

تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر خوابگاهی

The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Female dormitory Students

Payam Varaee

Graduated from the Master of General
 Psychology, Razi University of Kermanshah.
payam.varaee@gmail.com.

Saba Poordad

Graduated from the Master of General
 Psychology, Razi University of Kermanshah.

Rezvan Darabi

Graduated from the Master of Clinical
 Psychology, Islamic Azad University of
 Boroujerd

پیام ورعی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه

سیا پورداد

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه.

رضوان دارابی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بروجرد.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش میزان افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر خوابگاهی بود. این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه فاطمیه شهر کرمانشاه است. ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه با توجه به ملاک ورود و خروج انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل، گمارده شدند. مداخله طرح‌واره درمانی هیجانی طی ۹ جلسه بروی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه افسردگی بک - فرم کوتاه، مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان و پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی لپی بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان دادند که طرح‌واره درمانی هیجانی به طور معناداری منجر به کاهش افسردگی و احساس تنهایی در دانشجویان می‌گردد ($P < 0/05$). بنابراین طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش میزان افسردگی و احساس تنهایی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی هیجانی، افسردگی، احساس تنهایی، دانشجویان دختر، خوابگاهی.

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of Emotional Schema Therapy in decreasing depression and Feeling loneliness of dormitory Female. This experimental study is a post-test pre-test with the control group. The statistical population of the study was female students residing in Fatemeh dormitory in Kermanshah. Among these students, 24 volunteers were selected according to the entry and exit criteria. They were randomly assigned to experimental and control groups. The Emotional Schema Therapy was implemented during 9 sessions in the experimental group. The research tool was Beck-short form Depression Inventory (BDI-S) and the SELSA-S Sensory Loneliness Scale And the therapeutic protocol of the emotional schema therapy. Covariance analysis was used to analyze the data. The results showed that the emotional health plan significantly reduces the feeling of depression and loneliness ($P < 0.05$). Therefore, the Emotional Schema Therapy seems to be effective in reducing depression and loneliness.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Depression, Loneliness, Female Students, Dormitory.

مقدمه

دانشجویان خوابگاهی با توجه به مسائلی از جمله دوری از خانواده، ورود به محیط جدید، مشکلات درسی و ناتوانی در تصمیم‌گیری در معرض اختلالاتی مانند استرس، اضطراب و افسردگی قرار دارند (تاجیک زاده، صادقی، مهرایی زاده هنرمند و داودی، ۱۳۹۴، پاسدار و همکاران، ۱۳۹۳؛ مرتضوی طباطبائی، ۱۳۹۲؛ باختر، رضاییان، ۱۳۹۵).

