

اثر طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده

مستانه مرادحاصلی^{۱*}، مسیب یارمحمدی واصل^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران.

چکیده

مقدمه: فقدان پدر و مادر به هر علتی که باشد بر نحوه رشد کودک تأثیر می‌گذارد. کودک بی‌سرپرست از رابطه عاطفی طبیعی محروم است و الگوهای معمول برای روابط متقابل با دیگران را دریافت نمی‌کند. آمار رو به رشد این افراد و آسیب‌های روان‌شناختی وارد بر آن‌ها قابل چشم‌پوشی نیست، بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده است.

روش: طی یک پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل ۲۱ نفر از بین فرزندان شبه خانواده کلینیک مددکاری اجتماعی اندیشه نیک، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۱ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل). گروه‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی مورد آزمون قرار گرفتند سپس گروه آزمایش به مدت دو ماه (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت طرح‌واره‌درمانی قرار گرفتند.

نتایج: تحلیل مانکوا نشان داد طرح‌واره‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی اثربخش بوده است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان از طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای مفید که بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده اثر دارد سود جست.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۱، پیاپی ۲۸
بهار و تابستان ۱۳۹۶
صص: ۱۷-۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۲۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 1, Serial 28

Spring & Summer
2017

pp.: 17-25

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی، تاب‌آوری، احساس تنهایی، استقلال عاطفی، شبه خانواده.

*Email: mastane.moradhaseli@gmail.com

مقدمه

فقدان پدر و مادر به هر علتی که باشد بر نحوه رشد کودک تأثیر می‌گذارد. کودک بی‌سرپرست و بد سرپرست از رابطه عاطفی طبیعی محروم است و الگوهای معمول برای روابط متقابل با دیگران را دریافت نمی‌کند. گرچه این کودکان را قیم و گروه همسالان حمایت می‌کنند ولی این حمایت‌ها نمی‌تواند جای رابطه عاطفی والدین را بگیرد و نقش الگویی لازم را برای این کودکان داشته باشد. در طول چند دهه گذشته در قرن ۲۱ بالغ بر میلیون‌ها کودک بی‌سرپرست یا بد سرپرست دچار آسیب‌های روانی شده‌اند. تنها در کشورهای در حال توسعه ۱۴۳ میلیون کودک شبه خانواده‌ای وجود دارد و ده‌ها میلیون کودک در خیابان زندگی می‌کنند [۱]. متأسفانه در جوامع امروزی با افزایش آمار طلاق، فقر و اعتیاد که از پیامدهای صنعتی شدن جوامع بشری هستند بروز پدیده بی‌سرپرستی و تعداد کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست به‌طور قابل توجهی رو به افزایش است. در ایران نیز افزایش آمار این کودکان نگران‌کننده است به‌طوری که طبق آخرین آمار مدیرکل دفتر آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور بیش از ۲۳ هزار نفر کودک بی‌سرپرست و بد سرپرست در ایران وجود دارد. اثرات روحی و روانی وارد بر این افراد قابل چشم‌پوشی نیست و با شرایط هیجانی و رفتاری ویژه‌ای مواجه می‌شوند.

امروزه هدف اصلی ارائه خدمات اجتماعی به این افراد توجه به نیازهای جسمانی و روان‌شناختی و جبران کمبودهای احتمالی آن‌هاست که در این میان تاب‌آوری با توجه به شرایط ویژه آن‌ها یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی پیش روی این افراد و مستلزم ارائه برنامه‌های مداخله‌ای ویژه است. تاب‌آوری را می‌توان به‌عنوان گرایش و انگیزه قوی ماندن در شرایط سخت در نظر گرفت [۲]. همچنین تاب‌آوری می‌تواند در افراد مختلف به میزان‌های متفاوتی وجود داشته باشد، تفاوت تاب‌آوری افراد ناشی از تفاوت تجربه‌های آن‌ها در هفت زمینه مختلف است که عبارت هستند از دسترسی به منابع مادی، ارتباط بین فردی، احساس هویت، تبعیت فرهنگی، عدالت اجتماعی، احساس کنترل و قدرت و همبستگی [۳]. بین تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد [۴]. البته، تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و در مواجهه با شرایط آسیب‌زا حالت انفعالی ندارد، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط پیرامونی خود را می‌طلبد [۵] که با توجه به محیط نامناسب و تحمیل شده افراد شبه خانواده این سازه

روان‌شناختی کمابیش تضعیف می‌شود چرا که پژوهش‌ها نشان می‌دهد عوامل محیطی محافظتی شامل فرزند پروری، پیوندهای مهربانانه، ویژگی‌های مثبت والدین، ارتباط با بزرگسالان حمایت‌گر، ارتباط مثبت با همسالان و سطح بالای امنیت اجتماعی تأثیر مستقیمی بر تاب‌آوری دارند [۶] که متأسفانه فرزندان شبه خانواده از اغلب آن‌ها محروم هستند.

