رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۳، شماره پیاپی ۷۲، خرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(3), 2022

اثربخشی طرحواره درمانی بر مهارت های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر

Determining the effectiveness of Schema Therapy, on Metacognitive Skills and Loneliness and Failure Tolerance of Students in Islamshahr University

مریم مختارزاده
گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
دکتر عبدالله شفیع آبادی (نویسنده مسئول)
گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
دکتر حسن حیدری
گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
دکتر حسن داوودی
گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Maryam Mokhtarzadeh
Counseling group, Faculty of humanities, Khomein branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.
Dr. Abdollah Shafi Abadi*
Counseling group, Faculty of humanities, Roodehen branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.
ashafiabady@yahoo.com
Dr. Hassan Heidari
Counseling group, Faculty of humanities, Khomein branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.
Dr. Hassan Davoodi
Counseling group, Faculty of humanities, Khomein branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی بر مهارت های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانشجویان خوابگاهی دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ی حالت فراشناختی (MQ) انیل و عابدی (۱۹۹۶)، پرسشنامه احساس تنهایی (LQ) راسل (۱۹۹۶) و پرسشنامه تحمل ناکامی (FDQ) هارینگتون (۲۰۰۵) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه تحت طرحوار درمانی قرار گرفت ولی گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد اثر بخشی طرحواره درمانی موجب افزایش مهارت های فراشناختی (p=۰/۰۰۱) و بهبود تحمل ناکامی (p=۰/۰۰۱) و کاهش حس تنهایی (p=۰/۰۰۱) در دانشجویان می شود. با توجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی به عنوان یک مداخله در بهبود مهارت‌های شناختی، تحمل ناکامی و حس تنهایی در دانشجویان از اثر بخشی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: *طرحواره درمانی، مهارت های فراشناختی، احساس تنهایی، تحمل ناکامی.*

Abstract

The purpose of this study aimed to effectiveness of schema therapy on metacognitive skills and loneliness and failure tolerance of students at Islamshahr University. The research method was semi-experimental with an unequal control group design. The statistical population consisted of male and female dormitory students of Islamshahr Azad University in the academic year 2018-2109. The research sample consisted of 30 who were selected by convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control. Data collection tools included Anil and Abedi's meta-cognitive state questionnaire (MQ), Russell's Loneliness Questionnaire (LQ), and Harrington's Failure Tolerance Questionnaire (FDQ). Then the experimental group received schema therapy for 10 weekly sessions for 90 minutes. but the control group received no intervention. Finally, after explaining the sessions, two groups completed the research questionnaires as post-test. Multivariate analysis of covariance was used to test the hypotheses. The results showed that schema therapy increased metacognitive skills (p= 0.001) and improved failure tolerance (p= 0.001) and decreased loneliness (p= 0.001) in students. According to the research results, it can be said that schema therapy as a technique for improving cognitive skills, failure tolerance, and loneliness in students has the necessary effectiveness.

Keywords: *Schema Therapy, Metacognitive Skills, Loneliness, Failure Tolerance.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۱۴۰۰** **پذیرش: آذر ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

مقدمه

دانشگاه یک دوره مهم و گذرا برای دانشجویان می‌باشد. دانشجویان که یکی از اقشار برگزیده جامعه و سازندگان آن محسوب می شوند فرصتی برای جست و جوی احساس فردیت و برقراری روابط اجتماعی نزدیک و منحصربه فرد بودن است. تعداد زیادی از دانشجویان احتمالا برای اولین بار از اعضای خانواده و حمایت اجتماعی و عاطفی والدین خودفاصله می‌گیرند و در نتیجه ممکن است احساس شک، سردرگمی و اضطراب کنند که منجر به احساس تنهایی می‌شود (مکینتری، ورسلی و کوکوران[1]، ۲۰۱۸). شواهد تجربی نشان می دهد که تنهایی تجربه مشترک همه جوانان و از جمله دانشجویان است و مشکلات سلامت روان در میان این گروه ها شایع است (ایشاکو، ترائو، تاکایی[2] و همکاران، ۲۰۱۸). احساس تنهایی در سال های اخیر از جمله موضوعاتی است که توجه روانشناسان و مشاوران به ویژه درمانگران را در مراکز آموزشی به خود جلب کرده است. احساس تنهایی یک وضعیت ناخوشایند می‌باشد که از تفاوت در روابط بین فردی است که افراد خواهان آن هستند و ارتباطی که با دیگران در موقعیت‌های واقعی دارند نشأت می‌گیرد (کاگان و آنسال[3]، ۲۰۱۴) و معمولا در طی مراحل رشدی به نحوی تجربه می‌گردد (مهراندیش، سلیمی بجستانی و نعیمی، ۱۳۹۸). احساس تنهایی به دلیل ارتباط با افکار خودکشی و بسیاری از علل مرگ‌ومیر در جهان، سلامت روانی و جسمانی بسیاری از افراد را با مشکلات جدی مواجه ساخته است (ریکو-اوریب[4] و همکاران، ۲۰۱۸؛ یانگواس، پینازو-هنانديس و تارازونا-سانتابالبینا[5]، ۲۰۱۸؛ بویتل[6] و همکاران، ۲۰۱۷). به هیچ‌وجه در انحصار افراد سالخورده، ناتوان یا افراد تنها نیست (اودی، موریسون، گوادین[7] و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارتو[8] و همکاران، ۲۰۲۰) و شیوع بالای آن در افراد نوجوان و جوان، به‌ویژه دانشجویان نیز تایید شده است (دییل، جانسن، ایشچانوا[9] و همکاران، ۲۰۱۸؛ ریچاردسون، الیوت و رابرتز[10]، ۲۰۱۷؛ هایسینگ، پتری، بو[11] و همکاران، ۲۰۲۰) احساس تنهایی هنگامی ایجاد می‌شود که ارتباط و رابطه فرد با دیگران نامناسب باشد، به طوری که برای رابطه دو جانبه فرد با دیگران تجربه عاطفی مشترک متصور نباشد و در طی ارتباط با دیگران، رابطه واقعی و صمیمانه ای نداشته باشد. درمانگران و روانشناسان احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی و هیجانی ناخوشایند، بازدارنده و کشنده‌ای می‌دانند که افراد در مناسبات اجتماعی احساس می کنند و این شرایط منجر به خستگی، اشتغال ذهنی، گریز و دلمردگی از اجتماع می‌شود (وان هالست[12] و همکاران، ۲۰۱۲). احساس تنهایی تجربه‌ی فردی سخت، وحشتناک، عذاب آور و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، نا امیدی، بی فایدگی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد. به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، احساس تنهایی مقدمه‌ی افسردگی و فراموشی است (رکسانلی[13]و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه می تواند ادامه حیات را تحت تاثیر قرار دهد. هر چند احساس تنهایی با افزایش سن بیشتر می‌شود و دانشجویان مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری بیشتر درگیر مساله احساس تنهایی می‌باشند، اما دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه نیز ممکن است با احساس تنهایی مواجه شوند (هین و برونینگ[14]، ۲۰۱۴)، که می‌تواند در ادامه منجر به افسردگی، استرس و ناکامی دانشجویان در گذراندن واحدهای درسی در دوران دانشگاه شود (ماهون، یارچسکی، یارچسکی[15] و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از متغیرهای پژوهش، تحمل ناکامی است. ناکامی حسی می‌باشد که در نتیجه بوجود آمدن مانعی در رسیدن به هدفی است که فرد آن را مطلوب می‌داند، ایجاد می‌شود (موسوی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹). این هدف می‌تواند ذهنی باشد، به این معنی که فرد فکر

