

اثربخشی طرحوراه درمانی بر مهارت‌های 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

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.

ashafabady@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.

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.

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.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحوراه درمانی بر مهارت‌های 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 ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ی حالت فراشناختی (MQ) اனیل 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 طرحواره درمانی قرار گرفت و لی گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریاسیس چند متغیره تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد اثربخشی طرحواره درمانی موجب افزایش مهارت‌های فراشناختی ($p=0.001$) و بهبود تحمل ناکامی ($p=0.001$) و کاهش حس تنهایی ($p=0.001$) در دانشجویان می‌شد. 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 اثربخشی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، مهارت‌های فراشناختی، احساس تنهایی، تحمل ناکامی.

مقدمه

دانشگاه یک دوره مهم و گذرا برای دانشجویان می باشد. دانشجویان که یکی از اقسام برگزیده جامعه و سازندگان آن محسوب می شوند فرصتی برای جست و جوی احساس فردیت و برقراری روابط اجتماعی نزدیک و منحصر به فرد بودن است. تعداد زیادی از دانشجویان احتمالا برای اولین بار از اعضای خانواده و حمایت اجتماعی و عاطفی والدین خود فاصله می گیرند و در نتیجه ممکن است احساس شک، سردرگمی و اضطراب کنند که منجر به احساس تنهایی می شود (مکینتری، ورسلی و کوکران^۱، 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^۲ 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 می باشد که از تفاوت در روابط بین فردی است که افراد خواهان آن هستند و ارتباطی که با دیگران در موقعیت های واقعی دارند نشأت می گیرد (کاگان و آنسال،^۳ ۲۰۱۴) و معمولا در طی مراحل رشدی به نحوی تجربه می گردد (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^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ یانگواس، پینازو-هناندیش و تارازونا-سانتابالبینا^۵، ۲۰۱۸؛ بویتل^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). به هیچ وجه در انحصار افراد سالخورده، ناتوان یا افراد تنها نیست (اوی، موریسون، گوادین^۷ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارتون^۸ و همکاران، ۲۰۲۰) و شیوع بالای آن در افراد نوجوان و جوان، به ویژه دانشجویان نیز تایید شده است (دیبل، جانسن، ایشچانو^۹ و همکاران، ۲۰۱۸؛ ریچاردسون، الیوت و رابرتس^{۱۰}، ۲۰۱۷؛ هایسبینگ، پتری، بو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). احساس تنهایی هنگامی ایجاد می شود که ارتباط و رابطه فرد با دیگران، رابطه واقعی و صمیمانه ای نداشته باشد. درمانگران و روانشناسان احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی متصور نباشد و در طی ارتباط با دیگران، رابطه واقعی و صمیمانه ای درمند است (درمانگران و روانشناسان احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی و هیجانی ناخوشایند، بازدارنده و کشنده ای می دانند که افراد در مناسبات اجتماعی احساس می کنند و این شرایط منجر به خستگی، اشتغال ذهنی، گریز و دلمدرگی از اجتماع می شود (وان هالست^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲). احساس تنهایی تجربه فردی سخت، وحشتناک، عذاب آور و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی حوصلگی، ناامیدی، بی فایدگی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می گردد. به گونه ای که پژوهش ها نشان داده اند، احساس تنهایی مقدمه ای افسردگی و فراموشی است (رکسانلی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه می تواند ادامه حیات را تحت تاثیر قرار دهد. هر چند احساس تنهایی با افزایش سن بیشتر می شود و دانشجویان مقاطع کارشناسی ارشد و دکتری بیشتر در گیر مساله احساس تنهایی می باشند، اما دانشجویان در بد و ورود به دانشگاه نیز ممکن است با احساس تنهایی مواجه شوند (هین و برونینگ^{۱۴}، ۲۰۱۴)، که می تواند در ادامه منجر به افسردگی، استرس و ناکامی دانشجویان در گذراندن واحدهای درسی در دوران دانشگاه شود (ماهون، یارچسکی، یارچسکی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از متغیرهای پژوهش، تحمل ناکامی است. ناکامی حسی می باشد که در نتیجه بوجود آمدن مانعی در رسیدن به هدفی است که فرد آن را مطلوب می داند، ایجاد می شود (موسی، فاطمی و شانازی، ۱۳۹۹). این هدف می تواند 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

