



The Effectiveness of Schema Therapy on Resilience and Social Adjustment in Female Adolescents in Kerman



Hamideh Khasareh^{*1}, Ali Pouladi Reyshahri², Mohammadi Seyed Younes³

1. Msc student of Adolescent Child Clinical Psychology, Payame Noor University of Bushehr, Bushehr, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University of Bushehr, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University of Bushehr, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15326

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.4.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15326)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15326.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

**Resilience,
Schema-Therapy,
Social adjustment.**

Received: 2022/04/11

Accepted: 2022/05/31

Available: 2023/02/09

The purpose of this study to investigate the effectiveness of schema therapy on the level of resilience and social adjustment of adolescents in Kerman. The method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The statistical population of this study included all female students aged 16 to 18 in Kerman, of which 30 were selected by voluntary sampling. Then the experimental and control groups of 15 were randomly assigned. The ten-session schema therapy protocol was performed on the experimental group. In the pre-test and post-test stages, both groups completed the Connor-Davidson Resilience Scale (2003) and the Bell Adjustment Inventory (1961). The results of multivariate analysis showed the schema therapy had a significant effect on the resilience and social adjustment of female students ($P < 0.05$). Because of the importance of adolescents' readiness to cope with the stresses of this period and based on the results, it can be said that resilience and social adjustment can be improved through receiving effective training.

**This article is taken from the master's thesis



* Corresponding Author: Hamideh Khasareh

E-mail: hkhasareh@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان

حمیده خساره^{۱*}، علی پولادی ریشه‌ری^۲، سید یونس محمدی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه پیام نور واحد بوشهر، بوشهر، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد بوشهر، بوشهر، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد بوشهر، بوشهر، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15326

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.4.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15326)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15326.html

چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سطح تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۶ تا ۱۸ ساله شهرستان کرمان در نظر گرفته شد و از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. شیوه‌نامه ده جلسه‌ای طرحواره‌درمانی بر روی گروه آزمایشی اجرا گردید. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره‌درمانی بر سطح تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر تاثیر معناداری دارد ($p < 0.05$). به دلیل اهمیت آمادگی نوجوانان برای مقابله با تنش‌های این دوران و بر اساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی از طریق دریافت آموزش‌های موثر می‌تواند بهبود یابد.

کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری، طرحواره‌درمانی، سازگاری اجتماعی.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

