

The effectiveness of emotional schema therapy on social health and attitude towards social harms of female students of ShahinShahr conservatories

Fateme Eskandari¹, Miladabedi Ghlichgheshlaghi²

1. M.A. Student, Department of Personality Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotional schema therapy on social health and attitude towards social harms of female students of ShahinShahr conservatories. The statistical population of the present study was made up of all female students studying in ShahinShahr conservatories in 1401, who were selected through available sampling of 30 people (two groups of 15 people, experimental and control). In this research, questionnaires of social harm (Aghaei and Timurtash, 1389) and social well-being (Keyes, 1998) were used. The data were analyzed with the methods of Shapiro test to show the normality of the sample and univariate and multivariate covariance analysis with repeated measurement and using Benferoni's post hoc test. The results obtained from the data analysis showed that emotional schema therapy is effective in increasing social health ($F=47.852$ and $P=0.001$) and reducing the attitude towards social harms ($F=20.14$ and $P=0.001$). . From the present research, it can be concluded that emotional therapy has a significant effect on increasing social health and attitude towards social harms.

Keywords: emotional schema therapy, social health, attitude towards social harms.

* MiladAbediGhlichgheshlaghi
E-mail : abedi.psycho@gmail.com

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی و نگرش به آسیب‌های اجتماعی دانش آموزان دختر هنرستان های شاهین شهر

فاطمه اسکندری^۱، میلاد عابدی قلیچ قشلاقی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی شخصیت، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) *استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی و نگرش به آسیب های اجتماعی دانش آموزان دختر هنرستان های شاهین شهر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دختر مشغول به تحصیل در هنرستان های شاهین شهر در سال 1401 تشکیل دادند، که به صورت نمونه گیری در دسترس 30 نفر (دو گروه 15 نفری آزمایش و کنترل) انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه های آسیب اجتماعی (آقایی و تیمورتاش، 1389) و بهزیستی اجتماعی (کیز، 1998) استفاده شد. داده ها با روش های آزمون شاپیرو جهت نشان دادن نرمال بودن نمونه و تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره با اندازه گیری مکرر و استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شد. نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش سلامت اجتماعی ($F=47/852$ و $P=0/001$) و کاهش نگرش به آسیب های اجتماعی ($F=20/14$ و $P=0/001$) اثر بخش است. از پژوهش حاضر می توان به این نتیجه رسید که طرحواره درمانی هیجانی بر افزایش سلامت اجتماعی و نگرش به آسیب های اجتماعی تاثیر معنادار دارد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، سلامت اجتماعی، نگرش به آسیب های اجتماعی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

نوجوانی مرحله عبور از کودکی به بزرگسالی که با تغییرات عظیم فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی همراه است و این تغییرات میتواند به منزله بحران یا طوفان در زندگی نوجوان باشد (موسوی، 1389). نوجوانی میتواند دوره‌های پرخطر باشد زیرا در این دوره، موقعیتهای زیادی برای رشد انواع مشکلات روانی و اجتماعی وجود دارد و مهمترین نگرانی والدین و متخصصان، ضریب آسیبپذیری بالای نوجوان در این دوره است (زارعی و همکاران، 1400).

امروزه در مطالعات مربوط به نوجوانان علاوه بر ابعاد جسمانی و روانی سلامت، به بعد اجتماعی آن نیز توجه روزافزون میشود (سلیمانیپور، گریستانگر و بریندیس، 2017). البته مفهوم سلامت اجتماعی در مقایسه با سلامت جسمانی یا روانی، کمتر شناخت ولی در عین حال همراه با سلامت روانی و جسمانی یکی از سه ستون مهم تعریف سلامت را تشکیل میدهد (فلوربائی و مانیکوست، 2011). مفهوم سلامت اجتماعی برای اولین بار در سال 1972 توسط بلوک و بارسلو مورد توجه قرار گرفت. این دو مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان فعالیت و عملکرد اعضای جامعه مترادف دانسته و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنان تلاش کردند تا با طرح پرسشهای گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند (قاضی نژاد و وحید فاضل، 1392). سلامت اجتماعی فرد، از جهاتی مهم تر و حساستر از جنبههای جسمانی و روانی سلامت فرد است، زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر میاندازند، آثار و تبعات محدودی دارند اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید میکنند بهطور مستمر با روابط او با دیگران تأثیر میگذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال میکنند (کاربونی، 2012).

در حقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می دانیم که بتواند فعالیتهای اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال دهد. مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص های متعددی است که ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی از سلامت اجتماعی افراد، با استفاده از مدل نظری کیزز مورد بررسی قرار خواهند گرفت. کیزز معتقد است، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمیتوان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کا کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را نیز در بر می گیرد. وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می کند (کارگر و استویز، 2009). در نتیجه برنامه ریزی برای ارتقای سلامت اجتماعی می تواند تأثیرات خوبی بر سلامت جسمی و روانی داشته باشد و بی توجهی به سلامت اجتماعی، زمینه افزایش آسیبهای روانی و اجتماعی در بین اقشار جامعه را فراهم میکند (کیزز و شاپیرو، 2004).

از طرف دیگر هرگاه ارزشهای اجتماعی و قواعد رفتاری مراعات نشود، نظم اجتماعی آسیب میبیند که از آن در جامعه بهعنوان کجروی یا انحراف اجتماعی یاد میشود. انحرافهای اجتماعی، پدیدههایی هستند که در جوامع همگن و غیر همگن، نوین و سنتی، دینی و غیردینی بهنحوی از انحاء ظهور مییابند (ذوالفقاری، 1399). بنابراین، انحرافهای اجتماعی موضوع تازهای نیست، اما در عصر حاضر از دیدگاه روانشناختی، تربیتی و جامعهشناسی به این مسأله نگاه عمیقتری میشود. در یک نظام اجتماعی، هنگامی که رفتاری بهگونهای چشمگیر با هنجار همگانی اختلال پیدا میکند و مورد کیفر قرار میگیرد، آسیب اجتماعی نامیده میشود (حجازی و صالحی، 1385). آسیبهای اجتماعی مسائلهای است که بهسادگی نمیتوان در چند جمله آن را تعریف کرد. با این حال، در یک برداشت کلی از مفهوم آسیب اجتماعی میتوان گفت، آشفتگیهای ناخواسته و اجتنابناپذیر در جامعه، قربانی شدن مردم بر اثر محرومیتها، تحمیلی ازسوی نهادهای اجتماعی، بیماریهای قابل درمان درمان نشده، اعمال خشونتی که از نظر اجتماعی نارواست و مواردی از این قبیل، برداشت عامی از مسائل اجتماعی است که چندان از مفهوم تخصصی آسیبهای اجتماعی که صاحب نظران بهکار میبرند، دور نیست (حیدری و نصیری، 1394). طبق تعریف رایبگتن و واینبرگ (2015) آسیب اجتماعی وضعیت اظهارشدهای است که با ارزشهای تعداد قابل ملاحظهای از مردم مغایرت دارد و معتقدند باید برای تغییر آن وضعیت، اقدام

کرد. به عبارت دیگر آسیب اجتماعی به هر نوع عملکردی یا جمعی اطلاق میشود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عام عمل جمعی رسمی و غیررسمی جامعه محل فعالیت کنشگران قرار نمیگیرد و در نتیجه با منع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبه رو میگردد به همین دلیل کجروان سعی دارند کجرویهایی خود را از دید ناظران، قانون اخلاق عمومی و نظم اجتماعی پنهان سازند. زیرا در غیر این صورت با پیگرد قانونی، تکفیر اخلاقی و طرد اجتماعی مواجه میشوند (ستوده، 1394).

برن و براون (2006) نشان دادند رفتارهای پرخطر مانند جرایم جنسی از فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه به وجود می آیند. طرحواره درمانی هیجانی شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری میباشد که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ، الگو فراشناختی ولز و رویدادهای مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نموده است (لیهی، 2007). طرحواره درمانی هیجانی یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی به حساب می آید زیرا از نگاه لیهی هیجانها هم یک رخداد فردی و هم اجتماعی میباشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار میگیرند و تغییرات این تفاسیر 0 تفسیر خود فرد و دیگران باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی میگردد. طبق این مدل، تفاوتیهای موجود بین اشخاص از نظر تفاسیر، ارزیابیها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مرتبط با هیجانهای آنان، طرحوارههای هیجانی نامگذاری میشود (لیهی، 2015). در این مدل، در هنگام تجربه یک هیجان ناخوشایند، این راهبردها و فرایندهای تفسیر به کار گرفته میشوند.

