

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۴/۲۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۷
دوره‌ی چهارم، سال ۲۵، شماره‌ی ۲
ص: ۲۱۶-۲۰۱

اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه

علیرضا سنگانی*

زهره دشت‌بزرگی**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار فکری و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی زنان مطلقه انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه آماری تعداد ۴۰ نفر (گروه آزمایشی ۲۰ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر) بود که به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب گردید. در این پژوهش از سه پرسشنامه، مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان، پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو و پروتکل طرحواره درمانی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که طرحواره درمانی به طور معنی‌داری باعث ارتقای سلامت روانی و کاهش نشخوارفکری و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی زنان مطلقه شد. با توجه به این یافته‌ها، مشاوران و درمانگران می‌توانند جهت بازتوانی زنان پس از طلاق در جهت افزایش سلامت روانی، کاهش نشخوارفکری و روابط اجتماعی تسهیل یافته‌تر از قواعد طرحواره درمانی استفاده نمایند.

کلید واژگان: طرحواره درمانی، سلامت روانی، نشخوارفکری، احساس تنهایی

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

** استادیار، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

شیوع طلاق^۱ در دهه‌های اخیر در دنیا افزایش یافته است (Sands, Thompson, & Gaysina, 2017). طلاق با دامنه‌ای از پیامدهای منفی موجب به خطر افتادن سطح سلامت روان^۲ در خانواده‌ها می‌شود (Sbarra & Coan, 2017). احساس تنهایی^۳ و نشخوارهای ذهنی^۴ به عنوان یکی از پیامدهای طلاق، صرفاً به این خاطر نیست که افراد همسران خود را از دست داده‌اند (Victor, Burholt & Martin, 2012)، بلکه به این دلیل است که آنان پس از طلاق علاوه بر همسر و خانواده او، دوستان مشترک و حتی برخی از دوستان شخصی خودشان را نیز از دست داده‌اند (Yousefi, Etemadi, Bahrami, Ahmadi & Fatehizadeh, 2010). یافته‌های پژوهش (Sadeghi, Fasaei & Isari, 2012) حاکی از آن بود که فقدان شریکی که بتواند نیازهای عاطفی کنشگران را تأمین نماید، یکی از چالش‌های اصلی و اساسی در کنار مباحث گسترده‌ی حیطه‌ی سلامت آنان پس از طلاق است. بنابراین لزوم پرداختن به مشکلات سلامت روان در زنان پس از طلاق ضروری به نظر می‌رسد.

تاکنون تعریف متعددی از «سلامت روان» ارائه شده که همگی بر اهمیت تمامیت و یکپارچگی شخصیت تأکید ورزیده‌اند (Ghasemi & Saroukhani, 2014). سلامت یک مفهوم چند بُعدی است که شامل رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی و بعد معنوی^۵ زندگی نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی است که هیچ یک از ابعاد بر دیگری اولویت ندارند (Dasaro et al., 2015). از آنجا که نشخوارفکری با هیجان غم و اندوه همراه است و غم و اندوه یکی از هیجان‌های انسان است، لذا هرکس به فراخور خود آن را تجربه می‌کند (Querstret & Cropley, 2013). Nolen- (2008) Hoeksema, Wisco and Lyubomirsky نشخوارفکری را به عنوان افکار منفعلانه و مکرر درباره علائم افسردگی، علل و نتایج آن مفهوم‌سازی کردند (Taylor, Bee & Haddock, 2016). (Balsamo, Carlucci, Sergi, Murdock and Saggino, 2015) معتقدند زمانی که این فعالیت روانی در دوره‌های طولانی تکرار شود تفکر از الگوی نشخواری پیروی می‌کند. این افکار منفی، تأثیرهای منفی بسیار بر فرد خواهد داشت. یکی از مشکلاتی که افراد بعد از جدایی با

-
- 1- divorce
 - 2- mental health
 - 3- feeling lonely
 - 4- frequent ruminating
 - 5- spiritual dimension

آن رو به رو می‌شوند، احساس تنهایی است (Sandler, Wheeler & Braver, 2013). در این زمان فردی که سال‌ها با همسرش زیر یک سقف زندگی کرده است ناگهان احساس می‌کند به شدت تنهاست (Bahrami, Sudani & Mehrabizadeh Honarmand, 2010). احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت بخش اجتماعی است و حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت است، تجربه‌ای ناخوشایند است، که در پاسخ به نارسایی‌های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (Schinka, Van Dulmen, Mata, 2013). به عبارت دیگر احساس تنهایی عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد، خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده است، تعریف کرده‌اند (Cassidy, 2012).