افسردگی^۱ با ویژگی‌هایی نظیر خلق به‌شدت پایین، بی‌لذتی و بازداری کنش‌های شناختی و هیجانی اختلالی شایع، مزمن و عودکننده در سرتاسر جهان است (لاکدوآلا، هان کین و مرلمشتاین^۲، ۲۰۱۰). در ایران نیز میزان شیوع افسردگی نسبت به آمار جهانی بالاتر است (فلاح، فرهادی و مهاجری، ۱۳۹۰). افسردگی از پرهزینه‌ترین اختلالات نیروی کار است. مبتلایان به افسردگی تقریباً ۲۷ برابر بیشتر از افراد سالم با نقص و ناتوانی در انجام وظایف مواجهه هستند (کندی، ابات و پایکل^۳، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر احساس تنهایی^۴ به‌عنوان تهدیدکننده سلامت روان با عواملی مانند افزایش افکار خودکشی (کید^۵، ۲۰۰۴) و آسیب در عملکردهای شناختی مغز (ویلسون، کروگر، آرنولد، اشنایدر، کلی و همکاران^۶، ۲۰۰۷) در ارتباط است. احساس تنهایی تجربه‌ای مشترک در انسان‌ها است. به‌طوری‌که آمارها نشان می‌دهند که ۸۰ درصد جوانان زیر ۱۸ سال و ۴۰ درصد از بزرگسالان بالای ۶۵ سال حداقل در برخی مواقع با این احساس ناخوشایند روبه‌رو شده‌اند (هاو کلی و کسپو^۷، ۲۰۱۰). احساس تنهایی ارزیابی ذهنی فرد از موقعیتی است که در آن قرار دارد، به‌گونه‌ای که اگر فرد تعداد روابط با دوستان را کمتر از حد مورد انتظار خود ارزیابی کند و یا در روابط دوستانه و صمیمانه خود به آن میزان که می‌خواهد احساس صمیمیت نکند، دچار احساس تنهایی خواهد شد (گرولد و وان تیلبرگ^۸، ۲۰۱۰). به‌عبارتی دیگر، یک فرد می‌تواند به‌تنهایی زندگی کند ولی احساس تنهایی نداشته باشد، درحالی‌که ممکن است فرد دیگری حتی در یک محیط اجتماعی به‌ظاهر غنی احساس تنهایی داشته باشد. به همین دلیل احساس تنهایی یک تجربه ذهنی منفی برآمده از ارزیابی شناختی فرد درباره کمیت و کیفیت روابط اجتماعی خویش است. هر میزان فاصله این ارزیابی شناختی با آنچه فرد از روابط اجتماعی خود انتظار دارد بیشتر باشد، احساس تنهایی بیشتر خواهد بود (هاو کلی و کاسیو^۹، ۲۰۱۰).

طرح‌واره درمانی هیجانی^۹ یک رویکرد درمانی فراشناختی (فرا هیجانی) یکپارچه ساز است که بر اساس مدل طرح‌واره‌های هیجانی ساخته شده است (لهی^{۱۰}، ۲۰۱۱، لهی، تریچ و ناپولیتانو^{۱۱}، ۲۰۱۱). این الگوی درمانی حاصل ترکیب مدل فراشناختی ولز^{۱۲} (۲۰۰۹) و درمان هیجان مدار گرین برگ^{۱۳} (۲۰۱۷) است. طرح‌واره درمانی هیجانی را شکل هیجان محور رفتار درمانی شناختی است که بر پایه شش اصل کلیدی بنا نهاده شده است: (۱) هیجان‌های دردناک همگانی هستند، (۲) هیجان‌ها در جریان تکامل ظهور یافته‌اند و دارای ارزش بقا و سازگاری هستند، (۳) طرح‌واره‌های مربوط به هیجان مشخص می‌کنند که هر هیجان چه تأثیری بر تداوم یا افزایش بیشتر یک هیجان دارد، (۴) طرح‌واره‌های هیجانی درد سر ساز هیجان را به صورت فاجعه‌آمیز، بی‌معنی، پایدار، غیرقابل کنترل، شرم‌آور و منحصر به فرد توصیف می‌کند، (۵) راهبردهای کنترل هیجان مانند تلاش برای سرکوبی، نادیده انگاشتن و خنثی سازی به تأیید باورهای منفی که هیجان‌ها تجربیاتی غیرقابل تحمل هستند کمک می‌کند، (۶) اعتبار یابی و ابراز هیجان به افتراق هیجان‌های مختلف از یکدیگر، کاهش احساس گناه و شرمساری، بهنجارسازی و بهبود درک هیجان و تقویت باور تحمل‌پذیر بودن هیجان کمک می‌کند (لهی، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها ارتباط طرح‌واره درمانی هیجانی را با مجموعه وسیعی از اختلالات، از قبیل وسواس فکری-عملی (لهی، ۲۰۰۷)، اضطراب مقاوم به درمان (لهی، ۲۰۰۷)، اضطراب منتشر (رحیمیان بوگر، کیان ارثی و تربران، ۱۳۹۲) گزارش کردند. کیانی، سلطانی، دالوندی، قاصدی و محمودی (۱۳۹۴) نشان دادند که بیش از نیمی از دانشجویان دختر احساس تنهایی متوسط به بالا داشتند. در این راستا یافته‌های پژوهش‌های خالقی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۵)، رضایی، غضنفری و رضایی (۱۳۹۵)، رضایی، قدم پور، رضایی و کاظمی (۱۳۹۴) به ترتیب حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش شدت افسردگی، اندیشه‌شناسی، نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بودند. خان‌زاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان نیز (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که تمامی ابعاد طرح‌واره‌های هیجانی (به‌جز تلاش برای منطقی بودن) با افسردگی ارتباط معناداری دارند. در ادامه مرواریدی (۱۳۹۵)، حساس (۱۳۹۶) و پیرانی (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که

