

اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست

لیلا بهرامی پور^۱

فرح نادری^۲

چکیده

امروزه، پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل گوناگون در دنیا رو به افزایش است. بیشتر این خانواده ها مشکلات فراوانی دارند؛ به گونه ای که این گروه از زنان به صورت مسئله ای اجتماعی مطرح می شوند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست می باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مادر سرپرست شهرستان دزفول می باشد. که از بین ۱۴۰ نفر از جامعه مذکور به صورت نمونه گیری تصادفی ۳۰ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استرس های زندگی (LDI) ادوین جی. توماس، ماریان یوشیوکا و ریچارد دی آگر (۱۹۹۳) و سلامت عمومی گیلبرگ (۱۹۸۹) استفاده شد. برنامه آموزشی طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)، به صورت گروهی به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای تشکیل شد. برای آزمون فرضیه ها از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده، و سلامت روان مادر سرپرست اثر بخش می باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، سلامت روان مادر سرپرست، استرس ادراک شده؛

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

leilabahrami232@gmail.com

۲. استاد گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. nmafra@yahoo.com

مقدمه و بیان مسئله

مادر سرپرست خانوار زانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را برعهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم گیری های عمده و حیاتی برعهده آن هاست. زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، مطلقه، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان مهاجر، زنان خودسرپرست، همسران مردان از کار افتاده و معلول اند(حسینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱۸). امروزه، پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل گوناگون در دنیا رو به افزایش است. بیشتر این خانواده ها مشکلات فراوانی دارند؛ به گونه ای که این گروه از زنان به صورت مسئله ای اجتماعی مطرح می شوند(شهریاری و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۹). علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی، کمتر از ۰،۰۱ افراد دچار این اختلالات به مراکز بهداشتی روانپزشکی مراجعه می کنند و بقیه افراد دچار اختلالات و مشکلات روانی بدون درمان باقی مانده و یا علائم خود را به صورت بیماری های جسمی نشان می دهند(اسکوت و همکاران ، ۲۰۱۳: ۲۵۸). بیماران در پی تشخیص و علت درد، به پزشکان متعدد و یا متخصص روی می آورند که تشخیص بیشتر پزشکان در مورد آن ها، اختلالات خلقی از جمله افسردگی و استرس است(زمانی و همکاران: ۲۲۵ ، ۲۰۱۵).

مادر معمولاً در خانواده موجب تلطیف احساسات و عواطف فرزندان می شود. هماهنگی همگامی، هم اندیشی پدر و مادر در یکپارچگی خانواده و شادمانی و سلامت جسمی روانی افراد آن نقش تعیین کننده ای دارد هرگاه پدر یا مادر به هر دلیل از خانواده دور بماند اعضای دیگر خانواده به ویژه نفر دوم با مسائل و مشکلات عدیده ای رو به رو خواهد شد غیبت پدر مسائل اقتصادی، مدیریتی و غیبت مادر مشکلات روانی و عدم یکپارچگی خانواده را سبب می شود(حسینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۶۸).

یکی از این مشکلات ایجاد شده برای این گونه مادران، استرس ادراک شده می باشد. براساس یافته های لازاروس(لازاروس، ۱۹۹۹ و لازاروس و فولکمن ، ۱۹۸۴) فرآیند استرس به وسیله تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی که فشاری را بر فرد تحمیل می کند، ایجاد می شود. این تفسیر از رویداد استرس زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدیدآمیز یا بی خطر بودن موقعیت را مشخص می کند(لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴: ۳۵۴). سازه ی استرس ادراک شده به عنوان ارزیابی شناختی فرد از وقایع منفی زندگی، گرفته شده است. استرس ادراک شده به عنوان درجه ای که موقعیت ها در زندگی فرد استرس زا ارزیابی می شوند تعریف شده است(ناکامورا و تسانگ : ۲۰۱۹: ۱۵۴).

از جمله مهمترین اختلالات خلقی که به صورت بحرانی رو به افزایش است اختلالات استرس و سلامت روان است. استرس بیماری شایع قرن ۲۱ است و سالانه هزینه ای معادل ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلیون دلار را در بردارد و این رقم تنها بعد مادی مسأله استرس را بیان می کند در حالی که استرس تأثیرات بسزایی بر جوانب مختلف زندگی افراد می گذارد(سیفژ-کرنکه ۲۰۱۷: ۱۴۷). و شاید عمومی ترین مشکل زندگی انسان امروزی باشد که بر سلامت روان انسان نیز موثر باشد(ون در کلینک و

همکاران: ۲۰۱۱، ۱۴۷). استرس ایجاد شده باعث لطمه زدن به سلامت روان مادر می شود سلامت بی تردید از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. همه ی انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن ها را سالم بدانند (ودادهیر، ۲۰۰۹: ۲۴۷). در مورد مفهوم سلامت، سازمان جهانی بهداشت پذیرفته ترین تعریف را ارائه داده است «سلامتی حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵).

