



بررسی اثربخشی تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در زنان سرپرست خانوار مهاجر افغان در تهران

احد عبدی^۱، نفیسه حناچی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در زنان سرپرست خانوار مهاجر افغان در تهران بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل با آرایش تصادفی در آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری شامل زنان مهاجر سرپرست خانوار تحت پوشش کلینیک مددکاری اجتماعی نوید مهر واقع در شهرک ولیعصر شهر تهران به تعداد ۵۳ نفر بود که از میان آن‌ها با توجه به لزوم انجام مداخله، ۲۰ نفر به عنوان نمونه با روش هدفمند انتخاب شده و در دو گروه (۱۰ نفر گروه طرحواره درمانی و ۱۰ نفر گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه اول تحت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند و گروه دوم هیچ درمانی دریافت ننمودند. جهت سنجش از فرم کوتاه مقیاس طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار/خودتحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن داری/خودانضباطی زنان سرپرست خانوار مهاجر افغان ساکن تهران اثربخش می‌باشد. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی می‌توان با انجام این روش درمانی، به کاهش طرحواره‌های ناسازگار در افراد کمک کرد.

کلید واژه‌ها: تکنیک‌های تجربی، طرحواره درمانی، سرپرست خانوار، مهاجر

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

مشکلات جدید در جوامع امروزی همانند وقوع طلاق در سال های اول زندگی، اعتیاد، زندانی شدن به همراه عوامل سنتی نظیر مرگ و برخی بیماری های زمین گیر کننده شرایطی را برای تعداد زیادی از خانواده ها پیش آورده که در آن سرپرستی خانواده بر عهده ی یک نفر از والدین (اکثراً زنان) قرار گیرد. پدیده خانوارهای زن سرپرست در تمام دنیا رو به فزونی است. اغلب این خانوارها دارای مشکلات عدیده ای هستند، به گونه ای که اخیراً فزونی زنان سرپرست خانوار به صورت معضلی اجتماعی مطرح می شود (شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، ۱۳۹۰). زنانی که سرپرستی خانواده را به عهده می گیرند به عنوان کسانی که بدون حضور و حمایت منظم یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند، شناخته می شوند (خسروی، ۱۳۹۰).

این گروه از زنان علاوه بر ایفای نقش های متعددی همچون اداره امور مربوط به کارهای خانه، مراقبت های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده و تأمین معاش خانواده را نیز بر عهده دارند. این امر موجب می شود استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه کنند. مسئله ایفای چند نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می شود زمانی که می کوشند به شغل خود به اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت دهند، دچار تعارض نقش شوند که همین امر منجر به ایجاد استرس و اضطراب در آنان می گردد (محبی و بختیاری، ۱۳۸۵).

تحقیقات لی^۱ (۱۹۹۵) نیز نشان داده بود که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان دچار مشکلات روانشناختی بیشتری هستند. آن ها علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی - اجتماعی، همچون نگرش منفی نسبت به زنان بیوه و مطلقه روبرو هستند (محبی و بختیاری، ۱۳۸۵).

در میان زنان سرپرست خانوار از بین گروه های جمعیتی مختلف، گروه مهاجرین بین المللی در یک کشور به دلیل ویژگی های خاص (صادقی، ۱۳۸۸) اهمیت ویژه ای دارند. در دهه های گذشته، تغییرات و تحولات سیاسی و اجتماعی که در منطقه خاورمیانه صورت گرفت، سبب حرکت های شدید مهاجرتی برخی کشورهای همسایه ایران، به داخل ایران شد که از جمله می توان به مهاجرت روزافزون مردم عراق و افغانستان به ایران اشاره کرد که اغلب برای کار صورت می گیرد که البته تعداد مهاجرین افغانی به طور قابل توجهی بیشتر است (جمشیدی ها و عنبری، ۱۳۸۳؛ صادقی، ۱۳۸۸).