با توجه به اینکه که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق به علت تبعیض‌های جنسیتی در جامعه، در زنان بیشتر نمود پیدا می‌کند، لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را برای این گروه ضروری می‌سازد. یکی از مداخلات نسبتاً جدید در زمینه مشکلات روان‌شناختی و همچنین آسیب‌های خانودگی، رویکرد طرحواره درمانی است. به طور کلی با مرور پژوهش‌هایی همانند Khoshnood, Shirkavand, و Orue, Calvete and Padilla (2014)، Tapia et al., (2018) Ashoori and Arab (2015) می‌توان دریافت در بررسی طلاق علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روان‌شناختی از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه، می‌تواند سبب نگرش‌های متفاوت در محیط خانواده گردد.

در مداخله طرحواره درمانی سعی می‌شود تا با به کارگیری مبانی و روش‌های درمان شناختی و رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند دلبستگی^۱، روابط شی^۲، ساختارگرایی^۳ و روان تحلیل‌گری^۴ و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارایه دهد. هدف درمان این است که بیماران به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار^۵، از سبک‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند (Calvete, Orue & Hankin, 2013).

-
- 1- attachment
 - 2- object relations
 - 3- structuralism
 - 4- psychoanalysis
 - 5- inconsistent coping styles

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر طرحواره درمانی^۱ گروهی در کاهش علائم افسردگی می‌باشند (Dickhaut & Arntz, 2014). برای مثال (Shokhmgar, 2016) در پژوهش خود به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازنشویی در زوجین پرداخت نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان در زوجین آسیب دیده از روابط فرازنشویی گردید. همچنین (Mohammad Nejadi and Rabiei, 2015) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه گردید. در پژوهش دیگر (Rahim Aghaei, Hatamipour and Ashoori, 2017) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران اثربخش است. همچنین (Panahifar, Yousefi and Amani, 2014) نشان دادند طرحواره درمانی بر افزایش سازگاری متقاضیان طلاق اثربخش است. با توجه به موارد ذکر شده و با توجه به اهمیت موضوع طلاق و آسیب‌های ناشی از آن بخصوص در زنان، نیاز به بررسی و پژوهش‌های بیشتر مداخله‌های روان درمانی از جمله الگوی درمانی طرحواره محور برای کاهش پیامدهای مخرب طلاق دیده می‌شود. لذا هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار فکری و احساس تنهایی زنان مطلقه شهر ساری است. بنابراین، سؤال مطرح شده در پژوهش حاضر این است. آیا طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ساری تأثیر دارد.

روش

روش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مطلقه سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سال شهرساری در سال ۱۳۹۶ بود و تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب گردید و به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. پس از توضیح در مورد چگونگی هدف پژوهش و اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان و اطمینان

1- schema therapy

دادن به آنان برای محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. همچنین معیارهای ورود گروه نمونه به پژوهش شامل، زنان مطلقه، بدون فرزند، ۲۰ تا ۴۰ سال، ساکن شهر ساری، عدم وجود بیماری جسمی بارز بر اساس معاینات پزشک معالج و آزمایشات روتین درخواست شده، اختلالات سایکوتیک و خلقی در بیماران و نیز اختلالات روانپزشکی در گروه‌ها براساس مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک، با توجه به معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ و معیارهای خروج شامل، نقص در تکمیل شدن پرسشنامه‌ها، انصراف از همکاری در فرایند اجرای پژوهش بود، به طور کلی هیچ فردی از مطالعه خارج نگردید.