¹ Depression

² Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein

³ Kennedy, Abbott & Paykel

⁴ Loneliness

⁵ Kidd

⁶ Wilson, Krueger, Arnold, Schneider, Kelly & et al

⁷ Hawkley & Cacioppo

⁸ Gierfeld & Van Tilbur

⁹ Emotional Schema Therapy

¹⁰ Leahy

¹¹ Tirsch & Napolitano

¹² Wells

¹³ Greenberg

طرح‌واره درمانی هیجانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش طرح‌واره‌های منفی، کاهش بی‌ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن و افزایش نظم جویی هیجانی و موجب افزایش طرح‌واره هیجانی مثبت شده است. پژوهش‌های واتسون، گوردون، استرماک، کالوگرماکوس و استکللی^۱ (۲۰۰۳) و گلدمن، گرینبرگ و آنگوس^۲ (۲۰۰۶) نیز نشانگر اثربخشی درمان تجربی-رشد (هیجان محور) بر کاهش میزان افسردگی بودند. در پژوهش‌های دیگر نیز لپی، تریچ و ناپولیتانو (۲۰۱۱) نشان دادند بعضی از طرح‌واره‌های هیجانی بی‌شترین نقش را در پیش‌بینی افسردگی داشتند. در ادامه کالیه، بدری، بهرامی و حسینی (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی هیجانی منجر به کاهش معنادار سطوح افسردگی می‌شود. اما به نظر می‌رسد پژوهشی که به‌طور همزمان بخواهد اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر افسردگی و احساس تنهایی را در دانشجویان بررسی کند انجام‌نشده است. بدین منظور برای غنای پیشینه پژوهشی در این زمینه و توجه به نقش منفی افسردگی و احساس تنهایی بر زندگی شخصی، تحصیلی و اجتماعی دانشجویان و تأثیری که کاهش افسردگی و احساس تنهایی بر ارتقاء عملکرد اجتماعی، فردی و تحصیلی دارد، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دختران دانشجو خوابگاهی درصدد بررسی فرضیه‌های زیر است:

فرضیه اول: طرح‌واره درمانی هیجانی موجب کاهش افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی می‌شود.

فرضیه دوم: طرح‌واره درمانی هیجانی موجب کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر خوابگاهی می‌شود.

روش تحقیق

روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن، دو گروه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که دیاگرام آن به‌صورت زیر است:

RE T2 X T1
 RC T1 -- T2

با توجه به الگوی شیوع افسردگی ۱،۵ تا ۳ برابر در میان زنان نسبت به مردان (کاری لو، راجو و استاتز، ۲۰۰۴) در این پژوهش از نمونه دختران استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر خوابگاه فاطمیه به تعداد ۴۰۰ نفر است. روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود به‌گونه‌ای که پس از درج آگهی در تابلو اعلانات خوابگاه فاطمیه مبنی بر برگزاری رایگان کارگاه طرح‌واره درمانی از کلیه دانشجویان داوطلبی که مراجعه کردند، پرسشنامه‌های احساس تنهایی و افسردگی بک (فرم کوتاه) را توزیع و اخذ شد. پاسخگویی کامل (پیش‌آزمون) نمرات آن‌ها محاسبه شد. دانشجویانی که نمره احساس تنهایی آن‌ها پایین و افسردگی شان نسبت به بقیه افراد بالاتر بود، دعوت به مصاحبه شدند و بعد از انجام مصاحبه از میان دانشجویانی که واجد شرایط معیار ورود بودند ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمام شرکت‌کننده در پژوهش اخذ شد.