کند که به هدف مطلوب خود رسیده است و لذت‌های 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، می‌توان 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 رو به رو می‌شود. تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و شرایط استرس‌زا است و به طور معمول به عنوان اختلال در عملکرد اجرایی و مشکلات خودتنظیمی مفهوم سازی شده است. این نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنفس، توجه کم و ترک و ضعیعت باشد (چاند، ۲۰۱۵). که اغلب دانشجویان در دوران تحصیل با آن مواجهه هستند. درمانگران و روانشناسان تحمل ناکامی را توانایی تاب آوری افراد هنگام مواجهه با مانع و یا یک موقعیت استرس‌زا عنوان می‌کنند. تحمل ناکامی کم در رفتار، اغلب خود را به صورت کج خلقی، زود رنجی، پرخاش و یا کناره گیری از مشارکت‌های اجتماعی نشان می‌دهد که امروزه در بین نوجوانان و جوانان افزایش پیدا کرده است (چاند، ۲۰۱۵). در واقع تحمل ناکامی تفاوت‌های فردی در ظرفیت ادراکشده برای تحمل و خامت (مثال هدفهای بی‌نتیجه زندگی) را نشان میدهد. محققان بیان کردن 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، 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 حبیبی‌زاده 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 می‌دهد و دانشجویان را قادر می‌سازد تا مشکلات را شناسایی نمایند، فعالیت‌های خود را در بوته آزمایش و بررسی قرار دهد، آزادانه و مستقل عمل می‌کنند و بهترین راه حل‌ها را در امور مختلف ارائه می‌دهند (کشاورزی، فتحی آذر، میرنسب و بدري گرگري، ۱۳۹۶). از دیدگاه وان هورن^۱ (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 نزدیگی با دانشجویان دارد. مارتینز^۲ (۲۰۰۶) فراشناخت یک مفهوم چند بعدی است که شامل دانش (باور)، پردازش و استراتژی‌هایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند.

یکی از روش‌های موثر بر احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت‌های فراشناختی، طرحواره درمانی است. طرحواره همان الگوها یا مضامین عمیق و فراگیر است که از خاطرات، هیجان، شناخت‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده است، که در کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در طول زندگی ادامه دارد (پینتو گوویا، کاستیلهمو، قالهاردو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر بانگ، از آنجا که طرحواره درمانی تاکید زیادی بر عمیق ترین سطح شناخت دارد، از این رو بدبند اصلاح هسته اصلی مشکل است. این درمان یک روش درمانی جدید و یکپارچه است که برنامه‌ای منظم برای ارزیابی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارائه می‌دهد و مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری کلاسیک می‌باشد و مهارت‌های شناختی، دلیستگی، بین فردی، رفتاری و تجربی را برای اندازه گیری و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند (رنر، لاپیستائل، پترز^۴، 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 می‌دهد. 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