1 McIntyre, Worsley & Corcoran
2 Ishaku, Terao & Takai
3 Cagan & Unsal
4 Rico-Uribe
5 Yanguas, Pinazo-Henandis & TarazonaSantabalbina
6 Beutel
7 O'Day, Morrison & Goldin
8 Barreto
9 Diehl, Jansen & Ishchanova
10 Richardson, Elliott & Roberts
11 Hysing, Petrie & Bøe
12 Vanhalst
13 RuoxuanLi
14 Heine & Browning
15 Mahon, Yarcheski & yarcheski

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

کند که به هدف مطلوب خود رسیده است و لذت های آن را پیش بینی می‌کند، یا اینکه ممکن است در رفتار ظاهری بروز یابد (سمیعی فر، ۱۳۹۳). به هر حال، اگر مانعی بر سر راه دستیابی به اهدافی باشد که فرد انتظار دارد به آنها برسد، می توان گفت که فرد ناکام شده است. ویژگی این تعریف، تمایز ناکامی از محرومیت است. ناکامی در دانشجویان زمانی بوجود می‌آید که دانشجو در دستیابی به هدفی که انتظار رسیدن به آن را دارد با شکستی پیش‌بینی نشده روبه‌رو می‌شود. تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و شرایط استرس زا است و به طور معمول به عنوان اختلال در عملکرد اجرایی و مشکلات خودتنظیمی مفهوم سازی شده است. این نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد (چاند[1]، ۲۰۱۵). که اغلب دانشجویان در دوران تحصیل با آن مواجعه هستند. درمانگران و روانشناسان تحمل ناکامی را توانایی تاب آوری افراد هنگام مواجهه با مانع و یا یک موقعیت استرس زا عنوان می‌کنند. تحمل ناکامی کم در رفتار، اغلب خود را به صورت کج خلقی، زود رنجی، پرخاش و یا کناره گیری از مشارکت های اجتماعی نشان می دهد که امروزه در بین نوجوانان و جوانان افزایش پیدا کرده است (چاند، ۲۰۱۵). در واقع تحمل ناکامی تفاوت‌های فردی در ظرفیت ادراکشده برای تحمل وخامت (مثال هدفهای بی نتیجه زندگی) را نشان میدهد. محققان بیان کردند که تحمل ناکامی توانایی افراد در برابر ناکامی‌های غیرقابل پیش‌بینی است؛ بدونه اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹). تحمل ناکامی هم زمان به انواعی از متغیرهای خودکنترلی و عاطفی مربوط می‌شود برای مثال، تحمل ناکامی به طور همزمان با به تعویق انداختن مشکلات و صدمه به خود مربوط می‌شود و با عطف به آینده به نشانه‌های اضطراب و افسردگی بیشتر مربوط می‌شود. تحقیقات نشان داده است که میزان تحمل ناکامی ارتباط معنی داری با نتایج تحصیلی دانشجویان دارد (ماهون و همکاران، ۲۰۰۷).

متغیر مهم دیگر پژوهش حاضر مهارت‌های فراشناختی می‌باشد که عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد. فراشناخت توانایی ما در آگاهی از آنچه می‌دانیم و نمی‌دانیم است. اصطلاح فراشناخت به معنای آگاهی از خودآموزی یا نحوه یادگیری است (مک کرمیک[2]، ۲۰۰۳). بسیاری از محققان بر این باورند که مهارت‌های فراشناختی در فعالیت‌های شناختی مانند تبادل کلامی اطلاعات، درک خوب خواندن، انگیزه پیشرفت، درک کلامی، نوشتن، یادگیری زبان، درک، توجه، حافظه، حل مسئله، شناخت اجتماعی در دانشجویان نقش مهمی دارد (جوانمرد، رضایی و حبیبی زاده ملکی، ۱۳۹۳). به طور کلی، آموزش راهبردهای فراشناختی، زمینه درگیری علمی، منبع کنترل درونی، اسنادهای مثبت، انگیزه برای پیشرفت بیشتر، خلاقیت و سازندگی و مسئولیت شخصی در دانشجویان و احساس اعتماد به نفس در زندگی را افزایش می دهد و دانشجویان را قادر می سازد تا مشکلات را شناسایی نمایند، فعالیت های خود را در بوته آزمایش و بررسی قرار دهد، آزادانه و مستقل عمل می کنند و بهترین راه حل‌ها را در امور مختلف ارائه می دهند (کشاورزی، فتحی آذر، میرنسب و بدری گرگری، ۱۳۹۶). از دیدگاه وان هورن[3] (۲۰۰۱) فراشناخت توانایی فرد در فکر کردن در مورد فرآیندهای فکری خود، توجه دقیق به آنها، به ویژه تلاش فرد برای توانایی شناختی بالاتر است که ارتباط بسیار نزدیکی با دانشجویان دارد. مارتینز[4] (۲۰۰۶) فراشناخت یک مفهوم چند بعدی است که شامل دانش (باور) ، پردازش و استراتژی هایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند.