معیار ورود: ۱- حداکثر دو ترم در خوابگاه سکونت داشته باشد، ۲- دانشجوی ترم اول باشد، ۳- دانشجوی رشته‌های تحصیلی مشاوره و روان‌شناسی نباشد و ۴- عدم اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر.

ملاک خروج نداشتن هرکدام از ملاک‌های ورود و عدم تمایل به همکاری با پژوهشگران در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک - فرم کوتاه^۳ (*BDI-S*). آزمون افسردگی بک یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین آزمون‌ها در

سنجش افسردگی است. در این پژوهش از فرم ۱۳ سؤالی آزمون افسردگی بک ویرایش ایرانی که توسط منصور و دادستان (۱۳۶۸) ترجمه و گزارش شده است استفاده شد. رجبی (۱۳۸۴) ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه را مورد بررسی قرار داد و ضریب آلفای کرونباخ و دونیم کردن را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲ و همبستگی فرم کوتاه و بلند را ۰/۶۷ گزارش کرد.

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگ سالان^۴ (*SELSA-S*). این پرسشنامه ۱۵ سؤال دارد. هدف آن بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی افراد (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) است. شیوه نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (یک تا پنج) از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است، این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤال شماره ۱۴ معکوس

¹ Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley

² Goldman, Greenberg & Angus

³ Beck Depression Inventory Short Form Items

⁴ Social and Emotional Loneliness Scale for Adults

است. برای به دست آوردن نمره کل پرسشنامه، می‌توان مجموع نمرات سؤالات را محاسبه کرد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است. مؤلفان این مقیاس (دی توماسو، برانین و بست، ۲۰۰۴)، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. در ایران نیز جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. ضریب پایایی برای ابعاد احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ بوده که با توجه به تعداد گویه‌های مقیاس حاکی از پایایی بالای آن داشت (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰).

روش مداخله

طرح‌واره درمانی هیجانی به صورت گروهی در ۹ جلسه به صورت دو روز در هفته به گروه آزمایشی ارائه شد. مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. موضوعات و محتوای درمان در جدول شماره (۱) آمده است

جدول شماره ۱- موضوعات و محتوای درمان در هر جلسه

مراحل	موضوعات	محتوای درمان
۱	ارزیابی اولیه میزان افسردگی و تبیین آن در قالب رابطه همدلانه.	تبیین افسردگی بر اساس الگوی طرح‌واره‌های هیجانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین توجه آگاهی انحصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انحصالی به هیجان.
۲	بررسی تکلیف منزل، اعتبار یابی هیجانی.	بررسی مقاومت در برابر اعتبار یابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرح‌واره‌های هیجانی اعتبار زدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبار زدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبار زدایی، تکلیف منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن و توجه آگاهی انحصالی به هیجان.
۳	بررسی تکلیف منزل، اعتبار یابی هیجانی و چالش با طرح‌واره‌های هیجانی در دسرساز.	برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این طرح‌واره که هیجان‌های من غیرطبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان‌ها را تجربه می‌کنند همراه با توجه آگاهی انحصالی به هیجان.
۴	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرح‌واره‌های هیجانی در دسرساز.	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی، تکلیف منزل: مشاهده و توصیف هیجان.
۵	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات.	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و هم‌جوشی زدایی، اتخاذ موضعی به‌دوراز قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه.
۶	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی.	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به‌عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
۷	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی.	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته‌بندی افکار منفی.
۸	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی.	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی.
۹	جمع‌بندی و ارزیابی.	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی.
۱۰	پس‌آزمون.	پس‌آزمون.

