

اثربخشی طرحواره درمانی بر کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست

لیلا بهرامی پور^۱

فرح نادری^۲

چکیده

سلامت یک مفهوم چند بُعدی است که شامل رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی و بعد معنوی زندگی نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی است که هیچ یک از ابعاد بر دیگری اولویت ندارند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست می باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مدرس 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 سلامت عمومی گیلبرگ (۱۹۸۹) و برای سنجش کارایی خانواده، از پرسشنامه اپستین، بیشاپ و بالدوین بر مبنای الگوی مک مستر (۱۹۸۳) 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 کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست اثر بخش می باشد.

واژگان کلیدی: کارایی خانواده، طرحواره درمانی، سلامت روان مادر سرپرست؛

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. nmafrah@yahoo.com

مقدمه و بیان مسئله

خانواده، یکی از مهمترین نهادهای جامعه و شکل دهنده ی شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه ی خانواده، عامل بسیار تاثیرگذاری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۲۵). منظور از کارایی خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده، در طول حیات، حل تضادها و تعارض ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوی انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده می باشد (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۵). داده های آماری در ایران از روند افزایش یابنده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در دهه اخیر خبر می دهد (اعظم آزاده و تافته، ۱۳۹۴: ۱۸۷). اما چنین به نظر می رسد که زندگی زنان پس از ترک مرد خانواده با مشکلاتی روبروست. از جمله می توان علاوه بر سختی روبرویی با مسائل اقتصادی که این گروه از زنان برای مقابله با آن تربیت و توانمند نشده اند به زندگی در تنهایی، همراه با افسردگی و ناامیدی که بیشتر ناشی از نگرش منفی جامعه نسبت به زنان تنها مطلقه و بیوه اشاره کرد. ایفای نقش های چندگانه که گاه در تعارض با یکدیگر نیز تعریف می شوند سبب خستگی جسمی و روحی آنها می شود. فقر، ناتوانی، بی قدرتی به ویژه در اداره امور اقتصادی خانواده، عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات روانی را فراهم می سازد (نازک تبار و ویسی، ۱۳۸۷: ۳۵). سلامت یک مفهوم چند بُعدی است که شامل رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی و بعد معنوی زندگی نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی است که هیچ یک از ابعاد بر دیگری اولویت ندارند (داسارو و همکاران، ۲۰۱۵: ۲۵۷).

با توجه به اینکه که آسیب های روان شناختی ناشی از طلاق و مرگ و یا ازدواج نکردن به علت تبعیض های جنسیتی در جامعه، در زنان بیشتر نمود پیدا می کند، لزوم مداخله های روان شناختی را برای این گروه ضروری می سازد. یکی از مداخلات نسبتاً جدید در زمینه مشکلات روان شناختی و همچنین آسیب های خانودگی، رویکرد طرحواره درمانی است. جفری یانگ (۱۹۹۱-۱۹۹۹) طرحواره درمانی را ارائه کرد. طرحواره ها دارای مؤلفه های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند، هنگامی که طرحواره های ناسازگار اولیه فعال می شوند، سطوحی از هیجان منتشر می شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس تعارضات و امثال آن می شود (نوردال و نایستر، ۲۰۰۵: ۲۱۴). طرحواره های ناسازگار اولیه در واقع نوعی آسیب پذیری روانشناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیشتر می کنند هرچقدر آنها انعطاف ناپذیرتر و شدیدتر باشند بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان استرس دچار شوند (بامبر، ۲۰۱۶) به نظر