ابزار پژوهش

مقیاس نشخوار ذهنی^۲: (Nolen-Hoeksema and Morrow (1991 پرسشنامه‌ای خودآزمایی تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه از دو خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. همبستگی بازآزمایی برابر ۰/۶۷ است (Treyner, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). این مقیاس توسط Bagherinejad, SalehiFardadi and Tabatabaee (2010) ترجمه و روایی آن مورد تأیید واقع گردید. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل نشخوارهای ذهنی ۰/۷۹ به دست آمده است.

پرسشنامه سلامت عمومی^۳: فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی در سال (1989) به وسیله Goldberg and Hillier ساخته شد و دارای ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس ۷ سوالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. این پرسشنامه به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره‌گذاری می‌شود. و سوالات پژوهشی با عنوان استانداردسازی پرسشنامه

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2- Ruminative Response Scale (RRS)

3- General Health Questionnaire (GHQ)

سلامت عمومی بر روی ۵۷۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال ۷۶-۱۳۷۵ انجام شد. پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ برآورد شد، مقدار روایی سازه‌ی این پرسشنامه نیز ۰/۸۲ به دست آمد (Ghasemi & Saroukhani, 2014). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل سلامت روانی ۰/۷۷ به دست آمده است.

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان: این مقیاس به وسیله‌ی Dittmann-Kohli, Brannen and Best (2004) طراحی و تهیه گردید. این مقیاس شامل ۱۴ گویه و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمره‌های زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی به دست می‌آید. در مقابل هر گویه طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی احساس تنهای بیشتر در آن بُعد است. مؤلفان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد. در پژوهش Joki and Salimi (2009) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای ابعاد این پرسشنامه برای تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸ می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل احساس تنهایی ۰/۸۱ به دست آمده است.

برنامه آموزشی طرحواره درمانی (Young, Klosko and Weishaar (2003): این مداخله به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با تواتر هفته‌ای دو جلسه تشکیل شد. پس از به توافق رسیدن برای شرکت در گروه، رضایت نامه کتبی گرفته شد. در مورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات مداخله بر روی گروه آزمایشی، از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد. جلسات مداخله طرحواره درمانی (Young et al. (2003 در جدول زیر خلاصه شده است.

1- Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S)

خلاصه جلسات مداخله طرحواره درمانی		
جلسه	فرایند	حوزه فعالیت
۱	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی می‌شود.	ایجاد انگیزه برای درمان مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی مرور اهداف و منطبق کلی درمان، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه بیان قواعد گروه، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
۲	شواهد عینی تأییدکننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	تعریف طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
۳	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای	معرفی حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرحواره، فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آنها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
۴	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه‌ها، فرآیندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای، مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
۵	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین
۶	اسناد دهی شواهد	اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم
۷	ارائه منطق تکنیک‌ها	استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها. ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده
۸	اصلاح توسط تکنیک‌های شناختی	استفاده از تکنیک‌های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت‌کننده از طرحواره‌ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها).
۹	اصلاح توسط تکنیک‌های هیجانی	استفاده از تکنیک‌های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی
۱۰	اصلاح توسط تکنیک‌های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۴۰ زن مطلقه (۲۰ نفر گروه مداخله و ۲۰ نفر گروه کنترل) شهر ساری بودند. میانگین سنی گروه مداخله سال $۸/۶۷ \pm ۳۱/۷$ و گروه کنترل سال $۹/۲۳ \pm ۲۹/۹۰$ بود. جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۱.

میانگین، انحراف معیار متغیرها در گروه آزمایشی و گروه کنترل

متغیر	آزمون	آزمایش		کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	
نشخوار ذهنی	پیش آزمون	۶۹/۱	۵/۱۴	۴/۷۷
	پس آزمون	۴۸/۷	۳/۱۸	۴/۶۸
سلامت روانی	پیش آزمون	۶۱/۱۵	۳/۴۱	۳/۳۴
	پس آزمون	۴۳/۴۵	۲/۳۹	۳/۲۹
احساس تنهایی	پیش آزمون	۵۷/۵	۳/۴۱	۲/۱۴
	پس آزمون	۴۱/۳	۲/۰۴	۲/۳

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های پس‌آزمون در گروه آزمایشی در هر سه متغیر نسبت به پیش‌آزمون تغییر نموده است و این در حالی است که میانگین نمره‌های گروه کنترل در پس‌آزمون نسبتاً ثابت مانده است. برای بررسی این تغییر در گروه آزمایشی و بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوارذهنی و احساس تنهایی دو گروه، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

