

بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی بر افزایش سلامت روان دختران مجرد بدون سابقه ازدواج

زهرا وفائی جهان^۱، سوفیا خانقاهی^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. دکترا تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد زاهدان، زاهدان، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۴۶۵-۴۷۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۲/۱۷

چکیده

ازدواج واقع‌های اجتماعی، زیستی و فرهنگی است که نقش بنیادینی در برآورده ساختن نیازهای اساسی انسان دارد. بالا رفتن سن ازدواج فشاری شکننده بر زندگی دختران مجرد ایجاد می‌کند و سلامت روان دختران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنانچه سلامت روان مورد غفلت قرار بگیرد، آسیب‌هایی جبران‌ناپذیر خواهد داشت. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی در افزایش سلامت عمومی روان در دختران مجرد بدون سابقه ازدواج می‌باشد. این مطالعه به روش شبه تجربی بود و با استفاده از روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. ۳۶ نفر از دختران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی در مشهد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای موردسنجش، پرسشنامه سلامت عمومی روان بود؛ که با این پرسشنامه سطح سلامت روان در جنبه‌های مختلف از قبیل اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی سنجیده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان دادند میانگین نمره‌های سلامت عمومی روان گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشت و همچنین نسبت به گروه گواه افزایش معناداری یافت. همچنین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیگیری به‌طور معناداری بالاتر از نمرات پیش‌آزمون بود؛ به‌عبارت‌دیگر، طرح‌واره درمانی سلامت عمومی روان در دختران مجرد را به‌طور معناداری افزایش داد.

کلیدواژه: سلامت عمومی روان، طرح‌واره درمانی، ازدواج.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی
 رفتاری

مقدمه

خانه مجردی و یا زندگی مجردی واژه‌هایی هستند که شاید شما هم طی سال‌های اخیر، بیش از گذشته آن‌ها را از زبان اطرافیان خود شنیده‌اید. گرچه هنوز هم این مفاهیم در کشور ما چندان پسندیده و پذیرفته نیست و زمانی که صحبت از این نوع زندگی به میان می‌آید معمولاً افراد، جوانی را تصور می‌کنند که اوقاتش را به بطالت و خوش‌گذرانی و حتی روابط بی‌قیدوبند می‌گذراند. در حال فردگرایی یا تجرد گزینی در جامعه ما قدمت چندان ندارد و این در حالی است که سابقه آن در کشورهای غربی نزدیک به یک قرن است (سمعی، ۱۳۹۱). با گذر زمان و ایجاد تحولات ساختاری در جامعه و همچنین تغییرات اساسی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ایجاد شده در عصر مدرن، الگوهای سن ازدواج تغییرات زیادی داشته است و شاهد جوانانی هستیم که ازدواج نکرده‌اند و جوانانی که به دلیل فرهنگ غلط جامعه (سرزنش شدن به دلیل ازدواج نکردن و داغ‌ننگ) خانه‌نشین شده‌اند و جوانانی که سال‌های زیادی از عمر خود را چه عامدانه و ناآگاهانه مجرد مانده‌اند (آزاد ارمکی، ۱۳۸۶). باین حال، در بررسی علل تجرد زنان ۳۰ سال به بالا می‌توان به نقش تغییرات ارزشی در سطوح شخصی، تغییر جایگاه دختران در خانواده و تغییر شرایط و فرهنگ اجتماعی اشاره کرد. ارزشمند شدن تحصیلات و اهمیت استقلال رأی و آزادی زنان، ترس از تشکیل خانواده به خاطر احتمال خیانت مرد، طلاق یا محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی مجردی از جمله مواردی هستند که سبب تغییراتی در نگرش به ازدواج شده‌اند و از ارزش‌های سنتی و اسلامی نسبت به ازدواج فاصله گرفته‌اند. لذا تأخیر در ازدواج سبب کاهش جمعیت، کاهش باروری، احتمال به دنیا آوردن فرزند معلول یا ناتوان ذهنی، نابهنجاری‌های رفتاری، احساس تنهایی و افزایش نشخوارهای فکری، انزوا و... می‌شود (اسکندری چراتی، ۱۳۸۷). یکی دیگر از معایب تجرد در سن بالا، احساس تنهایی و انزوا است. احساس تنهایی از سازه‌های پیچیده‌ی روان‌شناختی است؛ که از زمان فلاسفه مورد بحث قرار گرفته است. در آن زمان احساس تنهایی یک مفهوم مثبت به معنای کناره‌گیری داوطلبانه فرد از درگیری‌های روزمره زندگی برای رسیدن به هدف‌های بالاتر اطلاق می‌شد؛ اما امروز در متون روان‌شناختی به احساس تنهایی مثبت پرداخته نمی‌شود بلکه حالتی را در نظر می‌گیرند که در آن فرد فقدان و از دست دادن همدم و از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگران است (دلانگ، گیورد، ۱۹۹۸). گاتمن، انزوای اجتماعی را معادل تنهایی به‌کاربرده است (گاتمن، ۱۹۹۷). پاچمن و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی طولی زمان و شیوع ازدواج و تشکیل خانواده و تولد فرزندان را شاخص‌های ادغام اجتماعی مهاجران در آنور و استکهلم در نظر گرفتند؛ و فرض کردند اشخاصی که قادر به یافتن همسر، ازدواج، تشکیل خانواده و داشتن فرزند نیستند، به لحاظ اجتماعی مطروند (پاچمن، پول، گرینبرگ، پیرولف، اسکاماچر، ریتو، کوین، ۲۰۱۳).