می رسد در هر زمان خاص و جدید بسته به مسائل اجتماعی که فرد با آن مواجه است طرحواره های خاصی فعال می شوند (آذر و ماکین بایر ، ۲۰۰۵: ۱۵۵). زنان سرپرست خانوار نسبت قابل توجه و فزاینده ای از کل خانوارهای امروز ایران را تشکیل می دهند. تا مدتی پیش علت اصلی شکل گیری خانوارهای زن سرپرست عمدتاً فوت شوهران بود، اما طی دهه های اخیر با توجه به تغییرات ارزشی و هنجاری و تحولات اقتصادی و فرهنگی شاهد گسترش نسبت خانوارهایی هستیم که زنان در نتیجه طلاق یا ازدواج نکردن، در عمل مسئولیت خانوار را برعهده می گیرند. زنان سرپرست خانوار از آن حیث مسئله اجتماعی تلقی می شوند که ۱- سرپرستی خانوار مستلزم تأمین منابع مالی و معنوی اعضاء خانواده است و بر اساس تقسیم کار جنسیتی رایج نقش سرپرستی برعهده مردان است و زنان از ابتدا برای اجرای این نقش آموزش داده نمی شوند و تربیت نمی شوند. در عوض از الگو و اصول جنسیتی رایج برای زنان پیروی می کنند ۲- در شرایطی که به هر دلیلی تقسیم کار جنسیتی، کارایی اش را از دست دهد زنان با موقعیت دشواری مواجه می شوند که پتانسیل ابتلا به آسیب های اجتماعی، روان شناختی و جسمانی را در آنها بالا می برد. مهم ترین مشکل قرار گرفتن در این موقعیت ایفای نقش های دوگانه داخل و خارج از خانه است. ایفای نقش مادری، رسیدگی به امورات منزل و خانه داری، تلاش برای کسب فرصت های شغلی مناسبی که در اغلب اوقات بسیار نادر است و انجام فعالیت های اقتصادی، چه در سطح کارهای خدماتی و پاره وقت و چه در سطح کارمندی و بالاتر، فشار نقش ایجاد می کند که می تواند اثرات شدید و بلندمدت بر جسم و روان این زنان باقی بگذارد (احمدنیا و کامل قالیباف، ۱۳۹۶: ۲۸).

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 کارآیی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست شهرستان دزفول می باشد.

پیشینه پژوهش

پیشینه نظری

تبیین نظری کارآیی خانواده: تحقیق بر روی عملکرد خانواده (مبتنی بر مدل مک مستر) از دهه ۱۹۵۰ میلادی در دانشگاه مک گیل شهر مونترال کانادا تحت سرپرستی اپستین با تمرکز بر دو موضوع خانواده های غیر بالینی (منظور آن است که هیچ بیماری روانی مشخصی وجود ندارند، هرچند خانواده سالم باشد یا نباشد) و بالینی آغاز شد و همراه با آن پرسشنامه ارزیابی عملکرد خانواده تدوین گردید (فوغارتی ، ۲۰۰۹). پرسشنامه نامبرده، عملکرد خانواده را در شش حیطه اندازه گیری می کند، هر حیطه

پیوستاری از کارایی تا ناکارایی است و هر یک به دو طبقه مجزای ابزاری و عاطفی تقسیم می شود، که در ذیل به آن ها اشاره شده است:

۱- حل مسئله: مشکلات خانواده به دو دسته تقسیم می شود ابزاری(پول، غذا، پوشاک، خانه) و عاطفی(عصبانیت یا افسردگی). خانواده با مشکلات ابزاری بهتر از مشکلات عاطفی برخورد می کند، مشکلات عاطفی ریشه در مشکلات ابزاری دارد. مشکلات خانواده می تواند عملکرد و ثبات خانواده را تهدید کند در این حالت ممکن است خانواده در حل مشکل ناتوان شود.

۲- ارتباطات: معنای تغییر و تبادل اطلاعات میان اعضاء خانواده است و شامل دو حیطه عاطفی(خصوصا رفتار کلامی) و غیر کلامی می باشد. طبق این مدل چهار سبک ارتباطی شامل روشن و مستقیم، روشن و غیر مستقیم، مبهم و مستقیم و مبهم و غیر مستقیم وجود دارد.

۳- ایفای نقش: مربوط به الگوهای رفتاری کل خانواده شامل پنج گروه الف: منابع: مثل پول، غذا، ب:پرورش و حمایت مثل راحتی، اعتماد، ج: رشد شخصی: مثل رشد فیزیکی، عاطفی، د: نگهداری و مدیریت سیستم خانوادگی: مثل عملکردهای تصمیم گیری، کنترل رفتار، امور مالی، خشنودی جنسی بزرگسالان: مثل رضایت زناشویی می باشد.

۴- واکنش های عاطفی: منظور توانایی پاسخ به محرک ها با کیفیت و فراوانی مناسب می باشد و شامل دو دسته هیجانات آرام مثل عواطف، گرمی، تمایل، عشق، شادی، لذت، دلداری و هیجانات ناخوشایند (فوری) مانند عصبانیت، ترس، اضطراب، نگرانی، ناامیدی و افسردگی می شود.

۵- آمیختگی عاطفی: چگونگی در میان گذاردن علائق و خواسته های اعضاء خانواده با یکدیگر است و دارای دامنه ای از عدم وجود تا بی نهایت می باشد که سلامتی در وسط این طیف قرار دارد.