در ابتدا پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی شد، به این صورت که نرمالی داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیر نشخوارذهنی، سلامت روانی و احساس تنهایی مقادیر به ترتیب برابر با $۱/۰۳۳$ ، $۱/۱۲۴$ و $۱/۱۹۷$ با سطح معنی‌داری $۰/۱۰۴$ ، $۰/۰۹۷$ و $۰/۰۶۶$ به دست آمده است که نشان می‌دهد داده‌ها نرمال می‌باشند، در آزمون باکس سطح معنی‌داری با توجه به درجه آزادی ۱ (۴۵) و تحلیل واریانس ($۱/۰۳۷$) به دست آمده از $۰/۴۰۴$ معنی‌دار نمی‌باشد، که می‌توان همگونی واریانس گروه‌ها را پذیرفت و در آزمون لوین در متغیر نشخوارذهنی، سلامت عمومی و احساس تنهایی مقادیر به ترتیب برابر با $۰/۸۷۶$ ، $۱/۲۱۰$ و $۰/۹۳۴$ با سطح معنی‌داری $۰/۶۷۰$ ، $۰/۲۱۱$ و $۰/۵۹۷$ به دست آمده است که نشان

دهنده‌ی برابر بودن خطای واریانس گروه‌ها می‌باشد. همچنین نتایج حاصل از بررسی همگنی شیب رگرسیون برای متغیر نشخوار ذهنی ($F=۰/۴۵۷$, $p=۰/۶۲۷$)، متغیر سلامت روانی ($F=۰/۷۹۰$, $p=۰/۴۲۷$) و احساس تنهایی ($F=۰/۶۳۴$, $p=۰/۵۱۹$) معنی‌دار نیست و این نتایج حاکی از تأیید همگنی شیب رگرسیون متغیرها دارد. بنابراین مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک و تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) رعایت شده است.

با توجه به جدول شماره ۲ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره بر روی نمره‌های نشخوارذهنی، سلامت روانی و احساس تنهایی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون در گروه آزمایشی و گروه کنترل نشان می‌دهد بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). بر این اساس می‌توان بیان داشت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته پژوهش بین گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت سه تحلیل واریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۳ درج شده است.

جدول ۲.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره بر نمره‌های نشخوارذهنی، سلامت روانی و احساس تنهایی در دو گروه

نام آزمون	مقدار	تحلیل واریانس	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری
اثر پلائی	۰/۸۳۶	۱۱/۹۰۷	۹	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدایی ویلکز	۰/۱۶۴	۱۱/۹۰۷	۹	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۱۰۳	۱۱/۹۰۷	۹	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۵/۱۰۳	۱۱/۹۰۷	۹	۲۱	۰/۰۰۱

جدول ۳.

نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی نشخوارذهنی، سلامت روانی و احساس تنهایی در دو گروه

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	تحلیل واریانس	معنی‌داری
نشخوارذهنی	۶۱۴/۶۱۵	۱	۶۱۴/۶۱۵	۴۳/۵۱۸	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۵۰/۷۸۱	۱	۵۰/۷۸۱	۱۲/۹۱۹	۰/۰۰۱
احساس تنهایی	۷۹/۴۸۱	۱	۷۹/۴۸۱	۲۰/۰۴۹	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه از لحاظ نشخوارذهنی، سلامت روانی و احساس تنهایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوارذهنی، سلامت روانی، و احساس تنهایی زنان مطلقه بود. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر ارتقا سلامت زنان مطلقه اثربخش بود. این نتایج همسو با یافته‌های (Shokhmgar, 2016) و Rahim Aghaei, Hatamipour, and Ashoori (2017) می‌باشد. نتایج یافته‌های هم‌راستا نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم تر مؤثر بوده است. طرحواره‌درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود سلامت روان‌شناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. تکنیک‌های طرحواره‌درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود‌یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند (Titov et al., 2015). در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره‌درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود، که می‌تواند سبب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیختگی جسمانی کمتر می‌گردد، که می‌تواند تعیین‌کننده‌ی مفیدی برای سلامت باشد (Panahifar, Yousefi, & Amani, 2014).