یکی از روش های موثر بر احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت های فراشناختی، طرحواره درمانی است. طرحواره همان الگوها یا مضامین عمیق و فراگیر است که از خاطرات، هیجان، شناخت ها و احساسات بدنی تشکیل شده است، که در کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در طول زندگی ادامه دارد (پینتو گوویا، کاستیلهو، قالهاردو[5] و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر یانگ، از آنجا که طرحواره درمانی تاکید زیادی بر عمیق ترین سطح شناخت دارد، از این رو بدنبال اصلاح هسته اصلی مشکل است. این درمان یک روش درمانی جدید و یکپارچه است که برنامه ای منظم برای ارزیابی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه ارائه می‌دهد و مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری کلاسیک می‌باشد و مهارت‌های شناختی، دلبستگی، بین فردی، رفتاری و تجربی را برای اندازه گیری و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه ترکیب می کند (رنر، لابیستائل، پترز[6]، ۲۰۱۲). ورعی و همکاران (۱۳۹۸) در یک مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی عاطفی به طور قابل توجهی افسردگی و تنهایی را در دانشجویان کاهش می دهد. سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) در پژوهشی گزارش کردند که طرحواره درمانی به

1 Chand
2 Mccormick
3 Van Horn
4 Martinez
5 Pinto-Gouveia, Castilho & Galhardo
6 Renner, Lobbestael & Peeters

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

طور معنی‌داری باعث افزایش سلامت روانی و کاهش نشخوارفکری و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در زنان مطلقه می‌شود. مرادحاصلی و یار محمدی واصل (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی بر افزایش تاب آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی اثربخش بوده است. با توجه به تحقیقات گذشته به نظر می‌رسد طرحواره درمانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت‌های فراشناختی داشته باشد. در زمینه روانشناسی و روان درمانی، طرحواره ها به عنوان یک اصل کلی سازمانی در نظر گرفته می شوند که برای درک تجربیات زندگی فرد مهم می‌باشد. طرحواره‌ها مفروضات یا قوانینی اساسی هستند که رفتار و افکارهای فرد را کنترل می‌کنند. محتوای طرحواره‌ها همه جنبه های زندگی فرد، اعم از آگاهانه یا ناخودآگاه را در بر می‌گیرد و ساختاری را در فرد ایجاد می کند. طرحواره ها منجر به سوگیری در تحلیل ما از اتفاقات می‌گردد و این سوگیری‌ها در آسیب شناسی روانی بین فردی به شکل سوء تفاهم، گمان زنی‌های اشتباه، نگرش‌های تحریف شده، چشمداشت‌های غیرواقع بینانه و هدف مشخص می‌گردند (یوسفی، ۱۳۸۹). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عاطفی و شناختی خود تخریبی هستند که از رشد شروع می شوند و در طول زندگی تکرار می شوند. طرحواره های منفی و ناسازگار که به احتمال زیاد به دنبال تجربیات آسیب زای کودکی بوجود می آیند، می تواند نقش عمده ای در بروز اختلالات شخصیتی و بسیاری از بیماری های در میان همسران داشته باشد. از آنجا که طرحواره‌ها هسته اصلی خودپنداره فرد را تشکیل می‌دهند، در صورت داشتن محتوای ناسازگار، می‌توانند افراد را در معرض طیف وسیعی از کاستی‌ها و مشکلات قرار دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). چندین مطالعه در این زمینه نشان داده است که طرحواره های ناسازگار اولیه در شکل گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی مانند اختلالات شخصیتی ، افسردگی مزمن و اختلالات اضطرابی نقش دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ پلتز، ماسون و تیسون[1]، ۲۰۰۵). طرحواره‌ها احتمالا می‌توانند درک فرد از موقعیت‌های مختلف و اختلال عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار دهند (سوتیزر، ۲۰۰۶). پولیمنت، مورو و گرونرت[2] (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی و برنامه های ناسازگار متعاقب آن از عوامل شناختی ضروری در گرایش به رفتارهای آسیب‌زا و فعالیت‌های جنسی ناامن هستند (پولیمنت، مورو و گرونرت،۲۰۱۰).

نتایج پژوهش حاضر در مدارس، دانشگاه ها، مراکزآموزشی و کلینیک های درمانی کاربرد دارند. اهمیت کاربردی دیگر پژوهش حاضر بهبود مهارت های فراشناختی می باشد که به درک بهتر دروس و پیشرفت تحصیلی کمک می‌کنند. با توجه به نقش احساس تنهایی و ناکامی در ایجاد افسردگی، استرس و اضطراب در دانشجویان و تاثیر آن بر عملکرد تحصیلی و انجام تحقیقات گذشته مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی و تاثیر احتمالی آن بر احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت های فراشناختی ضرورت انجام تحقیق حاضر را نشان می‌دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر مهارت های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان خوابگاهی دختر و پسر مقطع کارشناسی رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامشهر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. همچنین با توجه به نرم افزاری جی پاور[3] برای دست‌یابی به توان آماری ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۸ حداقل نمونه آماری نیز ۲۹ نفر انتخاب گردید. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانشجویان خوابگاهی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه اسلام شهر، مقطع کارشناسی بودن، ساکن شهرستان و محدوده سنی بین ۲۱ تا ۲۶ ساله بود. معیارهای خروج شامل عدم حضور در جلسات و غیبت بیش از یک جلسه بود. فرم رضایت نامه آگاهانه در اختیار دانشجویان قرار داده شد و در صورت تکمیل پرسشنامه در پژوهش حاضر شرکت کردند. همچنین عنوان شد در هر مرحله از انجام تحقیق اگر آزمودنی احساس راحتی نکرد و ناراضی بود می‌تواند با اختیار خودش از پژوهش حاضر خارج شود. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف –اسمیرنوف و برای تجزیه و تحلیل داده‌های

