

The Effectiveness of Schema Therapy on Social Safeness and Pleasure, and Positive Youth Development among Adolescents with Physical-Motor Disabilities: A Pilot Study

Fatemeh Abedinzadeh¹, Azadeh Farghadani^{2*}

1. Master of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

***Corresponding Author:** Azadeh Farghadani, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Email: az.farghadani@iau.ac.ir

Received: 22 December 2023

Accepted: 27 January 2023

Published: 30 February 2024

How to cite this article:

Abedinzadeh F, Farghadani A. The Effectiveness of Schema Therapy on Social Safeness and Pleasure, and Positive Youth Development among Adolescents with Physical-Motor Disabilities: A Pilot Study. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2024; 11(1): 9-19. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v11i1.31787>.

Abstract

Background and Objective: Physical-motor disability can lead to a decrease in social safeness and pleasure and positive development in adolescents with physical-motor disabilities. This study was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema therapy on social safeness and pleasure and positive development of adolescence in adolescents with physical-motor disabilities.

Materials and Methods: The research was conducted using a semi-experimental method with a pre-test-post-test design with the participation of 21 female adolescent with physical-motor disabilities supported by the welfare organization of Qom city in 2022. Sampling was a convenience sampling method. They were randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received intervention during 10 sessions of 120 minutes, but the control group did not receive any intervention. The data were collected with scales of Social Safeness and Pleasure and positive development of adolescence and were analyzed using covariance analysis test and SPSS Statistics for Windows, version 24.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA).

Results: The mean (SD) of social safeness and pleasure in the experimental group increased from 30.2 (7.6) before the intervention to 38.64 (6.98) after the intervention ($P=0.001$). The mean (SD) of positive youth development in the experimental group decreased from 29.5 (5.3) before the intervention to 23.5 (4.5) after the intervention ($P=0.005$). In the control group, there was no significant difference between pretest and posttest scores.

Conclusion: The study showed that schema therapy improves social safeness and pleasure and positive development of adolescents with physical-motor disabilities.

Keywords: Schema Therapy, Social Safeness and Pleasure, Positive Youth Development, Physical-Motor Disabilities.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.QOM.REC.1401.090.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی: یک مطالعه راهنما

فاطمه عابدین زاده^۱ , آزاده فرقدانی^{۲*} 

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

* نویسنده مسئول: آزاده فرقدانی، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

Email: az.farghadani@iaua.ac.ir

تاریخ دریافت: آذر ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: معلولیت جسمی-حرکتی می‌تواند منجر به کاهش امنیت، لذت اجتماعی و تحول مثبت در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی شود. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی انجام شد.

روش و مواد: پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با مشارکت ۲۱ نفر از نوجوانان دختر دارای معلولیت جسمی - حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر قم در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و در دو گروه آزمایش و گواه به روش تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با مقیاس‌های امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) امنیت و لذت اجتماعی در گروه آزمایش از $30/2$ ($7/7$) قبل از مداخله به $38/6$ ($7/0$) بعد از مداخله افزایش یافت ($P=0/001$). میانگین (انحراف معیار) وضعیت نامطلوب تحول مثبت نوجوانی در گروه آزمایش از $29/5$ ($5/3$) قبل از مداخله به $23/5$ ($4/5$) بعد از مداخله کاهش یافت ($P=0/005$). در گروه گواه تغییرات نمرات پیش آزمون و پس از آزمون معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد طرحواره درمانی موجب بهبود امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی می‌شود.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، امنیت و لذت اجتماعی، تحول مثبت نوجوانی، معلولیت جسمی-حرکتی.