مهاجرت به طور اجتناب ناپذیری بهداشت روانی مهاجرین را تحت تأثیر قرار می دهد (امامی، ۱۳۹۴). حال در این میان مبحث زنان مهاجر سرپرست خانوار بحث برانگیزتر می شود. زنان مهاجر سرپرست خانوار به دلیل مشکلات مالی، اجتماعی و روانشناختی خاصی که با آن رو به رو هستند، کیفیت زندگی پایین تری دارند. این افراد قربانیان ساختارهای فکری حاکم بر تعاملات اجتماعی هستند که در دوران زندگی خود مشکلات فراوانی را تحمل می کنند و دچار ناخشنودی از زندگی، اضطراب، افسردگی و گاهی عدم احساس مسئولیت می شوند. این افراد در برقراری رابطه صمیمی با دیگران ناتوان شده و چون نمی توانند نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن را ارضا کنند، دچار درد روانی می شوند (کوری، ۱۹۹۰). بیکاری و فشارهای اقتصادی، سلامت جسمانی کم، حمایت اجتماعی پایین و عملکرد ضعیف نقشی ناشی از تعارض نقش ها و همچنین غرق شدن در فعالیت های روزمره ی زندگی، این گروه از زنان را از خود غافل و کیفیت و رضایت زندگی را در آن ها کاهش و در مقابل افسردگی و ناشادی را افزایش می دهد (صدرالساداتی، ۱۳۹۱؛ طهماسیان و اناری، ۱۳۹۰؛ شعبان زاده و همکاران، ۱۳۹۲) که اکثراً قادر است طرحواره های ناسازگار را در این افراد فعال کند. طرحواره ها با گستره ای از مشکلات روانشناختی ارتباط می یابند (غیائی و آقایی گلدیانی، ۲۰۱۸).

طرحواره های ناسازگار اولیه را می توان باورهای عمیق و تزلزل ناپذیر و الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی در دوران کودکی دانست که درباره ی خود، دیگران و جهان اطراف که در ذهن شکل گرفته اند. این طرحواره ها نقش تعیین کننده ای در شکل گیری احساس درباره ی خود فرد دارند. این باورها علیرغم آسیبی که به فرد می زند، فرد در پناه آنها احساس امنیت می کند، زیرا به او قدرت پیش بینی پذیری و اطمینان آفرینی می دهد. رفتارهای ناسازگار در پاسخ به این طرحواره ها شکل می گیرند، اما بخشی از آنها محسوب نمی شوند (یانگ و گلوکسو، ۱۳۹۰). باید توجه داشت که تمام

¹ Lee

² Corey

طرحواره ها بر پایه وقایع آسیب رسان یا بد رفتاری دوران کودکی شکل نگرفته اند و ریشه تحولی وقایع آسیب زا ندارند، اما همه آنها محل زندگی سالم هستند (ابراهیمی قوام، خسروی و حیدری، ۱۳۹۵).

الگوی طرحواره درمانی^۱ یانگ که مدعی است به منظور تعدیل و برطرف کردن خلأ های نظریه های شناختی - رفتاری شکل گرفته است، برای تعدیل طرحواره های ناسازگار می توان به کار گرفت. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب های شناختی- رفتاری، دلبستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (کلوگ و یانگ^۲، ۲۰۰۶). مفهوم کلیدی این رویکرد «طرحواره های ناسازگار اولیه» است (سمپترگوی، کارمن، آرنتز و بکر^۳، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی به عمیق ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می دهد و با بهره گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره های مذکور یاری می دهد. هدف اولیه ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره ها و سبک های مقابله ای است (یانگ، کلوکو و ویشار^۴، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱).

در درمان مبتنی بر طرحواره، طرح کلی فرد یعنی الگوی گسترده ای از افکار، احساسات، خاطرات و روابط مدنظر است؛ مؤلفه اصلی طرحواره بر این تصور است که هر شخصی یک طرحواره کلی دارد و در موقعیت هایی خاص آن ها فعال می شوند (یانگ، کولوکو و ویشار^۴، ۲۰۰۳). طرحواره ها ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارند و بعدها ناسازگارانه می شوند زیرا مانع از برآوردن نیازهای هیجانی در آن دوران شده اند (گانر^۵، ۲۰۱۷). به لحاظ رفتاری، فرد خود را در الگوهای رفتاری خود-آسیب رسان درگیر می سازد، موقعیت ها و رابطه هایی را بر می گزیند و حفظ می کند که تداوم طرح واره مورد نظر را در پی داشته باشد. در مقابل، از رابطه هایی که به احتمال زیاد موجب ترمیم طرحواره وی می گردد، اجتناب می کند. از نظر رابطه های بین فردی، فرد به گونه ای با دیگران ارتباط برقرار می کند که آن ها را به سمت پاسخ هایی سوق دهد که طرحواره مورد نظر را تقویت کند (صلواتی، یکه یزدان دوست و کیوانی، ۱۳۹۰).