1 Plats, Mason & Tyson
2 Poliment, Moore & Grunert
3. G-Power

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

آماری از آزمون خی دو و تحلیل کواریانس چند متغیره پس از بررسی مفروضه ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی حالت فراشناختی (MQ) **اونیل و عابدی**[1]: این پرسشنامه با تلاش مشترک اونیل و عابدی[2] در سال ۱۹۹۶ به زبان انگلیسی در مرکز تحقیقات ارزیابی، استاندارد و دانش آموزان تهیه شده است. سازندگان این ابزار با اشاره به تفاوت بین مفاهیم "حالت" و "خصیصه" ترجیح داده اند از مفهوم حالت در عنوان پرسشنامه استفاده کنند. این پرسشنامه در چندین مطالعه که توسط گردآورندگان آن روی دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی انجام شده است، اصلاح شده و مواد آن برای استفاده در شرایط مختلف زیاد و کم شده است. پرسشنامه حالت فراشناختی دارای ۲۰ ماده برای ارزیابی چهار مولفه حالت فراشناخت است. مقیاس حالت فراشناختی ترتیبی می‌باشد و شباهت زیادی یا مقیاس لیکرت دارد. اما دامنه آن از ۱ تا ۴ متفاوت می‌باشد. پایین ترین نمره ممکن ۲۰ و بالاترین نمره ۸۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده مهارت‌های فراشناختی بالاتری است. تعیین نمره برای همه مواد تفکیک و آزمون، نمره‌های مقیاس‌های فرعی امکان‌پذیر می‌باشد. با توجه به اینکه هر مقیاس از ۵ ماده تشکیل شده است، حداقل امتیاز فرد در هر مقیاس ۵ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. پایایی آزمون در نسخه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کردند (اونیل و عابدی، ۱۹۹۶). برای تعیین مؤلفه‌های حالت فراشناختی، روش تحلیل عاملی مورد استفاده قرار گرفته و ضریب اعتبار ۷۰ ٪ تا ۸۳ ٪ گزارش شده است (اونیل و عابدی، ۱۹۹۶). روایی صوری از طریق نظر اساتید دانشکده روانشناسی دانشگاه اهواز مورد تـأیید قرار گرفت (پوژان، گودرزی و روزبهانی، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهش سالاری فر و پاکدامن (۱۳۸۸)، پایایی به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب مقیاس کلی فراشناخت ۹۴ ٪ بوده است.در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شدکه ضریب بدست آمده برابر با ۸۱٪ بود.

پرسشنامه احساس تنهایی (LQ) **راسل**[3]: مقیاس احساس تنهایی نخستین بار توسط راسل[4] در سال ۱۹۹۶به زبان انگلیسی تدوین گردید این مقیاس دارای ۲۰ پرسش است که شرکت‌کننده باید به هر یک از پرسش ها با توجه به مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای بین یک (هرگز) و چهار (همیشه) پاسخ بدهد. در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)،گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۱،۵،۶،۹،۱۰،۱۵،۱۶،۱۹،۲۰برعکس است. دامنه نمره ها بین ۲۰ (حداقل) و۸۰ (حداکثر)است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. نسخه نهایی این مقیاس با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. پایایی به روش بازآزمایی و روایی صوری آزمون نیز توسط راسل در سال ۱۹۹۶ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳گزارش شده است. داورپناه (۱۹۹۶) پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ را در ایران ۰/۸۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شدکه ضریب بدست آمده برابر با ۸۷٪ بود.

پرسشنامه تحمل ناکامی (FDS) **هاررینگتون**[5]: پرسشنامه تحمل ناکامی هاررینگتون در سال ۲۰۰۵ دارای ۳۵ گویه می‌باشد. این مقیاس چهارعاملی به صورت طیف لیکرت پنج امتیازی (از ۵=کاملا موافقم تا ۱=کاملا مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیازات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی پایین و مجموع امتیازات پایین نشان دهنده تحمل ناکامی بالای مراجعان است. عامل اول: عدم تحمل عاطفی؛ عـامـل دوم: عـدم تحمـل ناراحتی؛ عامل ســوم: عدم تحمل اهداف پیشـرفت؛ عامل چهارم: عدم تحمل بی‌عدالتی و خشـنودی. پایایی نسخه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزاش شد و روایی توسط هاررینگتون در سال ۲۰۰۵، ۰/۸۶ گزارش شد. بابارئیسی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای مولفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، عدم تحمل ناراحتی، ۰/۶۱، عدم تحمل اهداف پیشرفت، ۰/۵۲ و عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شدکه ضریب بدست آمده برابر با ۹۱٪ بود

جلسات آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳): مدت زمان اجرای جلسات ۱۰ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه (یک جلسه در هر هفته) بود که دو و نیم ماه به طول انجامید.