از یافته‌های دیگر این بود که طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان مطلقه اثربخش بود. این نتایج همسو با یافته‌های (Rahim Aghaei, Hatamipour and Ashoori (2017) و Mohammad Nejadi and Rabiei (2015) می‌باشد. طرحواره درمانی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند (Rezaei, Ghadampour and Kazemi, (2016 از سوی دیگر طرحواره درمانی به تغییر فرآیندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوارذهنی، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد افسرده برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند ولی در دراز مدت نتیجه‌ی معکوس می‌گیرند پرداخته است (Erfan et al., 2018). طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان فراهم آورده است (Tapia et al., 2018). از آنجا که تأکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجانات مهیا سازد. بر طبق اصول طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی 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 روان‌شناختی می‌شوند. آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگی‌های مخاطره‌انگیز سلامت هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به

رسمیت شناخته شده و به شکل‌های اختلالات اضطرابی گسترش یافته‌اند (Orue, Calvete & Padilla, 2014).

نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زنان مطلقه اثربخش بود. این نتایج همسو با یافته Dickhaut and Arntz (2012) می‌باشد. تبیین این یافته، در واقع توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند، که می‌تواند سبب بهبود انگیزه‌های اجتماعی و ارتباطی بهتر گردد، که سبب کاهش احساس تنهایی اجتماعی و روانی نیز می‌گردد (Carlucci, D'Ambrosio, Innamorati, Saggino & Balsamo, 2018). یکی دیگر از ویژگی‌های طرحواره درمانی پذیرش عادی و طبیعی بودن این نیازهای هیجانی است. هر کودکی نیاز به تربیت، همدلی و مراقبت دارد و به عنوان فردی بزرگسال، همچنان این نیازها را دارند (Rezaei, Ghadampour & Kazemi, 2016). در فرایند طرحواره درمانی فرد می‌آموزد که افراد اطراف خود را به چه شیوه‌ای انتخاب کرده و چگونه به بهترین نحو نیازهای خود را بیان کنند، آنگاه افراد دیگر نیز پاسخ هیجانات آن‌ها را به شیوه‌ای صحیح خواهند داد، در نتیجه تمامی این مسیرهای طی شده منجر به کاهش احساس تنهایی می‌شود نه آن که روابط اجتماعی را از لحاظ تراکم افراد افزایش دهد (Dickhaut & Arntz, 2014). در پایان می‌توان چنین بیان کرد که می‌توان با داشتن مدلی کارآمد بر اساس طرحواره‌های اساسی از میزان طلاق کاست، اثربخشی درمان و مداخله را در اختلافات زناشویی افزایش داده و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزايد است، کاهش داد، وقتی زوجین از طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی منفی اطلاع یابند، بینش‌شان بالا رفته و برای هم دیگر قابل پیش‌بینی‌تر می‌شوند و همچنین ممکن است برداشت متفاوت، متعارض و در نهایت اختلاف زناشویی را به حداقل برسانند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی (پرسشنامه) اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر در شهر ساری انجام شد لذا، نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر نقاط کشور انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش طرحواره درمانی گروهی با دقت و

اطمینان بیشتری بحث کرد. بعلاوه به مشاوران خانواده پیشنهاد می‌شود که از طرحواره درمانی برای کمک به زوجین دارای مشکل و متقاضی طلاق بهره بگیرند.

References

- Balsamo, M., Carlucci, L., Sergi, M. R., Murdock, K. K., & Saggino, A. (2015). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between co-rumination and depression in young adults. *PloS one*, *10* (10), e0140177.
- Bagherinejad, M., SalehiFadardi, J., & Tabatabaee, S. M. (2010). Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational Studies and Psychology*, *11* (1), 38-21. [Persian]
- Bahrami, F., Sudani, M., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2010). Effect of Gestalt Therapy on Self-esteem, Depression, and Loneliness of Depressed Absolute Women. *Social Psychological Studies of Women*, *8*, *1*, 129-145. [Persian]
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, *27* (3), 278-288.
- Cassidy, J. (2012). Loneliness and peer relations in adolescence. *Soc Dev.*, *21*: 273-293. 10.1111/j.1467-9507.2011.00611. x.
- Carlucci, L., D'Ambrosio, I., Innamorati, M., Saggino, A., & Balsamo, M. (2018). Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 133.
- Dasaro, C. R., Holden, W. L., Berman, K. D., Crane, M. A., Kaplan, J. R., Lucchini, R. G., ... & Udasin, I. G. (2015). Cohort profile: World trade center health program general responder cohort. *International Journal of Epidemiology*, dyv099.
- Ditommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, *64* (1), 99-119.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. *45* (2), 242-51.