طرحواره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک های درمانی است و نشان می دهد که چگونه می توان به چنین افرادی کمک کرد تا الگوهای ناسازگار خود را بشناسند و تغییر دهند (هندرست، ۱۳۹۴). با نظر به اهمیت طرحواره درمانی، در این مقاله به بررسی اثربخشی تکنیک های تجربی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار در زنان سرپرست خانوار مهاجر افغان در تهران پرداخته شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل با آرایش تصادفی در آزمودنی ها بود. جامعه آماری شامل زنان مهاجر سرپرست خانوار تحت پوشش کلینیک مددکاری اجتماعی نوید مهر واقع در شهرک ولیعصر شهر تهران به تعداد ۵۳ نفر بود که از میان آنها با توجه به لزوم انجام مداخله، ۲۰ نفر به عنوان نمونه با روش هدفمند انتخاب شده و در دو گروه (۱۰ نفر گروه طرحواره درمانی و ۱۰ نفر گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه اول تحت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند و گروه دوم هیچ درمانی دریافت ننمودند. جهت سنجش از فرم کوتاه مقیاس طرحواره های ناسازگار یانگ استفاده شد.

پرسشنامه روان بنه یانگ (فرم کوتاه): پرسش نامه روان بنه یانگ (YSQ) که بر پایه مشاهدات تجربه شده توسط متخصصان بالینی می باشد، توسط شخص جفری یانگ (۱۹۸۸) تهیه گردیده است. این پرسشنامه به صورت خود گزارشی است که شامل ۲۰۵ ماده بوده و برای اندازه گیری ۱۶ روان بنه غیر انطباقی اولیه طراحی شده است. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه از سیزده روان بنه (اشمیت، جوینر، یانگ و تلچ^۶، ۱۹۹۵) و پانزده روان بنه (لی، تیلور و دون^۱، ۱۹۹۹) در

¹ schema therapy

² Kellogg & Young

³ Sempértegui, Karreman, Arntz & Bekke

⁴ Young, Klosko & Weishaar

⁵ Guner

⁶ Schmidt, Joiner, Young & Telch

میان شانزده روان بنه مطرح شده حمایت کردند. نسخه کوتاه پرسشنامه روان بنه یانگ (YSQ - SF) که بر پایه یافته های اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) است شامل زیر مجموعه ای از ۷۵ ماده و پانزده روان بنه غیر انطباقی اولیه است. در این مقیاس هر ماده به کمک شش گزینه درجه بندی می شود که افراد نقطه نظر خود را در مورد هر یک از مواد پرسشنامه از (کاملاً غلط) تا (کاملاً درست) اعلام می دارند. نمره بالای هر فرد در یک خرده مقیاس معین احتمال بیشتر وجود دارد یک روان بنه غیر انطباقی را برای آن فرد نشان می دهد. اولین پژوهش جامع به ویژگی های روانسنجی پرسشنامه روان بنه یانگ، توسط اشمیت، جونز، یانگ و تولج^۱ (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد برای هر روان بنه، ناسازگار اولیه، ضریب آلفا از ۰.۸۳٪ برای روان بنه خود تحول نیافته گرفتار تا ۰.۹۶٪ برای روان بنه نقص/ شرم و ضریب بازآزمون در جمعیت غیربالینی بن ۰.۵۰٪ تا ۰.۸۲٪ است. خرده مقیاس های اولیه، پایایی آزمون - باز آزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند. هنجار این پرسشنامه در ایران توسط آهی بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده که شامل ۲۵۲ نفر مؤنث و ۱۳۵ نفر مذکر بوده و به شیوه تصادفی چندمرحله ای از دانشگاه های علامه طباطبایی، شهید بهشتی، تهران، تربیت مدرس و دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات انتخاب شده بودند. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰.۹۷٪ و در جمعیت مذکر ۰.۹۸٪ به دست آمده است.