** این مقاله، مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

* نویسنده مسئول: حمیده خساره

رایانامه: hkhasareh@gmail.com

مقدمه

نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوران رشد در زندگی انسان است که بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، دامنه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال را شامل می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). این دوران به دلیل چالش‌های سر راه نوجوانان، نیازمند سازگاری جدی است. با توجه به حساس بودن این برهه باید شرایطی فراهم شود که نوجوانان بتوانند با کمک گرفتن از آن‌ها، تنش ناشی از تغییرات را به خوبی سامان دهد. یکی از مفاهیمی که نقش تعیین کننده در حل مسائل و مشکلات ایفا می‌کند، تاب‌آوری است. تاب‌آوری عبارت است از حفظ کارکرد، علی‌رغم مواجهه با وقایع بالقوه آسیب‌زا و غلبه بر چالش‌هایی که تعادل هیجانی را برهم می‌زند (کایفمن و بونانو، ۲۰۱۰). تاب‌آوری به طور کلی یک ویژگی مرتبط با منش در نظر گرفته می‌شود که بر توانایی سازگاری با شرایط سخت (بایوت و وستنبرگ، ۲۰۱۹)، انعطاف‌پذیری مثبت، تسلط و برگشت به حالت عادی بعد از مواجهه شدن با تنش (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۵) و حفظ تعادل زیستی روانی دلالت دارد (بلوه و درکشان، ۲۰۱۹). در تعریف دیگر به نقل از راتر (۱۹۸۷) تاب‌آوری را تعامل مستمر و پیچیده بین طبیعت و تربیت می‌داند که به واسطه‌ی روابط حمایتی ترغیب می‌شود. به عبارتی تاب‌آوری یک ظرفیت جهانی است که به اشخاص و جامعه اجازه می‌دهد تا با اثرات مخرب مشکلات مقابله کرده و پیشرفت کنند (لوتار و همکاران، ۲۰۰۰). نیمرخ تاب‌آوری شامل چهار جنبه متفاوت است که عبارتند از: ۱) توانش اجتماعی که شامل همدلی، مهارت‌های ارتباطی و انعطاف‌پذیری فرهنگی است، ۲) حل مسئله مانند برنامه‌ریزی، تفکر انتقادی و خلاقیت، ۳) خودگردانی مانند احساس هویت، خودآگاهی، خودکارآمدی و کناره‌گیری سازگاران از شرایط ناسازگار و ۴) احساس هدفمندی و باور به آینده روشن همانند هدف‌گزینی، خوشبینی و روابط معنوی؛ که مجموعه‌ای از ظرفیت ذاتی فرد هستند و تغییر را منجر می‌شوند (ماستن و همکاران، ۱۹۹۰). این سازه، می‌تواند به عنوان عامل واسطه‌ای بین سلامت روان و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با ارتقاء تاب‌آوری شخص می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا از خود مقاومت نشان دهد (آگایی و ویلسون، ۲۰۰۵). افراد با تاب‌آوری بالا، تمایل به مقابله با تنیدگی و دشواری را دارند (ماستن، ۲۰۰۹)؛ خوشبین هستند و دارای همدلی با دیگران، خودپنداره مثبت، رفتارهای اجتماعی سازش یافته می‌باشند (فریبرگ و همکاران، ۲۰۰۳). این ویژگی‌ها افراد را قادر می‌سازد تا شبکه‌های حمایتی و اجتماعی خود را حفظ کنند. مطالعه‌ی کروی و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که تاب‌آوری بالا بر عواطف مثبت، روش‌های حل مسئله و سازگاری افراد اثرگذار است. به عبارت دیگر، مفهوم تاب‌آوری نه تنها به مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط ناخوشایند اشاره ندارد،

بلکه به معنی فعال بودن در ساختن محیط پیرامون خود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و در عین حال رابطه داشتن با دیگران و زندگی کردن در میان چالش‌ها است (ماستن و همکاران، ۱۹۹۰). به طور کلی تاب‌آوری باعث سازگاری بهتر دانش‌آموزان در موقعیت‌ها شده و در رویارویی با مشکلات، تعادل زیستی-روانی را حفظ خواهند کرد (بلوه و درکشان، ۲۰۱۹). تاب‌آوری بالا فرد را چاره‌ساز، قابل انعطاف و مطابق با تغییرات محیطی می‌کند (سیبرت، ۲۰۰۷).

بنابراین یکی از مفاهیمی که می‌تواند به مفهوم تاب‌آوری نزدیک باشد، مفهوم سازگاری اجتماعی است که به صورت عامل رشد روابط اجتماعی و کیفیت در تعاملات بین فردی، مشخص می‌شود (تئودور و همکاران، ۲۰۰۵) منظور از سازگاری اجتماعی، پاسخ دادن مناسب به نیازهای خود در رابطه‌ی فرد و محیط (یارمحمدیان و شرفی راد، ۲۰۱۱) و هماهنگی رفتار با محیط است. ناسازگاری، به ناتوانی فرد برای ایجاد تعادل بین خواسته‌های شخص و انتظارات اجتماع گفته می‌شود که می‌تواند بر روی تمام ابعاد زندگی، نقش داشته باشد (دینگرا و مهنس، ۲۰۰۵). دانش‌آموزان نوجوان، ممکن است ناسازگاری‌های اجتماعی مختلفی را تجربه کنند. اگر این ناسازگاری‌ها بر طرف نشود با ایجاد تنش و اثر آن روی تعاملات، فرد را در معرض مشکلاتی چون افت تحصیلی، اضطراب فراگیر قرار می‌دهد و در شرایط حاد، حتی ممکن است فرد را به سمت خودکشی هدایت کند (گلمن، ۱۹۹۵)؛ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰). نظریه‌های مختلفی از جمله نظریه‌های شناختی و یادگیری معتقدند که سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری آموختنی‌ست و از طریق دریافت آموزش‌های موثر می‌تواند بهبود یابد.