نخستین گام در هنگام ظهور یک هیجان، توجه کردن به آن هیجان میباشد که هم میتواند شامل توجه و هم نامگذاری به هیجانها باشد. دومین گام در الگو لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از هیجانها میباشد (لیهی، 2013). این اجتناب میتواند هم بهگونه طبیعی و هم بهصورت بیمارگونه مصرف مواد مخدر، نشخوار فکری و نگرانی، پرخوری اتفاق بیفتد. این تفاسیر و راهبردها یا همان طرحوارههای هیجانی، موانعی برای درمان شناختی رفتاری میباشد، چون مواجهه طولانی مدت مخالف با نظریه لیهی در این رابطه میباشد که اضطراب چگونه مدیریت میگردد (لیهی، 2018). لیهی برای طرحوارههای هیجانی 14 بعد مختلف را در نظر میگیرد که این ابعاد راهبردهای مقابله و تفاسیر متفاوت مربوط به هیجانها را توصیف مینمایند و بر اساس مقیاس طرحوارههای هیجانی لیهی دارای ثبات هستند. این ابعاد چهاردهگانه عبارتند از: اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، دیدگاه سادهانگاران درباره هیجانات، ارزشهای برتر، کنترل، کرحتی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، همگانی بودن هیجان، پذیرش احساسها، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش (لیهی، 2015). بسیاری از نظریهپردازان و روانشناسان در حوزه آسیبشناسی روانی در توضیح اختلالات روانی، نقش و جایگاه گوناگونی را برای هیجانها قائل شدند. امروزه گذشته از الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پررنگ هیجانها در تحول و تداوم اختلالات روانی اذعان کردهاند، بهطوریکه بسیاری از آنها هیجانها را همراستا و همتراز با شناختها در ایجاد اختلالات روانی به حساب میآورند و به سمت مدلهای شناختی هیجانی حرکت نمودهاند (لیهی، 2015).

هستهی مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای طرحوارههای هیجانی میباشد که در نظریهی طرحواره درمانی هیجانی لیهی به آن اشاره شده است؛ با توجه به نقش هیجان و مدیریت آن در سلامت روانی و اجتماعی و همچنین شکلگیری انحرافات اجتماعی، بررسی علمی تأثیر این درمان در افزایش سلامت روانی و کاهش نگرش مثبت به آسیب های اجتماعی می تواند زمینه را جهت افزایش بهزیستی اجتماعی فراهم نماید؛ ازاینرو پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی و نگرش به آسیب های اجتماعی در نوجوانان دختر مشغول به تحصیل در هنرستان های شاهین شهر انجام گرفت.

روش، جامعه و نمونه آماری در پژوهش

مطالعه حاضر از نظر ساختار یک پژوهش نیمه تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل) می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر محصل در هنرستان های شاهین شهر در سال 1401 بود که در هنرستان های این شهر مشغول به تحصیل بودند. ابتدا به صورت هدفمند تعدادی پرسشنامه در میان دانش آموزان اجرا شد و سپس با توجه به نمرات برش معیار ورود تعداد 30 نفر برای حضور در پژوهش انتخاب گردید. در گام دوم با توجه به روش پژوهش و به صورت تصادفی (نیمه آزمایشی) 15 نفر از افراد منتخب در گروه کنترل و 15 نفر دیگر در گروه آزمایش جایگزین شدند. نمونه گیری از نوع هدفمند بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه آسیب های اجتماعی: پرسشنامه توسط آقای و تیموری تاش (1389) طراحی شده است و پرسشنامه سنجش نگرش به آسیب های اجتماعی با هدف بررسی و ارزیابی نگرش دانش آموزان پیرامون بعضی از آسیب های اجتماعی در قالب 42 سوال 5 گزینه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تهیه و تنظیم شده است و دامنه نمرات بین 42 تا 210 می باشد و نمره برش این پرسشنامه 105 می باشد؛ نمره بالاتر به معنای آسیب های اجتماعی بیشتر در فرد می باشد. آسیب های اجتماعی که در این پرسشنامه مورد نظر بوده است شامل سرقت- پرخاشگری- مواد مخدر- مسائل جنسی- خودکشی و فرار از خانه بوده است. در پژوهش شریفی رهنمو و همکاران (1400) پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0/85 بدست آمد و روایی مالک پرسشنامه سنجش نگرش به آسیب های اجتماعی توسط اساتید دانشگاه تهران 0/80 بدست آمده است.

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز (1998): کیز پرسشنامه بهزیستی اجتماعی 33 گویه ای را براساس مدل نظری اش از سازه ی بهزیستی اجتماعی طراحی کرده است که معمولاً به عنوان مقیاسی عمومی در روان شناسی سلامت اجتماعی به منظور تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می رود. این پرسشنامه دارای ابعاد شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی می باشد (صفاری نیا، 1393). نمره گذاری گویه ها براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت به صورت (کاملاً موافق=5 تا کاملاً مخالف=1) انجام می شود. بنابراین، کمترین و بیشترین نمره کسب شده از این پرسشنامه به ترتیب برابر با 33 و 165 بود و نمره برش این پرسشنامه 82/5 می باشد. کیز (1998) در دو مطالعه بر روی دو نمونه 373 نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل مدل 5 بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را تایید کرده است. او برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده و ضریب آن را (0/85) گزارش نمود؛ این میزان در پژوهش صفاری نیا، تدریس تبریزی، محتمشمی و حسن زاده برای همسانی درونی کل پرسشنامه (0/76) برآورد گردید.