عبارت تو خونه مونده یا ترشیده جمله مشهور و کلیدی مردم در فرهنگ ایرانی به دختران مجرد سن بالا است؛ و برای خانواده‌ها و دختران شنیدن این جمله ناخوشایند است. انزوای این دختران سبب لطمه به عزت نفس، شرم، ضعف اعتماد به نفس، رنج، افسردگی، سرزنش از سوی والدین و سرزنش خود می‌شود. ترحم اطرافیان و نذرونیاز جهت ازدواج ایشان، نگرانی خانواده از آینده دخترش سبب اجباری در دختران می‌شود که تصمیم بگیرد با مرد متأهل یا معتاد یا سالخورده ازدواج کند (فرضی زاده، ۱۳۹۳). با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان حدس زد که سلامت روان دختران مجرد در سنین بالاتر از ۳۰ سال در فرهنگ ایرانی خدشه‌دار می‌شود. کووما هانکن و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که در صورتی که رضایت از زندگی کم باشد احتمال خودکشی

بالاست و ربطی به جنسیت ندارد (هانکین، یانگ، آبالا، اسمولن، جنسن، جولی، تچنو، گاتلیب، کوهن، اپنهمیر، ۲۰۱۵)؛ و تجرد در سن بالا با توجه به شرایط فرهنگی جامعه ایرانی سبب کاهش رضایت از زندگی می‌شود؛ و احتمال افسردگی و خودکشی را زیاد می‌کند. افرادی که بیشتر از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مسائل روزمره کنار می‌آیند و در نتیجه کاهش افسردگی و کاهش اقدام به خودکشی دارند و بهداشت و سلامت روان آن‌ها بالا می‌رود (استروب، زیچ، دویس، ۲۰۰۵). در برنامه‌ریزی‌های کشوری اولویت همیشه بر روی بیماری‌های جسمانی بوده است ولی نتایج آماری و مطالعات نشان می‌دهد اختلالات روانی بیشترین آسیب را بر بدن وارد می‌کند. (دمیترون، بروفرتز، پوسافر، ویلا، کویس، لپین، ۲۰۰۴).