طرحواره‌درمانی درمانی نوین و یکپارچه است که براساس مفاهیم درمانی شناختی، رفتاری بنا شده است. به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و با استفاده از راهبردهای هیجانی، شناختی، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر افکار تحریف شده یاری می‌دهد (رهبرکرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبرکرباسدهی، ۱۳۹۸). طرحواره‌ها، الگوهای فراگیر و درون‌مایه‌های عمیقی هستند که از خاطرات، هیجانات و تعامل خلق و خو فطری با تجارب ناکارآمد تشکیل شده‌اند. تشکیل طرحواره‌ها به دوران کودکی بر می‌گردد و در طول زندگی ادامه دارند. هدف طرحواره‌درمانی، تعدیل و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد (پرایمر و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعات گونزالس (۱۹۸۰) و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد که در نوجوانان طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد و بهترین راه برای جلوگیری از نمود آن‌ها، رسیدن به یک ثبات عاطفی است. مرادحاصلی و یارمحمدی واصل (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی دانش‌آموزان اثربخش بوده است. همچنین پژوهشگران در یافته‌های

1. Coifman & Bonanno
2. Blote & Westenberg
3. Lazaros & Folkmen
4. Beloe & Derakshan
5. Rutter
6. Lutter et al
7. Mastten et al
8. Agaibi & Wilson
9. Masten

10. Friberg et al
11. Crowley et al
12. Conner & Davidson
13. Siebert
14. Teodoro et al
15. Dhingra & Manhas
16. Golman
17. Priemer et al
18. Gonzales et al

کنترل و تأثیرات معنوی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و نیز روایی همزمان آن را ۰/۸۸ گزارش کردند. در ایران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۱ و روایی را ۰/۹۳ گزارش کردند (کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. پرسشنامه سازگاری^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بل^۵ تدوین گردید. پرسشنامه سازگاری بل در دو طیف سنی ارایه گردیده است که یکی مربوط به دانش‌آموزان، دانشجویان و دیگری برای بزرگسالان است. هر فرم پنج بعد را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و سازگاری اجتماعی. کل پرسشنامه ۱۶۰ سوال دارد و به صورت بلی (نمره یک) و خیر (نمره صفر) نمره گذاری می‌شود (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). هر چه نمره ی آزمودنی بالاتر باشد سازگاری کمتری خواهد داشت. در مطالعه ی اخیر از خرده مقیاس سازگاری اجتماعی که ۳۲ سوال دارد استفاده خواهد شد. بل (۱۹۶۲) ضرایب اعتبار را برای خرده مقیاس سازگاری اجتماعی ۰/۸۸ و برای کل آزمون ۰/۹۴ گزارش کرده است. در پژوهش فتیحی آشتیانی و داستانی پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸).

روش مداخله: پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. بسته‌ی طرحواره‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی تمامی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. اجرای این مداخله، به صورت مجازی (جلسات تصویری در گوگل میت)، به مدت ده جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه انجام شد و پس از آزمون هم یک هفته بعد از اتمام جلسات، برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

جدول ۱: فرآیند طرحواره‌درمانی در ۱۰ جلسه

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی اعضای گروه باهم؛ آشنایی کلی با طرحواره‌درمانی	معرفی و آشنایی افراد با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروه و مسئله رازداری؛ بیان اهداف و مفهوم طرحواره و طرحواره‌درمانی	اجرای فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ
دوم	درک ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، ارتباط دادن طرحواره‌ها و مشکلات فعلی، کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره	سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی؛ شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضا	تصویرسازی ذهنی با افراد مهم زندگی مانند والدین، همسالان و سایر افرادی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشتند.
سوم	پی بردن به سبک‌های مقابله‌ای و شناختن ماهیت خودآسیب‌رسان سبک‌های مقابله‌ای	آشناکردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای و مقابله‌ای و بررسی انواع آن‌ها در چند نفر از اعضا	یادداشت سبک‌های مقابله‌ای در زندگی روزمره