1. O'neill & Abedi Metacognition Questionnaire
2. O'neill & Abedi
3. Russell Loneliness Questionnaire
4. Russell
5. Harrington Frustration discomfort Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

جدول ۱: خلاصه‌ای از پروتکل طرحواره درمانی

جلسات	محتوا
اول	آشنای و ایجاد رابطه اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی
دوم	تعریف طرحواره درمانی، طرحوارهای ناسازگار اولیه، ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی طرحواره
سوم	معرفی حوزه طرح واره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرحواره، فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آن ها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
چهارم	شناسایی حوزه ها، فرآیندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
پنجم	بررسی افکار، پیشایندها و پس آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتناب ها و باورهای بنیادین
ششم	گفتگو بین طرحواره ها و جنبه سالم، اسناد دادن شواهد تأکیدکننده طرحواره ها به تجربیات دوران کودکی و شیوه های فرزندپروری ناکارآمد
هفتم و هشتم	شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده، ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده، استفاده از تکنیک های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع و جنگ علیه طرحواره ها.
نهم	استفاده از تکنیک های شناختی (، تکنیک موضع- ضد موضع، تحلیل سود و زیان طرحواره ها، بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره ها و تهیه کارت های آموزشی مصور که با طرحواره ها متناقض است).
جلسه دهم	گفتگوهای خیالی، استفاده از تکنیک های هیجانی، نوشتن نامه به والدین، تصویرسازی وقایع آسیب زا، و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی

یافته ها

شرکت کنندگان گروه آزمایش طرحواره درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) بودند. که در گروه آزمایش میانگین سنی ۲۴ و انحراف استاندارد ۵/۴۱ و در گروه گواه با میانگین سنی ۲۳ و انحراف استاندارد ۴/۴۵ بود. در گروه آزمایش و کنترل هر کدام از نظر جنسیت به ترتیب ۹ نفر دختر و ۶ نفر پسر بودند که در این بین در گروه آزمایش ۱۰ نفر از نظر تاهل، مجرد و ۵ نفر متاهل و در گروه گواه، ۱۱ نفر مجرد و ۴ نفر متاهل بودند. از نظر اشتغال در گروه آزمایش ۵ نفر شاغل و ۱۰ نفر بیکار و در گروه گواه ۳ نفر شاغل و ۱۲ نفر بیکار بودند. همچنین طبق نتایج آزمون خی‌دو، از لحاظ توزیع متغیر سن، جنسیت و تاهل در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، لوین، ماتریس کوواریانس و خطی بودن بین جفت متغیرهای وابسته استفاده شد.

جدول ۲. توصیف آماری و بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون – پس آزمون نمرات متغیرها به تفکیک گروه

گروه	متغیر ها	پیش آزمون				پس آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	کالموگروف – اسمیرنوف	مقدار احتمال	میانگین	انحراف معیار	کالموگروف – اسمیرنوف	مقدار احتمال
آزمایش	احساس تنهایی	۵۵/۶۰	۳/۹۹	۰/۶۳۱	۰/۸۲۰	۳۵/۱۳	۲/۶۶	۰/۹۸۱	۰/۲۹۱
	تحمل ناکامی	۱۰۱/۱۳	۱۵/۸۴	۰/۹۴۹	۰/۳۲۹	۵۲/۴۰	۵/۱۹	۰/۷۲۹	۰/۶۶۳
	مهارت‌های فراشناختی	۳۸/۷۳	۴/۶۲	۰/۹۱۸	۰/۳۶۹	۵۱/۶۷	۳/۹۲	۱/۱۳	۰/۱۵۶
گواه	احساس تنهایی	۵۳/۸۷	۷/۶۲	۰/۵۵۶	۰/۹۱۷	۵۱/۴۰	۷/۲۵	۰/۵۶۰	۰/۹۱۲
	تحمل ناکامی	۱۰۰/۱۳	۹/۵۷	۰/۸۵۶	۰/۴۵۶	۹۷/۲۷	۶/۷۸	۰/۷۰۴	۰/۷۰۴
	مهارت‌های فراشناختی	۳۸/۳۳	۵/۳۲	۰/۵۰۸	۰/۹۵۸	۴۰/۵۳	۷/۷۴	۰/۶۱۳	۰/۸۴۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

نتایج جدول ۲ نشان داد در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مقدار احتمال آمارهٔ محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال نبودن رد شد.

آزمون لوین محاسبه شده در پس آزمون احساس تنهایی (P=۰/۰۸۱؛ F=۳/۲۷۱)، تحمل ناکامی (p=۰/۷۴۹؛ F=۰/۱۰۴) و مهارت‌های فراشناختی (p=۰/۲۲۶؛ F=۱/۵۳۴) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (جدول ۴). بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها رد نشد. همچنین ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند (Box·M=۱۰/۳۶ ؛ p=۰/۱۵۱؛ F=۱/۶۹).

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره پیش فرض‌های آماری آن بررسی شد. سطح معنی داری در آزمون نرمال بودن از۰/۰۵ بزرگتر است لذا توزیع نمرات در متغیرهای مطالعه نرمال بود. سطح معناداری آزمون لوین بزرگتر از ۰/۰۵ بود، بنابراین در متغیرهای مطالعه شرط تساوی واریانسهای بین گروهی رعایت شده بود .سطح معنی داری آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان دهنده برقراری تساوی ماتریس کواریانس می باشد. بنابراین مفروضه های تحلیل کواریانس چند متغیره برقرار می باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون لامبدای ویلکز مقایسه پس آزمون دو گروه در مهارت فراشناختی، تحمل ناکامی و احساس تنهایی پس از تعدیل پیش آزمون

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور اتا
لامبداری ویلکز	۰/۱۳۳	۵۰/ ۰۱۸ [b]	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶

نتایج آمون تحلیل کواریانس چند متغیره پس آزمون متغیرهای وابسته نشان داد که آمار چند متغیره مربوطه یعنی لامبدای ویکلز در سطح ۰/۹۹ درصد معنی دار می‌باشد (P <۰/۰۰۱). آزمون لامبدای ویکلز نشان می‌دهد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی مقایسه پس آزمون دو گروه در مهارت فراشناختی، تحمل ناکامی و احساس تنهایی پس از تعدیل پیش آزمون