متغیر دیگری که در فرزندان شبه خانواده اهمیت دارد استقلال عاطفی است. نوجوانی دوره انتقال متغیرهای جسمی و روانی از کودکی به بزرگسالی است. این انتقال شامل تغییرات بیولوژیکی، اجتماعی و روانی است که در طول این دوره‌ی گذار فرد با چالش استقلال‌طلبی مواجه می‌شود. تلاش برای کسب استقلال نه تنها شامل جدایی از پدر مادر بلکه مسائل احساسی را نیز در بر می‌گیرد [۷]. هرچه فرد احساس فردیت بیشتری نماید و خود را متفاوت‌تر از والدین و دیگران احساس کند مشکلات عاطفی بیشتری خواهد داشت [۸] در واقع دوران نوجوانی دورانی است که در آن فرد تعاملاتش با خانواده دچار دگرگونی‌های عمیقی می‌شود و به سمت استقلال بیشتر خصوصاً استقلال عاطفی پیش می‌رود و به دنبال کسب هویت و فردیت مختص خویش گام بر می‌دارد [۹]. عدم پایگاه عاطفی از یک سو احساس تفاوت نسبت به والدین از سوی دیگر می‌تواند مهیاکننده شرایط لازم برای بروز رفتارهای اختلالی مختلفی در فرد باشد [۷] بنابراین پیش‌نیاز عدم وجود استقلال عاطفی در بنیان خانواده است که فرد شبه خانواده از آن محروم می‌باشد و این موضوع وجود استقلال عاطفی و ناسازگاری‌های رفتاری را در این گروه پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد متغیرهای خانوادگی تأثیر مستقیم بر استقلال عاطفی دارد [۱۰]. بسیاری از محققان نیز متغیرهای محیطی مثل ارتباط و تعامل با اعضای خانواده را مقدم بر متغیرهای رشدی قرار می‌دهند زیرا معتقدند این متغیرهای محیطی هستند که نحوه بروز پدیده‌های روانی را مشخص می‌سازند [۱۱]. پژوهش [۱۲] نیز نشان داد عدم وجود استقلال عاطفی مخرب مستلزم گذراندن دوران رشد روانی در محیط خانوادگی وجود دل‌بستگی‌های سالم است؛ بنابراین با در نظر گرفتن محروم بودن افراد شبه خانواده از روابط معمول خانوادگی، به نظر می‌رسد به وجود آمدن استقلال عاطفی در این قشر با بروز مشکلات رفتاری همراه باشد.

احساس تنهایی حالتی ناخوشایند است که از تفاوت در روابط بین فردی که افراد خواهان آن هستند و روابطی که با دیگران در شرایط واقعی دارند، نشئت می‌گیرد [۱۳].

مقابله‌ای ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تأثیر مستقیم بر رفتار دوران بزرگسالی دارد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که رویکرد طرح‌واره‌درمانی با تأکید بر طرح‌واره‌های ناسازگار دوران کودکی و نوجوانی که در شرایط خاص شبه خانواده‌ای تشکیل شده‌اند بتواند در تأثیر روی تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی مفید واقع شود.

با توجه به مطالب ذکر شده وجود تاب‌آوری پایین، احساس تنهایی و استقلال عاطفی در افراد شبه خانواده قابل پیش‌بینی است و ارائه راه‌حلی برای آن هدف این پژوهش است که در این رابطه فرضیه زیر مطرح می‌شود: طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش احساس تنهایی و استقلال عاطفی می‌شود.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی یا گروه کنترل و پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که به‌منظور تعیین اثر طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده انجام شد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه فرزندان دختر شبه خانواده تحت پوشش مرکز مددکاری اجتماعی اندیشه نیک همدان به تعداد ۱۰۰ نفر را که بین ۱۸ تا ۲۵ سال سن داشتند تشکیل داد.