خود، اثر طرحواره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی (دیکت و آرتنز، ۲۰۱۴)، تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به سرطان (سیف و همکاران، ۱۳۹۸) و تعاملات اجتماعی و سازگاری اجتماعی (بابوت و وستنبرگ، ۲۰۱۹) را نشان دادند. در پژوهش ستوده‌فر (۲۰۱۵) که با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر میزان تاب‌آوری و تنظیم هیجانی دختران نوجوان مبتلا به شخصیت مرزی انجام شد، نتایج این پژوهش اثر مثبت این روش درمانی را نشان داد. باید توجه داشت که با وجود مطالعات گوناگون درخصوص تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی، مطالعات اندکی در خصوص این مورد با اثربخشی طرحواره‌درمانی در نوجوانان صورت گرفته است. علاوه بر این، بیشتر این مطالعات بر روی جمعیت بالینی انجام شده است و مداخله‌ی طرحواره‌درمانی به ندرت در جمعیت بهنجار بررسی شده است و همچنین پژوهش‌های جامعی که به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر دو متغیر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی به‌طور همزمان بپردازد انجام نگرفته است. دلیل انتخاب جامعه‌ی نوجوانان، وجود دوره‌ی بحرانی و اهمیت تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی برای این گروه است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شهر کرمان طرح ریزی شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان ۱۶ تا ۱۸ ساله شهرستان کرمان در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ بود. برای انتخاب نمونه، ۱۰۰ نفر از ۶ مدرسه به صورت در دسترس انتخاب شدند و از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مونث، دامنه سنی ۱۶-۱۸ سال، مقطع تحصیلی پایه ده تا دوازده متوسطه و عدم درمان روانشناختی و پزشکی. ملاک خروج از پژوهش، شامل تمایل نداشتن شرکت‌کننده‌ها به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود. برای ملاحظات اخلاقی اجرای پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد و برای رازداری درمورد اطلاعات اطمینان داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس با کمک نرم افزار SPSS انجام شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر عبارت بودند از:

پرسشنامه تاب‌آوری^۲: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ساخته و اعتباریابی شده است. این ابزار غربالگری، ۲۵ گویه دارد و برای افراد ۱۵ سال به بالا قابل اجراست. این مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا کاملاً درست (چهار) است. نتایج تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این آزمون پنج زیرگروه اصلی را نشان می‌دهد: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن،

1. Dickhaut & Arntz
2. Resilience Scale
3. Conner & Davidson

4. Adjustment Inventory
5. Bel

چهارم	طرح‌ریزی موضعی منطقی و عقلانی در برابر طرحواره‌ها	آزمون اعتبار طرحواره‌ها؛ جمع‌آوری شواهد عینی تایید کننده و ردکننده و فعلی که از برای طرحواره‌ها آن‌ها را رد می‌کنند.	جمع‌آوری فهرستی از شواهد زندگی گذشته و فعلی که از طرحواره‌ها حمایت یا آن‌ها را رد می‌کنند.
پنجم	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره‌درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار	تصویر تکنیک تصویرسازی ذهنی در خارج از جلسه
ششم	اجرای تکنیک شناختی، بی اعتقاد کردن اعضا به حمایت‌کننده طرحواره؛ کسب کردن روش‌های تفکر و احساس سالم‌تر و جدیدتر	بررسی فرم ثبت طرحواره و کارت‌های آموزشی؛ تعریف جدید از شواهد تاییدکننده، به‌کاربردن تکنیک گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره با اقتباس از تکنیک صندلی خالی	به‌کار بردن تکنیک صندلی خالی در بیرون از جلسه
هفتم	استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره‌درمانی	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره	ساخت کارت آموزشی
هشتم	تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر	شیوه‌های رفتاری برای تغییر رفتار، غلبه بر موانع تغییر رفتار.	ایجاد تغییرات مهم در زندگی، تمرین رفتارهای سالم در ابتدا از طریق تصویرسازی
نهم	آموزش روش‌های الگوکنی رفتار	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار	تمرین رفتارهای سالم در زندگی روزمره
دهم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل.	مرور تمرین‌ها، مفاهیم و مهارت‌های مدنظر هر فرد، نتیجه‌گیری.	

برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی لازم است مدل رگرسیونی گروه و نمرات پیش‌آزمون را مورد برآزش قرار دهیم. در جدول ۳، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون بررسی و گزارش شد. با توجه به سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ مشخص می‌شود که همگنی شیب رگرسیون برقرار است.

جدول ۳: بررسی همگنی شیب رگرسیون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
گروه# پیش‌آزمون تاب‌آوری	۰/۶۳۰	۱	۰/۰۹۰	۰/۹۲۶
گروه# پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی	۳۶۳/۱۷۴	۱	۶/۸۹۳	۰/۱۴۰

در جدول ۴ هنجار بودن داده‌ها از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک ارزیابی شد و سطح معناداری برای متغیرهای تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است همچنین، برای بررسی همگنی واریانس، در متغیرهای تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی از آزمون لوین استفاده شد، سطح معناداری در تعامل بین متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل بیشتر از ۰/۰۵ بوده و برای تمامی متغیرها معنادار نیست که نشان‌دهنده رعایت شدن، فرض همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۴: آزمون توزیع نرمال بودن داده‌ها

متغیرها	کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
تاب‌آوری	۰/۱۶۹	۰/۲۰۸	۰/۹۳۴	۰/۰۶۴
سازگاری اجتماعی	۰/۰۸۵	۰/۲۰۰	۰/۹۸۳	۰/۹۰۲

همانگونه که در جدول ۵ ارائه شده است، با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در تاب‌آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار اثر	اندازه معناداری
پیش‌آزمون	۵۸۸/۱۰۴	۱	۵۸۸/۱۰۴	۸۴/۰۹۱	۰/۰۱	۰/۷۵۷
گروه	۱۷۱/۷۶۷	۱	۱۷۱/۷۶۷	۲۴/۵۶۰	۰/۰۱	۰/۴۷۶
خطا	۱۸۸/۸۳۰	۲۷	۴/۹۹۹			
کل	۹۱۵۷/۰۰۰	۳۰				

نتایج

جدول ۲ اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون را برای هر یک از متغیرهای وابسته مورد مطالعه در دو گروه آزمایش (n=15) و کنترل (n=15) نشان می‌دهد. براساس نتایج توصیفی مندرج در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری و نمرات سازگاری اجتماعی برای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی

متغیر	مرحله	گروه			
		کنترل	آزمایش		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۵/۷۰۵	۱۵/۸۶۶	۶/۵۱۸	۱۳/۷۳۳
	پس‌آزمون	۴/۸۶۹	۱۵/۰۰۰	۵/۶۳۷	۱۸/۲۶۶
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵/۷۱۹	۵۶/۶۶۶	۱۱/۵۰۱	۶۲/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱۵/۹۴۱	۵۹/۰۰۰	۱۵/۱۴۱	۵۳/۴۰۰

معادل افزایش تاب‌آوری در استرس‌های ادراکی است (پول و همکاران، ۲۰۱۷).

تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (تقی زاده و همکاران، ۱۳۹۲) و طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در این موقعیت فعال شوند (سینکا و همکاران، ۲۰۱۲). هنگامی که طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند افراد سطوح بالایی از هیجانات متخلف را تجربه می‌کنند. داشتن تاب‌آوری مستلزم شناخت از خود و آگاهی از هیجانات برخاسته از طرحواره است، بنابراین شناخت و تعدیل آن‌ها و جایگزین کردن طرحواره‌های سازگار می‌تواند باعث ایجاد باورهای زیربنایی سالم‌تر و در نتیجه به تقویت تاب‌آوری کمک می‌کند (لیهی و تریچ، ۲۰۱۱). طرحواره‌درمانی با تاکید بر اهمیت تغییر الگوهای بنیادین ناسازگار و تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار در شرایط ویژه برای جایگزین کردن الگوهای سازگار (رهبرکرباسدهی و همکاران، ۱۳۹۸)، باعث سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار می‌شود که این خود بخشی از تعریف تاب‌آوری است (بایوت و وستنبرگ، ۲۰۱۹).

