخصیت، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات و تأثیر آن‌ها بر فرآیند سوگ می‌تواند به توسعه شیوه‌های درمانی شخصی‌سازی شده کمک کند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود علل سوگ نیز مورد بررسی قرار گیرد و اثر آن بر مداخله درمانی تحلیل شود. در نهایت، توجه به تأثیر فرهنگ و باورهای مختلف اجتماعی بر فرآیند سوگ و اختلال سوگ طولانی‌مدت می‌تواند به درک بهتر چالش‌ها و فرصت‌های مرتبط با درمان سوگ در فرهنگ‌های مختلف کمک نماید.

موازن اخلاقی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندگان است و با اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد اصفهان و دریافت کد اخلاق IR. IAU. NAJAFABAD. REC. 1403. 036 تمامی اصول اخلاقی در هر مرحله رعایت گردید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

از سوگ طولانی‌مدت ایفا می‌کند و می‌تواند به بهبود صلح درون افراد نیز کمک کند.

پژوهش حاضر با وجود ارائه یافته‌هایی مفید و آگاهی بخش، با محدودیت‌هایی هم مواجه است. یکی از محدودیت‌های پژوهش پیش رو این بود که تنها افراد دچار سوگ طولانی‌مدت مورد بررسی قرار گرفتند و سایر انواع سوگ بررسی نشد. همچنین، گروه نمونه بدون تفکیک بر اساس جنسیت، تحصیلات و صرفاً محدود به بزرگسالان بوده است. از سوی دیگر، اثرات روابط گروهی و دینامیک‌های بین‌فردی بین شرکت‌کنندگان که ممکن است بر نتایج درمان تأثیرگذار باشد، به‌طور مستقیم قابل کنترل نبود. علاوه بر این، علت وقوع فقدان و نوع شرایط منجر به سوگ در این پژوهش بررسی نشد و این مسئله می‌تواند بر شدت و کیفیت تجربه سوگ و واکنش به درمان تأثیر بگذارد. همچنین، پژوهش حاضر مرتبط با فرهنگ غالب شهر اصفهان بوده و تفاوت‌های فرهنگی اقوام دیگر را در نظر نگرفته است. در نهایت، نتایج منحصر به داده‌های حاصل از ابزارهای مورد استفاده در تحقیق است و از آنجا که پرسشنامه‌ها جنبه خودگزارش‌دهی دارند و پاسخ‌های جامعه‌پسند را تقویت می‌کنند، احتمال سوگیری در پاسخ‌ها وجود دارد؛ به این معنا که ممکن است فاصله‌ای میان آنچه فرد گزارش می‌دهد و رفتار واقعی او در دنیای بیرون وجود داشته باشد.

با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده گروه‌های سنی مختلف مانند نوجوانان، بزرگسالان و افراد مسن را به‌صورت جداگانه بررسی کنند تا تفاوت‌های موجود در واکنش‌ها به سوگ و ویژگی‌های منحصر

References

- Vardon PJ. (2009). A three-dimensional numerical investigation of the thermo-hydronechanical behavior of a large-scale prototype repository. Cardiff University. P:18.
- Rosner R., Pfoh, G., & Kotoucová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psycho traumatology*, 2, 1-10.
- Rosner R., Pfoh, G., & Kotoucová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psycho traumatology*, 2, 1-10.
- Simon NM. Treating complicated grief. *Jama*. 2013 Jul 24;310(4):416-23.
- Rando TA. Grief and mourning: Accommodating to loss. In *Dying* 2018 Oct 24 (pp. 211-241). Taylor & Francis
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*: Springer Publishing Company