رویکردهای زیادی در علم روان‌شناسی جهت روان‌درمانی و کمک به افراد در بهبود سلامت روان وجود دارد. در این مطالعه از طرح‌واره درمانی که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری بنا شده است استفاده کردیم. یکی از مهم‌ترین عوامل در ایجاد طرح‌واره‌ها (تله‌های زندگی) برآورده نشدن نیازهای عاطفی اصلی در دوران کودکی است. همان‌طور که دوران کودکی ما سپری می‌شود، ۴ نوع تجربه منفی نیز در ایجاد طرح‌واره‌ها نقش دارند. ۱- نیازهای برآورده نشده ۲- آسیب یا بدرفتاری ۳- آزادی بیش‌ازحد یا عدم محدودیت ۴- همانندسازی انتخابی و درون‌سازی. به عبارتی رفتارهای ناسازگارانه و نامناسب فردی که دچار اختلال شخصیت است در پاسخ به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌اش به وجود آمده است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راه‌های ناکارآمدی که بیماران از طریق آن‌ها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیایند و روابط اجتماعی خود را به اصطلاح مدیریت کنند اغلب زیربنای نشانه‌های مزمنی مثل اختلالاتی اضطراب، افسردگی، سوء‌مصرف مواد و اختلالات شخصیت و روان‌تنی به شمار می‌رود. (اورنگ، هاشمی رزینی، عبداللهی، ۱۳۹۶). به دنبال تجربه طرح‌واره در طرح‌واره درمانی مراجع به این نتیجه می‌رسد که باورهای مرکزی‌اش چندان درست و کارآمد نیستند، اما احساس و هیجانش به‌گونه‌ای دیگر عمل می‌کند. با رویکرد طرح‌واره درمانی می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که هدف اصلی به‌کارگیری انواع تکنیک‌های درمانی به‌منظور حاکمیت ذهنیت بزرگسال سالم در فرد بیمار است. افرادی که درگیر ذهنیت‌های ناسازگار شده‌اند، رفتار، احساس و تصمیمشان تابع این ذهنیت‌های ناسالم است. به همین دلیل دچار مشکلات بین فردی و درون فردی می‌شوند. هدف تکنیک‌های طرح‌واره درمانی این است که ذهنیت بزرگسال سالم بتواند عنان و اختیار را تا حدودی به دست بگیرد. هدف طرح‌واره درمانی نافع‌سازی ذهنیت‌های ناسازگار و حداکثر رسانی حاکمیت ذهنیت بزرگسال سالم است. شاید از این رهگذر فرد بتواند به پذیرش، شکیبایی، لذت بردن و واقع‌بینی برسد. دستاوردی که اگر در پرتو تلاش و کوشش به دست نیاید حتی گام برداری در آن مسیر نیز تجربه گران‌بهاست (یانگ، کلوکسو، ویشر، ۲۰۰۳). اگر درمانگر مهارت لازم از طرح‌واره درمانی را نداشته باشد باعث اثرات منفی در درمان‌جو می‌شود (جامس، ۲۰۰۱). تاکنون مطالعات اندکی در زمینه بررسی سلامت روان دختران مجرد ۳۰ ساله به بالا انجام شده است. سلامت روان این دختران می‌تواند تحت تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگارشان می‌باشد که در کاهش سلامت روان ایشان مؤثر باشد. در این مطالعه به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی در افزایش سلامت روان دختران مجرد می‌پردازیم؛ و سؤال این است که آیا طرح‌واره درمانی در افزایش سلامت روان دختران مؤثر است؟

روش پژوهش

در پژوهش حاضر، از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. ۳۸ نفر گروه نمونه، به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۹ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند (در هر گروه چهار نفر بیشتر از تعداد معمول، برای جلوگیری از ریزش نمونه و تهدید علمی نبودن نتیجه پژوهش حضور داشتند). گروه آزمایش، پس از پر کردن تعهدنامه اخلاقی وارد مداخله آموزشی شدند و ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای داشتند شامل ۱۰۵ دقیقه آموزش و ۱۵ دقیقه استراحت و پذیرایی (یک جلسه در هفته) بود. جلسات آموزشی به صورت گروهی توسط پژوهشگر اجرا شد. محقق فنون طرح‌واره درمانی را در دوره‌های تخصصی گذرانده بود و گواهی دریافت کرده بود. در این پژوهش از برنامه طراحی شده درمان جفری یانگ در کتاب طرح‌واره درمانی استفاده شد (اندوز، حمید پور، ۲۰۱۲). محل برگزاری دوره‌ها در دفتر مشاوره و خدمات روان‌شناسی وفائی واقع در خیابان ابن‌سینا مشهد بود. آزمون سلامت روان به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. در نهایت داده‌های پژوهش با ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تی تست انجام گرفت. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: دریافت خدمات مداخله‌ای روان‌پزشکی و دارویی در طول جلسات آموزش و حضور نداشتن بیش از سه جلسه در کلاس‌های آموزشی.