طور معنی داری باعث افزایش سلامت روانی و کاهش نشخوارفکری و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در زنان مطلقه می شود. مراد حاصلی و یار محمدی واصل (۱۳۹۵) در پژوهشی نشن دادند که طرحوراه درمانی بر افزایش تاب آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی اثربخش بوده است. با توجه به تحقیقات گذشته به نظر می رسد طرحوراه درمانی می تواند نقش مهمی در بهبود احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت های فراشناختی داشته باشد. در زمینه روانشناسی و روان درمانی، طرحوراه ها به عنوان یک اصل کلی سازمانی در نظر گرفته می شوند که برای درک تجربیات زندگی فرد مهم می باشد. طرحوراه ها مفروضات یا قوانینی اساسی هستند که رفتار و افکارهای فرد را کنترل می کنند. محتوای طرحوراه ها همه جنبه های زندگی فرد، اعم از آگاهانه یا ناخودآگاه را در بر می گیرد و ساختاری را در فرد ایجاد می کند. طرحوراه ها منجر به سوگیری در تحلیل ما از اتفاقات می گردد و این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی بین فردی به شکل سوء تفاهم، گمان زنی های اشتباہ، نگرش های تحریف شده، چشمداشت های غیرواقع بینانه و هدف مشخص می گرددن (یوسفی، ۱۳۸۹). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی نشن دادند که طرحوراه های ناسازگار اولیه الکوهای عاطفی و شناختی خود تخریبی هستند که از رشد شروع می شوند و در طول زندگی تکرار می شوند. طرحوراه های منفی و ناسازگار که به احتمال زیاد به دنبال تجربیات آسیب زای کودکی بوجود می آیند، می تواند نقش عمدی ای در بروز اختلالات شخصیتی و بسیاری از بیماری های در میان همسران داشته باشد. از آنجا که طرحوراه ها هسته اصلی خودپنداره فرد را تشکیل می دهند، در صورت داشتن محتوای ناسازگار، می توانند افراد را در معرض طیف وسیعی از کاستی ها و مشکلات قرار دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). چندین مطالعه در این زمینه نشن داده است که طرحوراه های ناسازگار اولیه در شکل گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناسی مانند اختلالات شخصیتی، افسردگی مزمن و اختلالات اضطرابی نقش دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ پلتز، ماسون و تیسون^۱، ۲۰۰۵). طرحوراه ها احتمالاً می توانند درک فرد از موقعیت های مختلف و اختلالات اضطرابی نقش دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). پولیمنت، موره و گرونرت^۲ (۲۰۱۰) نشن داده اند که ویژگی های شخصیتی و برنامه های ناسازگار متعاقب آن از عوامل شناختی ضروری در گرایش به رفتارهای آسیبزا و فعالیت های جنسی نامن هستند (پولیمنت، موره و گرونرت، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش حاضر در مدارس، دانشگاه ها، مرکز آموزشی 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 می کنند. 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 طرحوراه درمانی و تاثیر احتمالی آن بر احساس تنهایی، تحمل ناکامی و مهارت های فراشناختی ضرورت انجام تحقیق حاضر را نشان می دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرحوراه درمانی بر مهارت های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون 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 ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند. همچنین با توجه به نرم افزاری جی پاور^۳ برای دست یابی 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 نمونه گیری در دسترس و با توجه به ملاک های ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شد. ملاک های 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 می تواند با اختیار خودش از پژوهش حاضر خارج شود. در این پژوهش برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و برای تجزیه و تحلیل داده های

1. Plats, Mason & Tyson

2. Poliment, Moore & Grunert

3. G-Power

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

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی حالت فراشناختی (MQ) اونیل و عابدی^۱: این پرسشنامه با تلاش مشترک اونیل و عابدی^۲ 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 "خصوصیه" 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 باشد. با توجه به اینکه هر مقیاس از ۵ ماده تشکیل شده است، حداقل امتیاز فرد در هر مقیاس ۵ و حداکثر آن ۲۰ می‌باشد. پایابی 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). روای صوری از طریق نظر اساتید دانشکده روانشناسی دانشگاه اهواز مورد تأیید قرار گرفت (پوژان، گودرزی و روزبهانی، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهش سالاری فر و پاکدامن (۱۳۸۸)، پایابی به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب مقیاس کلی فراشناخت ۹۴٪ بوده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب بدست آمده برابر با ۸۱٪ بود.

پرسشنامه احساس تنهایی (LQ) راصل^۲: مقیاس احساس تنهایی نخستین بار توسط راسل^۴ در سال ۱۹۹۶ به زبان انگلیسی تدوین گردید این مقیاس دارای ۲۰ پرسش است که شرکت‌کننده باید به هر یک از پرسش‌ها 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 ۱۹،۰۲، ۱۶،۰۵، ۱۰،۰۶، ۹،۰۱، ۰۵،۰۶، ۰۱، ۰۱ بر عکس است. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. نسخه نهایی این مقیاس با دامنه الگای 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، ۰/۸۳، ۰/۷۰ گزارش 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 شد که ضرب بدست آمده برابر با ۰/۸۷ بود.