۶- کنترل رفتار: روشی است که خانواده برای مهار رفتار اعضایش به کار می برد و شامل چهار سبک کنترل سخت گیرانه، کنترل منعطف، کنترل با عدم مداخله و کنترل بی نظم و هرج و مرج می باشد.

۷- عملکرد کلی: این حیطه عملکرد کلی خانواده(مجموع ابعاد) را بررسی می کند(میرزایی علویجه و همکاران، ۱۳۹۲).

تبیین نظری سلامت روان: فرهنگ روان شناسی ربر (۱۹۹۶)، واژه سلامت روان را برای توصیف اشخاصی به کار می برد که در بالاترین سطح کنش وری رفتاری و سازش پذیری هیجانی و سازش یافتگی رفتاری هستند و فقط به این مفهوم به کار نمی رود که شخص دچار بیماری نباشد(مارکز و وود ، ۲۰۰۷). دو تعریف عمده برای سلامت روانی وجود دارد اول منظور از سلامت روانی رشته ای از سلامت عمومی است که در زمینه کاستن بیماری های روانی در یک اجتماع فعالیت می کند و در تعریف دوم، سلامت روانی به معنای سلامت فکر است و منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی

است که خود می تواند نسبت به ایجاد سیستم بارزشی درباره ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین المللی کمک کند(چانگ و همکاران، ۲۰۰۷). گی، سوزان و کراوچر (۲۰۱۰)، نیز سلامت روانی را استعداد روان برای هماهنگ، خوشایند و موثر کارکردن، برای موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای ارزیابی خود تعادل داشتن تعریف کرده اند.

طرحواره درمانی: طرحواره ساختاری شناختی برای ادراک، ساماندهی، پردازش و بهره‌برداری از اطلاعات است. طرحواره‌ها در طی زمان نسبتاً ثابت می‌مانند و این منجر به شیوه‌های ثابت برای ادراک و استفاده از اطلاعات می‌شود. طرحواره‌ها در افراد با هم متفاوتند و همین سبب می‌شود که هر فردی اطلاعات را به شیوه ای خاص پردازش کند و رفتاری متفاوت با دیگران داشته باشد. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی، در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می شوند(یانگ، کلوסקو و ویوشار، ۲۰۰۳). 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، ۲۰۰۶:۳۴۵).

رویکردی درمانی در روانشناسی است که توسط جفری یانگ پایه‌گذاری شده است و برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مانند بیماری‌هایی که به سایر درمان‌ها مثل درمان کلاسیک شناختی رفتاری پاسخ نداده‌اند یا بازگشت علائم را دارند به کار می‌رود. در بافت روان شناسی و روان درمانی طرحواره ها به طور کلی به عنوان یک اصل سازمان، بخش کلی محسوب می شوند که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم مرتبط با حوزه روان درمانی این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند و به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند(نجفی و ستاریور، ۱۳۹۳:۸۶). به عبارت دیگر، طرحواره های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند(زانگ و هه، ۲۰۱۰:۱۱۰). این طرحواره ها در عمیق ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می کنند و فرد را به لحاظ روان شناختی نسبت به ایجاد آشفستگی هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد، اختلالات رفتاری و رفتارهای ضد اجتماعی و اختلالات روان تنی آسیب پذیر می سازند(خدابخشی کولایی، و همکاران، ۲۰۱۳:۲۶).

پیشینه تجربی

سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، در پژوهشی به اثربخشی طرحواره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه پرداختند. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که طرحواره درمانی به طور معنی داری باعث ارتقای سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری و احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی زنان مطلقه شد. کرمی، اعظمی، جلالوند، جلالوند، دارابی و راستگو (۱۳۹۵)، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی طرحواره محور بر کاهش استرس شغلی پرستاران پرداختند. نتایج نشان داد که بعد از اجرای گروه درمانی شناختی طرحواره محور میزان علائم استرس شغلی و منابع استرس شغلی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری داشت و علائم و منابع استرس شغلی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت. زمانی، خدابخش، زمانی، کیانی و خستو هسجین (۱۳۹۵)، به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود یافته ها نشان دادند که شاخص های اضطراب و افسردگی پس از مداخله درمانی به شیوه طرحواره درمانی در دوره پیگیری به طور معنی داری کاهش یافتند. کروک و نیلوفر (۲۰۱۸)، به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در درمان اختلالات افسردگی پرداختند. در این مطالعه فراتحلیل، اثر طرحواره درمانی در درمان اختلالات افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل با استفاده از مدل اثر تصادفی نشان داد که طرحواره درمانی از اثربخشی بالایی در درمان اختلالات افسردگی برخوردار است. شکمگر (۲۰۱۶)، در پژوهش خود به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازناشویی در زوجین پرداخت. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان در زوجین آسیب دیده از روابط فرازناشویی گردید.