ب) نمونه پژوهش: به‌وسیله روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۱ نفر انتخاب شدند که پس از مصاحبه اولیه و انجام پرسش‌نامه میلون جهت بررسی عدم وجود اختلال روانی، به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۱ و ۱۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه بالینی چند محوری میلون ۳: برای شناسایی افراد دارای اختلال‌های محور یک و دو جلوگیری از حضور آن‌ها در پژوهش از این پرسش‌نامه استفاده شد. این آزمون یک مقیاس خود سنجی است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط تئودور میلون ارائه شد [۱۸]. نسخه فارسی این آزمون و روایی و پایایی آن در ایران تأیید شده است [۱۸]. روایی تشخیصی مقیاس‌ها در نمونه‌ای شامل ۲۸۳ بیمار بررسی شد. نتایج نشان‌دهنده

احساس تنهایی زمانی به وجود می‌آید که تماس و رابطه فرد با دیگران کاذب باشد، به‌طوری که تجربه عاطفی مشترکی برای این رابطه دوجانبه فرد با دیگران متصور نباشد و انسان در فرایند تماس با دیگران، ارتباط حقیقی و صمیمانه‌ای نداشته باشد [۱۴]. نقش خانواده را در احساس تنهایی نمی‌توان نادیده گرفت به‌طوری که پژوهش‌ها نشان داده‌اند حمایت خانوادگی کم با احساس تنهایی رابطه مستقیم دارد [۱۵]. همچنین پژوهش نابونیا^۱، سویومالا^۲ [۱۶] نیز از دست دادن والدین را در سلامت روانی و احساس تنهایی فرزندان مؤثر می‌داند؛ بنابراین وجود احساس تنهایی در افراد شبه خانواده که اغلب از دوران کودکی از حمایت‌های خانوادگی محروم می‌شوند دور از انتظار نیست، پژوهش اسکینکا^۳، ون دالمن^۴، باسارتی^۵ و سوان^۶ [۱۷] نیز نشان داد تنهایی در دوران کودکی سلامت هیجانی پایین و احساس تنهایی را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت از هم پاشیدگی بنیان خانواده در افراد شبه خانواده و تنها ماندن آن‌ها در دوران کودکی می‌تواند منجر به وجود احساس تنهایی در آن‌ها شود.

طرح‌واره‌درمانی درمانی یکپارچه و نوین است که توسط یانگ^۷ به وجود آمد و به‌طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است. مدل یانگ تلفیقی ابتکاری از رفتاردرمانی شناختی، روان‌پویایی، دل‌بستگی و گشتالت است. این مدل اگرچه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند، اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد [۱۸]. از طرح‌واره‌درمانی برای مداخله روی انواع ساختارهای روان‌شناختی استفاده شده است [۱۹] و [۲۰]. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد نقش دوران کودکی، والدین و عدم وجود روابط معمول خانوادگی در شکل‌گیری الگوهای تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی از اهمیت بالایی برخوردار است [۶، ۱۰ و ۱۵] و تأکید رویکرد طرح‌واره‌درمانی نیز بر طرح‌واره‌های ناسازگار است که شامل باورها و الگوهای ثابتی می‌شود که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه می‌یابند. این باورها در مقابل تغییر مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهند و فرد از طریق این باورها به دنیای اطراف نگاه می‌کند. از طرفی یکی دیگر از بخش‌های رویکرد طرح‌واره‌درمانی، تمرکز روی سبک‌های

¹ Nabunya

² Sewamala

³ Schinka

⁴ Van Dulmen

⁵ Bossarte

⁶ Swahn

⁷ Young

روایی تشخیصی خوب تمام مقیاس‌ها بود. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی آن‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ بود. همچنین توان تشخیصی کل مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار داشت.

۲) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: پرسشنامه

تاب‌آوری را کانر و دیویدسون [۵] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۹-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسش‌نامه ۲۵ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، می‌باشد. نمره میانگین این مقیاس نمره ۵۲ خواهد بود به‌طوری که هرچه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هرچه نمره به صفر نزدیک‌تر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار است. به‌منظور تعیین پایایی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است [۲۲].

۳) پرسشنامه احساس تنهایی راسل^۱: این مقیاس

دارای بیست پرسش است که خواننده باید به هریک از پرسش‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای بین یک (هرگز) و چهار (اغلب) پاسخ بدهد. دامنه نمرات این آزمون بین ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس احساس تنهایی نخستین بار توسط راسل و فرگوسن [۲۳] تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس با دامنه آلفا ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. داور پناه [۲۴] این مقیاس را در ایران با ضریب آلفای ۰/۷۸ هنجاریابی کرده است.