در پژوهش حیدری و همکاران (۲۰۱۶) مشخص شد درمان مبتنی بر طرحواره، با به‌کار گرفتن تکنیک‌های ثبت برنامه هفتگی، جمع‌آوری شواهد رد کننده، غلبه بر الگوهای اجتنابی و جرأت مندی بر سازه‌ی تاب‌آوری تاثیرگذار است. همچنین تکنیک تصویرسازی ذهنی، علاوه بر شناسایی طرحواره و یافتن ارتباط آن‌ها با امور زندگی، باعث فاصله گرفتن از سبک مقابله‌ای اجتناب و تجربه کردن موقعیت می‌گردد. از طرفی با توجه به ارائه کارتهای آموزشی، شرکت فعال فرد در موقعیت‌های مختلف افزایش پیدا می‌کند زیرا هدف آن کارتهای، شناسایی انگیزه‌ی مقابله با طرحواره و هشیار نمودن فرد برای تغییر موقعیت است که این خود بخشی از تاب‌آوری معنا می‌شود (سمورتی، ۲۰۱۵). باتوجه به قرار داشتن نوجوانان، در دوره غلیان هیجانات، مداخله مستقیم در طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر است در افزایش تاب‌آوری موثر باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان موثر است. بنابراین فرضیه دوم تایید شد. نتایج پژوهش سجادی و همکاران (۲۰۱۶)، لمپ (۲۰۰۹)، سلیمانی و همکاران (۱۳۹۶) با نتایج این پژوهش همسو است. در راستای تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان گفت از آن جایی که نوجوانی، دوران حساس بحران‌های هویتی و روانی است، ممکن است باعث عدم سازگاری در اجتماع شود. همچنین یکی از دلایل قوی در مورد ناسازگاری نوجوانان، خطاهای شناختی و باورهای معیوب در موقعیت‌های اجتماعی است که ریشه در خاطرات کودکی و محیط شخص دارد. با در نظر گرفتن خطاهای شناختی و الگوهای از پیش تعیین شده، درمان‌هایی که نظام باور فرد را تغییر دهند موفق‌تر هستند. طرحواره‌درمانی با شناخت الگوهای فردی و تنظیم سبک‌های مقابله‌ای در مورد سازگاری اجتماعی نوجوانان مفید واقع شده‌است.

به منظور آزمودن تاثیر طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری ($p < 0.01$) بدین معناست که بین نمرات پیش‌آزمون تاب‌آوری و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد، همچنین پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون متغیر تاب‌آوری نیز معنادار است ($p < 0.01$) و فرضیه تایید می‌شود. به عبارت دیگر بین آزدنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه تحقیق مقدار اندازه اثر برای تاب‌آوری ۰/۴۷۶ است بدین معنا که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون زیاد بوده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه

دو گروه آزمایش و کنترل در سازگاری اجتماعی						
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۴۵۲/۵۲۳	۱	۳۴۵۲/۵۲۳	۶۵/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
گروه	۶۲۶/۹۲۴	۱	۶۲۶/۹۲۴	۱۱/۸۹۸	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴
خطا	۱۳۶۹/۸۹۸	۲۶	۵۲/۶۸۸			
کل	۱۱۱۳۸/۰۰۰	۳۰				

برای بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر سازگاری اجتماعی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در جدول ۶ نشان داد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنادار است ($p < 0.01$). بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی نیز معنادار است ($p < 0.01$) و این فرضیه تایید می‌شود. به عبارت دیگر، بین آزدنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار اندازه اثر برای سازگاری اجتماعی ۰/۳۱۴ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر انجام شد. بررسی نتایج حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر موثر است. بنابراین فرضیه اول تایید شد. نتایج پژوهش رهبرکرباسدهی و همکاران (۱۳۹۸)، زمزمی و همکاران (۲۰۱۴) و پرنور (۱۳۹۴) که از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود تاب‌آوری حمایت کرده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همخوان و همسو است و با پژوهش ستوده‌فر (۲۰۱۵) ناهمسو می‌باشد. در راستای تبیین این پدیده می‌توان بیان کرد که در واقع فرایند طرحواره‌درمانی و استفاده از راهبردهای سازگاران برای تنظیم هیجانات