پروتکل طرحواره درمانی هیجانی

جلسات آموزش طرحواره درمانی هیجانی: مداخله درمانی طرحواره درمانی هیجانی به صورت هفتگی اجرا شد. تدوین کلی جلسات بر اساس پروتکل لیهی، ناپولی تانو و تریچ (2011) صورت گرفت. خلاصه جلسات در جدول 1 آورده شده است.

جدول 1: خلاصه جلسات طرحواره درمانی بر اساس پروتکل لیهی و همکاران (2011)

جلسه	مراحل درمان
1	ارائه آموزش درباره هیجان برای افزایش درک فرد از هیجان، معرفی کلی طرحواره هیجانی، بیان منطق و مراحل مداخله و اهداف جلسات
2	تعریف و توضیح طرحواره های هیجانی و تاثیر آن ها بر احساسات و رفتارهای افراد و توضیح راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان و ارائه مثال
3	آموزش طرح واره هیجانی، بی اعتبار سازی و آموزش راه های اعتبار سنجی به هیجانان، آموزش طرح واره هیجانی درک ناپذیری و آموزش چگونگی ربط داشتن هیجانان با افکار فرد، آموزش طرح واره هیجان احساس شده و گناه و انجام تکنیک های شناختی برای جدا کردن احساسات از رفتار
4	توصیف طرح واره هیجانی ساده اندیشی در مورد هیجان و بازسازی شناختی (توصیحات در مورد این که در یک موضوع می توان احساسات مختلف را تجربه کرد)، توضیح در مورد طرح واره هیجانی نازنده سازی و آموزش چگونگی ربط دادن احساسات متکی به ارزش ها، توضیح در مورد طرح واره درمانی هیجانی، اتفاق نظر پایین و آموزش اینکه احساسات در مورد همه انسان ها صدق می کند و همه در همه جای جهان احساسات را تجربه می کنند. توضیح طرح واره عدم کنترل و توضیح اینکه انسان ها بیشتر از آنچه فکر می کنند بر احساسات خود کنترل دارند و می توان با تمرین های رفتاری و توجه آگاهی، احساسات را بیشتر مدیریت کرد.
5	توضیح در مورد طرح واره کرختی و اینکه این طرح واره در اثر اجتناب های فرد از هیجانان رخ داده و در صورت مراجعه و تجربه به احساسات می توان این طرح واره را برطرف کرد. توضیح در مورد طرح واره منطقی بودن افراطی و نشخوار و ابراز اندک که یک نوع اجتناب از احساسات محسوب می شوند و چه معنایی دارند. توضیح در مورد طرح واره تداوم و آموزش ویژگی اصلی هیجانان که ناپایدارند و داوم نخواهند داشت.
6	توضیح طرح واره سرزنش و اینکه موجب می شود عدم مسئولیت پذیری هیجانی رخ دهد و با اجازه دادن به خود برای ابراز زیاد هیجانان موجب آسیب روابط شویم. توضیح در مورد طرح واره عدم پذیرش و بررسی معایب نپذیرفتن برخی هیجانان و بازسازی شناختی پیرامون اینکه می توان همه هیجانان را پذیرفت ولی طبق آن ها عمل نکرد.
7	آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند آرمیدگی پیش رونده عضلانی، تصویر سازی ذهنی مثبت و تنفس دیافراگمی.
8	ارزیابی میزان نیل به اهداف درمان، آماده کردن فرد برای پایان جلسات، کمک به تداوم اموخته های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن ها