همچنین گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. البته پژوهشگران پس از پایان پژوهش، همین دوره را برای گروه کنترل اجرا کردند. بعد از اجرای طرح‌واره درمانی برای گروه آزمایش، مجدداً احساس تنهایی و افسردگی کلیه دانشجویان گروه کنترل و آزمایش

اندازه‌گیری شد (پس‌آزمون). سپس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش آمار استنباطی متناسب با فرضیه‌های پژوهش یعنی تحلیل کوواریانس^۱ استفاده شد. روش تحلیل کوواریانس می‌تواند اثر عامل پیش‌آزمون را کنترل کند. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

در جدول شماره ۲، یافته‌های توصیفی پژوهش ارائه شده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایشی در پیش و پس‌آزمون افسردگی و احساس

تنهایی				
گروه‌های تحقیق	نمره کل افسردگی پیش‌آزمون	نمره کل افسردگی پس‌آزمون	نمره کل احساس تنهایی پیش‌آزمون	نمره کل احساس تنهایی پس‌آزمون
تعداد	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱
میانگین	۱۰/۴۵	۱۰/۳۷	۲۹/۰۹	۲۸/۵۵
انحراف معیار	۱/۰۳۶	۰/۶۴	۲/۰۷	۱/۲۹
تعداد	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳
میانگین	۱۱	۱۰	۲۸	۳۰
انحراف معیار	۱	۱	۲	۲

از مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها است. برای بررسی از آزمون شاپیرو-ویلک^۲ استفاده شد و معنی‌دار نبود ($P > 0/05$)، بنابراین توزیع متغیرها نرمال است. دیگر مفروضه‌ی مهم تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است. این مفروضه قبل از اجرای تحلیل کوواریانس در گروه‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد مقدار $F = 4$ برای متغیر افسردگی و مقدار $F = 5$ برای احساس تنهایی معنادار نیستند ($P > 0/05$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۳ - نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته: نمره کل افسردگی پس‌آزمون					
منبع	SS	df	MS	F	Sig
مدل اصلاح شده	*۶	۲	۳	۴	۰/۰۱۷
عرض از مبدأ	۸/۰۶۳	۱	۸/۰۶۳	۱۲	۰/۰۰۲
پیش‌آزمون	۳/۰۷۸	۱	۳/۰۷۸	۴	۰/۰۳۷
گروه	۴	۱	۴	۷	۰/۰۱۲
خطا	۱۳	۲۱			
کل	۲۵۸۲	۲۴			
جمع اصلاح شده	۱۹	۲۳			

$R^2 = ۰/۲۲۲*$

$(Adjusted R^2) = ۰/۲۵۸$

^۱ Analysis of Variance

^۲ Shapiro-Wilk

با توجه به نتایج جدول شماره (۳) فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثر بوده است.

جدول ۴ - نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته: نمره کل احساس تنهایی پس‌آزمون					
منبع	SS	df	MS	F	Sig
مدل اصلاح‌شده	*۲۴	۲	۱۲	۴	۰/۰۱۷
عرض از مبدأ	۳۹	۱	۳۹	۱۵	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	۱۲	۱	۱۲	۴	۰/۰۳۷
گروه	۱۹/۰۴	۱	۱۹/۰۴	۷	۰/۰۱۲
خطا	۵۲	۲۱	۲		
کل	۲۰۷۲۸	۲۴			
جمع اصلاح‌شده	۷۷	۲۳			