متغیرها	مولفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آماری
	گروه	۸۸۷/۶۵۱	۱	۸۸۷/۶۵۱	۲۷/۶۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۹۹
مهارت‌های فراشناختی	خطا	۸۰۱/۲۰۵	۲۵	۳۲/۰۴۸				
	کل	۶۵۷۴۱/۰۰	۳۰					
	گروه	۲۰۹۴/۳۶۲	۱	۲۰۹۴/۳۶۲	۱۰۹/۳۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴	۱/۰۰
احساس تنهایی	خطا	۴۷۸/۸۸	۲۵	۱۹/۱۵۵				
	کل	۵۸۹۸۲/۰۰	۳۰					
	گروه	۱۴۶۰۳/۶۸۳	۱	۱۴۶۰۳/۶۸۳	۴۲۳/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	۱/۰۰
تحمل ناکامی	خطا	۸۶۱/۸۳۶	۲۵	۳۴/۴۷۳				
	کل	۱۸۴۱۲۱/۰۰	۳۰					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای مهارت فراشناختی (p=۰/۰۰۱)، احساس تنهایی (p=۰/۰۰۱) و تحمل ناکامی (p=۰/۰۰۱) با تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت که استفاده از طرحواره درمانی به طور معنی داری موجب افزایش مهارت فراشناختی، بهبود تحمل ناکامی و کاهش احساس تنهایی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر مهارت های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، طرحواره درمانی بر مهارت های فراشناختی دانشجویان موثر است یافته بدست آمده با نتایج قندهاری و دهقانی (۱۳۹۶)، فیاضی، بلالی دهکردی و یونسی (۱۳۹۸) و کیانی‌پور، حسنی، راه‌نجات و همکاران (۱۳۹۹) همسو می باشد. در تبیین اثر بخشی طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی می توان گفت، طرحواره درمانی به نوعی با طرحواره ها و باورهای فرد سرو کار دارد و با استفاده از تکنیک های تجربی، شناختی و رفتاری در جلسات درمان، گذشته و دوران کودکی افراد را، مورد هدف

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

قرار می دهد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳). از طرفی، باورهای فراشناختی مثبت منفی در طول دوران رشد فرد شکل می گیرد (واسموس، ۲۰۱۵). به همین خاطر بررسی خاطرات، رویدادها و تجارب زندگی افراد گروه و بازسازی رویدادها و اتفاقات و همچنین بررسی ریشه های تحولی باورها توانست، بر باورهای فراشناختی افراد تاثیر گذاشته و رابطه فرد با افکارش را نیز تغییر داده و ابعاد باورهای فراشناختی را تعدیل کند. در ضمن شناخت فرد نسبت به طرحوار های ناسازگار اولیه و باورها و افکار، که یکی از مهمترین اهداف طرحواره درمانی می باشد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳)، خود نوعی فراشناخت است و به دلیل این که افراد در جلسات درمانی با استفاده از راهبردهای شناختی، رفتاری هیجانی نسبت به شناختها و باورهایشان آگاهی پیدا کردند(نوعی فراشناخت) و یاد گرفتند که چگونه نسبت به این باورها واکنش نشان دهند و به تبع آن توانستند، رابطه خودشان را با افکار و باورهایشان تنظیم کنند. در نتیجه این درمان توانست بر روی باورهای فراشناختی آنان تاثیر گذار باشد. نکته ی دیگر کار بر روی پاسخ های مقابله ای افراد، شامل تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، با استفاده از تکنیک های سه گانه شناختی، رفتاری و تجربی بود که موجب اثر گذاری بر روی راهبردهای فراشناختی این افراد شد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد، طرحواره درمانی بر احساس تنهایی دانشجویان موثر است نتیجه بدست آمده با نتایج نیگو گفتار و سنگانی (۱۳۹۸)، محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۷) و ورعی، پورداد و دارابی (۱۳۹۸) همسو می باشد. اثر بخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی می‌توان این‌طور بیان کرد که رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، بین فردی، رفتاری، دلبستگی و تجربی در قالب یک الگوی درمانی منسجم می‌باشد. که با استفاده از چهار تکنیک روش اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که عامل اصلی افکار ناکارآمد و غیر منطقی هستند، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی دفن گردیده مانند خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در دوران کودکی ایجاد می‌گردد. در بعد رفتاری با بالا بردن انگیزه برای تغییر رفتار و استفاده از رفتارهای مناسب و سالم به بهبود و تعدیل طرحواره کمک خواهد کرد. بنابراین می‌توان دلیل کاهش احساس تنهایی بعد از آموزش طرحواره درمانی را در دانشجویان این‌طور بیان کرد که به کار گیری طرحواره درمانی باعث افزایش دید مثبت به خود، دیگران و جهان، افزایش حس ارزشمندی، توانایی انجم مسئولیتها، توانایی ارتباط مناسب با دیگران، افزایش عزت نفس و خودپنداره و در نهایت کاهش تنهایی می گردد. هنریش و گالن (۲۰۰۶) معتقدند که هسته اصلی بیشتر اختلالات عاطفی احساس انزوا و تنهایی است. انسان موجودی اجتماعی است و به حمایت از آرامش و اطمینان خاطر دیگران در همکاری گروهی نیاز دارد. به‌علاوه طرحواره درمانی ممکن است با افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و هم‌جوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان در مراجع گردد. بنابراین آن‌ها تلاش می‌کنند با دیگران در موقعیت‌های دنیای بیرون ارتباط احساسی بیشتری برقرار کنند که می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد (ورعی، پورداد و دارابی، ۱۳۹۸). همچنین تاکید اصلی طرحواره درمانی بر روی احساسات و هیجانات می‌باشد و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد. بنابراین، به نظر می رسد این تکنیک‌ها به فرد کمک می کند تا از احساسات و هیجانات خود آگاه شود، آن‌ها را بپذیرد و بتواند احساسات و هیجانات خود را بهتر تنظیم کند. تکنیک های هیجانی به بیمار کمک می کند تا با سازماندهی مجدد هیجان، یادگیری جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و آرام سازی خود زمینه را برای استفاده درست از راهبردهای ناسازگارانه تر تنظیم کننده احساسات سازگارتر فراهم کند.احساسات و هیجانات را مهیا سازد. بر طبق اصول طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی احساس ناکامی می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر میگردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روان شناختی می شوند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد، طرحواره درمانی بر تحمل ناکامی دانشجویان موثر است. نتیجه بدست آمده در خصوص اثر بخشی طرحواره درمانی بر تحمل ناکامی با نتایج شاکرمی، میرزمانی و آزاد یکتا (۱۳۹۸)، بیداری و حاج علیزاده (۱۳۹۸)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، نینادیک، لامبرث و رئیس[1] (۲۰۱۷) و پاگ[2] (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم واحساس ناکامی می شودکه می تواند تعیین کننده ی مفیدی برای سلامت روانی باشد و باعث بالا رفتن تحمل ناکامی در افراد گردد. ناکامی اتفاقی است که فرد ناخواسته در معرض آن قرار می‌گیرد، اما این آزادی را دارد که نوع پاسخ خود را به این اتفاق از زندگی انتخاب کند. در این راستا فردی که درگیر ناکامی است، از طریق