۴) مقیاس استقلال عاطفی^۲: این مقیاس توسط

استنبرگ و سیلوربرگ [۲۵] ساخته شده است. این مقیاس ۲۰۳ شامل ۱۳ سؤال در طیف لیکرت چهار درجه‌ای بین یک (هرگز) و چهار (همیشه) است. دامنه نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۵۲ است. ضریب اعتبار این مقیاس در مطالعه رضویه و سامانی (۱۳۸۰) ۰/۷۰ گزارش شده است که حاکی از کفایت این مقیاس برای استفاده در ایران بود.

طرح‌واره درمانی: پروتکل درمانی این پژوهش بر اساس

فرایند درمانی معرفی شده توسط یانگ، کلسکو ویشار [۱۷] تنظیم شده است که خلاصه آن به شرح زیر است.

جلسه ۱. توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد، تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی.

جلسه ۲. فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و

شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق‌و‌خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش. جلسه ۳. مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تأکید کننده و طرد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی بیمار.

جلسه ۴. اسناد دادن شواهد تأکید کننده طرح‌واره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزند پروری ناکارآمد، گفتگو بین طرح‌واره‌ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار.

جلسه ۵. تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره، نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها.

جلسه ۶. ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرح‌واره‌ها.

جلسه ۷. ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده‌اش توسط آن‌ها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.

جلسه ۸. پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز، تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی.

جلسه ۹. تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار.

جلسه ۱۰. بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی.

شیوه انجام پژوهش

ابتدا آزمون میلون بر روی شرکت‌کنندگان در پژوهش اجرا شد و پس از بررسی معیارهای ورود آزمودنی‌ها به دو گروه گواه و کنترل تقسیم شدند، هر دو گروه پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، احساس تنهایی راسل و استقلال عاطفی را پر کردند، گروه آزمایش مداخله طرح‌واره‌درمانی را در ۱۰ جلسه یک ساعته دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد، در پایان هر دو گروه مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون پرسشنامه‌های تاب‌آوری، احساس

¹ UCLA

² EAS

جدول ۲. فرضیه نرمال بودن داده‌های تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

متغیر		درجه آزادی	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۱	۰/۵۳
	پس‌آزمون	۱۱	۰/۸۸
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۱۱	۰/۴۶
	پس‌آزمون	۱۱	۰/۸۰
استقلال عاطفی	پیش‌آزمون	۱۱	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۱۱	۰/۵۲

P < ۰/۰۵

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. فرضیه صفر در این آزمون، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (در اینجا توزیع نرمال) است. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (در اینجا توزیع نرمال)، با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌شود با توجه به اینکه سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است لذا فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۳. فرضیه همگونی واریانس در اثر طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

متغیر		درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱	۱۹	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۱	۱۹	۰/۰۷
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۱	۱۹	۰/۴۱
	پس‌آزمون	۱	۱۹	۰/۰۶
استقلال عاطفی	پیش‌آزمون	۱	۱۹	۰/۸۰
	پس‌آزمون	۱	۱۹	۰/۵۰

P < ۰/۰۵

با استفاده از آزمون لوین، همگونی واریانس را در گروه‌ها بررسی کردیم که شرح آن در جدول ۳ آمده است. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو گروه دارای تجانس است؛ و فرض مقابل عدم تجانس واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به سطح معناداری جدول که از ۰/۰۵ بیشتر است فرض مقابل رد می‌شود و فرض صفر تأیید می‌شود.

تنهایی و استقلال عاطفی را پر کردند. معیارهای ورود برای شرکت در این پژوهش فرزندان شبه خانواده بودن، سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال، زن بودن، عدم هرگونه اختلال روانی و مجرد بودن بود.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در محیط نرم‌افزار اس. پی. اس. به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شدند.