پرسشنامه تحمل ناکامی (FDS) هارینگتون^۵: پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون در سال ۲۰۰۵ دارای ۳۵ گویه می‌باشد. این مقیاس چهار عاملی به صورت طیف لیکرت پنج امتیازی (از ۱=کاملاً موافق تا ۵=کاملاً مخالف) نمره گذاری می‌شود. مجموع امتیازات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی پایین و مجموع امتیازات پایین نشان دهنده تحمل ناکامی بالا مراجعت است. عامل اول: عدم تحمل عاطفی؛ عامل دوم: عدم تحمل ناراحتی؛ عامل سوم: عدم تحمل اهداف پیشرفت؛ عامل چهارم: عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی. پایابی نسخه اصلی به روش آلفای کرونباخ ۹۴/۰ گزارش شد و روایی توسط هارینگتون در سال ۲۰۰۵، ۸۶/۰ گزارش شد. بباریسی و همکاران (۱۳۹۳) پایابی را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۸۴/۰، برای مولفه عدم تحمل عاطفی ۵۰/۰، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت، ۵۲/۰ و عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی ۷۱/۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ محاسبه شد که ض. ب دست آمده بار با ۹۱/۰ 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

جدول ۱: خلاصه‌ای از پروتکل طرحواره درمانی

جلسات	محظوظ
اول	آشنایی و ایجاد رابطه اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی
دوم	تعريف طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرحواره
سوم	معرفی حوزه طرح واره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرحواره، فرضیه سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
چهارم	شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
پنجم	بررسی افکار، پیش‌بینیدها و پس آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
ششم	گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم، استاد دادن شواهد تأکیدکننده طرحواره‌ها به تجربیات دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد
هفتم و هشتم	شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده، ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده، استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع و جنگ علیه طرحواره‌ها.
نهم	استفاده از تکنیک‌های شناختی (، تکنیک موضع- ضد موضع، تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها، بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها و تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است).
جلسه دهم	گفتگوهای خیالی، استفاده از تکنیک‌های هیجانی، نوشتن نامه به والدین، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی

یافته‌ها

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 تأهل، 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 خود، از لحاظ توزیع متغیر سن، جنسیت و تأهل در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون کولموگروف-آسپرینف، 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	متغیرها	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد	مقدار احتمال	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد	مقدار احتمال	میانگین پیش آزمون	انحراف استاندارد	مقدار احتمال	میانگین پس آزمون	انحراف استاندارد	مقدار احتمال
احساس تنهایی	- احساس تنهایی	۵۵/۶۰	۳/۹۹	۰/۶۳۱	۰/۶۳۱	۰/۶۳۱	۰/۸۲۰	۳/۵۱۳	۲/۶۶	۰/۹۸۱	۰/۷۲۹	۵/۱۹	۰/۷۲۹
تحمل ناکامی	- تحمل ناکامی	۱۰/۱۱۳	۱۵/۸۴	۰/۹۴۹	۰/۹۴۹	۰/۹۴۹	۰/۳۲۹	۵۲/۴۰	۵/۱۹	۰/۷۲۹	۰/۷۲۹	۰/۱۱۳	۰/۱۱۳
مهارت‌های فراشناختی	- مهارت‌های فراشناختی	۳۸/۷۳	۴/۶۲	۰/۹۱۸	۰/۹۱۸	۰/۹۱۸	۰/۳۶۹	۵۱/۶۷	۳/۹۲	۱/۱۳	۰/۵۶۰	۰/۵۶۰	۰/۹۱۲
احساس تنهایی	- احساس تنهایی	۵۳/۸۷	۷/۶۲	۰/۵۵۶	۰/۵۵۶	۰/۵۵۶	۰/۹۱۷	۵۱/۴۰	۷/۲۵	۰/۵۶۰	۰/۷۰۴	۰/۷۰۴	۰/۹۱۲
تحمل ناکامی	- تحمل ناکامی	۱۰۰/۱۱۳	۹/۵۷	۰/۸۵۶	۰/۸۵۶	۰/۸۵۶	۰/۴۵۶	۹۷/۲۷	۶/۷۸	۰/۶۱۳	۰/۶۱۳	۷/۷۴	۰/۸۴۷
گواه	- گواه	۳۸/۳۳	۵/۳۲	۰/۵۰۸	۰/۹۵۸	۰/۹۵۸	۰/۴۵۶	۴۰/۵۳	۷/۷۴	۰/۶۱۳	۰/۷۰۴	۰/۷۰۴	۰/۹۱۲

نتایج جدول ۲ نشان داد در آزمون کولموگروف اسمیرنف مقدار احتمال آماره 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 ($F=3/271$; $P=0/081$; $p=0/749$) و مهارت‌های فراشناختی ($F=1/534$; $p=0/226$) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (جدول ۴). بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها رد نشد. همچنین ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند ($Box\cdot M=10/36$; $p=0/151$; $F=1/69$).