مقدمه

نوجوانی دوران تغییرات بیولوژیکی، سازگاری‌های شناختی و گذارهای اجتماعی است. با این حال همه نوجوانان این تحولات را به طور یکسان تجربه نمی‌کنند، به طور چشمگیری تعداد بیشتری از نوجوانان دارای معلولیت نسبت به همسالان خود مستعد چالش‌های بیشتری هستند (۱). معلولیت جسمی یک وضعیت جسمانی است که بر تحرک، ظرفیت و مهارت فرد تأثیر می‌گذارد که این امر مربوط به محدودیتی است که فرد تجربه می‌کند و عملکرد کلی او را مختل می‌کند (۲). محدودیت‌های نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی باعث کاهش کیفیت زندگی، کاهش خودپنداره و خودکارآمدی آنها می‌شود و به توسعه شخصیت و هویت آنها لطمه می‌زند (۳ و ۴). امنیت و لذت اجتماعی برای نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی موضوعی است که می‌تواند تأثیر مهمی بر روی کیفیت زندگی و سلامت روان آنها داشته باشد. امنیت اجتماعی به عنوان یک تجربه هیجانی مرتبط با احساس امنیت در ارتباط با دیگران، پذیرفته شدن توسط دیگران و ارتباط با دنیای اجتماعی تعریف می‌شود (۵ و ۶). فقدان خاطرات گرما و امنیت منجر به ایجاد احساس شرم، عدم جذابیت و حقارت می‌شود و این تصور را تقویت میکند که دیگران ناامن یا غیرقابل اعتماد هستند (۷). نوجوانان دارای معلولیت جسمی تمایل به شایستگی فیزیکی کمتری دارند و به همین علت روابط بین‌فردی محدودی با همسالان خود دارند (۸). دخترانی که دنیای اجتماعی خود را امن می‌دانند، رابطه مطلوب‌تر و قابل قبول‌تری نسبت به بدن خود و نقایص در ظاهرشان ایجاد می‌کنند (۹). در رویکردهای سنتی اعتقاد بر این بود که در توانایی نوجوانان ذاتاً چیزی به عنوان کمبود وجود دارد (۱۰). تحول مثبت نوجوانی که توسط Lerner و همکاران (۱۱) معرفی شد بر نقاط قوت و حس مثبت در بین نوجوانان تأکید دارد. تحول مثبت نوجوانی برای نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی حائز اهمیت است زیرا برنامه‌های آن باعث بهبود رشد شخصی، خودکارآمدی، احساس هویت، اعتماد به نفس، خودمختاری در این نوجوانان می‌شود (۱۲). افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی ممکن است در مقایسه با افراد سالم کمتر در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند و احساس فشار و تنهایی بیشتری داشته باشند (۱۳). برخی از روش‌های درمانی که برای حل این مشکلات پیشنهاد شده‌اند عبارتند از: درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اما یک روش درمانی که تا به حال کمتر مورد توجه قرار گرفته، طرحواره درمانی است. این درمان بر اساس نظریه طرحواره‌های Young و همکاران (۱۴) با هدف بهبود سلامت روان و تغییر الگوهای فکری و هیجانی منفی از طریق ارضای نیازهای هیجانی، بنا شده است. اخیراً این درمان توسط Loose و همکاران (۱۵) به صورت متناسب با سن و برای نوجوانان به کار برده شد. به اعتقاد این رویکرد، توانایی نوجوانان برای دستیابی به نقاط عطف رشد، تحت تأثیر سابقه ارضا و عدم ارضای نیازهای هیجانی اصلی آنها است. عدم ارضای نیازهای هیجانی منجر به دشواری در جدایی از والدین و عدم ایجاد خودمختاری و عزت نفس در نوجوانان می‌شود (۱۵). با توجه به اهمیت امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در سلامت روان و بهزیستی نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی و نقش طرحواره‌های ناسازگار در پیدایش و تداوم مشکلات روانشناختی در این گروه، لازم است که راهکارهای درمانی مناسب برای کاهش طرحواره‌های ناسازگار و افزایش طرحواره‌های سازگار در این گروه بررسی شود. بنابراین این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی تأثیر دارد؟

روش و مواد

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر دارای معلولیت جسمی-حرکتی مقطع دوم متوسطه تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر قم در سال ۱۴۰۱ بودند. در این مطالعه راهنما، ۳۰ نفر از نوجوانان دارای معلولیت جسمی - حرکتی به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه به روش تصادفی جایگزین شدند. در نهایت با توجه به افت شرکت کنندگان تحلیل داده‌ها برای ۲۱ نفر (۱۱ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه گواه) انجام شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفت، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت

ملاحظات اخلاقی و اخذ کد اخلاق از شرکت کنندگان در ابتدای پژوهش رضایت نامه کتبی کسب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و در هر مرحله از پژوهش در صورت تمایل می‌توانند از روند اجرای پژوهش خارج شوند. معیارهای ورود این پژوهش شامل عدم معلولیت ذهنی، عدم معلولیت حسی اعم از نابینایی و ناشنوایی، تمایل به همکاری، عدم دریافت آموزش مشابه در گذشته و امکان حضور در جلسات درمانی با توجه به شدت معلولیت، بود. معیارهای خروج شامل امتناع فرد از ادامه حضور در جلسات درمانی (غیبت بیشتر از دو جلسه) و وخامت شرایط جسمانی شرکت کنندگان بود. محتوای جلسات طرحواره درمانی براساس آموزش‌های درمانی Loose و همکاران (۱۵) و حبیبیان و همکاران (۲۱) طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای صورت گرفت که به شرح جدول زیر است:

جدول شماره ۱ - خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی و ایجاد حس مثبت نسبت به درمانگر، ترسیم طرح درمان، قوانین، انجام توافقات لازم و تکمیل پرسشنامه طرحواره
دوم	معرفی نیازهای هیجانی اساسی و طرحواره‌ها با تکنیک عینک‌های رنگی، سنجش احساسات در موقعیت‌های مختلف از طریق مصاحبه و سنجش از طریق زبان بدن: برای ردیابی احساسات و شناخت حالات مختلف بدنی با احساسات مربوطه
سوم	آموزش طرحواره‌های حوزه اول؛ بریدگی و طرد با محتوای نیازهای اساسی انسان: نیاز به محبت باثبات، امنیت، پذیرش و ارتباط سالم (با ترسیم آدمک و کشیدن نیازهای او بالای سرش) آموزش سبک‌های مقابله‌ای (تسلیم، اجتناب، جبران)، آموزش پیام‌های مثبت و منفی طرحواره‌ها با استفاده از عینک و حباب شیشه‌ای
چهارم	آموزش طرحواره‌های حوزه دوم؛ عملکرد مختل با محتوای نیاز به ارزشمندی، مستقل بودن و توانمندی آموزش از طریق موسیقی انیمیشن زوتوپیا و همخوانی با آن، نوشتن ترس‌ها بر روی کاغذ، کشیدن تیم خردمند باهوش جهت آموزش عزت نفس، گفتن جملات خوب در مورد نوجوان و پیدا کردن پیام‌های سالم
پنجم	آموزش طرحواره‌های حوزه سوم؛ محدودیت‌های مختل با محتوای نیاز به نظم و انضباط، کنترل خود، صبر و تحمل، احترام به نیازهای دیگران، پیدا کردن پیام‌های سالم تکنیک حبه مزه‌ها
ششم	آموزش طرحواره‌های حوزه چهارم؛ دیگرجهت‌مندی با محتوای بیان نیازها، خواسته‌ها و احساسات آموزش مهارت جرأت‌ورزی از طریق تکنیک ساندویچ
هفتم	آموزش طرحواره‌های حوزه پنجم؛ گوش به زنگی و بازداری بیش از حد مزایا و معایب کاکتوس، تمرین جملات احساسی و تمرین خوش‌بینی، جعبه آرزوها و لذت‌ها، غول چراغ جادو
هشتم و نهم	آشنایی با مفهوم ذهنیت‌ها: ترسیم آدمک و کشیدن انواع ذهنیت‌ها، شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌های مهم گفتگو بین درمانگر و ذهنیت‌ها با کشف نیازها (زهره کوچولو به چی نیاز داره؟) و همدلی، اعتباردهی و حمایت از همه ذهنیت‌ها.
دهم	مشخص کردن عملکرد هر یک از ذهنیت‌ها، ایجاد ارتباط بین ذهنیت‌ها و مشکل فعلی، شناسایی موقعیت‌ها یا افرادی که ذهنیت‌ها را فعال می‌کنند، شناسایی مزایا و معایب هر ذهنیت. ایجاد روابط جدید بین ذهنیت‌ها، تشکر از ذهنیت‌های ناکارآمد و متوقف کردن آن‌ها، تشویق کودک دانا و توانا برای حضور فعال و رهبری سایر ذهنیت‌ها، حضور والد حامی و حمایت از کودک آسیب‌پذیر، کمک به کودک عصبانی برای بیان احساسات به شیوه صحیح، تضعیف ذهنیت‌های انتقادگر و تنبیه‌گر به صورت مواجهه همدلانه، هدایت ذهنیت کودک بی‌انضباط برای افزایش خودکنترلی، تکنیک ترکاندن بادکنک مرور جلسات پیشین، خداحافظی با طرحواره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های ناکارآمد و در آغوش گرفتن نماد ذهنیت‌های سالم و شاد و نگرش نوجوانان نسبت به جلسات درمانی، جشن تولد طرحواره‌های کارآمد و سازگار

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس امنیت و لذت اجتماعی: مقیاس امنیت و لذت اجتماعی برای سنجش احساس امنیت و لذت اجتماعی توسط Gilbert و همکاران (۱۶) طراحی شد. این مقیاس دارای ۱۱ گویه است که به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. هر گویه با یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از =تقریباً هرگز تا ۵=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل مقیاس با جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس امنیت و لذت اجتماعی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه اصلی این ابزار ۰/۹۱ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط یعقوبخانی و همکاران (۱۷) اعتباریابی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی این مقیاس در نمونه ایرانی، یک ساختار تک‌عاملی را آشکار ساخت. تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار حاصل را حمایت کرد و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۹۱) نشان داد که مقیاس امنیت و لذت اجتماعی از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است و ضریب بازآزمایی ۰/۷۵ ثبات مقیاس را نشان داد. در تحقیق حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه برابر ۰/۸۶۳ و بالایی ۰/۷ و مناسب بدست آمده است.