وضعیت اقتصادی، بیش از هر چیز خود را در سلامت افراد نشان می دهد. بدیهی است که سرپرستی خانواده به تنهایی باعث بیماری های جسمی و روحی نمی شود. در میان مصاحبه شوندگان، زنانی که از شرایط مالی بهتری برخوردار بودند، مثلاً کسانی که خانواده حمایت های بیشتری در اختیارشان قرار می داد و یا مستمری شوهران شان را می گرفتند، مشکل خاصی به لحاظ جسمی و روحی گزارش نکردند. اغلب زنانی که طلاق گرفتند، در خانه تحت خشونت قرار داشتند. واقعیت این است که خشونت ممکن است اثرات طولانی مدت بر وجود و رفتار زنان بگذارد و سلامت جسمی - روانی و قدرت سازگاری آنها را کاهش دهد و روابط خانوادگی و اجتماعی آنها را از حال عادی خارج کند. برخی از این زنان و البته فرزندان آنها، همچنان بقایای خشونت های خانگی را با خود حمل می کنند. خانواده ای که تحت سرپرست یک زن اداره می شود معمولاً دارای مشکلات فراوانی است، علاوه بر عدم توانایی برآوردن احتیاجات اقتصادی خانواده، زن دچار اضطراب و نگرانی هایی می شود که می تواند سلامت روانی و جسمانی خود و دیگر اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. لذا با توجه به وضعیت و شرایط زنان سرپرست خانوار و اهمیت توجه به وضعیت روحی و روانی این گروه از زنان، هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست شهرستان دزفول می باشد.

پیشینه پژوهش

۱- پیشینه نظری

تبیین نظری متغیر استرس ادراک شده براساس نظریه ازدحام: مفهوم ازدحام به عنوان شکلی از عوامل استرس زا پنج مدل مختلف ایجاد کرده است: ۱- مدل اضافه بار: این مدل مفهوم اضافه بار (دریافت درون دادها با سرعتی بیش از آن که بتوان آن ها را پردازش کرد) را در مورد ازدحام به کار می گیرد. این مدل پیش بینی می کند که تعامل اجتماعی زیاد، یا نزدیک بودن بیش از اندازه مردم به هم، منجر به اجتناب از تماس اجتماعی از طریق اعمالی چون جبران غیر کلامی برای فاصله گرفتن می شود. به عنوان مثال مسافران یک آسانسور شلوغ با سکوت می ایستند و در حالی که دستهایشان را به کنار بدن خود چسبانده اند، از تماس چشم در چشم اجتناب می کنند تا به نقطه مورد نظر برسند. ازدحام فراوان که معمولاً در شهرهای بزرگ روی می دهد، ممکن است منجر به عادت کنار کشیدن و