نتایج

در مجموع تعداد ۲۱ نفر آزمودنی در دو گروه ۱۱ نفری آزمایش و ۱۰ نفری کنترل با این پژوهش همکاری کردند. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۱۹/۷۵ سال با انحراف معیار ۰/۶۹ بود. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۹/۲۵ با انحراف معیار ۰/۷۱ و میانگین سن آزمودنی‌های گروه کنترل ۲۰/۲۵ و انحراف معیار ۰/۶۸ بود. برای تعیین میزان تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون که نرمال بودن، همسانی واریانس، همگونی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل است در جداول ۲ تا ۵ و نتیجه آزمون کوواریانس در جدول ۶ آمده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به اثر طرح‌واره‌درمانی روی تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		قبل	بعد	قبل	بعد
تاب‌آوری	آزمایش	۴۱/۵۵	۵۴/۶۴	۶/۹۶	۹/۷۶
	گواه	۴۱/۹۰	۴۲/۱۰	۹/۴۸	۹/۲۱
احساس تنهایی	آزمایش	۵۶/۱۸	۳۵/۶۴	۱۰/۰۳	۱۰/۰۸
	گواه	۳۹/۳۰	۳۹/۲۰	۹/۸۵	۱۰/۰۵
استقلال عاطفی	آزمایش	۴۱/۱۸	۳۶/۰۰	۵/۷۹	۶/۷۰
	گواه	۳۵/۳۰	۳۵/۳۰	۴/۸۵	۶/۶۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش بعد از انجام طرح‌واره‌درمانی نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه گواه در تاب‌آوری افزایش و در احساس تنهایی و استقلال عاطفی کاهش یافته است ولی در گروه گواه این نمرات تغییر چندانی نداشته است.

۰/۰۵ کوچک‌تر است؛ بنابراین پیش‌فرض خطی بودن همبستگی بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل نیز رعایت شده است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس برای اثر طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیر
۰/۴۵	۵۵/۷۷	۱۰۹۳/۸۳	۲	۲۱۸۷/۶۶	تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل تاب‌آوری
۰/۰۸	۱۷/۰۱	۱۱۲۴/۱۵	۲	۲۲۴۸/۳۱	تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل احساس تنهایی
۰/۶۵۲	۰/۰۳	۸۷۱/۲۴	۱	۴۷۸/۵۴	پیش‌آزمون در تاب‌آوری
۰/۸۲۴	۰/۰۱	۴۱/۷۱	۱	۱۹۷۰/۳۸	پیش‌آزمون در احساس تنهایی
۰/۵۶۴	۰/۰۴	۴۳/۶۳	۱	۱۴۴/۵۹	پیش‌آزمون در استقلال عاطفی

$P < 0.05$

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۶ آمده است. در مقیاس تاب‌آوری مقدار $F = ۸۷۱/۲۴$ ، در احساس تنهایی مقدار $F = ۴۱/۷۱$ و در مقیاس استقلال عاطفی مقدار $F = ۴۳/۶۳$ معنادار هستند؛ بنابراین فرض صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. در نتیجه اثر طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی معنادار است. همچنین با توجه به ضریب مجذور اتا مشخص شد اثر طرح‌واره درمانی روی احساس تنهایی بیشتر از تاب‌آوری و استقلال عاطفی و اثر آن روی تاب‌آوری بیشتر از استقلال عاطفی است؛ بنابراین طرح‌واره درمانی باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش احساس تنهایی و استقلال عاطفی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش در تائید فرضیه آن نشان داد طرح‌واره درمانی اثر معناداری روی تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی فرزندان شبه خانواده دارد که این اثر روی احساس تنهایی بیشتر از تاب‌آوری و استقلال عاطفی و اثر آن روی تاب‌آوری بیشتر از استقلال عاطفی است. طبق یافته‌های [۲۶] کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست رفتارهای سه‌گانه اعتراض، درماندگی و گسستگی از دیگران را از خود نشان می‌دهند اما مشخص شده این افراد می‌توانند تحت آموزش قرار گیرند و تغییر رفتار دهند؛

جدول ۴. فرضیه همگونی شیب رگرسیون در اثر طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیر
۰/۴۵	۵۵/۷۷	۱۰۹۳/۸۳	۲	۲۱۸۷/۶۶	تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل تاب‌آوری
۰/۰۸	۱۷/۰۱	۱۱۲۴/۱۵	۲	۲۲۴۸/۳۱	تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل احساس تنهایی
۰/۱۰	۸۸/۱۵	۳۷۱/۵۴	۲	۷۴۳/۰۸	تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل استقلال عاطفی

$P < 0.05$

برای اثبات فرضیه همگونی شیب رگرسیون باید مقدار F تعامل بین متغیر پیش‌آزمون و مستقل در همه گروه‌ها را حساب کنیم، اگر این شاخص معنادار نباشد ($p > 0.05$) پیش‌فرض رعایت شده است. همان‌طور که در جدول ۴ می‌بینیم مقدار F تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل در هیچ یک از مقیاس معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده است و پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۵. فرضیه خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل در اثر طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری، احساس تنهایی و استقلال عاطفی