مقیاس تحول مثبت نوجوانی نسخه ۱۷ سؤالی: این مقیاس که توسط Geldhof و همکاران (۱۸) ساخته شده تحول مثبت نوجوانی را از طریق ۵ شاخصه شایستگی، اعتماد، ارتباط، خلق و خو و مراقبت اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای طیف ۳ درجه‌ای لیکرت از (۱) واقعا در مورد من درست است تا (۳) اصلا در مورد من درست نیست نمره گذاری می‌گردد. نمرات بالاتر در این ابزار نشان دهنده تحول مثبت پایین است. آلفای کرونباخ این ابزار توسط میلوت (۱۹) برای کل آزمون ۰/۷۴ گزارش گردید. همچنین در ایران توسط بابایی و همکاران (۲۰) اعتباریابی شد و اطلاعات با استفاده از تحلیل عاملی، همبستگی پیرسون و ضریب آلفای کرونباخ تحلیل شد. نتایج نشان داد که قابلیت اعتماد کل ابزار ۰/۸۱ و هرکدام از خرده مقیاس‌ها شامل شایستگی ۰/۵۰، اعتماد ۰/۸۶، خلق و خو ۰/۵۲، مراقبت ۰/۶۳ و ارتباط ۰/۷۹ می‌باشد. در این پژوهش بعد از جمع‌آوری داده‌ها ضریب پایایی این پرسشنامه برابر ۰/۸ بدست آمد که پایایی و اعتبار درونی مناسب پرسشنامه را نشان می‌دهد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از پرسشنامه‌های تحقیق، از روش‌های آماری در قالب آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد به منظور تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. در بخش توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و سپس جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کالومگروف-اسمیرنوف استفاده شد، جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. مقدار آلفا در آزمون همه فرضیه‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۱ نوجوان دارای معلولیت جسمی- حرکتی شرکت کردند که ۱۱ نفر از آنان در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه گواه جای گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برابر با ۱۶/۴ (۰/۶۹) و در گروه گواه برابر با ۱۶/۷ (۱/۰) بود. گفتنی است که در گروه آزمایش ۷ نفر از شرکت‌کنندگان در پایه نهم و ۴ نفر دیگر در پایه دهم و در گروه گواه ۸ نفر در پایه نهم و ۲ نفر در پایه دهم مشغول به تحصیل بودند. جدول ۲ میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش را در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین امنیت و لذت اجتماعی در گروه آزمایش از ۳۰/۲ (۷/۷) در مرحله پیش‌آزمون به ۳۸/۶ (۷/۰) در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و تغییرات به وجود آمده به لحاظ آماری در گروه آزمایش معنادار بود ($P=0/001$ ، $t_{(10)}=5/49$). در مقابل در گروه گواه میانگین امنیت و لذت اجتماعی از ۳۲/۴ (۶/۴) در مرحله پیش‌آزمون به ۳۱/۰ (۶/۶) در مرحله پس‌آزمون رسید و تغییرات به وجود آمده برای آن به لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0/234$ ، $t_{(9)}=1/27$). میانگین تحول مثبت نوجوانی در گروه آزمایش از ۲۹/۵ (۵/۳) در مرحله پیش‌آزمون به ۲۳/۵ (۴/۵) در مرحله پس‌آزمون کاهش یافت (منطبق بر دستورالعمل نمره‌گذاری پرسشنامه نمرات بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده تحول مثبت پایین است) و تغییرات به وجود آمده به لحاظ آماری در گروه آزمایش معنادار بود ($P=0/005$ ، $t_{(10)}=3/60$). در مقابل در گروه گواه

میانگین تحول مثبت نوجوانی از (۶/۷) (۲۸/۴) در مرحله پیش آزمون به (۵/۷) (۳۰/۱) در مرحله پس آزمون رسید و تغییرات به وجود آمده برای آن گروه به لحاظ آماری معنادار نبود ($t_{(9)}=0/84, P=0/421$).

جدول شماره ۲- مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در دو گروه

آزمایش و گواه

P	پس آزمون		گروه	متغیر
	(انحراف معیار) میانگین			
۰/۰۰۱	۳۸/۶ (۷/۰)	۳۰/۲ (۷/۷)	آزمایش	امنیت و لذت اجتماعی
۰/۲۳۴	۳۱/۰ (۶/۶)	۳۲/۴ (۶/۴)	گواه	
۰/۰۰۵	۲۳/۵ (۴/۵)	۲۹/۵ (۵/۳)	آزمایش	تحول مثبت نوجوانی
۰/۴۲۱	۳۰/۱ (۵/۷)	۲۸/۴ (۶/۷)	گواه	

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، مقادیر شاپیرو - ویلک برای هر گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می شود.

جدول شماره ۳- مقادیر شاپیرو- ویلک و سطح معناداری آن برای هر یک از متغیرها

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
P	آماره	P	آماره		
۰/۷۱۱	۰/۹۵۵	۰/۰۸۱	۰/۸۷۱	آزمایش	امنیت و لذت اجتماعی
۰/۱۵۲	۰/۸۸۶	۰/۰۹۰	۰/۸۶۶	گواه	
۰/۴۲۲	۰/۹۳۱	۰/۳۱۶	۰/۹۲۰	آزمایش	تحول مثبت نوجوانی
۰/۲۱۶	۰/۸۹۴	۰/۰۶۸	۰/۸۵۶	گواه	

همچنان در جدول ۳ ملاحظه می شود، مقادیر شاپیرو- ویلک مربوط به هر دو متغیر در دو گروه آزمایش و گواه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون غیرمعنادار است. این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده ها برای هر دو متغیر در هر دو مرحله و در هر دو گروه است. برای آزمون همگنی واریانس خطای پس آزمون متغیرهای امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در بین گروه ها از آزمون لون استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون لون را نشان می دهد.