فیلتر کردن قرینه های اجتماعی بینجامد (میلگرام: ۱۵۶،۲۰۰۰). ۲- مدل تداخل: این مدل بر این احتمال تأکید می ورزد که در محیط های دارای جمعیت متراکم، مردمان دیگر مانع رسیدن شخص به هدف یا استفاده او از منابع کمیاب می شوند. تحقیقات تجربی در این زمینه، کم شدن نمره های دانشجویان را در اتاق های دو نفره که سه نفر را در آن ها جای داده اند، نشان داده است (میلگرام، ۲۰۰۰: ۲۲۲). ۳- مدل کنترل: در مدل کنترل، استرس، برخاسته از ناتوانی در نفوذ و کنترل روی رویدادهایی است (بارون و رودین، رودین و باوم، ۱۹۷۸: ۶۸). به عنوان مثال، یک فرد شهرنشین هنگام عبور از یک پیاده روی شلوغ ممکن است از تماس چشم در چشم اجتناب کرده سعی کند خود را از دیگران کنار کشیده و آن ها را نادیده بگیرد، اما با وجود این، باز هم از دیگران تنه بخورد و هل داده شود. تنه خوردن و هل داده شدن، اهمیتش از ناتوانی در اجتناب از آن کمتر است. پاسخ به از دست دادن کنترل شخصی ممکن است شامل کنار کشیدن از دیگران، یا خصومت داشتن بوده، و اگر ادامه یابد به درماندگی آموخته شده منجر شود. بر خلاف مدل اضافه بار که پیش بینی می کند چگونه مردم با ازدحام کنار می آیند، مدل کنترل آنچه را که پس از شکست در کنار آمدن پیش می آید، پیش بینی می کند. ۴- مدل تنظیم حریم: این مدل پیش بینی می کند که فردی که تماس اجتماعی بیش از حد را تجربه می کند، از میان راهبردهای گوناگونی که برای تنظیم تماس اجتماعی او وجود دارد دست به انتخاب می زند. از جمله کنار کشیدگی فیزیکی، اجتناب از تماس کلامی، و اعلام مرزبندی قلمرو (آلمن، ۱۹۷۵: ۱۹۰). اگر این کوششهای مربوط به «کنترل مرزها» مکرراً با شکست روبه رو شوند، شخص ممکن است سرانجام دچار استرس شده و حتی ممکن است در تمیز خود از دیگران دچار اشکال شود. ۵- تورم: این مدل مشتق شده از نظریه های بارکر (۱۹۶۸)، در مورد «زمینه رفتار» است یعنی، یک مکان قابل تشخیص، با ویژگی های فیزیکی معین، و مجموعه ای از نقش های شناخته شده برای شرکت کنندگان در آن. ازدحام ممکن است وقتی به وجود آید که یک زمینه رفتاری دارای تعدد نفراتی بیش از حد مورد نیاز برای ایفای نقش آن باشد. موقعیتی که «تورم» خوانده می شود. ممکن است منجر به احساس از خود بیگانگی در کسانی شود که احساس می کنند نقشی ایفا نمی کنند (خنیفر، ۱۳۸۷: ۹۸).

تبیین نظری طرحواره درمانی: به عقیده یانگ ریشه های تحولی طرح واره ها را باید در ارضا نشدن درست نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی جستجو کرد. این نیازهای اساسی عبارتند از ۱- نیاز به دل بستگی ایمن به دیگران (نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش)، ۲- نیاز به خودگردانی، کفایت و هویت ۳- آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم ۴- نیاز به خودانگیختگی و تفریح ۵- نیاز به محدودیت های واقع بینانه و خویشتن داری. یانگ تأکید می کند که درنحوه برآورده شدن این نیازها و به عبارت دیگر شکل گیری طرحواره ها، علاوه بر نقش مهم خانواده، مزاج هیجانی کودک که مادرزادی است (ویژگیهایی مانند: بازیگوشی/ تحریک پذیری، پایداری / بی ثباتی، خونسردی/

اضطرب/ تاثیر دارد(نویسی و محمدی آریا، ۱۳۹۴:۱۸۷). طرحواره درماني روش نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درماني، اصول و مبانی مکتب های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان کاوی را در قالب یک مدل درماني و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. با این وجود، طرحواره درماني یک درمان التقاطی نیست که از طریق آزمایش و خطا پیش برود، بلکه مبتنی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه است. هر چند مفاهیمی از مکاتب دیگر گرفته ولی از بسیاری جهات با آنها متفاوت است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان درماني را تدارک می بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روانشناختی مزمن و مقاوم (مثل اختلالات شخصیت) مناسب است(یانگ، ۲۰۰۳). طرحواره درماني، رویکردی یکپارچه‌نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده‌است، مانند درمان شناختی رفتاری، روان تحلیلی روابط شیء، نظریه دلبستگی و گشتالت درماني(یانگ، ۲۰۰۸). طرحواره درماني با به کارگیری روش های رفتاردرماني شناختی و نیز افزودن راهکارها و راهبردهای درماني نوین تلاش کرده است روزنه ای را در مقابل درمانگران درمان اختلال شخصیتی بگشاید. طرحواره درماني در واقع با به کارگیری گستره ای از تمامی روش های آزمون شده، در تلاش است تا پیچیدگی روان درماني اختلال شخصیت را سامان دهد. این روش یک فرآیند درماني دقیق و در عین حال چند جانبه را ارائه می دهد(ارنتز و هانیه، ۲۰۰۹؛ به نقل از رضائی ملاحق، ۱۳۹۱).