قبل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیره پیش فرض‌های آماری آن بررسی شد. سطح معنی داری در آزمون نرمال بودن از ۰/۰۵ 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 می‌باشد که نشان دهنده برقراری تساوی ماتریس کواریانس می‌باشد. بنابراین مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیره برقرار می‌باشد.

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

لامبدا ویکلز	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معنی داری	درجه آزادی خطأ	لومبار اتا
۰/۸۶	۰/۱۳۳	۵۰/۰۱۸ ^b	۰/۰۰۱	۲۳	۳		

نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره پس آزمون متغیرهای وابسته نشان داد که آمار چند متغیره مربوطه یعنی لامبدا ویکلز در سطح ۰/۹۹ درصد معنی دار می‌باشد ($P<0/001$). آزمون لامبدا 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	لومبار اتا	توان آماری
مهارت‌های فراشناختی	گروه	۸۸۷/۶۵۱	۱	۸۸۷/۶۵۱	۲۷/۶۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۹۹
	خطأ	۸۰۱/۲۰۵	۲۵	۳۲۰/۴۸				
	کل	۶۵۷۴۱/۰۰	۳۰					
احساس تنهایی	گروه	۲۰۹۴/۳۶۲	۱	۲۰۹۴/۳۶۲	۱۰۹/۳۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۴	۱/۰۰
	خطأ	۴۷۸/۸۸	۲۵	۱۹/۱۵۵				
	کل	۵۸۹۸۲/۰۰	۳۰					
تحمل ناکامی	گروه	۱۴۶۰۳/۶۸۳	۱	۱۴۶۰۳/۶۸۳	۴۲۳/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	۱/۰۰
	خطأ	۸۶۱/۸۳۶	۲۵	۳۴/۴۷۳				
	کل	۱۸۴۱۲۱/۰۰	۳۰					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای مهارت فراشناختی ($p=0/001$), احساس تنهایی ($p=0/001$) و تحمل ناکامی ($p=0/001$) 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 مهارت‌های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، طرحواره درمانی بر مهارت‌های فراشناختی دانشجویان موثر است یافته بدست آمده با نتایج قندهاری و دهقانی (۱۳۹۶)، فیاضی، بلالی دهکردی و یونسی (۱۳۹۸) و کیانی‌پور، حسنی، راهنچات و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین اثر بخشی طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی می‌توان گفت، طرحواره درمانی به نوعی با طرحواره‌ها و باورهای فرد سرو کار دارد و با استفاده از تکنیک‌های تجربی، شناختی و رفتاری در جلسات درمان، گذشته و دوران کودکی افراد را، مورد هدف