یافته های پژوهش

طبق نتایج دموگرافیکاز کل اعضای نمونه 30 نفری، 14 نفر تک فرزندی، 11 نفر دو فرزندی و 5 نفر نیز 3 فرزندی هستند. از 30 نفر گروه نمونه ی پژوهش، 10 نفر زیر دیپلم و دیپلم دارند و 15 نفر (معادل 50 درصد) فوق دیپلم و لیسانس، 5 نفر کارشناسی ارشد و دکترا بوده اند. همچنین از 30 نفر گروه نمونه ی پژوهش، 11 نفر زیر دیپلم و دیپلم دارند و 14 نفر فوق دیپلم و لیسانس، 5 نفر کارشناسی ارشد و دکترا بوده اند. قبل از انجام تحلیل کواریانس نیاز به بررسی پیش فرض ها جهت انجام این آزمون می باشد. برای بررسی پیش فرض اول یعنی تصادفی بودن گروه بندی افراد نتایج نشان میدهد برای نمره آسیب های اجتماعی مقدار آماره آزمون 0/003 و سطح معناداری 0/958 است که بیان کننده این نکته است که بین نمره آسیب اجتماعی دو گروه کنترل و مداخله قبل از آزمایش تفاوتی نیست و برای نمره سلامت روان مقدار آماری مقدار آماره آزمون 0/005 و سطح معناداری 0/945 است که نشان میدهد بین نمره سلامت اجتماعی دو گروه کنترل و مداخله قبل از آزمایش تفاوتی نیست. جهت بررسی همسانی واریانس بین گروه ها از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج نشان میدهد برای نمره آسیب اجتماعی و سلامت اجتماعی در این سه زمان دارای سطح معناداری بزرگتر است 5 صدم است لذا تفاوتی بین واریانس در دو گروه کنترل و مداخله در هیچیک است مقاطع زمانی وجود ندارد. همین طور جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمره ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که یافته ها

نشان دهنده توزیع نرمال داده ها بر اساس سطح معناداری بالاتر از ۰.۰۵ میباشد. آمار توصیفی مربوط به متغیر نگرش به آسیب های اجتماعی در جدول 2 قابل مشاهده است.

جدول 2: آمار توصیفی برای بررسی اثر طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به آسیب های اجتماعی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آسیب اجتماعی	پیش آزمون	67.67	8.902	67.87	6.578
	پس آزمون	78.87	8.983	68.6	8.096
	پیگیری	80.47	8.855	68.07	8.844

چنانچه در جدول 2 مشاهده می گردد، در متغیر آسیب اجتماعی، گروه مداخله و گروه کنترل تغییرات چشمگیری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده برای آسیب اجتماعی در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3: آزمون تحلیل واریانس درون گروهی و بین گروهی برای بررسی اثر طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به آسیب های اجتماعی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
درون گروهی - زمان	567.089	1.306	434.219	36.004	0	47.021	0/85
تعامل زمان×گروه	317.222	1.306	242.896	20.14	0	26.303	0/85
خطا (زمان)	441.022	36.568	12.06	-	-	-	-
بین گروهی - گروه	537.778	1	537.778	0.569	0.457	0.569	0.682
خطا	26458.178	28	944.935	-	-	-	-

با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت، همانطور که در جدول 3 می توان مشاهده نمود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F=36/004$ ، $df=1.306$ و $p<0/05$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=20/14$ ، $df=1.306$ و $p<0/05$) در متغیر آسیب اجتماعی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه در سه گروه پژوهش تفاوت معنی داری ($p<0/05$) وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با 47 درصد و توان آزمون برابر با 1 و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با 26 درصد و توان آزمون برابر با 0/85 می باشد. بنابراین نتایج نشان می دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان با گروه به ترتیب 47 و 26 درصد تفاوت در آسیب اجتماعی مربوط به اعمال متغیر مستقل یعنی گروه کنترل و مداخله در پژوهش بوده که با صد در صد توان مورد تایید قرار گرفته استدر جدول 4 میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر سلامت اجتماعی در گروه های پژوهش ارائه شده است.

جدول 4: جدول آمار توصیفی برای بررسی اثر طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی

گروه آزمایش		گروه کنترل	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
67.67	8.902	67.87	6.578
78.87	8.983	68.6	8.096
80.47	8.855	68.07	8.844

چنانچه در جدول 4 مشاهده می‌گردد، در متغیر آسیب اجتماعی، گروه مداخله و گروه کنترل تغییرات چشمگیری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای سلامت اجتماعی در جدول 5 ارائه شده است

جدول 5: آزمون تحلیل واریانس درون گروهی و بین گروهی برای بررسی اثر طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون-گروهی	زمان	1.363	573.359	54.811	0	0.662	0/79
	تعامل زمان×گروه	1.363	500.566	47.852	0	0.631	0/79
	خطا (زمان)	38.157	10.461	-	-	-	-
بین-گروهی	گروه	1	1261.878	6.359	0.018	0.185	0.682
	خطا	28	198.425	-	-	-	-

با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت، همانطور که در جدول فوق می‌توان مشاهده نمود، در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F=54/8$, $df=1.363$ و $p<0/05$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=47/85$, $df=1.363$ و $p<0/05$) در متغیر سلامت اجتماعی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه در سه گروه پژوهش تفاوت معنی‌داری ($p<0/05$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با 66 درصد و توان آزمون برابر با 0/79 و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با 63 درصد و توان آزمون برابر با 0/79 می‌باشد. علاوه بر آن، چنانچه در جدول 5 در بخش اثر بین‌گروهی می‌توان مشاهده نمود بین سه گروه پژوهش در متغیر آسیب اجتماعی تفاوت معنی‌داری ($p<0/05$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با 18 درصد و توان آزمون برابر با ۱ است. به این مفهوم که تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده با صد در صد توان، 18 درصد تفاوت معنی‌دار بین یکی از گروه‌های مداخله و گروه کنترل را در متغیر سلامت اجتماعی نشان داده است.