تبیین نظری سلامت روان: شاملو(۱۳۸۷)، در تعریف سلامت روانی آن را عبارت از مجموعه عواملی دانسته است که در پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش موثر دارند. سهرابی(۱۳۷۹) در تعریف سلامت روانی می گوید: سلامت روانی عبارت است از وضعیتی که در ضمن آن فرد توانایی بالقوه خود را برای انجام دادن وظایف شخصی و اجتماعی به کار گرفته و در نتیجه این وضعیت هم بالفعل کردن استعداد های درونی اقدام کرده و هم قادر شده است که با اجتماع کنار بیاید. همچنین سلامت روان به عنوان حالتی از بهزیستی تعریف شده که هر شخصی به توانایی خودش آگاهی دارد، می تواند با تنش های طبیعی زندگی مقابله کند، به صورت مولد و ثمر بخش فعالیت کند و قادر است با اجتماع مشارکت و همکاری داشته باشد(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). پژوهشگران معتقدند سلامتی و بیماری یک حالت مطلق و مستقل و یک رویداد نیست، بلکه فرایندی است که تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و روان شناختی در شکل گیری آن برجسته می شود(سلیمی، حسین زاده، زارعی و بدل پور، ۱۳۹۶). روانشناسان معتقدند خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و فقدان انگیزه بر سلامت روانی افراد موثر است(یوسفی و همکاران، ۱۳۹۲:۱۸۸). با توجه به تعریف سلامتی متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است،

حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه، بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. در اینجا برای ساده کردن مطلب، ابعاد مختلف سلامتی را جداگانه شرح می‌دهیم گرچه عملاً قابل تفکیک از یکدیگر نیستند (نیکنام، ۱۳۸۶: ۴۵۹). ۱- بعد جسمی: معمول ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضاء بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است. ۲- بعد روانی: بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد، نکته دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تاثیر گذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد. بعضی از نشانه‌های سلامت روانی عبارت است از: سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات. ۳- بعد معنوی: یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود. ۴- بعد اجتماعی: بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخص‌های بهداشتی قابل محاسبه، می‌توان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد (باکولیس و همکاران، ۲۰۱۷: ۲۴۹).

۲- پیشینه تجربی

مهتدی جعفری، عشایری، بنیسی (۱۳۹۸)، به بررسی اثربخشی آموزش فنون طرحواره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پی‌گیری یک‌ماهه پرداخت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان، در افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی و در متغیر کیفیت زندگی در خرده‌مقیاس سلامت جسمانی و سلامت روان در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پی‌گیری در متغیر سلامت روان، در افسردگی با سطح

معناداری ۰/۸۷۳، اضطراب با سطح معناداری ۰/۰۲۷ اختلاف در کارکرد اجتماعی با سطح معناداری ۰/۰۰۰۲ و در متغیر کیفیت زندگی سلامت روان با سطح معناداری ۰/۰۲۰ و سلامت روان با سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد. شوری فخرآباد، علی حسینی و خسروی (۱۳۹۸)، به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده در زنان وسواسی شهرستان گنبد پرداختند. نتایج حاکی از آن است که آموزش طرحواره درمانی گروهی بر استرس ادراک شده در زنان وسواس شهر گنبد تاثیر معنی داری ندارد. یوسفی (۱۳۹۰)، به مقایسه ی اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرح واره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز پرداختند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین مراجعان متقاضی طلاق گروه های آزمون و شاهد در متغیر وابسته ی طرح واره های ناسازگار اولیه، تفاوت معنی داری وجود دارد. فرضیه های مبنی بر اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر طرح واره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرح واره های ناسازگار اولیه، تایید شدند. هم چنین بر اساس نتایج، دو روش درمانی اثر تقریباً یکسانی داشتند. ابوالمعلی و آقایی پور آوارایی (۲۰۱۷)، به اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش طرح های ناسازگار از استرس پس از سانحه در همسران جانبازان پرداخت. نتایج نشان داد که تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اصلاح ساختارهای ناسازگار اولیه در سه زمینه قطع ارتباط/رد، بیش از حد هوشیاری/مهار و سایر هدایت معنادار بود. اما در زمینه های اختلال استقلال و/یا عملکرد و محدودیت های اختلال قابل توجهی تغییر نکردند. قیصاری (۲۰۱۶)، به بررسی اثربخشی طرح درمانی یکپارچه با روش های توانبخشی عصبی برای بهبود عملکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن پرداخت. نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی یکپارچه با توانبخشی عصبی با توجه به تمام نمرات آزمودنی ها از جلسه درمان تاپوست پایه، و سپس دو ماه پیگیری برای شرکت کننده اول تا ششم است. نمرات سوژه های allix در تست مرتب سازی ویسکانسین کارت افتاده است. این نشان می دهد درمانی از طرحواره یکپارچه با توانبخشی عصبی در بهبود عملکردهای اجرایی. مشخص شده است که بیماران در مرحله پس از درمان در مورد پاسخ های نادرست به ویسکونسکارد و خطاها به علت عقب ماندگی، بطور قابل توجه بهبود یافتند.