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 ... 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)

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

دهم	آموزش های روش های الگوشکنی	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای مقابله ای و ناسازگار
یازدهم	اجرای مجدد پرسش نامه	ارزیابی اثربخشی طرح واره درمانی

تعریف متغیرها

تعریف مفهومی کارایی خانواده: کارایی خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده، در طول حیات، حل تضادها و تعارض ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوی انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده می باشد. (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۰). تعریف عملیاتی کارایی خانواده: برای سنجش کارایی خانواده، از پرسشنامه ۶۰ سؤالی اپستین، بیشاپ و بالدوین بر مبنای الگوی مک مستر (۱۹۸۳) استفاده می شود. مدل مک مستر برای عملکرد (کارایی) خانواده، شش بعد را در نظر دارد: حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، و یک بعد عمومی به نام کارکرد کلی. 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 تا 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 دقیقه‌ای با تواتر هفته‌ای دو جلسه تشکیل می‌شود.

یافته‌های پژوهش

۱- یافته‌های توصیفی

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها پیش و پس از آزمون					
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	
سلامت روان	پیش آزمون	۴۶٫۶۷	۷٫۳۴	۱۵	
	کنترل	۴۳٫۴۷	۶٫۳۹	۱۵	
	پس آزمون	۶۳٫۴۰	۷٫۴۳	۱۵	
	کنترل	۴۳٫۳۳	۶٫۰۳	۱۵	
کارایی خانواده	پیش آزمون	۲٫۸۸	۰٫۰۵۳	۱۵	
	کنترل	۲٫۸۷	۰٫۰۵۶	۱۵	
	پس آزمون	۳٫۷۰	۰٫۱۶۹	۱۵	
	کنترل	۲٫۸۷	۰٫۵۶	۱۵	

نتایج جدول ۲: بیانگر این است که نمرات پس از آزمون گروه‌های مداخله نسبت به نمرات پس از آزمون گروه کنترل دارای تغییراتی شده است هر چند با توجه به مقایسه‌ی زوجی این میانگین‌ها به ازای هر متغیر تاثیر دوره‌های طرح درمانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشهود است با این حال برای تحلیل داده‌ها 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
کارایی خانواده پیش آزمون	۳۰	۰٫۰۰۰
سلامت روان پس آزمون	۳۰	۰٫۰۳۱
کارایی خانواده پس آزمون	۳۰	۰٫۰۰۰

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، کارایی خانواده (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
کارایی خانواده پیش آزمون	۱۳,۵۰	۱	۲۸	۰,۰۰۱
سلامت عمومی پس آزمون	۶,۴۲۱	۱	۲۸	۰,۰۱۷
کارایی خانواده پس آزمون	۱۹,۵۷۸	۱	۲۸	۰,۰۰۰

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 کواریانس 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 کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست دزفول تاثیر دارد.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره روی متغیر های وابسته (کار آرایبی

خانواده 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 (کارایی خانواده و سلامت عمومی) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی دقیق تر این اثر، تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

فرضیه ۱: طرحواره درمانی بر کارایی خانواده در مادر سرپرست اثر بخش است.

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

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون، با کنترل پیش-آزمون های متغیرهای وابسته (کارایی خانواده 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 نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش (استرس ادراک شده، کارایی خانواده

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
کارایی خانواده	۴,۳۷۸	۱	۴,۳۷۸	۲۷۲,۹۱۰	۰,۰۰۰	۰,۹۱۶	۱,۰۰۰

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۴-۶- نشان می‌دهند، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متغیر کارایی خانواده ($F=۲۷۲/۹۱۰$ 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 کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست شهرستان دزفول صورت گرفته است، بر این اساس یک فرضیه اصلی و دو فرضیه فرعی تدوین شد که به نتایج آن پرداخته می‌شود.

فرضیه اصلی: اثربخشی طرحواره درمانی بر کارایی خانواده و سلامت روان مادر سرپرست اثر بخش است.