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج یافته ها طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت اجتماعی دختران نوجوان مشغول به تحصیل در هنرستان های شهر شاهین شهر تاثیر دارد.

این یافته از پژوهش با یافته های حسن پور و همکاران (1401)، عزیزی و صفاری نیا (1398)، تاشکه و همکاران (1397) همسو می باشد.

طرح واره ها ساختار پایدار و بادوامی هستند و به دلیل ارضا نشدن نیاز هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند. طرح واره ها بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده یک واقعه هستند که بر شیوه تفکر، احساسات و رفتار آن ها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه های زندگی آن ها تاثیر می گذارند. طرح واره بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. در این رویکرد درمانی با استفاده از فن های درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، تحلیل روابط گشتالت درمانی، یک مدل درمانی نوین برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن ارائه می دهد.

طرح واره ها الگوهای هیجانی و شناختی معیوبی هستند که از دوران کودکی شکل می گیرند و در طول زندگی تکرار می شوند. علت بسیاری از رفتارهایی که افراد امروز انجام می دهند مربوط به ناتوانی آن ها در دوران کودکی و نوجوانی است. عدم موفقیت در درمان مشکلات روانشناختی مانند اختلالات شخصیت، موجب به وجود آمدن مکتب سازنده گرایی شد. تاریخچه روان درمانی حاکی از آن است که درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت کاری سخت و توان فرسا بوده است. بنابراین استفاده از این رویکرد درمانی توسط درمانگران کاملاً ضروری می باشد (حسن پور و همکاران، 1401).

نتایج مطالعات ورمزیری و همکاران (1400)، مرواریدی و همکاران (1398)، پنی و نورتون¹ (2022) نشان داد که طرح واره درمانی بر افزایش سلامت اجتماعی در افراد دارای اختلال شخصیت و یا افسرده تاثیر دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که طرحواره درمانی، به طور معناداری باعث کاهش فعالیت طرح واره ها در تمام حوزه ها و به دنبال آن، افزایش معنادار سلامت اجتماعی و بهبود سازگاری اجتماعی می گردد. طرح واره ها زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روان شناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان می باشند و اعتقاد بر این است که این طرح واره ها، ناکارآمد و خود تداوم بخش هستند و در طول زندگی با تعریف واقعیات، فرد را وادار می کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه آن ها عمل کنند.

بر این اساس، طرح واره درمانی تواند بر انواع طرح واره ها تاثیر گذار بوده و از این طریق مشکلات روانشناختی مانند ناسازگاری اجتماعی و روابط بین فردی مختل را بهبود بخشد. طرح واره ها باعث تشدید خودپنداره ناسالم و تصور منفی از خود در افراد شده و میزان مشارکت، همبستگی و پذیرش اجتماعی را کاهش می دهند. وجود طرح واره های ناسازگار، زمینه طرد اجتماعی و از دست دادن شبکه های حمایتی از سوی خانواده و جامعه را فراهم نموده و با ایجاد تصورات منفی در فرد، موجب کاهش سلامت اجتماعی می شود. طرح واره ها نقش مهمی در کاهش تجربه استرس، نگرانی و افکار منفی و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارد. در همین راستا طرح واره ها را نیز می توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه سازمان یافته ای از اطلاعات، باورها و فرض ها دانست که می توانند میزان نگرانی را با توجه به باورهای منفی کاهش داده و بر خود انتقادی تاثیر گذار باشند که این امر موجب افزایش سلامت اجتماعی افراد می شود.

همین طور طبق نتایج یافته ها طرحواره درمانی هیجانی بر نگرش به آسیب های اجتماعی دختران نوجوان مشغول به تحصیل در هنرستان های شهر شاهین شهر تاثیر دارد.

این یافته از پژوهش با یافته های صداقتی و همکاران (1401)، سیادت و همکاران (1398)، مودنی و همکاران (1397)، گلی و همکاران (1395)، سانپچ و سالانکویچ (2020)، وردیجیو گارسیناز و

¹. Penny & Norton

همکاران(2019)، کارتیزاس و همکاران(2016)، رانر و همکاران(2016) و دادومو و همکاران(2018) همسو می باشد.