منابع

بنابر رویکرد طرحواره‌درمانی فرض بر این است که هدایت‌کننده‌ی تعاملات انسان، الگوهای عمیقی است که از کودکی براساس رابطه فرد با محیط و شخصیت او شکل گرفته است. طرحواره همچنین می‌تواند به عنوان یک چهارچوب ذهنی الگوهای از پیش تعیین شده تعریف شود که نمایانگر مفاهیم جهان برای فرد است. به عبارتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به باورهای منفی عمیقاً ریشه‌دار درباره‌ی خود، دیگران و دنیا اشاره می‌کند. علاوه‌براین انسان‌ها، برمبنای روشی که خود و محیط را درک می‌کنند، با دیگران به ارتباط می‌پردازند (یانگ و همکاران؛ ترجمه حمیدپور، ۱۳۹۱). بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سازگاری با اجتماع نقش اساسی دارد. طرحواره درمانی، بدان معناست که فرد الگوهای درونی خود را به خوبی درک کند، علاوه بر آن درک و فهم خود را برای امور زندگی و در سازگاری با اجتماع گسترش دهد. تکنیک گفتگوی خیالی و نامه نوشتن به فرد کمک می‌کند تا علاوه بر ابراز احساسات، از طرحواره‌های خود آگاه شده و در مسیر تغییر آن‌ها حرکت کند. اجرای برنامه‌های آموزشی بهبوددهنده، سطح بهزیستی افراد را بالا می‌برد (نوران و یونس، ۱۳۹۵) از طرفی آموزش گروهی، این فرصت را به نوجوانان می‌دهد تا مهارت‌های ارتباطی و شرکت در امور اجتماعی را تجربه کنند، تعهد بیشتری نسبت به انجام وظایف گروهی داشته باشند و در نهایت اعتماد به نفس خود را باز می‌یابند (امامی و فاتحی زاده، ۱۳۷۹).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان مدت زمان کوتاه اجرا، عدم پیگیری و آزمودن مکرر اثربخشی، شیوه نمونه‌گیری دردسترس و در نتیجه دشواری در تعمیم‌دهی بوده است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با حجم نمونه‌ی بالاتر استفاده شود. از آنجایی که اثربخشی تکنیک‌های آموزشی به زمان بیشتری نیاز دارد پیشنهاد می‌شود جلسات طرحواره درمانی افزایش یابد. در مقالات آتی می‌توان بعد از یک ماه از اتمام آزمایش، برای اندازه‌گیری مکرر و پیگیری روند اثربخشی، پرسشنامه‌ها را به هردو گروه داده و اطلاعات را تحلیل کرد؛ همچنین به علت نقش گروه در فرآیند درمان، اثربخشی طرحواره درمانی به صورت انفرادی نیازمند پژوهش است.

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است. همچنین مقاله از حمایت مالی برخوردار نبود.

رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی؛ رهبر کرباسدهی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۵(۴)، ۷۳-۹۰.

سیف حسینی، آ؛ اسدی، ج؛ ثناگو، ا و خواجه‌نوشلی، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(ویژه نامه ۱)، ۴۱۱-۴۲۰.

صیادی، گونا؛ گل محمدیان، رشیدی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۷(۱)، ۸۹-۱۰۰.

سلیمانی، علی؛ صادقی، سمیرا؛ الهام؛ الیاسی، فرنگیس. (۱۳۹۶). نقش رویکرد طرحواره درمانی بر سرمایه‌های روانشناختی و روش‌های دلبستگی زوجی آشفته. *نهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی*.

فتحی آشتیانی، علی؛ داستانی، محبوبه. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: انتشارات بعثت.

قدیمی نوران، میترا؛ یونس، جلیل. (۱۳۹۵). ساخت و روایی مقیاس سرمایه روان‌شناختی و رابطه آن با بهزیستی ذهنی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۷(۲۵)، ۱۸۶-۱۵۹.

کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل؛ امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۸۵۷-۸۶۵.

گلمن، دانیل. (۱۹۹۵). *هوش هیجانی*. ترجمه نسرين پارسا (۱۳۸۰). تهران: رشد.

مرداحصالی، مستانه؛ یارمحمدی اصل، مسیب. (۱۳۹۹). اثر طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۱)، ۲۵-۱۷.

یارمحمدیان، احمد؛ شرفی راد، حیدر. (۲۰۱۱). تحلیل رابطه‌ی بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی در نوجوانان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۲(۴)، ۳۵-۵۰.

یانگ، ج؛ کلوکوز؛ وینار، م. (۱۳۸۶). *طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)*. ترجمه ح، حمیدپور و ز، اندوز. جلد اول، ۲۰۰۸. تهران: انتشارات ارجمند.

- Agaibi, C.E; Wilson, J.P.(2005). Trauma, PTSD, And Resilience. A *Review Of The Literature. Trauma, Violence, & Abuse*; 6(3), 195-216.
- Beloe, P. and Derakshan, N. (2019). Adaptive working memory training can reduce anxiety and depression vulnerability in adolescents. *Developmental Science*;23(4), 100.107.
- Blöte, A. W. and Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*.7(1), 110-118.
- Coifman, K. G., & Bonanno, G. A. (2010). When distress does not become depression: Emotion context sensitivity and adjustment to bereavement. *Journal of abnormal psychology*, (3),119-479.
- Connor, K. M. and Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CDGRISC). *Depression and anxiety*.18(2), 76-82.
- Crowley, B. J., Hayslip, B., Jr., & Hobdy, J. (2003). Psychological hardness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10(4), 237-248.
- Dhingra, R., Manhas, S., & Thakur, N. (2005). "Establishing Connectivity of Emotional Quotient (E.Q), Spiritual Quotient with Social Adjustment: A Study of Kashmiri Migrant Woman", *J. Hum. Ecol.* 18 (94), 313-317.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Gonzales, N., Jensen, M., Montano, Z., Wynne, H., Caldera, Y. M., & Lindsey, E. (2014). The cultural adaptation and mental health of Mexican American adolescents. *Handbook of Mexican American children and families: Multidisciplinary perspectives*, 182-196.
- Heydari, M., Bakhtiyarpour, S., Makvandi, B. Naderi, F., & Hafezi, F. (2016). The effectiveness of FRIENDS program training in children's anxiety in Shiraz. *Psychological methods and models*; 7(24), 89-100. [Persian].
- Lampe LA. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 43(10), 887-98.
- Lazarus R. S., f Folkman, S. (1985), *Stress Appraisal and coping*. New York, Springer, Pub, Company.
- Luthar, S.S. Cicchetti, D.C & Becker, B. (2000). The construct of resilience: Acritical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, (71), 543-562.
- Masten, A. S. (2009). Ordinary magic: Lessons from research on resilience in human development. *Education Canada*, 49(3), 28-32.
- Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: *Risk and protective factors in the development of psychopathology içinde* 236-257.
- Poole, J. C., Dobson, K. S. and Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*. (217), 144-152.
- Priemer, M., Talbot, F., French, D.J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomized controlled trial. *Behavior Change*, (32), 59-73.
- Sajjadi S, Golmohammadian M, Hojatkah M. (2016). Effectiveness of schema therapy on academic adjustment in high school female students in Kermanshah. *Journal of Counseling Research*. 15(58), 4-17. [Persian].
- Siebert. Al. (2007). *How to Develop Resilience Strengths*.
- Sotoudehfar, F. (2015). Comparison of Reality Therapy and Schema therapy on resiliency and emotion regulation in female adolescents with borderline personality experienced emotional breakdown, *Master's Thesis, Islamic Azad University of NajafAbad*. [Persian].
- Teodoro, M. L. M., K ppler, K. C., de Lima Rodrigues, J., de Freitas, P. M., & Haase, V. G. (2005). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) and its adaptation for Brazilian children and adolescents. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 239-246.

<http://www.who.int/health-topics/adolescent-health/e/2022/03/23>.