جدول (۱): شرح جلسات طرحواره درمانی

جلسه اول	معرفی، پیش آزمون، ایجاد تفاهم، تعیین اهداف و آموزش مطالبی در مورد مدل طرحواره یانگ
جلسه دوم	فرمول بندی مشکل بر اساس رویکرد طرحواره - محور، سنجش تاریخچه یا سنجش طرحواره ها، مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره ها
جلسه سوم	فرضه ی سازی درباره طرحواره ها، تصویر سازی ذهنی، آموزش به بیمار درباره طرحواره ها
جلسه چهارم	ارائه منطق تکنیک آزمون اعتبار طرحواره ها و آموزش تکنیک، تهیه لیست از شواهد تاییدکننده و ردکننده طرحواره
جلسه پنجم	آزمون اعتبار طرحواره ها در دوره های متفاوت زندگی، بررسی شواهد موافق و مخالف از دوران کودکی تا بزرگسالی، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره ها ارزیابی از مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای
جلسه ششم	تبدیل طرحواره به افکار بنیادی سه گانه و آزمون آنها، ارائه منطق تکنیک های تجربی، آموزش و تدوین کارت های آموزشی طرحواره
جلسه هفتم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک تصویر سازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی
جلسه هشتم	بازسازی خاطرات آسیب زا به منظور بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و دریافت حمایت و آرامش، نوشتن نامه به افراد مهم زندگی، جمع بندی و مروری بر مطالب

یافته ها

جدول (۲): میانگین، انحراف استاندارد برای نمرات متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	آزمایش	۱۲/۲۰	۳/۶۴	۱۱/۱۰	۱/۱۰
	کنترل	۱۳/۱۰	۲/۴۲	۱۳/۱۰	۲/۱۸
طرد / رهاشدگی	آزمایش	۱۱/۶۰	۱/۵۷	۱۱/۱۰	۰/۷۸۵
	کنترل	۱۴/۱۰	۲/۶۴	۱۱/۲۰	۱/۶۸

¹ Ly, Taylor & Dun

² Smith, Joins, Yang & Tulloch

۱/۶۸	۱۱/۲۰	۲/۲۷	۱۲/۶۰	آزمایش	بی اعتمادی /
۳/۴۳	۱۳/۰۰	۲/۶۹	۱۲/۸۰	کنترل	بدرفتاری
۱/۸۷	۱۱/۸۰	۱/۴۴	۱۰/۹۰	آزمایش	انزوای اجتماعی /
۳/۵۴	۱۲/۹۰	۲/۰۱	۱۲/۶۰	کنترل	بیگانگی
۱/۰۵	۱۰/۷۰	۱/۸۲	۱۳/۰۰	آزمایش	نقص / شرم
۲/۱۷	۱۳/۵۰	۳/۰۹	۱۲/۳۰	کنترل	
۱/۶۸	۱۱/۲۰	۲/۰۱	۱۲/۵۰	آزمایش	شکست
۳/۰۹	۱۲/۳۰	۲/۷۸	۱۳/۲۰	کنترل	
۰/۷۸	۹/۸۰	۲/۷۵	۱۴/۵۰	آزمایش	وابستگی / بی کفایتی
۳/۵۰	۱۲/۵۰	۲/۴۲	۱۳/۱۰	کنترل	
۰/۹۴	۱۰/۳۰	۲/۲۸	۱۴/۹۰	آزمایش	آسیب پذیری به ضرر
۳/۳۵	۱۲/۸۰	۲/۶۴	۱۴/۱۰	کنترل	و بیماری
۱/۶۸	۱۱/۲۰	۲/۷۹	۲۰/۵۰	آزمایش	گرفتار / خود تحول
۲/۱۴	۲۲/۲۰	۲/۰۲	۲۱/۱۰	کنترل	نیافته
۰/۹۶	۱۰/۶۰	۲/۱۷	۱۳/۵۰	آزمایش	اطاعت
۲/۴۹	۱۲/۳۰	۱/۸۳	۱۲/۶۰	کنترل	
۱/۱۷	۱۰/۶۰	۳/۰۹	۱۲/۶۰	آزمایش	ایثار
۱/۶۴	۱۱/۴۰	۳/۳۷	۱۲/۴۰	کنترل	
۱/۰۷	۱۰/۴۰	۳/۲۰	۱۳/۵۰	آزمایش	بازداری هیجانی
۲/۷۶	۱۴/۱۰	۲/۱۰	۱۴/۰۰	کنترل	
۱/۴۴	۱۱/۱۰	۳/۴۲	۱۳/۲۰	آزمایش	معیارهای سرسختانه
۳/۸۰	۱۵/۰۰	۲/۴۵	۱۳/۶۰	کنترل	
۱/۴۴	۱۰/۹۰	۱/۵۲	۱۳/۹۰	آزمایش	استحقاق
۲/۹۹	۱۴/۵۰	۳/۱۶	۱۵/۰۰	کنترل	
۱/۴۴	۱۱/۱۰	۳/۶۸	۱۹/۶۰	آزمایش	خویشتن داری /
۳/۰۵	۲۰/۷۰	۲/۸۲	۱۹/۸۰	کنترل	خودانضباطی