8. Gouveia ÉR, Ihle A, Gouveia BR, Rodrigues AJ, Marques A, Freitas DL, ... & Lopes H. Students' attitude toward physical education: Relations with physical activity, physical fitness, and self-concept. *The Physical Educator* 2019; 76(4): 945 - 963. DOI: 10.18666/TPE-2019-V76-I4-8923
9. Xu Q, Li S, & Yang L. Perceived social support and mental health for college students in mainland China: the mediating effects of self-concept. *Psychology, health & medicine* 2019; 24(5): 595 -604. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549744>
10. Gross JJ. Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*. 2013 Jun;13(3):359. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
11. Vuillier L, May L, Greville-Harris M, Surman R, Moseley RL. The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of eating disorders*. 2021 Dec;9(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00362-9>.
12. Moradi, M., & Moradi, M. (2019). Investigating Tai Chi as a model of inner peace and existential adjustment. *International Conference on Humanities, Social Sciences and Lifestyle*. Civilica.
13. Vandepitte, Claes, T'Jaecckx, Annemans (2022). The Role of 'Peace of Mind' and 'Meaningfulness' as Psychological Concepts in Explaining Subjective Well-being. *Journal of Happiness Studies* (2022).3331–3346.
14. Thimm, J. C., & Holland, J. M. (2017). "Early maladaptive schemas, meaning making, and complicated grief symptoms after bereavement". *Int J Stress Manag.* 24(4), 347
15. McConnell MM, Monteiro S, Bryson GL. Sample size calculations for educational interventions: principles and methods. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2019 Aug 1;66(8):864-73.
16. Saraswat, R.K. (1984). *Manual for Self concept questionnaire*, Agra: National Psychological Corporation.
17. Rezaei Rad, M., & Bakhtyar, Q. (2014). Psychological aspects of adding mobile learning to traditional education in higher education. *Civilica*. <https://civilica.com/doc/1935337>
18. Doustan, M. S. (2009). *Investigating the relationship between family power structure and mental health of female teachers in elementary and secondary schools in Shiraz* [Master's thesis, Islamic Azad University, Marvdasht].
19. Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, 68(1),83-88.
20. Gholami, M., & Abolmaleki, K. (2019-2020). Validation of the Iranian version of the emotional information processing scale in students. *Psychometric Journal*, 8(31), 79–90.
21. Hosseini, H. (2015). Construction and validation of the Inner Peace Questionnaire. In *Scientific-Special Issue of the Inner Peace Symposium* (pp. [relevant page range]). Tehran: Adabiyat Publications.
22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2021, pp:23–45
23. Tarnas, G., Taheri, K. A., Salehi, M., Dehghanipour, M. N., & Omrani, S. A. (2022). Effectiveness of emotional schema therapy on psychological, emotional, and social well-being of martyr family women with complicated prolonged grief disorder. *Military Psychology*, 13(50), 147–165.
24. Jamshidi Lamjiri, N., & Abedi Gholichagh Shaslaki, M. (2024). Effectiveness of schema therapy on self-concept in individuals with bipolar disorder in Isfahan. *The First International and Second National Conference on Quality Living from the Perspective of Psychology, Counseling and Social Work*, Khomeini Shahr, Iran. <https://civilica.com/doc/2010084>
25. Dabaghi Zarif S, Rezaei S. Group schema therapy training on social adjustment in maladaptive students. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10:82. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1781-en.pdf>
26. Rahbar Karbasdehi, F., Hosseinkhanzadeh, A., & Shakeri Nia, I. (2021). Effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and social self-efficacy in adolescents with epilepsy. *Hatam Neuroscience Journal*, 9(3), 64–72. <https://sid.ir/paper/985946/fa>
27. Abbasi Forough, F., Moradi Mand Fardin, F., Naderi Farah, F., & Bakhtiyarpour, S. (2020-2021). Effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in patients with asthma. *Journal of Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 63(2), 2446–2454.
28. Zargham Hajebi M, Mirbagheri M, Paknejad S. The effectiveness of schema therapy–based group counseling in increasing the positive self–concept in the street women. *Women Studies*. 2018;9(23):123–34. [Persian]

Original Article

The Effectiveness of Schema Therapy on Self-concept, Emotion Regulation, and Inner Peace in Individuals Experiencing Prolonged Grief

Received: 21/01/2025 - Accepted: 05/06/2025

Zahra Rahimi Rad¹
Abbas Mokhtari^{2*}

¹ Department of Clinical Psychology,
Faculty of Medicine, Na.C., Islamic
Azad University, Najafabad, Iran

² Department of Clinical Psychology,
Faculty of Medicine, Na.C., Islamic
Azad University, Najafabad, Iran
(Corresponding Author)

Email:
mokhtari_20001@yahoo.com

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on self-concept, emotion regulation, and inner peace in individuals experiencing prolonged grief.

Methods: The research employed an experimental design with a pretest-posttest control group and a follow-up phase. The statistical population included individuals with prolonged grief referred to Fekr sevom psychotherapy center in Najafabad city in 2024. A total of 30 participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria and were randomly assigned to experimental and control groups (18 participants in each group). The experimental group underwent schema therapy in ten 90-minute sessions (once a week). The research instruments included the Saraswat Self-Concept Questionnaire, Baker Emotion Regulation Questionnaire, and Hosseini Inner Peace Scale, administered in three stages: pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using SPSS-26 software and repeated measures Analysis of Variance (ANOVA).

Results: The findings indicated that the schema therapy intervention significantly improved self-concept, emotion regulation, and inner peace in individuals with prolonged grief in both the posttest and follow-up phases ($P < 0.05$). In other words, significant differences were observed between the stages of the study for all research variables.

Conclusion: Schema therapy can enhance self-concept, emotion regulation, and inner peace in individuals with prolonged grief. Therefore, it is recommended as an effective approach in therapeutic centers.

Keywords: Schema Therapy, Self-Concept, Emotion Regulation, Inner Peace, Prolonged Grief