به صورت کلی در تبیین اثربخشی و موثر بودن طرح واره درمانی باید بیان داشت، طرح واره درمانی با کار بر روی ابعاد چند وجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می کند که این ابعاد شامل بعد شناختی، تجربی، عاطفی و رفتاری هستند. در بعد شناختی، طرح واره درمانی با کار کردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرح واره ها کمک می کند تا افراد به ریشه افکار خود آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرح واره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تایید کننده یا رد کننده طرح واره، طرح واره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند.

طرح واره درمانی که خلاصه ای از پاسخ های سالم فرد، شناسایی ریشه طرح واره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک کننده به فرد جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرح واره، تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در زندگی است، که موجب می شود آگاهی فرد نسبت به فرح واره ها می شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع آن در روابط بین فردی و درونی فردی فراهم می کند.

همچنین تکنیک های تجربی کمک می کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرح واره ها مهیا سازد. از سوی دیگر افراد می توانند با استفاده از این تکنیک ها به فرضیه آزمایی طرح واره ها بپردازد و با برانگیخته شدن طرح واره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرح واره ها مهیا می شود. استفاده از تصویر سازی ذهنی باعث می گردد فرد طرح واره های اصلی را شناخته، ریشه های تحولی آن را درک کرده و این ریشه ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقاء درک افراد و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می شود.

در تکنیک گفتگوی خیلی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از طرح واره ها می شود. تصویر سازی ذهنی به منظور الگو شکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی می گردد و از سویی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی می گردد و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه افراد فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان می یابند.

زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می شوند، زمینه برای بهبود طرح واره ها مهیا می گردد، چرا که طرح واره های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضا نیازهای هیجانی ایجاد می گردد. به عبارتی، در بعد عاطفی، طرح واره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی شناختی که به باور هیجانی گره خورده است را به چالش می اندازد تا فرد با طرح واره هایش علاوه بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک به تخلیه هیجانی فرد کمک می کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده اش را که منجر به شکل گیری طرح واره ها شده، بشناسد.

یافته های پژوهش حاضر با مطالعات اسثر و ایزاسکن^۲ (2011) و پائول و دیوید^۳ (2009) که هر دو بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری تاکید می کنند همسو است. طرحواره ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم، نگرش های تحریف شده، فرض های نادرست و انتظارات غیرواقع بینانه ظاهر می شود که موقعیت ها را به گونه ای سوء تعبیر کنند که طرح واره ها تقویت شوند، به طوری که بر داده های همخوان با طرح واره تاکید می کنند و داده هایی را که با طرحواره منافات دارند نادیده می گیرند و یا کم ارزش می انگارند.

افرادی که دارای نشانه های پرخاشگری هستند دارای یک ذهنیت طرح واره ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای خشمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می گردد و در موقعیت هایی برانگیخته می شوند که حساسیت زیادی نسبت به آن ها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان های آشفته ساز و پاسخ های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب رسانی می شود. در این رویکرد به آن ها کمک می

^۲. Esther & Izaskun

^۳. Paul & David

شود تا افراد ذهنیت طرح واره ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه هایی که باعث تداوم طرح واره های آن ها شده شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند. قادری، کلانتری و محرابی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان دانشجویان بررسی کردند که نتایج آن نشان داد طرح واره درمانی بر ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل پرخاشگری، ملامت خویشتن، ملامت دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی، نشخوارگری و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی موثر است.

از جمله محدودیت های پژوهش محدود بودن به دانش آموزان دختر محصل در هنرستان های شاهین شهر بود، لذا در صورت نیاز به تعمیم، با احتیاط و دانش کافی این کار صورت گیرد. از آنجایی که آزمودنی های این پژوهش، از افراد در دسترس انتخاب شدند، شاید نتوان آن را به عنوان نماینده کل جامعه در نظر گرفت. استفاده پرسش نامه به جای مصاحبه که امکان ردیابی پاسخ های داده شده و علل احتمالی آن ها را به حداقل می رساند. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی عوامل تاثیر گذار بیشتری نیز مورد سنجش قرار بگیرد و با حجم نمونه بزرگتر و محدوده جغرافیایی وسیع تر انجام گیرد تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه به کار گیری متغیرهای ذکر شده فراهم آید. پیشنهاد میشود دوره پیگیری طولانی تر برای مثال 3 ماهه یا 6 ماهه در پژوهش های بعدی انجام شود. و در آخر پیشنهاد میشود با توجه به جامعه هدف (دانش آموزان) که در معرض انواع عوامل خطر آفرین گرایش به مواد مخدر هستند، استفاده از طرح واره درمانی به عنوان مداخله پیشگیرانه در دبیرستان ها می توان از افزایش گرایش به مصرف مواد و سایر آسیب های اجتماعی ناشی از آن در این قشر پیشگیری کرد.