مطابق اطلاعات حاصل از جدول، نمرات طرحواره های ناسازگار در گروه آزمایش، در پس آزمون پایین تر از پیش آزمون می باشد که می تواند بیانگر تأثیر طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار باشد.

جدول (3): نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه برابری واریانس

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آماره F	
۰/۶۸۵	۱۸	۱	۰/۱۷۰	پیش آزمون طرحواره ها
۰/۷۸۳	۱۸	۱	۰/۰۷۸	پس آزمون طرحواره ها

با توجه به جدول فوق، F بدست آمده معنی دار نیست. بنابراین تساوی واریانس ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکانپذیر است.

جدول (4): خلاصه تحلیل کوواریانس متغیرها در گروه های کنترل و آزمایش

سطح معناداری	F	میانگین مربع	درجه آزادی	مجموع مجذورات
--------------	---	--------------	------------	---------------

۰/۰۲۲	۶/۳۶۶	۲۰/۰۸۵	۱	۲۰/۰۸۵	محرومیت هیجانی
۰/۳۴۸	۰/۹۳۰	۱/۵۵۱	۱	۱/۵۵۱	طرد / رهاشدگی
۰/۱۶۹	۲/۰۶۱	۱۵/۸۲۶	۱	۱۵/۸۲۶	بی اعتمادی / بدرفتاری
۰/۲۳۱	۱/۵۴۱	۱۲/۳۳۵	۱	۱۲/۳۳۵	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۰۰۱	۱۴/۸۷۲	۴۲/۲۰۰	۱	۴۲/۲۰۰	نقص / شرم
۰/۴۱۵	۰/۶۹۷	۴/۳۷۰	۱	۴/۳۷۰	شکست
۰/۰۴۱	۴/۸۷۶	۳۳/۲۹۷	۱	۳۳/۲۹۷	وابستگی / بی کفایتی
۰/۰۲۸	۵/۷۹۹	۳۵/۲۳۶	۱	۳۵/۲۳۶	آسیب پذیری به ضرر و بیماری
۰/۰۰۰	۱۶۹/۴۴	۵۷۵/۹۶	۱	۵۷۵/۹۶	گرفتار / خود تحول نیافته
۰/۰۳۲	۵/۴۳۵	۱۸/۴۵۹	۱	۱۸/۴۵۹	اطاعت
۰/۲۳۳	۱/۵۲۸	۳/۲۷۲	۱	۳/۲۷۲	ایثار
۰/۰۰۱	۱۶/۸۸۶	۷۲/۰۲۳	۱	۷۲/۰۲۳	بازداری هیجانی
۰/۰۰۷	۹/۴۴۸	۷۸/۹۲۷	۱	۷۸/۹۲۷	معیارهای سرسختانه
۰/۰۰۳	۱۲/۲۶۲	۶۸/۸۰۰	۱	۶۸/۸۰۰	استحقاق
۰/۰۰۰	۷۵/۹۶۹	۴۵۹/۹۵۰	۱	۴۵۹/۹۵۰	خویشتن داری / خودانضباطی

همان گونه که در جدول مشاهده می شود، بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون طرحواره های ناسازگار (محرومیت هیجانی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار / خودتحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن داری / خودانضباطی) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به معنای دیگر، طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره های ناسازگار بیان شده، اثربخش می باشد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره های محرومیت هیجانی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، گرفتار / خودتحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن داری / خودانضباطی زنان مهاجر افغان سرپرست خانوار اثربخش می باشد. این نتایج با نتایج پژوهش های آهوان، قوتی و یعقوبی (۱۳۹۷) و مؤذنی، غلامرضایی و رضایی (۱۳۹۷) همسو می باشد.