در نهایت، به منظور پیگیری ماندگاری اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی، پس از گذشت یک ماه مجدداً آزمون سلامت روان بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

جامعه آماری پژوهش حاضر دختران مجرد بدون سابقه ازدواج مراجعه‌کننده به دفتر مشاوره و خدمات روان‌شناسی وفائی در مشهد بودند؛ که دامنه سنی ایشان ۳۰ سال به بالا بود و حداقل تحصیلات ایشان کارشناسی، شاغل و تقریباً از یک طبقه اجتماعی اقتصادی بودند. به طور تصادفی از بین مراجعین دفتر مشاوره و خدمات روان‌شناسی در مشهد، به صورت نمونه‌گیری در دسترس از دختران مجرد بدون سابقه ازدواج که داوطلب شرکت در این پژوهش بودند، ۳۸ نفر انتخاب شدند؛ و در یک جلسه معارفه با شرایط و ضوابط این پژوهش آشنا شدند و با پر کردن فرم رضایت‌نامه، رضایت خود را از شرکت در این پژوهش اعلام نمودند.

ابزار این پژوهش، پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ^۱ می‌باشد. آزمون وضعیت عمومی سلامت روان در جمعیت عام جامعه یا بخش‌های غیر روانی بالینی روشی است برای شناسایی بیماری‌های جزئی روانی، برای شناسایی روش‌های مراقبت اولیه. این آزمون برای کلیه افراد بزرگسال مناسب است، و به جز برای کودکان، محدودیت سنی ندارد. در آزمون وضعیت عمومی سلامت روان دو موضوع مورد توجه قرار دارد: عدم توانایی در انجام کارهای عادی و وقوع یک پدیده جدید و آشفتگی در زندگی فرد

پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، به نقل از تقوی (۱۳۸۰) تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ شمسوند و همکارانش، ۱۹۸۶؛ به نقل از تقوی)، فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از کارایی بالایی

¹ Goldberg mental health questionnaire

برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. اعتبار این پرسشنامه از طریق سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده است که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ حاصل شد. برای بررسی روایی پرسشنامه سلامت روان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس انجام شد که ضریب همبستگی حاصل آن ۰/۵۵ بود. (تقوی، ۱۳۸۰).

مطالب و محتوای مداخله

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و ابلاغ قوانین و اهداف گروه.
 جلسه دوم: تکمیل کردن پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان، آشنایی با مفهوم طرح‌واره.
 جلسه سوم: آشنایی با انواع طرح‌واره‌ها و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
 جلسه چهارم: شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اعضای گروه و توضیح در مورد تأثیر آن‌ها بر روی زندگی و سلامت عمومی روان
 جلسه پنجم: ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و سپس اجرای تکنیک‌های شناختی، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، استفاده از سبک درمانی رویاروسازی همدلانه و ارائه تکلیف برای هفته آینده

جلسه ششم: اجرای تکنیک‌های شناختی برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، آموزش و تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و ارائه تکلیف و بازخورد
 جلسه هفتم: ارائه منطق و هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کند، اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار
 جلسه هشتم: دریافت بازخورد از جلسات قبل، آموزش جایگزینی طرح‌واره‌های مثبت، جمع بندی مهارتها، پر کردن مجدد پرسشنامه های این مطالعه، تشکر، خداحافظی و ختم جلسات درمانی