روش شناسی

این بررسی به شیوه نیمه تجربی و استفاده از پیش آزمون و پس آزمون بوده است. جامعه آماری مورد مطالعه کل زنان مادر سرپرست شهرستان دزفول است که تعداد آنها ۱۴۰ نفر بود، در این پژوهش نیز ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. ابزار گردآوری داده های تحقیق، استفاده از پرسشنامه استاندارد بوده است که با مراجعه حضوری به نمونه صورت گرفته است. اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه، کدگذاری و با استفاده از نرم افزار SPSS از روش های آمار توصیفی (فراوانی میانگین و انحراف معیار و ...) استفاده

شد. همچنین برای آزمون فرضیه ها از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیر (آنکوا) استفاده شد. و از آزمون لوین و کولموگروف اسمیرنوف و... برای مفروضه های تحلیل کواریانس استفاده شد. برنامه آموزشی طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)، این مداخله به صورت گروهی به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه تشکیل شد. در جدول ۱، به طور مختصر عناوین و اهداف هر جلسه گزارش شده است.

جدول ۱ - جلسات طرح واره درمانی منطبق با الگوی درمانی یانگ (۱۹۹۹)

| اهداف جلسات | عناوین | جلسات |
|---|--|--------|
| برقراری ارتباط و همدلی | آشنایی و معرفی برنامه ها | اول |
| ارزیابی وضعیت اولیه گروه | اجرای پرسش نامه ها | دوم |
| آشنایی و درک مفاهیم طرح واره درمانی و نحوه کاربرد آن | تعریف طرح واره درمانی | سوم |
| فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرح واره های ناسازگاری اولیه | آموزش و شناخت طرح واره های ناسازگار اولیه | چهارم |
| آشنایی کامل با حوزه های طرح واره های ناسازگار اولیه و تشخیص آن | معرفی حوزه های طرح واره های ناسازگار اولیه | پنجم |
| شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ های مقابله ای ناکارآمد با تجربیات شخصی | آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ های مقابله ای ناکارآمد | ششم |
| شناخت و تشخیص طرح واره های ناسازگار اولیه | مرحله سنجش و آموزش طرح واره درمانی | هفتم |
| اصلاح طرح واره ها و سبک های مقابله ای ناکارآمد | استفاده از راهبردهای شناختی طرح واره درمانی | هشتم |
| تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرح واره های ناسازگار | استفاده از راهبردهای تجربی طرح واره درمانی | نهم |
| جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای مقابله ای و ناسازگار | آموزش های روش های الگوشکنی | دهم |
| ارزیابی اثربخشی طرح واره درمانی | اجرای مجدد پرسش نامه | یازدهم |

تعریف متغیرها

تعریف مفهومی استرس ادراک شده: مفهوم استرس ادراک شده برگرفته از نظریه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است. براساس یافته های لازاروس (لازاروس و لازاروس و فولکمن، ۱۹۹۹) و لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) فرآیند استرس به وسیله تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی که فشاری را بر فرد تحمیل می کند، ایجاد می شود. این تفسیر از رویداد استرس زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدیدآمیز یا بی خطر بودن موقعیت را مشخص می کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).
تعریف عملیاتی استرس ادراک شده: برای سنجش استرس از پرسشنامه استرس های زندگی (LDI) توسط ادوین جی. توماس، ماریان یوشیوکا و ریچارد دی. آگر (۱۹۹۳) استفاده می شود که از ۱۸ گویه و ۵ خرده مقیاس دغدغه های زناشویی، دغدغه های شغلی، فعالیت های خارج از خانه، خود و خانواده و رضایت از زندگی / خوش بینی تشکیل شده است که به منظور سنجش میزان استرس های زندگی بکار می رود. **تعریف مفهومی سلامت روان:** سلامت روان وضعیت بهزیستی است که در آن فرد توانایی های خود را درک می کند، می تواند با فشارهای عادی زندگی مقابله کند، می تواند به طور متمر ثمر عمل کند و قادر به کمک به جامعه خود باشد. در عوض، اختلالات روانی نشان دهنده اختلال در سلامت روان فرد است که اغلب با ترکیبی از افکار، احساسات، رفتار و روابط با دیگران مشخص می شود. نمونه هایی از اختلالات روانی عبارتند از افسردگی، اختلال اضطراب، اختلال سلوک، اختلال دو قطبی و روان پریشی (برگه اطلاعات: سلامت روان، سازمان منطقه ای بهداشت جهانی اروپا، ۲۰۱۳).
تعریف عملیاتی سلامت روان: برای اندازه گیری سلامت از پرسشنامه سلامت عمومی در سال (۱۹۸۹) به وسیله گیلبرگ ساخته شده، استفاده می شود که دارای ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس ۷ سوالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد های اجتماعی و افسردگی این پرسشنامه به صورت ۰ و ۱ و ۲ و ۳ نمره گذاری می شود).