- Erfan, A., Noorbala, A. A., Amel, S. K., Mohammadi, A., & Adibi, P. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced Biomedical Research*, 7 (1), 72. [Persian]
- Goldberg D. P., & Hillier V. F. (1989). A Scaled Version of General Health Questionnaire. *PSYCHOL MED*, 9 (13), 1- 45.
- Ghasemi, A., & Saroukhani, B. (2014). Social factors of divorce and mental health in couples applying for divorce and non-conformist. *Journal of Cultural Education in Women and Family*, 8 (26), 37-7. [Persian]
- Jokar, B., & Salimi, A. (2009). Psychometric and Validity Measurement of the Selsa-s Loneliness Social-Emotional Scale, *Journal of Shahed University*, 16 (8), 102-123. [Persian]
- Khoshnood, G. A., Shirkavand, N., Ashoori, J., & Arab, S. Z. (2015). Effect of Schema Therapy of on the Happiness and Mental Health of patients with TYPE II Diabets. *Journal of Diabetes Nursing*, 3 (1), 8-18. [Persian]
- Mohammad Nejadi, B., & Rabiei, M. (2015). The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being of divorced women. *Journal of Law Enforcement*, 4 (3), 179-190. [Persian]
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 115.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37 (8), 1281-1291.
- Panahifar, S., Yousefi, N., & Amani, A. (2014). The Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy on Early Maladaptive Schemata Adjustment and the Increase of Divorce Applicants Adaptability. *Kuwait Chapter of the Arabian Journal of Business and Management Review*, 3 (9), 339. [Persian]
- Querstret, D., & Cropley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33 (8), 996-1009.
- Rahim Aghaei, F., Hatamipour, K., & Ashoori, J. (2017). The Effect of Group Schema Therapy on Depression Symptoms and Nurses' Quality of Life. *Nursing Education Journal*. 6 (3), 17-22. [Persian]

- Rezaei, M., Ghadampour, E., & Kazemi, R. (2016). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 7, 4* (28), 45-58. [Persian]
- Sadeghi Fasaei, S., & Isari, M. (2012). Gender Analysis of Life after Divorce: Qualitative Study. *Women in Development and Politics. Women's Research, 10, 3* (38), 5-30. [Persian]
- Sandler, I. N., Wheeler, L. A., & Braver, S. L. (2013). Relations of parenting quality, interparental conflict, and overnights with mental health problems of children in divorcing families with high legal conflict. *Journal of Family Psychology, 27* (6), 915.
- Sands, A., Thompson, E. J., & Gaysina, D. (2017). Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 15* (2), 105-114
- Sbarra, D. A., & Coan, J. A. (2017). Divorce and health: Good data in need of better theory. *Current Opinion in Psychology, 13*, 91-95.
- Schinka, K. C., Van Dulmen, M. H., Mata, A. D., Bossarte, R., & Swahn, M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of Adolescence, 36* (6), 1251-1260.
- Shokhmgar, Z. (2016). Effectiveness of Schema Therapy on reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. *Nasim Health, 5, 1* (17), 1-7. [Persian]
- Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use, 23* (2), 199-205.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2016). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90* (3), 456-479 .
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., ... & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 46* (2), 193-205.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema. (2003). Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27* (3), 247-259.

Victor, C. R., Burholt, V., & Martin, W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27 (1), 65-78.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Yousefi, N., Etemadi, A., Bahrami, Fa., Ahmadi, S. A., & Fatehizadeh, M. S. (2010). Comparison of early maladaptive schemas in divorced and normal spouses as predictors of divorce. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16 (1), 21-33. [Persian]



چکیده مقاله‌ها به انگلیسی