جدول شماره ۴- آزمون لون برای آزمون همگنی واریانس های خطای متغیرهای وابسته

متغیر	F	Df ₁	df ₂	P
امنیت و لذت اجتماعی	۰/۸۵	۱	۱۹	۰/۳۶۹
تحول مثبت نوجوانی	۰/۲۸	۱	۲۸	۰/۶۰۱

جدول شماره ۴ نشان می دهد که واریانس های خطای هیچ یک از متغیرهای وابسته در دو گروه معنادار نیست، این موضوع نشان می دهد که مفروضه برابری واریانس های خطا برای هر دو متغیر وابسته برقرار است. در ادامه جدول شماره ۵ نتیجه آزمون همگنی شیب خط رگرسیون بین پیش آزمون ها و پس آزمون های متغیرهای وابسته را در دو گروه آزمایش و گواه نشان می دهد.

جدول شماره ۵- مقایسه شیب خط رگرسیون متغیرهای وابسته

متغیر	F	P
امنیت و لذت اجتماعی	۱/۲۸	۰/۲۶۳
تحول مثبت نوجوانی	۱/۱۶	۰/۳۱۲

جدول شماره ۵ نشان می دهد که تفاوت شیب خط هیچ یک از دو متغیر وابسته در دو گروه معنادار نیست. براین اساس می توان گفت در این پژوهش مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش برقرار بود. بعد از ارزیابی

مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک متغیری آزمون شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در آزمون اثر اجرای متغیر مستقل بر امنیت و لذت اجتماعی و

تحول مثبت نوجوانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
امنیت و لذت اجتماعی	مدل اصلاح شده	۸۶۷/۵۰	۲	۴۳۳/۷۵	۲۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱
	مقدار ثابت	۱۰۷/۱۸	۱	۱۰۷/۱۸	۶/۰۶	۰/۰۲۴	۰/۲۵۲
	پیش آزمون	۵۶۲/۰۴	۱	۵۶۲/۰۴	۳۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	گروه	۴۴۵/۱۲	۱	۴۴۵/۱۲	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	خطا	۳۱۸/۵۰	۱۸	۱۷/۷۰			
	کل	۲۶۹۱۱/۰۰	۲۱				
تحول مثبت نوجوانی	مدل اصلاح شده	۳۲۲/۶۵	۲	۱۶۱/۳۲	۷/۲۲	۰/۰۰۵	۰/۴۴۵
	مقدار ثابت	۲۰۸/۱۰	۱	۲۰۸/۱۰	۹/۳۱	۰/۰۰۷	۰/۳۴۱
	پیش آزمون	۹۱/۳۳	۱	۹۱/۳۳	۴/۰۹	۰/۰۴۸	۰/۱۸۵
	گروه	۲۵۸/۶۹	۱	۲۵۸/۶۹	۱۱/۵۷	۰/۰۰۳	۰/۳۹۱
	خطا	۴۰۲/۳۰	۱۸	۱۱/۵۷			
	کل	۱۵۶۰۵/۰۰	۲۱				

براساس نتایج جدول شماره ۶ طرحواره درمانی به صورت معنادار امنیت و لذت اجتماعی ($F_{(1, 18)} = 25/16, P = 0/001$) و تحول مثبت نوجوانی ($F_{(1, 18)} = 11/57, P = 0/003$) را در شرکت کنندگان تحت تأثیر قرار داده است. استفاده از آزمون بن فرونی نشان داد که آموزش مجازی منجر به افزایش امنیت و لذت اجتماعی ($\Delta\bar{x} = 9/34, SE = 1/86, P = 0/001$) در شرکت کنندگان گروه آزمایش و کاهش میانگین نمرات تحول مثبت نوجوانی ($\Delta\bar{x} = -7/06, SE = 2/90, P = 0/003$) در آنان شده است. لازم به توضیح است با توجه به این که در پرسشنامه به کار گرفته شده برای سنجش تحول مثبت نوجوانی نمرات بالاتر نشان دهنده تحول پایین تر و بالعکس است، براین اساس می توان گفت طرحواره درمانی امنیت و لذت اجتماعی را از یک سو و تحول مثبت نوجوانی را از سوی دیگر در نوجوانان دارای معلولیت جسمی - حرکتی افزایش می دهد.

بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) امنیت و لذت اجتماعی در گروه آزمایش از $7/7$ ($30/2$) قبل از مداخله به $7/0$ ($38/6$) بعد از مداخله افزایش یافت. میانگین (انحراف معیار) تحول مثبت نوجوانی در گروه آزمایش از $5/3$ ($29/5$) در مرحله پیش آزمون به $4/5$ ($23/5$) در مرحله پس آزمون کاهش یافت (نمرات بالاتر نشان دهنده تحول مثبت پایین است). در گروه گواه تفاوت آن به لحاظ آماری معنادار نبود. در واقع، مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی- حرکتی تأثیر معناداری دارد. به طوری که طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی به میزان $0/58$ و بر تحول مثبت نوجوانی به میزان $0/39$ در نوجوانان دارای معلولیت جسمی- حرکتی تأثیر داشت.