.۰/۳۲۲ * R Squared =
.۰/۲۵۸(Adjusted R Squared =

همچنین با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس جدول شماره (۴) فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفت. در نتیجه طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش میزان احساس تنهایی دانشجویان دختر خوابگاهی نیز مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش شدت افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان داد طرح‌واره درمانی هیجانی به‌طور معناداری منجر به کاهش افسردگی می‌گردد. بنابراین فرضیه اول پژوهش با توجه به نتایج پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با یافته‌های واتسون و همکاران (۲۰۰۳) و گلدمن و همکاران (۲۰۰۶) که همگی نشانگر اثربخشی درمان تجربی-روند (هیجان محور) بر کاهش میزان افسردگی هستند همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجع کنندگان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. بنابراین رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شباهت دارد (گرین برگ، ۲۰۱۷؛ هارت^۱، ۲۰۱۲). در این فرایند آموزشی تجارب کسب‌شده توسط مراجع کنندگان موجب آگاهی هیجانی می‌شود. آن‌ها می‌آموزند که به‌جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. در طول جلسات مراجع به این درک می‌رسد که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین می‌توان به‌جای گریز یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را درک کرد (گرین برگ وارو و والکوم^۲، ۲۰۰۸). آخرین مرحله درمان هیجان محور، تعمق در معنای هیجان‌ها، به‌منظور ایجاد هماهنگی میان هیجان‌های پدید آمده در مراحل پیشین است. درمانگر در انتهای درمان بیش از آنکه هدایت‌کننده و ترغیب‌کننده باشد، حمایتگر است. در این مرحله مراجع دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ کرده و به ادراک تازه‌ای از خود دست می‌یابند. تصدیق خودتنظیم‌گری‌های مراجع در این مرحله نقش بسزایی در افزایش حرمت خود آن‌ها دارد. آن‌ها در این موقعیت بیش از آنکه نیازمند ارائه راه‌حل از سوی درمانگر باشند، در جستجوی تأیید خود به‌عنوان یک انسان انتخاب‌گر و فعال هستند

¹ Harte

² Warwar & Malcolm

(وجه وجودی درمان هیجان محور) (لهی، ۲۰۱۵، لهی، تریچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱).

یافته دیگر پژوهش حاکی از کاهش معنادار احساس تنهایی دانشجویان است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد. جهت بررسی همخوانی یا ناهمخوانی این یافته با دیگر پژوهش‌ها صورت گرفته، بر اساس جستجوی نویسندگان پژوهشی یافت نشد. اما با توجه به نظریه روان‌شناختی رشد و تحول اریکسون^۱ (۱۹۶۳) که بر اهمیت روابط اجتماعی به‌عنوان یک نیروی غریزی در تکامل انسان و نقش پر قدرت نیروهای انگیزشی روابط اجتماعی تأکید دارد و با توجه به این‌که از نظر دیدگاه‌های تعامل‌گرا از تأثیر متقابل عوامل فرهنگی، شناختی و موقعیتی در نتیجه خطاهای شناختی به‌عنوان فقدان تناسب ادراک‌شده بین موقعیت اجتماعی ایدئال و موقعیت اجتماعی موجود احساس تنهایی به وجود می‌آید. برای تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت این الگوی درمانی کمتر بر این موضوع که هیجان‌ها چگونه به‌وسیله شناخت‌ها ایجاد می‌شوند یا اینکه چگونه محتوای افکار درباره هیجان‌ها باعث ادامه یافتن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد است تأکید می‌کند. در حالی که بر این باور که هیجان‌ها ممکن است به محتوای شناختی، رفتاری، توجهی و فرایندهای خاطره‌ای متصل باشند تأکید می‌کند (لهی، ۲۰۱۱). بنابراین، با تغییر باورهای فرا هیجانی در دسرساز به کاهش احساس تنهایی کمک می‌کند. همچنین طرح‌واره درمانی هیجانی ممکن است منجر به افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و هم‌جوشی زدایی، اتخاذ موضعی به‌دوراز قضاوت برای هیجان در مراجع گردد. بنابراین آن‌ها تلاش می‌کنند با دیگران در موقعیت‌های دنیای بیرون ارتباط احساسی بیشتری برقرار کنند که می‌تواند احساس تنهایی آن‌ها را کاهش دهد. معمولاً فرد افسرده از مسائلی که به افسردگی منجر می‌شود آگاهی ندارد و حتی زمانی هم که به وجود آن‌ها هشیار می‌شود با آن‌ها به شکل چیزهایی رفتار می‌کند که تغییرناپذیرند؛ بنابراین، آموزش و راهکارهای درمانی برای تغییر این نگرش امری است که به فرد کمک می‌کند برنامه‌ای برای تغییر این زمینه‌سازها طراحی کند و در پی برقراری رابطه با دیگران و آزمون مهارت‌های آموخته‌شده برآید.