تعریف مفهومی طرحواره درمانی: طرحواره درمانی درون مایه های روانشناختی را که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی هستند را مد نظر قرار می دهد و این درون مایه ها را طرحواره های ناکارآمد اولیه می نامد (بامبر، ۲۰۰۶). **تعریف عملیاتی طرحواره درمانی:** برنامه آموزشی طرحواره درمانی (یانگ، ۲۰۰۳)، این مداخله به صورت گروهی به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای با تواتر هفته ای دو جلسه تشکیل می شود.

یافته های پژوهش

۱- یافته های توصیفی

| جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرها پیش و پس از آزمون | | | | | |
|---|-----------|--------|---------|--------------|-------|
| متغیر | | گروه | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
| سلامت روان | پیش آزمون | آزمایش | ۴۶,۶۷ | ۷,۳۴ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۴۳,۴۷ | ۶,۳۹ | ۱۵ |
| | پس آزمون | آزمایش | ۶۳,۴۰ | ۷,۴۳ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۴۳,۳۳ | ۶,۰۳ | ۱۵ |
| استرس | پیش آزمون | آزمایش | ۷۹,۰۹ | ۲۰,۱۹ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۷۱,۷۳ | ۱۶,۵۵ | ۱۵ |
| | پس آزمون | آزمایش | ۵۱,۰۰۰ | ۱۶,۴۴ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۷۱,۷۳۳ | ۱۶,۵۵ | ۱۵ |

نتایج جدول ۲ بیانگر این است که نمرات پس از آزمون گروه های مداخله نسبت به نمرات پس از آزمون گروه کنترل دارای تغییراتی شده است هر چند با توجه به مقایسه ی زوجی این میانگین ها به ازای هر متغیر تاثیر دوره های طرح درمانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشهود است با این حال برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

بررسی نرمال بودن

در این بخش با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف به بررسی نرمال بودن داده پرداخته شد.

جدول ۳ - آزمون نرمال بودن

| متغیر | درجه آزادی df | معناداری sig |
|----------------------|---------------|--------------|
| سلامت روان پیش آزمون | ۳۰ | ۰,۰۰۳ |
| استرس پیش آزمون | ۳۰ | ۰,۰۰۵ |
| سلامت روان پس آزمون | ۳۰ | ۰,۰۳۱ |
| استرس پس آزمون | ۳۰ | ۰,۰۰۸ |

همان طوری که در جدول ۳ گزارش شده، مقادیر معناداری برای همه متغیرها کمتر از ۰,۰۵ می باشد. که به معنای تایید نرمال بودن داده ها می باشد.

بررسی برابری واریانس های خطا

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس های متغیرهای سلامت و استرس (نمرات پیش آزمون و پس آزمون) در دو گروه مورد مطالعه از آزمون لوین استفاده گردید.

جدول ۴- آزمون لوین (بررسی همگنی واریانس ها)

| متغیر | مقدار آماره F | Df1 | Df2 | Sig(معناداری) |
|-----------------------|---------------|-----|-----|---------------|
| سلامت عمومی پیش آزمون | ۰,۷۷ | ۱ | ۲۸ | ۰,۰۰۶ |
| استرس پیش آزمون | ۱,۳۰ | ۱ | ۲۸ | ۰,۰۰۴ |
| سلامت عمومی پس آزمون | ۶,۴۲۱ | ۱ | ۲۸ | ۰,۰۱۷ |
| استرس پس آزمون | ۴,۸۲۹ | ۱ | ۲۸ | ۰,۰۳۶ |

همان طور که در جدول ۴-۳ مشاهده می شود، با توجه به اینکه مقادیر Sig در همه ی متغیرها کمتر از ۰,۰۵ می باشد ($p > 0.05$)، پیش فرض تساوی واریانس ها در خصوص نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای سلامت روان، استرس و کارایی خانواده برقرار است.

بررسی برابری (یکسانی) ماتریس کوواریانس بین گروه ها:

در این بخش از آزمون باکس ام جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس بین گروه ها استفاده می شود.