یافته اول پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی نوجوانان دارای معلولیت جسمی- حرکتی تأثیر دارد و می تواند منجر به افزایش امنیت و لذت اجتماعی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی- حرکتی شود. در این خصوص می توان به همسو بودن این یافته با یافته های تحقیق خساره و همکاران (۲۲) رهبر کرباسدهی و همکاران (۲۳) ، Kurt و Aygar (۲۴) ، Yalcin و Tatal (۲۵) اشاره کرد. در راستای تبیین این یافته ها می توان بیان کرد که نوجوانی به عنوان زمان افزایش فعالیت اجتماعی و گسترش سریع دایره اجتماعی در نظر گرفته می شود. در مقابل، یک نوجوان با ناتوانی جسمی احتمالاً استقلال اجتماعی ندارد، از نظر اجتماعی منزوی می شود و در حفظ روابط اجتماعی با مشکلاتی مواجه است و به طور

معمول ممکن است به والدین وابسته و متکی بماند (۲۶). در ارتباط با اثربخشی طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی می‌توان گفت که طرحواره ناسازگار زمانی شکل می‌گیرد که نیازهای اساسی دوران کودکی مانند نیاز به امنیت و پذیرش به طور مناسبی برآورده نشده باشد، از این جهت فرد برای تعامل با اطرافیان از روش‌های ناسالمی استفاده می‌کند (۲۷). درمان روانشناختی مبتنی بر طرحواره می‌تواند منجر به اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و تحریف‌های شناختی افراد شود و از این طریق دیدگاه ذهنی فرد نسبت به خودش، اطرافیان و دنیا تغییر یابد (۲۸) و همین مسئله باعث می‌شود تا فرد از سوی خانواده و اطرافیان حمایت بیشتری دریافت کند و به میزان کمتری ترس از قضاوت منفی از سایرین داشته باشد، در نتیجه نوجوان در زمینه سازگاری فردی و اجتماعی عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهد و احساس امنیت بالاتر و رضایت بیشتری از زندگی در میان دیگران پیدا می‌کند (۲۹). Gilbert و همکاران بر این باورند که امنیت اجتماعی یکی از سازه‌های مهم سلامت روان است و فقدان آن می‌تواند منشاء بسیاری از آسیب‌های روانی باشد (۶). نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی با چالش‌های بسیاری در تأمین نیازهای هیجانی اساسی روبرو هستند. طرحواره درمانی می‌تواند به این گروه از نوجوانان کمک کند تا با استفاده از عوامل درمانی مانند روابط درمانگر-مراجع، فنون شناختی، فنون رفتاری و تجربی با این چالش‌ها مقابله کنند و سطح امنیت و لذت اجتماعی خود را بالا ببرند. در نهایت می‌توان بیان کرد افزایش امنیت و لذت اجتماعی به نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی کمک می‌کند تا با تنهایی، دوری و تبعیض کمتر مواجه شوند و از حمایت و ارتباط بالاتری در روابط خود برخوردار شوند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر تحول مثبت نوجوانی تأثیر دارد و می‌تواند منجر به افزایش تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی شود. در این خصوص می‌توان به همسو بودن نتیجه این بخش از پژوهش با پژوهش نصیریان و همکاران (۳۰)، حاج حسینی و همکاران (۳۱)، Pyszkowska و Stojek (۳)، Faustino و همکاران (۳۲) و Thimm (۳۳) اشاره کرد. تحول مثبت نوجوانی بر این باور استوار است که اگر نوجوان از شرایط مناسب و حمایت‌های لازم برخوردار باشد، پتانسیلی برای تبدیل شدن به یک فرد مسئول، خلاق و مؤثر در جامعه دارد. رویکرد تحول مثبت نوجوانی تأکید می‌کند که تمرکز بر نقاط قوت نوجوانان و همسو کردن آن‌ها با منابع برای رشد سالم موجود در خانه، مدرسه و جامعه منجر به پیشرفت مثبت مداوم می‌شود (۱۱).