با توجه به یافته‌ها فرضیه مورد تایید قرار گرفت و نتایج این فرضیه با یافته‌های آکرمی و همکاران (۱۳۹۵)، سنگانی و همکاران (۱۳۹۷)، کروک و همکاران (۲۰۱۸)، شکمگر (۲۰۱۶) هم‌خوانی 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 بجنند؛ 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 فعال‌بودن طرح‌واره‌های خاص وجود دارد (بامبر، ۲۰۱۶).

فرضیه ۱: طرح‌واره درمانی بر کارایی خانواده مادر سرپرست اثر بخش است.

با استناد به یافته‌های حاصل شده، فرض یک مورد تایید قرار گرفت و نتایج این آزمون با یافته‌های زمانی و همکاران (۱۳۹۵) و کروک و همکاران (۲۰۱۸) هم خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شرکت در دوره‌های طرح‌واره درمانی موجب گردیده تا زنان سرپرست خانوار در اجرای کارکردهای خود همچون آمیزش عاطفی، همراهی عاطفی، نقش‌ها، کنترل رفتار و حل مشکل عملکرد بهتری داشته باشند و آموزش‌های مرتبط تری نسبت به این ابعاد با توجه به نیاز شخصی و فردی خود به نسبت آن بعد به دست آورند. که به همان میزان می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و روانی این زنان موثر باشد. به طور کلی این عوامل موجب بهبود کلی کارایی خانواده در این افراد گردیده است.

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

همانطور که در فصل چهارم گزارش شد، فرضیه مورد تایید قرار گرفت و نتایج این آزمون با یافته‌های سنگانی و همکاران (۱۳۹۷)، زمانی و همکاران (۱۳۹۵)، شکمگر (۲۰۱۶) هم خوانی دارد. 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 با اهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد. این طرح‌واره‌ها به صورت گسترده منعکس‌کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود، دنیا و آینده است. از سوی دیگر با باورهایی مثل فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، دوست‌نداشتنی بودن و شکست نفس، که از عوامل ایجادکننده استرس، اضطراب و افسردگی است، هماهنگی دارد. نتایج پژوهش نشان داد افراد گروه آزمایش، توانستند با استفاده از تکنیک‌های شناختی به فرضیه‌آزمایی طرح‌واره‌ها بپردازند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با زیرسؤال‌بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازند. و در نتیجه به سلامت روان بیشتر برسند.

منابع

- محمدی، کورش، رضایی، علی محمد، محمدی فر، محمدعلی، طالع پسند، سیاوش (۱۳۹۷)، ارزیابی مدل ساختاری رابطه عملکرد خانواده و بدرفتاری والدین با پیشرفت تحصیلی فرزندان: نقش میانجی کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۷(۱۸).
- رفیعی، محمد، توان، بهمن (۱۳۹۰)، بررسی رابطه ی عملکرد خانواده و نگرش دینی پرسنل صف و ستاد دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۰، طب و تزکیه.
- اعظم آزاده، منصوره، تافته، مریم (۱۳۹۴)، روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران)، مطالعات زن و خانواده، دوره ۳ شماره ۲.
- نازک تبار، حسین و رضا ویسی (۱۳۸۷)، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زنان سرپرست استان مازندران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷.
- احمدنیا، شیرین، کامل قالیباف، آتنا (۱۳۹۶)، زنان سرپرست خانوار در تهران: مطالعه کیفی تجربیات، چالشها و ظرفیتهای آنها، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفدهم، ش ۶۵.
- میرزایی علویجه، مهدی، نصیرزاده، مصطفی، اسلامی، احمد علی، شریفی راد، غلام رضا، حسن زاده، اکبر (۱۳۹۲)، تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی، فصلنامه علمی-پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال اول . شماره ۲.
- نجفی، سکینه، ستارپور، فریبا (۱۳۹۳)، مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه در زندانیان چک برگشتی و افراد عادی، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، سال اول، شماره ۲، صص ۱۶-۲۷.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا، علیزاده، فاطمه، منصور، لادن، تقی پور، ابراهیم، فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۳)، حمایت اجتماعی ادراک شده خانواده و دوستان و طرحواره های ناسازگار اولیه در نوجوانان پسر و دختر بزهکار و غیر بزهکار، سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دوره اول، شماره ۲.

منابع لاتین

- 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.
- Nordahl HM, Nysæter TE (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 36(3): 254-264.
- Azar ST, Nix RL, MakinByrd KN (2005). Parenting schemas and the process of change. *Journal of Marital and Family Therapy* 2005; 31(1): 45-58.

- Bamber MR(2016). CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach. New York: Rutledge.
- Zhang, D.H., & He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*, 38(8), 1119-1122