این اعتقاد وجود دارد که می توان طرحواره ها را از طریق یادگیری تغییر داد (زاستک، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر نیز آموزش تکنیک های تجربی طرحواره درمانی توانست باعث کاهش طرحواره های ناسازگار افراد شود؛ چراکه آموزش راهبردها به فرد کمک می کنند برای زیر سوال بردن طرحواره ها، صدای سالمی در ذهن خودش بوجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد چرا که افراد معمولاً طرحواره خود را مورد سوال قرار نمی دهند و آنها را به عنوان واقعیت های مسلم در زندگی خود می پذیرند. تکنیک های تجربی به بیمار کمک می کنند از طرحواره فاصله بگیرند، درستی آن را ارزیابی کنند و با استفاده از شواهد عینی و تجربی، بر علیه آن بجنگند. این تکنیک ها به فرد کمک می کند، نسبت به هیجانانگیز خود آگاهی یافته، آنها را پذیرفته و تأیید کند. تکنیک های تجربی کمک می کنند تا فرد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری های جدید و تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره ها فراهم سازد و از سویی با برانگیخته شدن طرحواره ها و ارتباط آن با مسائل کنونی زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره ها مهیا می شود.

وقتی فرد تکنیک های طرحواره ای را به عنوان بخشی از ذهنیت بزرگسال سالم، درون سازی می کند، هر زمان که طرحواره برانگیخته شود، می تواند با شواهد تجربی و بحث های منطقی به طور فعالانه با آن مقابله کند و بدین صورت کاهش شدت فعالیت طرحواره می تواند تداوم یابد که تکنیک کارت های آموزشی و فرم ثبت طرحواره در تداوم یافتن

اثربخشی کمک زیادی می‌کنند. بدین صورت که با استفاده از کارت‌های آموزشی، درمانگر و مراجع، قبل از رو به رو شدن با موقعیت خاص برانگیزاننده طرحواره، پاسخ سالمی را طرح ریزی می‌کنند و فرد به هنگام نیاز، قبل یا در حین واقعه، آن را مطالعه می‌کند و با استفاده از فرم ثبت طرحواره، افراد در سیر زندگی روزمره که طرحواره‌هایشان برانگیخته می‌شود، خودشان پاسخ سالمی را طرح ریزی می‌کنند.

این پژوهش صرفاً بر روی زنان سرپرست خانوار مهاجر افغان صورت گرفت، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر روی سایر اقشار نیز چنین پژوهشی صورت پذیرد. همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی و نیز نتایج مطالعات متعدد مبنی بر تأثیر گذاری این درمان در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، می‌توان به روانشناسان بالینی، روانپزشکان و سایر متخصصین مرتبط با روانشناسی، پیشنهاد کرد که از این رویکردهای درمانی در مشاوره‌ها به منظور التیام صدمات روانی عاطفی، استفاده کنند.

آهوان، م؛ قوتی، ع و یعقوبی، م (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد، فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، دوره ۲، شماره ۶، ۱۴-۱

ابراهیمی قوام، ص؛ خسروی، ع و حیدری، ف (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی زندانیان زن شهر تهران، دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده، دوره چهارم، شماره دوم، ۱۹۹-۱۷۹

امامی، پ (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های خرده فرهنگ فقر با تأکید بر مداخله به روش تثبیت هدف در زندگی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، پردیس دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
جمشیدی‌ها، غ و عنبری، م (۱۳۸۳). تعلقات اجتماعی و اثرات آن بر بازگشت مهاجرین افغانی، نشریه نامه علوم اجتماعی، ۳(۱۱)، ۴۳-۶

خسروی، ز. (۱۳۹۰) آسیب روانی اجتماعی زنان سرپرست خانوار. مجله علوم انسانی، دانشگاه الزهراء، ۳۹، ۹۴-۷۱.
شعبان‌زاده، افسانه؛ مهدی بهرام آبادی؛ حمیدرضا حاتمی و کیانوش زهراکار (۱۳۹۲). «بررسی رابطه میان سبک مقابله با استرس و حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران»، فصل‌نامه‌ی علمی پژوهشی زن و جامعه، سال چهارم، شماره ۴: صص ۲-۲۰.

شفیع آبادی، ع و غلامحسین قشقایی، ف (۱۳۹۰) اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی و فمینیست‌درمانی بر هویت زنان خانوار. مجله زن در توسعه و سیاست، ۹ (۴)، ۹۳-۱۱۳.
صادقی، ر (۱۳۸۸). ویژگی‌های جمعیتی مهاجران خارجی در ایران در سرشماری، نشریه گزیده مطالب آماری، ۱(۲۰): ۳۷-۴۱

صلواتی، م؛ یکه یزدان دوست، ر و کیوانی، ه (۱۳۹۰). راهنمای پزشک روانشناس بالینی، چاپ اول، تهران: دانشجو صدرالساداتی، بهاره (۱۳۹۱). «بررسی راهکارهای ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار»، واحد پذیرش کمیته امداد امام خمینی(ره)، شهرستان پیران شهر

طهماسبیان، کارینه و آسیه اناری (۱۳۹۰). «سن، تحصیلات و تعداد فرزندان: زنان سرپرست خانواده و نگرانی نسبت به آینده فرزندان»، مجموعه مقالات ارائه شده در همایش ملی " زنان سرپرست خانوار"، دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده‌ی خانواده.

غیاثی، ز و آقایی گلدیانی، پ (۲۰۱۸). پیش‌بینی پدوفیلیا بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نهمین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری، آمستردام

محبی، ف و بختیاری، ع (۱۳۸۵). دولت و زنان سرپرست خانوار. مجله شورای فرهنگی و اجتماعی زنان، ۳۴، ۱۱۰-۶۷

- مؤذنی، ت؛ غلامرضایی، س و رضایی، ف (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، ارمان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۲۳، شماره ۲، ۲۵۳-۲۶۶
- یانگ، ج؛ کلووسکو، ژ و ویشار، م (۲۰۰۳). طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- یانگ، ج و کلووسکو، ژ (۱۳۹۰). زندگی خود را دوباره بیافرینید، ترجمه حسن حمید پور، الناز پیرمرادی و ناهید گلی زاده، تهران: انتشارات ارجمند.
- هنردوست، ن (۱۳۹۴). گزارشی از چندین کتاب در مورد طرح درمانی. مطالعات روانشناسی بالینی؛ ۵ (۱۸): ۱۶۷-۸۰.
- Corey, G. (1990) *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, ca: Brooks.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445e458.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33: 426-447.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*: Guilford Press

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF EXPERIMENTAL SCHEMA THERAPY TECHNIQUES ON THE ADJUSTMENT OF MALADAPTIVE SCHEMAS IN WOMEN HEADS OF AFGHAN IMMIGRANT HOUSEHOLDS IN TEHRAN

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of experimental schema therapy techniques on the adjustment of maladaptive schemas in women heads of Afghan immigrant households in Tehran. In terms of applied purpose and method, the present study was a pre-test post-test with a control group with random arrangement in the subjects. The statistical population included 53 immigrant women heads of households under the auspices of Navid Mehr Social Welfare Clinic located in Valiasr town of Tehran. (10 people in the schema therapy group and 10 people in the control group) were randomly replaced. The first group underwent 8 sessions of 1.5 hour group schema therapy and the second group did not receive any treatment. The short-scale form of Young's maladaptive schemas was used for measurement. The results showed that schema therapy in modulating the schemas of emotional deprivation, disability / shame, dependence / inadequacy, vulnerability to harm and disease, afflicted / undeveloped, obedience, emotional inhibition, stubborn criteria, entitlement and self-control / self-discipline. Women heads of Afghan immigrant households living in Tehran are effective. Due to the effectiveness of schema therapy, this treatment can help reduce maladaptive schemas in individuals.

KeyWords: Experimental Techniques, Schema Therapy, Head of Household, Immigrant