یافته ها

به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت عمومی دختران مجرد بدون سابقه ازدواج از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا استفاده شد. پیش از انجام این آزمون، بررسی یک مفروضه آماری الزامی است. لذا بر اساس نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، سطح معناداری آماری محاسبه‌شده در متغیر سلامت روان ۰/۹۲۱ و بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین با توجه به نمرات به‌دست‌آمده، گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه آزمایش شاهد کاهش نمرات در نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی و همچنین افزایش نمرات کارکرد اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم. جدول ۱ نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش را در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱ نمرات سلامت عمومی روان در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	میانگین ± انحراف معیار	
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون
کنترل	نشانه‌های جسمانی	۱۴/۸۲ ± ۲/۲۹۹	۱۴/۸ ± ۲/۵۸
	اضطراب و بی‌خوابی	۱۶/۵۹ ± ۳/۹۳۲	۱۶/۴۷ ± ۲/۰۴۷
	کارکرد اجتماعی	۱۳/۴۷ ± ۳/۶۰۷	۱۴/۸۱ ± ۳/۶۷۱
آزمایش	افسردگی	۱۳/۸۸ ± ۴/۶۲۱	۱۲/۸۸ ± ۴/۴۱۳
	نمره کلی سلامت عمومی	۵۸/۷۶ ± ۸/۸۱۳	۵۸/۸۸ ± ۷/۶۳۲
آزمایش	نشانه‌های جسمانی	۱۴/۱۳ ± ۲/۷۴۷	۱۳/۰۷ ± ۳/۰۱۲
	اضطراب و بی‌خوابی	۱۴/۶۳ ± ۲/۹۴۶	۱۱/۸۳ ± ۳/۰۳۴
	کارکرد اجتماعی	۱۴/۶۷ ± ۳/۶۳۷	۱۹/۱۳ ± ۳/۷۵۷
	افسردگی	۱۱/۸۷ ± ۴/۶۴۱	۸/۸ ± ۲/۵۱۲
	نمره کلی سلامت عمومی	۵۵/۲۷ ± ۸/۰۲۱	۵۲/۸۳ ± ۸/۱۷۳

بحث و نتیجه‌گیری

در جامعه امروزی ما گمان بر این است که دختران بالاخره باید ازدواج کنند و این باور سبب ایجاد جبر ازدواج برای دختران می‌شود؛ و دختران در جامعه ایرانی از همان ابتدا که با جنسیت خود آشنا می‌شوند، پیوسته به آن‌ها یادآوری می‌شود که برای رسیدن به موفقیت و موقعیت و جایگاه اجتماعی مناسب و تنها نماندن باید ازدواج کرد؛ و در صورتی که ازدواج صورت نگیرد نوعی ننگ برای خودش و خانواده تلقی می‌شود.

با توجه به آمار چند دهه اخیر در ایران سن ازدواج در سال ۱۳۵۵، ۲۰-۲۴ درصد بوده است و این آمار در سال ۱۳۷۵ به ۴۰ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۴۹ درصد رسیده است و در مناطق شهری به حدود ۸۰ درصد افزایش یافته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵). فشاری که توسط جامعه بر فرد اعمال می‌شود در اکثر موارد از نظر پنهان می‌ماند و تنها سنگینی بار فشار روانی آن بر دوش دختری فرود می‌آید که تنها جرمش گذر از سن ایدئال ازدواج از نگاه جامعه می‌باشد. نوع نگاه جامعه به این مسئله و سؤالات ترحم‌آمیزشان از دختران شدت رنج ناشی از این بحران را بیشتر می‌کند. گاهی شروع به نصیحت کردن‌های بی‌جا و ترحم‌آمیز می‌کنند (بهتره ازدواج کنی وگرنه...). این مدل فرهنگ ازدواج در جامعه ایرانی سبب کاهش سلامت روان در دختران مجرد ۳۰ سال به بالا می‌شود و حتی این فرهنگ و نگاه‌های ترحم‌آمیز و نگرش منفی خانواده و اطرافیان به ازدواج نکردن (ننگ دانستن مجرد) سبب می‌شود دختران انزوا را انتخاب کنند و از شرکت در جمع اقوام و دوستان اجتناب کنند.