خطی بودن همبستگی	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون در تاب‌آوری	۱	۱۳۸۱/۸۱	۶۸/۹۲	۰/۰۳
پیش‌آزمون در احساس تنهایی	۱	۱۰۷۶/۹۱	۲۲/۷۹	۰/۰۱
پیش‌آزمون در استقلال عاطفی	۱	۱۴۴/۵۹	۴۳/۶۳	۰/۰۴

در بررسی خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل که در جدول ۵ آمده است مقدار F در همه مقیاس‌ها معنادار است زیرا احتمال آن‌ها از سطح معناداری

که این موضوع در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است [۱]، ۲۸]. طبق جستارهای نگارنده مداخله طرح‌واره‌درمانی بر روی هیچ‌یک از متغیرهای روان‌شناختی برای فرزندان شبه خانواده انجام نشده است اما با توجه به اینکه این روش با استفاده از راهبرد درمانی خاص از جمله دستورات عمل بازوالدینی مناسب برای هر بیمار می‌تواند کمبودهای فرد را نسبت به آنچه در خانواده یا نبود آن تجربه کرده تا حدودی جبران کند [۱۷] اثربخشی مثبت آن در تأیید فرضیه پژوهش بر گروهی که شاخصه اصلی‌اش مشکل در وجود خانواده والدین است دور از انتظار نیست. همچنین اثر طرح‌واره‌درمانی روی تاب‌آوری تاکنون بررسی نشده است اما مداخله‌های دیگری در پژوهش‌های مختلف اثر روان‌درمانی را بر افزایش تاب‌آوری تأیید کرده‌اند از جمله پژوهش [۲۸] که اثر شناخت-معنا درمانی را بر افزایش تاب‌آوری سالمندان بررسی کردند و نتیجه‌اش اثر مثبت این مداخله بود. همچنین در ایران اثر مداخله‌های آموزش گروهی تفکر انتقادی [۳۰]، معنویت درمانی [۳۱] روی تاب‌آوری مثبت ارزیابی شد. از طرفی طرح‌واره‌درمانی ویژگی‌های مهم رویکرد شناخت-رفتار درمانی را حفظ کرده است و پژوهش [۲۲] که نتیجه‌اش اثر معنادار شناخت رفتار درمانی روی خودکارآمدی بود همخوان با این پژوهش است. همچنین تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است [۳۲] و طرح‌واره‌های ناسازگار می‌توانند در این شرایط فعال شوند [۱۷] بنابراین طرح‌واره‌درمانی با توجه به در معرض قرار گرفتن فرزندان شبه خانواده در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرح‌واره‌های ناسازگار قادر است در افزایش تاب‌آوری در این گروه مؤثر باشد. همچنین طرح‌واره‌درمانی با توجه به ارائه کارت‌های آموزشی که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرح‌واره‌هاست منجر به هشیار نمودن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی که وی قصد تغییرشان را دارد شده که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود چرا که تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود [۳۳]. اثربخشی مداخلات روان‌درمانی مختلف نیز روی احساس تنهایی تأیید شده است از جمله مداخله خاطره‌گویی گروهی [۳۴] و درمان میان فردی گروهی [۳۵]. تا به حال پژوهشی درباره اثر طرح‌واره‌درمانی روی احساس تنهایی انجام نشده است اما در تبیین آن می‌توان به مواردی اشاره کرد، از جمله اینکه برخی پژوهشگران مانند سالیوان احساس تنهایی را ناشی از روابط اولیه بین مادر و کودک دانسته‌اند که در طی آن کودک به اعتماد، اطمینان و رضایت دست نیافته است [۱۵] گروهی آن را به تفاوت بین ادراک فرد از خود و