1 Nenadic, Lamberth & Reiss
2 Pugh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

آموزش و طرحواره درمانی به این احساس می‌رسد که می‌تواند برای تغییر دیدگاه خود نسبت به این رویداد زندگی، کاری انجام دهد. فرد ناکام با عمیق‌ترین حالات انسانی که درد و رنج و بی‌معنایی است مواجه می‌شود. یکی از اصول اساسی رویکرد طرحواره درمانی پذیرش درد و رنج در زندگی می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تحمل و پذیرش ناکامی برای او آسان می‌شود و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسه‌های درمانی وجودی باعث شده است که دانشجویان با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و منجر به بهبود تحمل ناکامی می‌شود (ورعی و همکاران، ۱۳۹۸). از طرفی عامل گروهی نیز در طرحواره درمانی، فعال سازی تکنیک‌ها را تسهیل کرده و آثار مهمی بر قضاوت اجتماعی از قبیل مسئولیت پذیری و خویشتن داری دارد. تا بتوانند در مقابل ناکامی در طول زندگی مسئولیت پذیر باشند باخ، لاک وود و یانگ (۲۰۱۸) بیان کردند که مسئولیت پذیری یکی از عواملی است که می‌تواند در مقابل ناکامی نقش مهمی داشته باشد و فرد با قبول شکست و ناکامی، تحمل ناکامی را در خود افزایش دهد. در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضاء برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضاء گروه یاد می‌گیرند به جای کناره‌گیری از هیجانات خود، به ابراز همدردی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه اقدام کنند. از طرفی با قبول مسئولیت پذیری یاد می‌گیرند تا در مقابل ناکامی تلاش خود را برای موفقیت‌ها بیشتر کنند و تحمل ناکامی خود را افزایش دهند.

با توجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی به عنوان یک مداخله در بهبود مهارت‌های شناختی، تحمل ناکامی و حس تنهایی در دانشجویان از اثر بخشی لازم برخوردار است. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. روش نمونه گیری، حجم نمونه پایین و عدم گروه پیگیری از مهم ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر بود و. سوگیری احتمالی برخی آزمودنی‌ها در نحوه ارائه پاسخ به سوالات پژوهش در راستای تأمین اهداف پژوهشگر محدودیت دیگر پژوهش حاضر می باشد. بر اساس نتایج حاصل برای توسعه باورهای فراشناختی مثبت می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد. همچنین برای کاهش احساس تنهایی و افزایش تحمل در دانشجویان می‌توان از طرحواره درمانی بهره گرفت. برای از بین بردن محدیت‌ها در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد، مشابه این تحقیق با حجم نمونه آماری انجام گیرد. در پژوهش‌های آتی جهت سنجش ماندگاری اثربخشی طرحواره درمانی مرحله پیگیری نیز انجام شود. پیشنهاد می‌شود مشابه این تحقیق بر روی نمونه‌ای که به روش تصادفی انتخاب شده است اجرا و با نتایج حاضر مقایسه شود.

منابع

بابارئیسی، م.، علیمهدی، م. (۱۳۹۳). *اعتباریابی پرسشنامه تحمل ناکامی*. موسسه آزمون یار پویا، تهران.

جوانمرد، غ.، رضایی، ا.، حبیبی زاده ملکی، ر. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش فراشناختی بر جنبه های حافظه آشکار در دانش آموزان متوسطه، *روانشناسی کاربردی*، ۱(۱)، ۶۰-۷۰.

حاضروظیفه، ف. (۱۳۹۱). *رابطه بین دانش و مهارت فراشناختی با گرایش به تفکر انتقادی و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان پایه سوم راهنمایی شهر ارومیه*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز.

داورپناه، ف. (۱۳۷۳). *هنجاریابی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس: احساس تنهایی UCLA (برای دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله در تهران)*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

سمیعی فر، م. (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی CBM-I برکاهش سوگیری تفسیر منفی در برابر ناکامی و شاخص های سوءمصرف مواد (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)*. دانشگاه آزاد اسلامی ساوه.

فیاضی، م.، بلالی دهکردی، ن.، حسینی، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی فراشناخت درمانی بر طرح واره‌های ناسازگار زنان مطلقه. *نشریه علمی رویش روان شناسی*، ۸(۱)، ۸۷-۹۶.

قادری، ف.، کلانتری، م.، و مهرابی، ح.ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۲۸-۱.

قندهاری، آ.، دهقانی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۱(۴۴)،۱۶۹-۱۸۶.