به‌طور کلی طرح‌واره درمانی هیجانی از طریق افزایش پذیرش هیجان‌های دردناک و متعارض به کاهش میزان افسردگی و احساس تنهایی کمک می‌کند. مراجع در طول جلسات درمانی به‌جای اجتناب تجربی از هیجان‌ها، آن‌ها را می‌پذیرد و بدین طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر و افسردگی و احساس تنهایی در آن‌ها کاهش خواهد یافت (لهی، ۲۰۱۵، لهی، تریچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). به‌عنوان یک جمع‌بندی می‌توان گفت طرح‌واره درمانی هیجانی به‌عنوان یک الگوی درمانی با افزایش آگاهی هیجانی، شناسایی و مقابله با اجتناب هیجانی و تجربی، مواجهه‌سازی با سرخ‌های هیجانی درونی و بیرونی و افزایش انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌ها و انتساب‌ها همراه است (الارد، فیروهل، بیوسال، فارچینو و بارلاو، ۲۰۱۰) که می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های اختلالات هیجانی از قبیل افسردگی (بایلیک و ایهرنریچ، ۲۰۱۲) و احساس تنهایی گردد.

در آخر باید اشاره کرد که این پژوهش از چندین محدودیت برخوردار است. اولین محدودیت به قابلیت تعمیم نتایج مربوط می‌شود چون از نمونه‌های در دسترس و از نمونه دختران جوان استفاده شد. دومین محدودیت بسنده کردن جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای خود سنجی است که در معرض سوگیری قرار دارند. سومین محدودیت با توجه به شروع امتحانات ترم و رفتن دانشجویان به فورجه وعدم دسترسی به آن‌ها مدت‌زمان پیگیری امکان‌پذیر نبود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از آنجاکه الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی یک رویکرد درمانی نوظهور است اثربخشی این الگو در مردان و گروه‌های سنی مختلف با در نظر گرفتن مدت‌زمان پیگیری مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان ضمن مقایسه نتایج به تعمیم‌پذیری نتایج نیز کمک کرد. همچنین می‌توان از روش‌هایی برای سنجش متغیرهای افسردگی و احساس تنهایی استفاده کرد که صرفاً مبتنی بر خود گزارش دهی نباشند (از جمله مصاحبه و روش‌های غیر خود گزارش دهی). در آخر از آنجاکه این مدل درمانی به‌عنوان یک الگوی درمانی دو رویکرد درمانی فراشناختی و هیجان مدار را باهم ترکیب می‌کند، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی با رویکرد درمانی فراشناختی و هیجان مدار در کاهش شدت افسردگی و احساس تنهایی مورد مقایسه قرار گیرد تا ضمن مقایسه نتایج بتوان رویکرد درمانی مناسب انتخاب کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از آقای مهندس زمانی مدیر محترم امور خوابگاه‌های دانشگاه رازی که همکاری لازم را در خصوص مکان اجرای پژوهش مبذول داشتند و همچنین از خانم سارا پورداد که به‌عنوان دست یار در این پژوهش قبول زحمت فرمودند و دانشجویان عزیزی

¹ Erikson

² Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow

³ Bilek & Ehrenreich-May

که با صبر و صداقت خود لازمه به ثمر رسیدن این پژوهش شدند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