ادراک دیگران از وی نسبت می‌دهند و گروهی دیگر آن را نوعی انطباق جویی به هنجار می‌دانند [۱۲]. در هر سه گروه مداخله طرح‌واره‌درمانی می‌تواند کارساز باشد چرا که در مورد اول، رویکرد طرح‌واره‌درمانی ضمن بررسی عمیق‌ترین سطوح شناخت و هیجان‌های ناشی از آن می‌تواند به ترمیم و بازسازی هیجانات دوران کودکی بپردازد [۱۷] و در مورد دوم و سوم نیز با توجه به اینکه ماهیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مانند خطاهای شناختی تحریف واقعیت است که اغلب باعث دور شدن از سلامت رفتاری بهنجار می‌شود طرح‌واره‌درمانی می‌تواند وارد عمل شود [۳۶] که این نتیجه همخوان با پژوهش حاضر و تأیید اثر طرح‌واره‌درمانی روی احساس تنهایی است. دیگر نتیجه این پژوهش تأثیر مثبت طرح‌واره‌درمانی بر کاهش استقلال عاطفی بود، این یافته پیش‌تر در پژوهشی بررسی نشده بود اما [۶] نشان دادند مداخله‌های روان‌شناختی می‌تواند برای کاهش فردیت که مهم‌ترین عامل استقلال عاطفی است مفید باشد. پژوهش [۳۷] نشان داد بزرگسالانی که در نوجوانی استقلال عاطفی را تجربه کرده‌اند فردیت بیشتری دارند و درمان‌های روان‌شناختی با محوریت تجزیه و تحلیل مسائل دوران کودکی می‌تواند برای این گروه مفید باشد که همخوان با نتیجه این پژوهش است چرا که طرح‌واره‌درمانی به‌وسیله تکنیک‌هایی مانند بزرگسال سالم و بازوالدینی به بازسازی هیجانات دوران کودکی می‌پردازد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بزرگسالان با وجود استقلال عاطفی بیشتر از افراد دیگر دارای تحریف شناختی هستند [۶] و طرح‌واره‌درمانی اثر مستقیم و مثبت بر تحریف‌های شناختی دارد [۱۷]؛ بنابراین طرح‌واره‌درمانی همخوان با دیگر یافته‌ها می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش احساس تنهایی و استقلال عاطفی در فرزندان شبه خانواده شود و می‌توان این رویکرد را در مراکز مددکاری و شبه خانواده به‌عنوان روشی برای ارتقای سلامت روان مددجویان به مسئولین مربوطه پیشنهاد کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود بنابراین در تعمیم داده‌ها باید احتیاط لازم را به عمل آورد. پیشنهاد می‌شود این روش در گروه‌های مختلف دیگر نیز به اجرا درآید.

با تشکر از کلینیک مددکاری اندیشه نیک و مدیریت محترم آن سرکار خانم فاطمه قناد که در اجرای این طرح همکاری نمودند.

منابع

- 12- Dhillon, R. (2006). Emotional Autonomy in Relation to Family Environment: A Gender Perspective, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32, 3, pp.201-212.
- 13- Cagan, O., Unsal, A. (2014). Depression and loneliness in disabled adults, 4th World Conference on Psychology, Counselling and Guidance, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114, pp.754-760.
- 14- Vanhalst, J., Klimastra, T.A., Luyckx, K., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., & Goossens, L. (2012). The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: exploring the role of Personality traits. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, pp. 776- 787.
- 15- Tsai, H. H. (2010). " Videoconference Program Enhances Social Support, Loneliness, and Depressive Status of Elderly Nursing Home Residents", *Sigma Theta Tau International*, v 8., Pp. 947- 954.
- 16- Nabunya, P., & Sewamala, F. (2014). The Effects of parental loss on the psychosocial wellbeing of AIDS-orphaned children living in AIDS-impacted communities: Does gender matter?, *Children and Youth Services Review*, 43, pp.131-137.
- 17- Schinka, K. C., Van Dulmen, M.H., Bossarte, R., & Swahn, M. (2012). Association between Loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *Journal of Psychology*, 146, pp.105- 118.
- ۱۸- یانگ، جفری، کلوکسو، ژانت ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرح‌واره‌درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشار ارجمند. (۱۳۹۳).
- 19- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, Manual*. Mineapp; is, M. N: Nathinal computer system.
- ۲۰- اکبری ابراهیم، عظیمی زینب، طالبی سعیده، فهیمی صمد. پیش‌بینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. زیرچاپ.
- ۲۱- مرادحاصلی، مستانه، شمس اسفندآباد و کاکاوند. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۹ (۴)، ۷۴-۸۹.
- 1- Uasheva, A., Musabayeva, A., & Rakisheva, A. (2014). Influence of personal factors to the problem of social orphanhood, *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 143, pp. 222-227.
- 2- Kauten, R., Barry, C. T., & Leachman, L. (2013). Do perceived social stress and resilience influence the effects of psychopathy-linked narcissism and CU traits on adolescent aggression? *Aggressive Behavior*, 39, 381-390. <http://dx.doi.org/10.1002/Ab.21483>.
- 3- Ungar, M. (2008). Research note resilience across cultures. *British journal of social work*, 38, Published by Oxford University press on behalf of the association of social workers.
- ۴- رمضانی فریدون، حجازی مسعود. نقش تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی در سلامت روانی افراد ورزشکار و غیر ورزشکار. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. زیرچاپ.
- 5- Conner, K.M & Davidson, J.R, (2003). Development of new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale. *Journal of depress anxiety*, 18 (2). Pp. 76-82.
- 6- Loannidis, C., (2010). .Study shows women leader more resilient than men. Retieved from: (<http://www.bidiversity.com>).
- 7- Ranjit, L., Natarajan, P. (2013). A study on emotional autonomy among adolescents. *Research journal's Journal of Sociology*, 1, 1, pp. 1-14.
- ۸- سامانی، سیامک، رضویه، اصغر. (۱۳۸۶). رابطه همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی با مشکلات عاطفی، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، سال اول، شماره اول، صص ۱۳-۲۱.
- ۹- آل منصور، لیلا. (۱۳۹۳). مقایسه استقلال عاطفی و احساس تنهایی بین دانش آموزان تک فرزند و چند فرزند دبیرستان‌های شهر شیراز، نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مردودشت، آذرماه ۱۳۹۳.
- 10- Ryan, R., Lynch, J. (1989). Emotional autonomy versus detachment revisiting the vicissitudes of adulthood child development, 60, pp.340-365.
- 11- Adams, G., Ryan, B., Keathing, L. (2000). Family relationship, academic environments, psychological development and during the university experience, A longitudinal investigation. *Journal of adolescent Research*, 15, pp.99-122.

فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، سال دوم، شماره ۲، صص ۲۵-۴۵.

33- Smorti, M. (2015). Expectations towards Future, Resiliency, Social Self-Efficacy in Adolescents after Bone Cancer Treatment, 3rd World Conference on Psychology and Sociology, WCPS. Procedia- Social and Behavioral Sciences 185, pp.123 – 127.

34- Ogelmam, H, & Erol, A. (2015). Examination of the Predicting Effect of the Resiliency Levels of Parents on the Resiliency Levels of Preschool Children, 5th World Conference on Learning, Teaching and Educational Leadership, WCLTA, Procedia - Social and Behavioral Sciences 186, pp. 461-466.

35- Elias, S., Neville, C. & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, Anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review, Geriatric Nursing, 14, pp.125-141.

۳۶- دانه کار، معصومه، گلچین، ندا، ترخان، مرتضی و دهستانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر افسرده، مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۱۳-۲۱.

37- Young, J. E. (2007). 'Early maladaptive schemas in chronic depression, In Riso (Ed) Chronic Depression, New York: Guilford press.

38-Parra, A., Oliva, A., Queija, I. (2015). Development of emotional autonomy from adolescence to young adulthood in Spain, Journal of Adolescence, 38, pp.57-67.

۲۲- شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین؛ نامداری، کوروش. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چند محوری میلون 3 دانش پژوهش در روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره ۳۴، صص ۲۷-۳۶.

۲۳- صادقی، الهه . (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و تلفیق دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و فشار روانی زنان خیانت دیده .پایان‌نامه کارشناسی ارشد .دانشگاه پیام نور مرکز تهران.

24- Russell. D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity and factor structure. Journal of personality Assessment. 66(1). PP: 20-40.

۲۵- داورپناه، فروزنده. (۱۳۷۳). هنجاریابی نسخه تجدید نظر شده مقیاس :احساس تنهایی UCLA. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

۲۶- رضویه، اصغر، سامانی، سیامک . (۱۳۸۰). بررسی ساختار عاملی مقیاس استقلال عاطفی استنبرگ و سیلوربرگ برای استفاده در ایران .ششمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران .دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران.

27- Stienberg. L & Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of Autonomy in Adolescence. Child Development, 57, pp.841-851.

۲۸- کاپلان و سادوک، خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه م همدانی، (۱۳۸۶)، چاپ سوم، تهران، انتشارات امیرکبیر.

۲۹- زارع زاده، شیوا .، رفیعی نیا، پروین . و اصغری نکاح، سید محسن. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر افزایش مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی خودپنداره‌ی کودکان مراکز شبه خانواده، مجله روان‌شناسی بالینی، سال ششم، شماره ۲ صص ۵۷-۶۵.

30- Marnin, J., & Gordon, L. (2015). Does Recognition of Meaning in Life Confer Resiliency to Suicide Ideation among Community - Residing Older Adults? A Longitudinal Investigation. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 146, pp.217-301.

۳۱- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی تفکر انتقادی بر خودآزمندگی اجتماعی و تاب‌آوری، دو فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، شماره ۲ صص ۲۰-۲۵.

۳۲- تقی زاده، محمد احسان، میرعلائی، مرضیه السادات. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان،