در ارتباط با اثربخشی طرحواره درمانی بر تحول مثبت نوجوانی می‌توان بیان کرد که طرحواره‌های ناسازگار باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع و رخداد‌های زندگی می‌شوند و این سوگیری‌ها منجر به شکل‌گیری نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود، دیگران و دنیا می‌شود (۱۴). طرحواره درمانی با تمرکز بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار به طرحواره‌های سازگار و به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان و استفاده از تکنیک‌هایی جهت برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار و همچنین از طریق باز والدینی سعی در بهبود هیجان‌ها و ارضاء نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی دارد و به افراد کمک می‌کند تا بتوانند ریشه‌های تحولی طرحواره‌های خود در دوران کودکی و نوجوانی را به مشکلات زندگی فعلی زندگی خود ربط دهند و روابط کنونی خود با دیگران را به شیوه مؤثرتری ابراز نمایند. به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با شناسایی و اصلاح الگوهای نامناسب که باعث کاهش خودکارآمدی و خلاقیت نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی شده‌اند، می‌تواند منجر به خودپذیرشی، اعتقاد به توانایی‌های خود و خلاقیت آن‌ها شود. تقویت ذهنیت‌های توانمند و کودک شاد به نوجوان کمک می‌کند تا به نیازهای هیجانی اساسی خود پاسخ دهد و با دیگران ارتباط داشته باشند و در فعالیت‌های تفریحی و ورزشی که مناسب وضعیت جسمانی آن‌ها هستند و باعث مشارکت اجتماعی آن‌ها می‌شوند، فعالیت داشته باشند. بنابراین طرحواره درمانی باعث بهبود تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی می‌شود. در پایان می‌توان چنین بیان کرد نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی با توجه به اینکه خودشان را دائماً با دیگران مقایسه می‌کنند، نگران ارزیابی‌های دیگران در مورد ظاهر و عملکرد خود هستند از این رو احساس ناامنی بیشتری تجربه می‌کنند. در نتیجه به علت این ناامنی ممکن است در عرصه فعالیت‌های اجتماعی مشارکت نداشته باشند و در روابط شرم را تجربه کنند و در نهایت لذت نبرند. عمدتاً نوجوانان دارای معلولیت جسمی-

حرکتی علاوه بر مشکلات زیستی و جسمانی با مسائل اجتماعی و روانشناختی مختلفی نظیر احساس تنهایی در اجتماع، حمایت ناکافی، خودپنداره منفی، خودکارآمدی پایین و کمبود عزت نفس مواجهه می‌شوند. این عوامل مختلف می‌تواند منجر به بروز الگوهای تکرار شونده شناختی، هیجانی و رفتارهای ناسازگاری در برابر رویارویی با مشکلات زندگی شود و در نتیجه به ایجاد طرحواره‌های ناسازگار ختم شود و بر سطح بهزیستی و کیفیت زندگی نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی تأثیر منفی بگذارد. تمامی این موارد می‌تواند باعث کاهش سازگاری فرد نوجوان دارای معلولیت جسمی-حرکتی در اجتماع شود. بنابراین می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که بسیاری از خطاهای شناختی و طرحواره‌های ناسازگار فرد در ارتباط با خودش و یا موقعیت‌های اجتماعی ریشه در تجارب دوران کودکی، سبک‌های دلبستگی و محیط شخص دارد و این روش با شناخت و اصلاح الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری فرد و ارائه راهکارهای مقابله‌ای یک روش مؤثر برای ارتقاء بهزیستی و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی می‌باشد.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان دختر دارای معلولیت جسمی-حرکتی مقطع دوم متوسطه تحت پوشش سازمان بهزیستی قم بود، امکان انتخاب تصادفی شرکت کنندگان در همه مراحل وجود نداشت و در نهایت به علت دشواری در دسترسی مجدد به گروه نمونه امکان اجرای مرحله پیگیری جهت بررسی اثرات درمان در بلندمدت وجود نداشت. به همین سبب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی طرحواره درمانی بر امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در مرحله پیگیری بررسی شود، اجرای پژوهش در نوجوانان پسر و مقایسه نتایج آن صورت گیرد، پژوهش مشابه با مطالعه فعلی در نوجوانان دختر فاقد معلولیت جسمی-حرکتی و مقایسه نتایج آن با نوجوانان دختر دارای معلولیت جسمی-حرکتی انجام شود، روانشناسان، مشاوران و سایر متخصصین سلامت از این روش برای بهبود سطح کیفیت زندگی نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی استفاده کنند، آموزش و پرورش برنامه‌های آموزشی روانی مناسبی را برای بهبود شایستگی‌های هیجانی-اجتماعی دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمی-حرکتی در نظر بگیرد و سازمان بهزیستی برنامه‌های آموزشی روانی مانند طرحواره درمانی، برای افراد دارای معلولیت‌های مختلف برگزار کند.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد طرحواره درمانی موجب بهبود امنیت و لذت اجتماعی و تحول مثبت نوجوانی در نوجوانان دارای معلولیت جسمی-حرکتی شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و دارای تأییدیه اخلاق با شناسه IR.IAU.QOM.REC.1401.090 از دانشگاه آزاد علوم پزشکی قم می‌باشد. در پایان از سازمان بهزیستی استان قم و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Maxey M, Beckert TE. Adolescents with disabilities. *Adolescent Research Review*. 2017;2:59-75.
2. Sharma N, Pratap Yadav V, Sharma A. Attitudes and empathy of youth towards physically disabled persons. *Heliyon*. 2021;7(8):e07852.
3. Pyszkowska A, Stojek MM. Early Maladaptive Schemas and Self-Stigma in People with Physical Disabilities: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(17): 1-13.
4. Rusu M. Psychological optimization for adolescents with physical motor deficiency—a model of intervention. *Psychology*. 2020;11(01):30-48.