قرار می دهد (يانگ، كلوسکو و ويشار، ۲۰۰۳). از طرفی، باورهای فراشناختی مشبت منفی در طول دوران رشد فرد شکل می گیرد (واسموس، ۲۰۱۵). به همین خاطر بررسی خاطرات، رویدادها و تجربه 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 تعديل کند. در ضمن شناخت فرد نسبت به طرحوه های ناسازگار اولیه و باورها و افکار، که یکی از مهمترین اهداف طرحوه درمانی می باشد (يانگ، كلوسکو و ويشار، 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 کرند(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 ای دیگر کار بر روی پاسخ های مقابله ای افراد، شامل تسلیم، اجتناب و جران 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، طرحوه 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 طرحوه درمانی بر احساس تنهایی می توان این طور بیان کرد که رویکرد طرحوه درمانی، رویکردهای شناختی، بین فردی، رفتاری، دلبستگی و تجربی در قالب یک الگوی درمانی منسجم می باشد. که با استفاده از چهار تکنیک روش اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرحوه 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 اینم به دیگران در دوران کودکی ایجاد می گردد. در بعد رفتاری با بالا بردن انگیزه برای تغییر رفتار و استفاده از رفتارهای مناسب و سالم به بهبود و تعديل طرحوه کمک خواهد کرد. بنابراین می توان دلیل کاهش احساس تنهایی بعد از آموزش طرحوه درمانی را در دانشجویان این طور بیان کرد که به کار گیری طرحوه 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. به علاوه طرحوه درمانی ممکن است با افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و هم جوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان در مراجع گردد. بنابراین آن ها تلاش می کنند با دیگران در موقعیت های دنیای بیرون ارتباط احساسی بیشتری برقرار کنند که می تواند احساس تنهایی را کاهش دهد (ورعی، پورداد و دارابی، ۱۳۹۸). همچنین تأکید اصلی طرحوه درمانی بر روی احساسات و هیجانات می باشد و استفاده از تکنیک های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می گیرد. بنابراین، به نظر می رسد این تکنیک ها به فرد کمک می کند تا از احساسات و هیجانات خود آگاه شود، آن ها را پذیرد 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 سازگار تر فراهم کند. احساسات و هیجانات را مهیا سازد. بر طبق اصول طرحوه درمانی، طرحوه های ناسازگار به عنوان زیر ساخت های شناختی احساس ناکامی می شوند و دارای مؤلفه های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعل می شوند سطوحی از هیجان منتشر میگردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی های روان شناختی می شوند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد، طرحوه درمانی بر تحمل ناکامی دانشجویان موثر است. نتیجه بدست آمده در خصوص اثر بخشی طرحوه درمانی بر تحمل ناکامی با نتایج شاکرمی، میزمانی و آزاد یکتا (۱۳۹۸)، بیداری و حاج علیزاده (۱۳۹۸)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، نینادیک، لامبرث و رئیس^۱ (۲۰۱۷) و پاگ^۲ (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت رویکرد طرحوه درمانی، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم و احساس ناکامی می شود که می تواند تعیین کننده ای مفیدی برای سلامت روانی باشد و باعث بالا رفتن تحمل ناکامی در افراد گردد. ناکامی اتفاقی است که فرد ناخواسته در معرض آن قرار می گیرد، اما این آزادی را دارد که نوع پاسخ خود را به این اتفاق از زندگی انتخاب کند. در این راستا فردی که در گیر ناکامی است، از طریق

1 Nenadic, Lamberth & Reiss

2 Pugh

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 عمیق ترین حالات انسانی که درد و رنج و بی معنای 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 می‌باشد. 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 محدودیت‌ها 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

- باباریسی، م.، علیمحمدی، م. (۱۳۹۳). اعتباریابی پرسشنامه تحمل ناکامی. موسسه آزمون یار پویا، تهران.
- جوانمرد، غ.، رضایی، ا.، حبیبی زاده ملکی، ر. (۱۳۹۳). تأییر آموزش فراشناختی بر جنبه‌های حافظه آشکار در دانش آموزان متوسطه، روانشناسی کاربردی، ۱۱، ۶۰-۷۰.
- حاضروظیفیه، 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). هنرجاریابی 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 برگاهش سوگیری تفسیر منفی در برابر ناکامی و شاخص‌های سوءصرف مواد (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی ساو.
- فیاضی، م.، بلایی دهکردی، ن.، حسینی، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی فراشناخت درمانی بر طرح واردهای ناسازگار زنان مطلقه. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۸، 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 پالینی، ۶، ۲۴، ۱-۲۸.
- قندھاری، آ.، دهقانی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءصرف مواد، ۱۱، ۱۶۹-۱۸۶.
- کشاورزی، س.، فتحی آذر، ا.، میرنسب، م.، بدی گرگری، ر. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش آگاهی فراشناختی بر سبک‌های تصمیم گیری و تنظیم هیجان دانش آموزان دبیرستانی شهر تبریز. مجله روانشناسی شناختی، ۵، ۵۱-۶۰.

اثربخشی طرحواره درمانی بر مهارت‌های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان دانشگاه اسلامشهر
Determining the effectiveness of Schema Therapy, on Metacognitive Skills and Loneliness and Failure Tolerance ...

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 تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی. *مطالعات روانشناسی*, 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*, ۲۷(۲)، ۱۳۶-۱۱۵.

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

موسیوی اصل، س.ع.، موسوی سادات، ز. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از سانجه. *ارمندانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*, ۱۹(۱)، ۸۹-۹۹.

موسوی، ر.، فاطمی، ف.، س.، شاناژی، 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). مؤلفه‌های احساس تنهایی دختران نوجوان مبتنی بر تجربه 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)، ۱۰-۱۲.

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

- 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.
- Platz, 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 therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied 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 University 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., Lobbstaedt, 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 Differences*, 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.
- Vanhast, J., Klimstra, 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.