نگاه جامعه و خانواده همچنین در سبک فرزند پروری مؤثر است و سبب ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار در این زمینه در دختران می‌شود؛ و طرح‌واره‌های ناسازگار، سبب تشدید اثرگذاری فرهنگ منفی جامعه در زمینه ازدواج و مجرد در دختران می‌شود و در نتیجه سلامت روان ایشان خدشه‌دار می‌شود.

در این مطالعه در گروه‌های طرح‌واره درمانی سعی بر این بود که طرح‌واره‌های ناسازگار به چالش کشیده شوند و در نهایت در پس‌آزمون اثربخشی طرح‌واره درمانی بررسی شد. نتایج نشان دادند که طرح‌واره درمانی در بهبود سلامت روان دختران مجرد ۳۰ سال به بالا مؤثر است.

لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی رویکردهای دیگر نیز بررسی شود؛ و همچنین اثربخشی طرح‌واره درمانی در سلامت روان دختران ۳۰ سال به بالا در سایر طبقات اجتماعی اقتصادی و فرهنگی بررسی شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله از کلیه خانم‌های محترمی که در انجام این پژوهش شرکت نمودند و در اجرای آن ما را یاری نمودند قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی. (۱۳۸۶). جامعه شناسی خانواده ایرانی، تهران: انتشارت سمت، ۱۰۲.
- اسکندری چراتی، آذر. (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر تأخیر سن ازدواج در ایران با تأکید بر استان گلستان، فصلنامه تخصصی جامعه شناسی دانشگاه آزاد آشتیان، ۴(۳)، ۱۰.
- فرضی زاده، زهرا. (۱۳۹۳). طرد اجتماعی دختران روستایی مجرد، توسعه روستایی، ۶(۱)، ۱۲۴-۱۲۶.
- سمیعی، سمیه. (۱۳۹۶). زندگی مجردی، زنگ خطری که به صدا درآمده است، پیام زن، ۲۶۲.
- Andouz, Z., Hamidpour, H. (2012). for Guide A. Plan Health. M Vishar, J Colosco, J Young. [Tehran.]. In Persian.
- Tagvi, M.R. (2000). Validity and Validity of General Health Questionnaire, Journal of Psychology, 4(20), 5, 381-398. In Persian.
- Orang, S., Hashemi Razini, H., Abdullahi, M.H. (2016). The relationship between primary maladaptive schemas and the meaning of life and psychological well-being of the elderly, Almand: Iranian Journal of Aging, 12(3), 326-345. In Persian.
- Young, J., Colosco, J., Visher, M. (2012). Health plan A Guide for clinical practitioners. (H Hamidpour, Z Andouz, Persian Tehran). Tehran: Arjman.
- James, I.A. (2001). Schema therapy: the next generation, but should it carry a health warning? Behavioural and cognitive psychology, 29(4), 401-407.
- Demyttenaerse, K., Bruffaerts, R., Posadavilla, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, JP. (2004). who World mental health survey consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health. Organization world mental surveys jama, 291, 2581_90.
- Strobe, W., Zech, E., Strobe, M., Noakoumkin, G. (2005). Social support help in bereavement journal of social and clinical psychology, 24, 1030-1050.
- Hankin, L., Young, J., Abela, R., Smolen, A., Jenness, L., Gulley, L., Technow, J., Gottlieb, A., Cohen, J., Oppenheimer, C. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. J Abnorm Psychol, 124 (4), 803-816.
- Puschmanna, P., Gronberg, P. (2013). Access to marriage and reproduction among migrants in Antwerp and Stockholm. A longitudinal approach to processes of social inclusion and exclusion, 1846-1926. The History of the Family, 19(1), 29-52.