منابع و مراجع

منابع فارسی

-حسن پور ع.، کریمی افشار ع.، سلطانی نژاد م.، و منظری توکلی و. (1401). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و سرسختی روانشناختی پرستاران بیمارستان افضلی پور کرمان. مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره یازدهم، پی در پی 160.

-شریفی م. (1393). نوجوانی فصل شکفتن، انتشارات جهان اسلام.

-ورمزیار ا.، مکوندی ب.، سراج خرمی ن.، مرادی منش ف.، و مرادی ن. (1400). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت؛ کارآزمایی بالینی تصادفی. پژوهش در علوم توانبخشی، سال 17.

-صدیقی ع.، محمدی پور م.، و سرایی ع. (1401). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و آموزش رفتار برنامه ریزی شده بر خطرپذیری دانشجوی معلمان در معرض اعتیاد دانشگاه فرهنگیان مشهد. فصلنامه روانشناسی تحلیل شناختی، 13(49):69-81.

-عزیزی، ز. صفاری نیا، م. (1398). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان، مطالعات روان شناختی، 15(1)، 147-163.

-عمرانی ا.، طاهری کامران آ.، صالحی م.، دهقانی پور مجردن.، و ترناسخ. (1401). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهزیستی روانی، هیجانی و اجتماعی زنان خانواده شهدای مبتلا به اختلال سوگ پیچیده مداوم. فصلنامه روانشناسی نظامی، 13(50)، 147-165.

-موذنی ت.، غلامرضایی س.، و رضایی ف. (1397). اثربخشی طرحواره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره 23، شماره 2، صص 253-266.

-قاضی نژاد م.، و وحید فاضل ف. (1392). جهت گیری ارزشی و سلامت اجتماعی جوانان. فصلنامه مرکز مطالعات راهبردی وزارت ورزش و جوانان، 12(22)، 115-132.

-تاشکه م.، دوازده امامی م.، بازانی م.، شاه حسینی م.، و مصطفی لو ط. (1397). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مقبولیت اجتماعی و رفتار قلدری در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب. مجله پژوهش سلامت ۱۳۹۷؛ ۴ (۲): ۸۸-۹۵.

-مرواریدی م.، مشهدی ع.، و سپهری شاملو ز. (1400). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، دوره 7، شماره 1، پیاپی 22.

-گلی ر.، هدایت س.، دهقان ف.، و حسینی شورا به م. (1395). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی پرخاشگری دانشجویان. مجله سلامت و مراقبت، سال هیجدهم، شماره سوم.

- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., &Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 43-49 .http://ijhp.ir/files/site1/user_files_69c216/admin-A-10-1-190-e855424.pdf.
- Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*. Published online: 61 Sep 2016. PMC5399097
- Knapík P, Slancová K.(2020).Core beliefs – Schemas and Coping Styles in Addictions. *Cognitive Remediation Journal*.;9(3):9-19. doi: 10.5507/crj.2020.003.
- Verdejo-García, A., Alcázar-Córcoles, M.A. &Albein-Urios, N. Neuropsychological Interventions for DecisionMaking in Addiction: a Systematic Review. *Neuropsychol Rev* 29, 79–92 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9384-6>
- Carbone, G. (2012). Do new democracies deliver social welfare? Political regimes and health policy in Ghana and Cameroon. *Democratization*, 19(2), 157-183.
- Esther C,Izaskun O. Social information processing as a mediator between cognitiveschemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal childpsychology* 2011; 40 (1): 105-117.
- Leahy RL. Emotional Schema and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral practice*. 2015; 14(1): 36-45.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 350-372.
- Leahy, R. L. (2013). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician*, 2, 187-204 .
- Leahy, R. L. (2018). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sookman, D, editor. *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Rou ledge, 60-135.
- Paul FT, David JA. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual differences* 2009; 46(5-6): 569-574.
- Soleimanpour, S., Geierstanger, S., &Brindis, C. D. (2017). Adverse childhood experiences and resilience: Addressing the unique needs of adolescents. *Academic pediatrics*, 17(7), S108-S114.
- Penney ES, Norton AR. A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clin Case Stud* 2022;21(1):34-47.