جدول ۵- بررسی پیش فرض همگنی کوواریانس ها

| | |
|---------|--------------|
| ۱۷,۴۸۸ | M باکس |
| ۲,۵۶۷ | F |
| ۶ | df1 |
| ۵۶۸۰,۳۶ | df2 |
| ۰,۰۱۷ | Sig معناداری |

همان طوری که در جدول (۴-۴) گزارش شده، چون مقدار $F(1,376)$ در سطح خطای داده شده (۰,۰۵۴) معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

۲- یافته های استنباطی

بررسی فرضیه های پژوهش

فرضیه ی اصلی پژوهش:

طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست دزفول تاثیر دارد.

جدول ۶ - نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره روی متغیر های وابسته (استرس

ادراک شده و سلامت عمومی) گروه های آزمایش و کنترل

| منبع | نام آزمون | مقدار مشاهده شده | DF فرضیه | DF خطا | F | سطح معنی داری |
|------|-----------|------------------|----------|--------|---------|---------------|
| گروه | پیلایی | ۰,۹۴۷ | ۳ | ۲۳ | ۱۳۶,۶۴۰ | ۰,۰۰۰ |
| | ویلیکینز | ۰,۰۵۳ | ۳ | ۲۳ | ۱۳۶,۶۴۰ | ۰,۰۰۰ |
| | هتلینگ | ۱۷,۸۲۳ | ۳ | ۲۳ | ۱۳۶,۶۴۰ | ۰,۰۰۰ |
| | روی | ۱۷,۸۲۳ | ۳ | ۲۳ | ۱۳۶,۶۴۰ | ۰,۰۰۰ |

در جدول ۶ یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از این است که سطح معناداری آماره ی F آزمون هتلینگ با مقدار ۱۷,۸۲۳ از ۰,۰۵ کمتر است. بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیر های وابسته (استرس ادراک شده و سلامت عمومی) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی دقیق تر این اثر، تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

فرضیه ۱: طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده در مادر سرپرست اثر بخش است.

فرضیه ۲. طرحواره درمانی بر سلامت روان در مادر سرپرست اثر بخش است.

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون، با کنترل پیش-

آزمون های متغیرهای وابسته (استرس ادراک شده و سلامت عمومی) در گروه آزمایش و گروه

کنترل را نشان می دهد.

جدول ۴-۶- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش (استرس ادراک شده و سلامت عمومی) در دو گروه

| منبع متغیر | مجموع مجذورات | DF | میانگین مجذورات | F | سطح معنی داری | اثر اتا | توان آماری |
|-------------|---------------|----|-----------------|--------|---------------|---------|------------|
| سلامت عمومی | ۲۰۲۲,۶۲۰ | ۱ | ۲۰۲۲,۶۲۰ | ۶۹,۱۴۲ | ۰,۰۰۰ | ۰,۷۳۴ | ۱,۰۰۰ |
| استرس | ۴۵۷۷,۱۰۹ | ۱ | ۴۵۷۷,۱۰۹ | ۶۵,۶۸۷ | ۰,۰۰۰ | ۰,۷۲۵ | ۱,۰۰۰ |

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می‌دهند، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر استرس ادراک شده ($F=۶۵/۶۸۷$ و $p<۰/۰۰۱$) و سلامت عمومی ($F=۶۹/۱۴۲$ و $p<۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به هدف پژوهش که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست شهرستان دزفول صورت گرفته است، بر این اساس یک فرضیه اصلی و سه فرضیه فرعی تدوین شد که به نتایج آن پرداخته می‌شود.

فرضیه اصلی: اث طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده و سلامت روان مادر سرپرست اثر بخش است. براساس یافته‌های بدست آمده، فرضیه مورد تایید قرار گرفت و نتایج این فرضیه با یافته‌های آشوری فخرآباد و همکاران (۱۳۹۸) هم خوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرح‌واره‌هایشان را ارزیابی کنند. در واقع افراد، طرح‌واره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک‌های تجربی) علیه آن بجنگند؛ یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آن‌ها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیداکردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح‌واره‌ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند. بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روان‌شناختی، ردپایی از فعال بودن طرح‌واره‌های خاص وجود دارد (بامبر، ۲۰۱۶). تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرح‌واره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرح‌واره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم

بدانند. پس کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و کارایی و کاهش استرس مادران سرپرست داشته باشد.

فرضیه ۱: طرحواره درمانی بر استرس ادراک شده مادر سرپرست اثر بخش است.