کشاورزی، س.، فتحی آذر، ا.، میرنسب، م. م.، بدری گرگری، ر. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک های تصمیم گیری و تنظیم هیجان دانش آموزان دبیرستانی شهر تبریز. *مجله روانشناسی شناختی*، ۵ (۱) ۵۱-۶۰.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

کیانی پور، ا.، حسنی ،ف.، راه نجات، ا. م.، و قنبری پناه، ا. (۲۰۲۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۶(۲)، ۷۵-۹۰.

محمدی، ح.، سپهری شاملو، ز.، اصغری ابراهیم زاده، م.ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *مطالعات زن و خانواده*، ۷(۲)، ۱۳۶-۱۱۵.

مرادحاصلی، م.، یارمحمدی واصل، م. (۱۳۹۵). اثر طرحواره درمانی بر تاب آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده. *دو فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، دانش و رفتار*، ۱۵، شماره ۱(۲۸)، ۲۵-۱۷.

موسوی اصل، س. ع.، موسوی سادات، ز. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۱۹، ۱(۸۴)، ۸۹-۹۹.

موسوی، ر.، فاطمی، ف. س.، شانازی، ی. (۱۳۹۹). رابطه بین تحمل ناکامی و انگیزه تأیید با سازگاری عاطفی دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۹ (۷۳)، ۱۷۰-۱۸۹.

مهراندیش، ن.، سلیمی بجستانی، ح.، نعیمی، ا. (۱۳۹۸). مولفه های احساس تنهایی دختران نوجوان مبتنی بر تجارب زیسته‌ی آنان. *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره*، ۱۸ (۷۰)،۴-۳۴.

نیکوگفتار، م.، سنگانی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، احساس تنهایی عاطفی اجتماعی و سلامت عمومی زنان مطلقه. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲(۸۰)،۱-۱۲.

ورعی، پ.، پورداد، س.، دارابی، ر. (۱۳۹۸). تاثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر خوابگاهی، *مجله علمی-ترویجی وزارت علوم*، ۲(۳۵)، ۱۰۳-۹۵.

یوسفی، ر. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی و مقایسه دو مداخله آموزش گروهی طرحواره محور و سبک زندگی محور در افزایش رضایت زناشویی*. پایان نامه دکتری روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, *47*(4), 328-349.

Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2020). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, *169*(1), 1-6.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, *17(*1), 97.

Cagan, O., Unsal, A. (2014). Depression and loneliness in disabled adults, 4th World Conference on Psychology, Counselling and Guidance. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *114*(1), 754-760.

Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1(6), 92-94.

Corsini, R.J. (2008). *Handbook of Innovative Therapies* (2nd Ed.). New York: John Wiley, 425.

Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K., & Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at universities: determinants of emotional and social loneliness among students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(9), 1865-1874..

Gillford., M.E., & Brownell, C. A. (2003). Childhood peer relationships: Social acceptance, Friendships and peer networks. *Journal of School Psychology*, 41(1), 235-284.

Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *12*(5), 374-387.

Heine, C., & Browning, C. J. (2014). Mental health and dual sensory loss in older adults: a systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14(6), 68-83.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.

Hysing, M., Petrie, K. J., Bøe, T., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2020). Only the lonely: A study of loneliness among university students in Norway. *Clinical Psychology in Europe*, 2(1), 1-16.

Ishaku UG, Terao T, Takai J, Karuri GS, Matsumoto M. (2018). Comparing loneliness and mental health status of college students in Nigeria and Japan. *IFE Psychol Int J* , 26(1), 279-297.

Martinez, M. E. (2006). *What is metacognition?* Phi delta Kappan, *Bloomington*, 16(87), 696-700.

McCormick, C. B. (2003). Metacognition and learning. In I. B. Weiner (Series Ed.), W. M. Reynolds & G. E. Miller (Vol. Eds.), Handbook of psychology: Educational psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 7, 79-102.

McIntyre., J. C., Worsley., J., Corcoran., R., Harrison Woods., p., & BentalI., R.P. (2018). Academic and non-academic predictors of student psychological distress: The role of social identity and loneliness. *Social determinants of student mental health*, 27(3), 230-239.

Nenadic, I., Lamberth, S. & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research*, 253: 9-12.
doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

O'Day, E. B., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2019). Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation. Journal of Social and Clinical Psychology, 38(9), 751-773.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.

Plats, H., Mason, O., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schema and adult attachment in a UK clinical sample psychology and psychotherapy. *Theory, Research and Practice*, 78(4), 549-564.

Poliment, A. M., Moors, S. M. & Grunert, S. (2010). MMPI-2 profiles of client with substance dependencies accessing a therapeultrc community treatment facility.*Electronic Journal of Applide psychology, 6*(1), 1-9.

Pozhhan, P., Goodarzi, K., & Roozbehani, M. (2019). Investigating the Relationship between Critical Thinking and Academic Achievement in Male Students of the Islamic Azad Univerity of Ahvaz Branch. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences, 5(*3), 9-17.

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review, 39:* 30-41. doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003

Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of affective disorders, 136*(3), 581-590.

Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2017). Relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health, 16(*2), 48-54.

Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLOS ONE, 13(1), e0190033.

RuoxuanLi., m. y., Liu., H., & Chen., Y. (2019). Relationships among autonomy support, psychological control, coping, and loneliness: Comparing victims with nonvictims , *Personality and Individual Difference*s, 138(1), 266-272.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Switzer, L. (2006). Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors, Mississippi State University, *ProQuest Dissertations Publishing*. 1437109.

Vanhalst, J., Klimastra, T.A., Luyckx, K., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., & Goossens, L. (2012). The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: exploring the role of Personality traits. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6). 776- 787.

Van Horn, L. (2001). Reading Reminders: Tools, Tips, and Techniques. *Voices From the Middle, 8*(4), 70.

Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & TarazonaSantabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis, 89(*2), 302-314

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003). *Schema therapy*: A practitioner"s guide. A Division of Guilford Publications, Inc, 57-68.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.3.4.5]