5. Marta-Simões J, Ferreira C, Mendes AL. Shame and depression: The roles of self-reassurance and social safeness. *European Psychiatry*. 2017;41(S1):241.
6. Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*. 2008;3(3):182-91.
7. da Silva CM. Building Bridges Between Early Memories of Warmth and Safeness and Psychological Well-Being (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra (Portugal)). 2016
8. Pinquart M, Behle A. Adolescents with and without Physical Disabilities: Which Processes Protect Their Self-Esteem?. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021 4;68(3):427-441.
9. Pinto C, Ferreira C, Mendes AL, Trindade IA. Social safeness and disordered eating: Exploring underlying mechanisms of body appreciation and inflexible eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017;22:303-9.
10. Guerra NG, Bradshaw CP. Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: Core competencies for positive youth development and risk prevention. *New directions for child and adolescent development*. 2008;2008(122):1-7.
11. Lerner RM, Lerner JV, Almerigi JB, Theokas C, Phelps E, Gestsdottir S, et al. Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *The journal of early adolescence*. 2005;25(1):17-71.
12. Page D, Hanrahan S, Buckley L. Positive Youth Development Program for Adolescents with Disabilities: A Pragmatic Trial. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2022; 16:1-7.
13. Rajati F, Ashtarian H, Salari N, Ghanbari M, Naghibifar Z, Hosseini SY. Quality of life predictors in physically disabled people. *J Educ Health Promot*. 2018;7:61.
14. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254:653-8.
15. Loose C, Graaf P, Zarbock G, Holt RA. Schema therapy for children and adolescents ST-CA: a practitioner's guide. 2020.
16. Gilbert P, McEvan K, Mitra R, Richter A, Franks L, Mills A, et al. An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clin Neuropsychiatry* 2009; 6: 135-43.
17. Yaghobkhani M, Asadzadeh H, Sadipoor E, Delava A, Dortaj F. Psychometric properties of Persian version of Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS). *SOCIETAL SECURITY STUDIES*. 2018;9(53):217-237.
18. Geldhof GJ, Bowers EP, Boyd MJ, Mueller MK, Napolitano CM, Schmid KL, et al. Creation of short and very short measures of the five Cs of positive youth development. *Journal of Research on Adolescence*. 2014;24(1):163-76.
19. Milot AS. Positive youth development as a framework for examining the relationship between conformity to gender norms, social support, and adolescent mental health. Boston: BostonCollege. 2014 May.
20. Babaei, M. Najafi, A.M. Rezaei, THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT SCALE IN STUDENTS, *Journal of Psychological Sciences*, 2018; 16(64): 540-553.
21. Habibian, N., Mirzahoseini, H., Monirpoor, N. Develop a schema therapy protocol to reduce anxiety in children aged 8 to 13 years and compare its effectiveness with cognitive-behavioral therapy. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2021; 64(3): 1451-1468..
22. Khasareh H, Pouladi Reyshahri A, Mohammadi Y. The effectiveness of schema therapy on resilience and social adjustment in female adolescents in Kerman, *Modern psychological research*, 2023; 17(68): 115-122.
23. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh AA, Shakerinia I. The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy, *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2021; 9(3): 64-72.
24. Bakir Aygar B, Kurt AA. The intermediate role of early maladaptive schemas in relationship between happiness and life satisfaction of university students. *International Innovative Education Researcher (IEDRes)*. 2022;2(1).
25. Tural N, Yalcin I. The Role of Schemas in the Relationships between Family Function and Well-Being. *Eurasian Journal of Educational Research*. 2021;93:115-34.

26. Thomas AP, Bax MC, Smyth DP. The social skill difficulties of young adults with physical disabilities. *Child Care Health Dev.* 1988;14(4):255-264.
27. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother.* 2017;90(3):456-479.
28. Edwards DJ. Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology.* 2022;12: 763-670.
29. Isaksson M, Holmbom Goh M, Ramklint M, Wolf-Arehult M. The Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS): a psychometric evaluation of the Swedish version in a non-clinical sample and two clinical samples with eating disorders or borderline personality disorder. *BMC psychology.* 2022;10(1):1-9.
30. Nasirian, F., fath abadi, J., zarani, F. Relationship between early maladaptive schemas and school adaptation: The mediating role of psychological capital. *Political Sociology of Iran,* 2022; 5(7): 1231-1246.
31. Hajhosseini M, Mahdavi A, Mohammadi M. The Effectiveness of Schema-Based Group Training on Psychological Well-being of Female Students, *Quarterly Journal of Social Cognition,* 2021; 10(19): 149-164.
32. Faustino B, Vasco AB, Silva AN, Marques T. Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome.* 2020;23(2).
33. Thimm JC. Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2017;17(1):3-17.