با استناد به یافته‌های حاصل شده، فرض یک مورد تایید قرار گرفت و نتایج این آزمون با یافته‌های آشوری فخرآباد و همکاران (۱۳۹۸) و ابوالمعلی و همکاران (۲۰۱۷) هم خوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که طبق اصول این فن درمانی، طرحواره‌های ناسازگاری اولیه به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکل باورهای غیر منطقی می‌شود و دارای مولفه‌های شناختی و عاطفی و رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی‌های روان شناختی می‌شود. در واقع طرحواره را به عنوان مولفه‌های ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان می‌تواند تجاربش را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کند، در نظر می‌گیرند و تاکید طرح‌واره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی‌های خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد (تیتو و همکاران، ۲۰۱۵).

بنابراین آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی به مادر سرپرست و از این طریق بینش دادن به آنها درباره طرحواره‌های ناسازگارشان، می‌توان میزان استرس ادراک شده (علائم و منابع) آنها را کاهش داد، بنابراین می‌توان از این روش درمانی جهت بهبود و کاهش استرس ادراک شده در مادران سرپرست استفاده نمود.

فرضیه ۲: طرحواره درمانی بر سلامت روان مادر سرپرست اثر بخش است.

نتایج به دست آمده حاکی از تایید فرض شماره دو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش فنون شناختی در طرحواره درمانی سبب شد آزمودنی‌ها متوجه شوند که از دلایل افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش کارکردهای اجتماعی در آن‌ها، صرف نظر از مسائل فیزیولوژیک، به‌خصوص در دوران اختلال، باورهای ناکارآمد آن‌هاست که با کمک تکنیک‌های شناختی در مرحله اول، آن‌ها را شناسایی و در مراحل بعد آن‌ها را به چالش کشیدند. طرحواره‌ها را به عنوان مؤلفه ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن، انسان‌ها می‌توانند تجربه‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته، اغلب سازگارانه است و تا جایی بااهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل‌شده کمتری نیاز دارد. این طرحواره‌ها به صورت گسترده منعکس‌کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود، دنیا و آینده است.

منابع

- حسینی، سیداحمد، ستاره فروزان، آمنه، امیرفریاری، معصومه (۱۳۸۸)، بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره ۳.
- حسینی، سیداحمد، ستاره فروزان، آمنه و امیرفریاری، معصومه (۱۳۸۸)، بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم.
- خنیفر، حسین (۱۳۸۷)، استرس شغلی و محیط های حرفه ای (عوامل، نظریه ها، اثرات)، راهبرد سال اول، شماره دوم.
- رضائی ملاجق، رسول (۱۳۹۱)، تاثیر طرحواره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم مرضی مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، پایان نامه دکتری تخصصی در رشته روانشناسی، دانشکده شهید چمران اهواز.
- زمانی، نرگس، خدابخش، محمد رضا، زمانی، سعید، کیانی، فریبا، خستو هاشجین، حامد (۱۳۹۵)، اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴، مقاله پژوهشی، سلامت جامعه، دوره دهم، شماره ۳.
- شهریاری، عزت، سعادت مند زهره، فاتحی زاده مریم السادات، محققیان شهناز (۱۳۹۲)، بررسی نیازهای آموزشی زنان سرپرست خانوار شاغل فرهنگی آموزش و پرورش، فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، سال چهارم، شماره سه.
- نوایی، جعفر، محمدی آریا، علیرضا (۱۳۹۴)، بررسی ارتباط طرحواره های اولیه ناسازگار با توجه روابط فرا زناشویی در میان افراد متأهل، فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران، دوره سوم - شماره ۴.
- نیکنام، محمدحسین (۱۳۸۶)، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. تهران: وفاق.
- یوسفی، فایق، محمد خانی، مونا (۱۳۹۲)، بررسی میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و رابطه آن با متغیرهای سن، جنس و رشته تحصیلی آنان، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۵۶، شماره ۶.

منابع لاتین

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1999). Stress and Emotion .A New Synthesis. New York: Springer.

- Nakamura, N., & Tsong, Y. (2019). Perceived stress, psychological functioning, and resilience among individuals in same-sex binational relationships. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(2), 175-181
- Seiffge-Krenke I(2017). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. Psychology Press.
- Vadadhir AA, Sadati SMH, Ahmadi B. Women's health from the perspective of magazine's hygiene and health. *Journal of Women's Research*. 2009; 6(2): 133-155.(Persian).
- Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, Van Dijk FJ(2011). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health* 2011; 91(2): 270.