منابع

- باختر، م.، رضاییان، م. (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۵ (۱۱)، ۱۰۷۶-۱۰۶۱.
- پاسدار، یحیی، ایزدی، ندا، خدادوست، محمود، منصور، کامیار، رنجبران، مهدی، و نیازی، صدیقه. (۱۳۹۲). افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. *مجله حکیم سید اسماعیل جرجانی*، ۱ (۲)، ۲۳-۱۷.
- پیرانی، ذ. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس ترک شدن و بی‌ثباتی هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهر اراک. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷۷(۱)، ۷۷-۸۸.
- تاجیک زاده، ف.، صادقی، ر.، مهرابی زاده هنرمند، م.، و داودی، ا. (۱۳۹۴). سیستم مغزی/ رفتاری، کمال‌گرایی و علائم افسردگی در دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۱۱۹-۱۴۰.
- جوکار، ب.، سلیمی، ع. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگ سالان، *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۳۱۱-۳۱۷.
- حساس، امید. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی بر طرح‌واره‌های هیجانی، کیفیت زندگی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی. دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- خالقی، ش.، محمدخانی، ش.، و حسنی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک‌آزمودنی. *روانشناسی بالینی*، ۸ (۲)، ۴۳-۵۵.
- خان‌زاده، م.، ادریسی، ف.، محمدخانی، ش.، سعیدیان، م. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روان‌سنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳).
- رجبی، غ. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱(۱).
- رحیمیان بوگر، ا.، کیان ارثی، ف.، تبران، ف. (۱۳۹۲). بررسی رابطه طرح‌واره‌های هیجانی، اجتناب شناختی-رفتاری و نظام شناختی-عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواسی-اجباری. *پژوهنده مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۵(۹۵)، ۷۶-۷۲.
- رضایی، ک.، قدم پور، ع.ا.، رضایی، م.، و کاظمی، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *روانشناسی بالینی*، ۴ (۲۸)، ۴۵-۵۸.
- رضایی، م.، غضنفری، ف.، و رضایی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴(۱)، ۴۱-۵۴.
- فلاح، ر.، فرهادی، ص.، امینی، ک.، مهاجری، م. (۱۳۹۰). بررسی میزان شیوع افسردگی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۹(۷۵).
- کیانی، ت.، سلطانی، پ.ر.، دالوندی، ا.، قاصدی، م.، و محمودی، م. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت احساس تنهایی در بین دانشجویان دختر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال ۹۲. *افلاک (دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی خرم‌آباد)*، ۸(۲۹)، ۱۸-۲۶.
- مرتضوی طباطبایی، ع.، رمضان‌خانی، ع.، قارلی پور، ذ.، بابایی حیدرآبادی، ا.، توسلی، الهه، مطلبی‌قائن، م.، و فخارزاده، م. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط میان آن‌ها در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۴)، ۱۰۶-۹۹.
- مرواریدی، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی و افزایش نظم‌جویی هیجانی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- منصور، م. و دادستان، پ. (۱۳۶۸). *بیماری‌های روانی (پیوست)*. تهران: انتشارات ژرف.

- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 43(4), 887-897.
- Carrillo, J. M., Rojo, N., & Staats, A. W. (2004). Women and vulnerability to depression: Some personality and clinical factors. *The Spanish journal of psychology*, 7(1), 29-39.
- 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.

- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 88-101.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society. 2d ed., rev. and enl.* New York, Norton.
- Gierveld, J. D. J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing, 7*(2), 121-130.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*(5), 537-549.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 185.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1*-12.
- Harte, M. (2012). Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives [Book Review]. *Psychotherapy in Australia, 18*(3), 85.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227.
- Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. S. (2004). Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe depression: 10-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry, 184*(4), 330-336.
- Kidd, S. A. (2004). "The Walls Were Closing in, and We Were Trapped" a qualitative analysis of street youth suicide. *Youth & Society, 36*(1), 30-55.
- Kolyaie, L., Badri, R., Bahrani, M., & Hosseini, S. A. (2016). The effect of emotional schema therapy on reduction of depression in high school students. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926, 3*(2).
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical child and family psychology review, 10*(1), 1-24.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(3), 297-302.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies, 109*-131.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 773.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research, 33*(3), 291-300.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry, 64*(2), 234-240.



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی