

اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار کودک‌کی زنان خشونت دیده

زهرا کمالی^۱

چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار کودک‌کی زنان خشونت دیده بود. این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان مشهد تشکیل می‌دهند. در این پژوهش ۶۰ زن خشونت‌دیده مبتلا به اضطراب و افسردگی، در مدت ۵ ماه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه طرحواره‌درمانی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی را آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شده است. داده‌های نیز به وسیله آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شده‌اند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی و اضطراب زنان خشونت‌دیده موثر است. همچنین، موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز دو طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. می‌توان گفت گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره برای اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اضطراب و افسردگی از اثربخشی لازم برخوردار است.

واژه‌گان کلیدی: گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب، افسردگی.

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد تربت جام، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

پدیده آزار و خشونت در خانواده از جلوه‌های آشکار نقض حقوق انسانی است که مخصوص جامعه و طبقه خاصی نبوده و در بسیاری از فرهنگ‌های دنیا به صورت آسیبی فردی، خانوادگی و اجتماعی به عنوان موضوعی رایج و شایع فراگیر است. شواهدی وجود دارد که ابعاد گسترده و فراگیر آزار و خشونت‌های جسمی، کلامی، روانی و جنسی نه تنها نهاد خانواده را دچار تزلزل و گسستگی روز افزون کرده است، بلکه پیامدهای زیان‌بار و مخرب آن صدمات جبران‌ناپذیری بر روان‌های آسیب‌پذیر کودکان بوجود آورده است (پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۵). خشونت مردان علیه زنان نوعی از خشونت خانگی است که شامل مجموعه‌ای از رفتارها می‌شود، بدین گونه که فرد خشن برای کنترل رفتارها و احساسات فرد دیگر دست به خشونت می‌زند. شاید جامع‌ترین تعریف برای خشونت خانگی عبارت است از «رفتارهای هجومی، سرکوبگرانه، از جمله حملات فیزیکی (جسمی)، جنسی، روانی و همچنین اعمال فشار اقتصادی توسط مرد بالغ نسبت به همسرش» (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه سازمان جهانی بهداشت در ۱۰ کشور جهان و بر روی ۲۴۰۰۰ زن، رواج زیاد خشونت خانگی علیه زنان را نشان می‌دهد. خشونت فیزیکی بین ۲۳ تا ۴۹ درصد و خشونت جنسی در ۱۰ تا ۵۰ درصد آنها گزارش شده است. برخی پژوهش‌ها وقوع خشونت خانگی و بدرفتاری نسبت به زنان در ایران را طیفی معادل ۳۰ تا ۸۰ درصد ذکر کرده‌اند (اکبرزاده و مافی، ۱۳۸۴). همچنین، نتایج بررسی احمدی و همکارانش (۱۳۸۸) بر روی ۱۱۸۹ زن متأهل ۱۵ سال به بالای تهرانی نشان داد که ۳۷/۵ درصد از این زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته‌اند که به تفکیک ۳۰ درصد آنها خشونت جسمی، ۲۹ درصد خشونت روانی و ۱۰ درصد خشونت جنسی را تجربه کرده‌اند.

از عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). در تحقیقی که توسط چویس انجام داد مشخص شد که یکی از عوارض سوء رفتار و خشونت مردان علیه زنان افسردگی، بیماری روانی و از دست دادن عزت‌نفس است و زنان مورد خشونت قرارگرفته توسط همسر در مقایسه با سایر زنان، دارای

^۱ Yang

اضطراب و افسردگی بیشتری هستند (عطادخت و زارع، ۱۳۹۲). کرسپو و آرینرو^۱ (۲۰۱۰) نشان دادند که میان خشونت همسران و اضطراب و افسردگی، اختلال پس از سانحه، اقدام به خودکشی و سوء مصرف مواد و الکل رابطه‌ای قوی وجود دارد. از آنجا که سلامت زنان در خانواده به خصوص بر روی فرزندان تاثیر بسزایی دارد، لذا، درمان مشکلات روحی و روانی-شان از اولویت زیادی برخوردار است و تردیدی نیست که امروزه مساله افسردگی و اضطراب چنان دشوار شده است که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی کرد. این اختلالات با زندگی خانوادگی، شغلی یا موقعیت‌های اجتماعی آن‌ها تداخل می‌کند (جمال، ۱۳۸۵).

یکی از نظریاتی که در زمینه افسردگی و اضطراب پژوهش‌های زیادی به بار آورده است، نظریه بک^۲ است. تئوری‌های شناختی افسردگی و اضطراب روی نقش فرآیند تفکر غیرمنطقی غیرعقلانی تأکید دارند. هسته مرکزی نظریه بک، طرحواره‌ها هستند. بر اساس توصیف اولیه بک از آسیب‌شناسی روانی، هر یک از اختلالات روانی با طرحواره‌ها و الگوهای تفکر عاداتی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند. به عنوان مثال، طرحواره‌های افسردگی، بازتاب اشتغال فکری با فقدان، شکست، طرد و خلاء هستند (اکبری و چینی فروشان، ۱۳۹۵). یانگ^۳ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش‌های خود دریافتند که در زوجین، علاوه بر طرحواره‌های اولیه که به روابط زناشویی وارد می‌شوند، در روابط فعلی نیز طرحواره‌هایی شکل می‌گیرند، چنان که در روابط دو نفر نیازهای طرحواره اولیه برآورد نشود و یا طرحواره اولیه با طرحواره فعلی ناهماهنگ باشد، موجب ناسازگاری بین زوجین و در نهایت طلاق می‌شود.

براین اساس، یانگ یک مدل طرحواره‌ای متمرکز بر مشکلات منش شناختی ارائه کرده است. طبق نظر وی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در سیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمدند. یانگ فرض کرد نیازهای رشدی ناکام شده اولیه زندگی و تجارب منفی دوره کودکی از جمله خشونت، منجر به پیامدهای پایدار و شکل‌گیری طرحواره‌های منفی

¹ Crespo & Arinero

² Beck

³ Young

شده و در آینده به عنوان راهنمای فرد برای تفسیر اطلاعات و حل مساله عمل می‌نماید و احتمال اینکه خشونت در بزرگسالی هم با آنها انجام شود، بسیار زیاد است (غمخوار فرد و همکاران، ۱۳۹۱). یانگ و همکاران بر این باورند که طرحواره‌های ناسازگار به دلیل ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند و این پنج نیاز را شامل دل‌بستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت؛ آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم؛ خودانگیختگی و تفریح؛ محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری برشمرد. یانگ هجده طرحواره ناسازگار را در پنج حوزه بریدگی و طرد شامل رها شدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، شکست؛ حوزه محدودیت‌های مختل شامل استحقاق/بزرگ منشی، خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی؛ حوزه دیگر جهت‌مندی شامل اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه؛ حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری شامل منفی-گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و تنبیه را معرفی می‌کند (حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۴).

مطالعات مختلف از این فرض‌های ذهنی یانگ حمایت کرده‌اند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرحواره‌ها با علائم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، خصومت و ... ارتباط دارد (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از موتابی و فتی، ۱۳۹۰) و پژوهشگر با این فرض اساسی که طرحواره‌های ناسازگار مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند که با بسیاری از اختلالات روانپزشکی از جمله اختلالات اضطراب مزمن، هراس، افسردگی و ... ارتباط دارند و بهبود و سلامت بخشی طرحواره‌های ناسازگار به بهبود تمام این موارد منجر می‌شود، به این نتیجه رسید که با این درمان (طرحواره درمانی و تعدیل طرحواره‌های شناختی ناسازگار اولیه) می‌توان عوامل روانشناختی رد دهنده بیماری افسردگی و اضطراب را کاهش داد. لازم به ذکر است که، افسردگی و ناکامی و حالات اضطراب و نگرانی پاسخی است که بسیاری از افراد عادی در برخورد با موقعیت‌های ناکام کننده مانند مرگ عزیزان، حوادث غیر مترقبه و غیره نشان می‌دهند حال اگر این حالات غم، اندوه، نگرانی و ... نامناسب با موقعیت باشد، حالت بیمارگونه به خود خواهد گرفت، به طوریکه کل زندگی فرد

را تحت تاثیر قرار می‌دهد و امنیت روانی شخص را به خطر می‌اندازد. حال آنکه نحوه برخورد مناسب با این ناکامی و حالات روحی ناراحت کننده از اهمیت بسزایی برخوردار است (احمدی و محمدزاده، ۱۳۸۸؛ به نقل از موتابی و فتی، ۱۳۹۰). لطیف^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیق خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی زنان مورد خشونت توسط همسران تاثیرگذار است. در تحقیقی دیگر، حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و افزایش رضایت زناشویی در بین زنان افسرده می‌گردد. همچنین، برخی پژوهشگران نشان داده که درمان شناختی رفتاری در کاهش آسیب‌های وارده بر سلامت روان در زنان خشونت دیده اثرگذار است (اهلر و کلارک^۲، ۲۰۰۰). لذا، از آنجایی که زنان نقش مهمی در رشد و آرامش خانواده و همچنین تربیت سالم فرزندان دارند، درمان افسردگی و اضطراب زنان خشونت دیده از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. با توجه به فقر پژوهشی بر روی زنان خشونت دیده؛ محقق بر آن است تا اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار کودکی در زنان خشونت‌دیده را مورد مطالعه قرار دهد.

روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان خشونت‌دیده مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان مشهد تشکیل دادند. در این پژوهش ۶۰ زن خشونت دیده مبتلا به اضطراب و افسردگی، در مدت ۵ ماه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه طرحواره درمانی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی را آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

^۱ Latif

^۲ Ehlers & Clark

محتوای جلسات درمانی به شرح زیر است. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان شد و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورت‌بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تایید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفت و گو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راه کارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفت‌وگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. در جلسه هشتم تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راه کارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور گردید و راه کارهای یادگرفته شده تمرین شد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). گروه‌ها پیش از مداخله، پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله، از نظر اضطراب و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برخورداری از سلامت جسمی و روانی، نداشتن رخداد تنش‌زا مانند مرگ عزیزان در شش ماه گذشته بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه و داشتن اختلال‌های روان‌شناختی هم زمان دیگر بود. با رعایت اصل رازداری و گرفتن رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش، از ابزارهای زیر برای اندازه گیری اضطراب و افسردگی استفاده شده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است.

الف: پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۱: این پرسشنامه را بک و همکاران (۱۹۸۸) برای سنجش میزان اضطراب طراحی کرده‌اند و شامل ۲۱ عبارت است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است؛ علایمی که معمولاً دو گروه تجربه می‌کنند: افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند. دامنه تغییرات از صفر تا ۶۳ است. نمره بین ۱۶ تا ۲۵ اضطراب خفیف و نمره بالاتر از ۲۵ تا ۶۵ اضطراب شدید. نمرات بالا نشان دهنده شدیدتر بودن اضطراب است (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ یافته‌اند. آن‌ها پایایی مشابهی را برای فرم کوتاه گزارش دادند. مارنات (۱۹۹۰) پایایی بازآزمایی پرسشنامه‌ی افسردگی بک را بر اساس نوع جامعه‌ی آماری بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶. به دست آورد (شریفی ۱۳۷۶). ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده‌است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشند (شریفی ۱۳۷۶).

ب: پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۲: پرسشنامه افسردگی بک که برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک، وارد، مندل سون، ماک و ارباف معرفی شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت چهار گزینه‌ای (از صفر تا سه) است و هر عبارت یک علامت را می‌سنجد. نشانه‌های این آزمون در سه گروه هفت ماده‌ای شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی (غمگینی، احساس گناه و...)، نشانه‌های انگیزشی و شناختی (انتظار تنبیه و افکار خودکشی و...) جسمانی و نشانه‌های نباتی (تغییر اشتها، کاهش علایق جنسی و...) از یکدیگر جدا می‌شوند. در شکل ۲۱ ماده‌ای هر ماده‌ای دارای چند موقعیت است که بر اساس شدت افسردگی از ۰ تا ۳۰ درجه بندی شده‌است. دامنه تغییر نمونه‌ها به طور نظری از ۰ تا ۶۳ است، بنابراین حداکثر نمره‌ی مقیاس ۶۳ خواهد بود. بک و همکاران ذکر می‌کنند که روایی این پرسشنامه با مقیاس درجه-بندی روان پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳ و با مقیاس خودسنجی، ۰/۷۶ است

^۱ Beck Anxiety Inventory

^۲ Beck Depression Inventory

(پاشاشریفی و نیکخو، ۱۳۸۴). به علت اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. از مهم‌ترین این پژوهش‌ها می‌توان به فرا تحلیلی اشاره کرد که در سال ۱۹۸۸ توسط ای.تی.بک^۲، استیر^۳ و گرابین^۴ انجام شد. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)^۵، مقیاس خود سنجی زونگ^۶، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است.

ج: فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF): برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از پرسشنامه‌ای که یانگ با ۷۵ سوال و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری/در دام افتادگی، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی تهیه و آماده اجرا کرده استفاده شده است. هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و برای بدست آوردن نمره طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سوال محاسبه می‌گردد. اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این طرحواره‌ها را اسمیت، جونز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۱۳۹۱) انجام دادند؛ ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسشنامه را آهی (۱۳۸۵؛ به نقل از یوسف نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

فرضیه های پژوهش نیز ازین قرارند:

- ۱- گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.
- ۲- گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود اضطراب زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.
- ۳- گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود طرحواره های ناسازگار کودکی زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.

یافته ها

فرضیه اول پژوهش: گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره های افسردگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذور اتا
پیش آزمون	۳۲۱,۷۸	۱	۳۲۱,۷۸	۳۶,۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
پس آزمون	۵۴۶,۳۴	۱	۵۴۶,۳۴	۶۱,۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۲۴۰,۳۴۸	۵۷	۸,۹۰			
کل	۱۶۸۷۲	۶۰				

با توجه به جدول (۱) دو گروه در پیش آزمون افسردگی با هم تفاوت معناداری دارند ($F=۳۶/۱۴, p<۰/۰۰۱$)، همچنین، با توجه به همین جدول و با کنترل اثر پیش آزمون مشاهده می گردد که دو گروه دارای تفاوت معناداری در پس آزمون می باشند ($F=۶۱/۳۷, P<۰/۰۰۱$) بنابراین، می توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی زنان خشونت دیده تاثیرگذار است و علائم افسردگی را بهبود می بخشد.

فرضیه دوم پژوهش: گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود اضطراب زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره‌های اضطراب

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۷۶۴,۱۴۵	1	۷۶۴,۱۴۵	۱۲۴,۸۹	.۰۰۰	.۴۹
پس آزمون	۸۷۶,۸۲۴	1	۸۷۶,۸۲۴	۱۴۳,۳۱	.۰۰۰	.۶۴
خطا	۱۶۵,۱۸	۵۷	۶,۱۱۸			
کل	۱۴۹۵۴	۶۰				

با توجه به جدول (۲) دو گروه در پیش آزمون اضطراب با هم تفاوت معناداری دارند ($F=124/89, P<0/001$)، همچنین، با توجه به همین جدول و با کنترل اثر پیش آزمون مشاهده می‌گردد که دو گروه دارای تفاوت معناداری در پس آزمون می‌باشند ($F=143/31, P<0/001$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود اضطراب زنان خشونت دیده تاثیرگذار است و علائم اضطرابی را بهبود می‌بخشد. فرضیه سوم پژوهش: گروه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار کودکی زنان خشونت دیده تاثیرگذار است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس برای اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
کل	۱	۲۹۹۶۶/۱۷۱	۵۰۷/۹۳۹	۰/۰۰۱	
محرومیت هیجانی	۱	۷۰/۱۶۷	۴۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
رهاشدگی	۱	۸/۹۳۰	۲/۰۳	۰/۱۸۴	۰/۱۶
بی اعتمادی/بدرفتاری	۱	۶۰/۹۵۴	۷۲/۴۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰
انزوای اجتماعی	۱	۱۰۶/۱۲۵	۶۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
نقص/شرم	۱	۹۴/۷۶۹	۴۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
شکست	۱	۷۸/۱۰۲	۴۹/۳۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
وابستگی/بی کفایتی	۱	۳۳/۵۳۱	۸/۵۲۰	۰/۰۱۴	۰/۴۳
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۱	۷۰/۰۲۰	۲۶/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱

۰/۴۴	۰/۰۰۱	۲۶/۱۰۵	۶۶/۷۵۳	۱	خویشتن تحول نیافته/گرفتار
۰/۱۲	۰/۲۹۱	۱/۲۵	۱/۴۲۰	۱	اطاعت
۰/۳۸	۰/۰۴۲	۵/۶۲	۱۳/۴۵۵	۱	ایثار
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۳۳/۹۶	۵۹/۸۴۷	۱	بازداری هیجانی
۰/۷۳	۰/۰۰۱	۱۳۱/۸۴	۱۹۲/۱۴۲	۱	معیارهای سرسختانه
۰/۴۸	۰/۰۱۸	۸/۳۶	۶/۰۰۹	۱	استحقاق/بزرگ منشی
۰/۶۰	۰/۰۰۵	۱۳/۶۷	۷۵/۳۹	۱	خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس آزمون معنی دار است. بر این اساس و با توجه به اندازه اثر مشاهده شده می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره باعث بهبود ۴۲ درصدی نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون شده است. نتایج نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های که گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر نمرات کل و همه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، این بخش از فرضیه پژوهش گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره، طرحواره‌های ناسازگار کودکی زنان خشونت دیده را بهبود می‌بخشد، در سطح معنی‌داری برای طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی-بدرفتاری، انزوای اجتماعی، شکست، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خویشتن تحول نیافته/گرفتار، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی تایید می‌شود.

تبیین و تفسیر یافته‌ها

اضطراب و افسردگی در بسیاری از کارکردهای شخصی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر اضطراب و افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار کودکی در زنان خشونت دیده انجام شد. نتایج نشان داد در مراحل پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری در زمینه اضطراب و افسردگی میان گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره و گروه کنترل وجود داشت.

این یافته که نشان داد در مراحل پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری میان گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره و گروه کنترل از لحاظ اضطراب و افسردگی وجود داشت با تحقیق لطیف و همکاران (۲۰۱۷)، ستاره نقدی و همکاران (۲۰۱۳) و اهلر و کلارک (۲۰۰۰) در خصوص کاهش افسردگی و اضطراب در زنان خشونت‌دیده همسو است. همچنین این یافته در زمینه اضطراب با پژوهش‌های حمیدپور و مکاران (۱۳۸۹)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۱) و در خصوص افسردگی با تحقیقات ایوانز^۱ و همکاران (۱۹۹۲)، نوردهال و ناسیتر^۲ (۲۰۰۵)، حمیدپور (۱۳۸۷)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود یک جنبه مهم از افسردگی را محتوای منفی طرحواره‌ها و افکار خودآیند درباره خود، دنیا و آینده می‌داند (محمدی و فرنام، ۱۳۹۲). از سوی دیگر، براساس نظریه طرح‌واره، افراد داده‌های مربوط به خویشان را به اندازه کافی پردازش می‌کنند، ولی داده‌های ناهمخوان با خود را کم‌تر یا بدتر پردازش می‌کنند. بنابراین، می‌توان چنین پنداشت که افراد افسرده داده‌های مثبت خود-ارجاع را از نظام پردازش داده‌های خویش حذف می‌کنند و داده‌های منفی مرتبط با خویشان را بهتر به یاد می‌آورند (هنرپروران و همکاران، ۱۳۸۹). با توجه به آنچه گفته شد افسردگی را می‌توان حاصل کارکردهای طرح‌واره‌ها دانست. بنابراین، تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کاهش میزان طرح‌واره‌های ناسازگار بریدگی و طرد، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد زنان خشونت‌دیده می‌شود و می‌تواند به اصلاح سوگیری‌های شناختی و در نتیجه درمان افسردگی منجر شود.

در تبیین اثربخشی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود اضطراب زنان خشونت‌دیده نیز می‌توان بیان نمود که آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد، از ویژگی‌های اختلال اضطرابی هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و گسترش یافته‌اند. از جمله سازه‌های مهم و جدیدی که به بررسی سبک پردازش شناختی و نحوه اثرگذاری آن بر پردازش هیجانی اضطراب در انسان می‌پردازد، سازه طرحواره-

¹ Evans

² Nordhal & Nysaeter

های ناسازگار اولیه است (تاس^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). براساس دیدگاه یانگ هدف گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شوند، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازند، چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند. این نتایج با تحقیق کولگ^۲ و یانگ (۲۰۰۶) همسو است.

در تبیین اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر طرحواره بر بهبود افسردگی، اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار کودکی زنان خشونت دیده می‌توان بیان نمود با توجه به اینکه از نظر محقق بیشتر زنان خشونت دیده در کودکی مورد رفتارهای خشونت آمیز قرار گرفته‌اند و این باعث شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار شده است. از مشکلات این کودکان سرزنش خود، احساس گناه و مشکل در تنظیم هیجانات است. این افراد در طرحواره‌های رهاشدگی، آسیب‌پذیری، بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، شکست، سلطه‌پذیری، فداکاری خود تحول‌نیافته، استحقاق/بزرگ‌منشی و خویش‌ن‌داری ناکافی نمره بالایی کسب می‌کنند (علوی و احمدی، ۱۳۹۶). همین طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی رفتاری را ایجاد می‌کند تا این زنان حتی در سنین بالاتر این اجازه را بدهند تا مورد خشونت همسران و یا منابع قدرت قرار گیرند و این خود در تداوم رفتارهای افراد آسیب‌رسان موثر است (فلاح دوست و همکاران، ۱۳۹۳). در این مداخله هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. این مداخله به فرد کمک می‌کند انتخاب‌های سالم‌تری انجام دهد، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان زندگی را کنار بگذارد (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳). دربیانی، هدف درمان شناسایی طرحواره‌هایی است که ناسازگارانه و غیرانطباقی هستند و مانعی بر سر راه عملکرد سازگارانه محسوب می‌شوند. طرحواره‌هایی که در طول درمان مورد توجه قرار می‌گیرند به مفاهیم ریشه‌ای درباره خود و دیگران مربوط‌اند. معنا و محتوای طرحواره‌ها روی روابط بین فردی نیز تاثیر می‌گذارند

¹ Thase

² Kellogg

(دیویدسون، ۱۹۹۰؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۳). بنابراین، در طی جلسات با اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار این زنان، طرحواره‌های کارآمدی‌تری جایگزین می‌کنند.

در پژوهش حاضر علاوه بر اثربخشی در پس آزمون، این تأثیر در دوره پیگیری نیز حفظ شد و از دلایل نوآوری پژوهش این است که این درمان بر روی زنان خشونت دیده‌ای صورت گرفت که دچار اضطراب و افسردگی نسبتاً شدیدی بودند. محدودیت زمانی جهت پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش فقط به آن دسته از بیمارانی قابل تعمیم است که درصدد درمان بر می‌آیند. در نهایت، این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود و یافته‌های این پژوهش تنها به زنان خشونت دیده مبتلا به اضطراب و افسردگی که درصدد درمان برآمده‌اند قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود، دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، همچنین اثربخشی این رویکرد در مردان خشونت دیده مبتلا به اضطراب و افسردگی نیز مطالعه گردد.

منابع

- ۱) احمدی، بتول؛ ناصری، سیمین؛ علی محمدیان، معصومه؛ شریعت مامک (۱۳۸۸). «عوامل زمینه ساز و راهکارهای پیشگیری از خشونت خانگی علیه زنان: جلسات بحث گروهی متمرکز با زوج‌های تهرانی». **طلوع بهداشت**، ۸(۳-۴)، صص ۶-۱۶.
- ۲) احمدی، محبوبه؛ رهنوردی، منا؛ کیانی، مهرداد؛ پورحسین حق، اسما (۱۳۹۳). «بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکارخودکشی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت سال ۱۳۹۲». **مجله پزشکی قانونی ایران**، ۲۰(۴)، صص ۲۰۹-۲۰۱.
- ۳) اکبرزاده، نسرين و مافی، مهوش (۱۳۸۴). «بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی خشونت ورزان در خانواده». **مطالعات روان‌شناختی**، ۲(۵و۴)، صص ۲۰-۵.
- ۴) بک، جودیت. (۱۳۹۰). **شناخت درمانی مبانی و فراتر از آن**. ترجمه لادن فتی و فرهاد فرید حسینی. تهران: انتشارات دانژه.
- ۵) پورنقاش تهرانی، سعید؛ افتخاری، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۵). «نقش تجربه خشونت خانگی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس مردان خشونت‌گرا». **مجله پزشکی قانونی ایران**، ۲۲(۲)، صص ۱۲۹-۱۳۷.
- ۶) جمال، آرزو (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی روش موسیقی درمانی و تن‌آرامی در کاهش افسردگی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۷) عطادخت، اکبر؛ زارع، رقیه (۱۳۹۲). «مقایسه حالات خلقی زنان با و بدون تجربه خشونت خانگی: ارزیابی نقش حالات خلقی زنان در پیش‌بینی خشونت». **مجله سلامت و مراقبت**، ۱۷(۴)، صص ۲۹۹-۲۹۱.
- ۸) غمخوارفرد، زهرا؛ امراللهی، مونا؛ آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۱). «بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب دوره کودکی براساس طرحواره‌های ناسازگار کودک و سبک‌های فرزندپروری مادر». **مجله علوم رفتاری**، ۶(۳)، صص ۲۶۲-۲۵۳.
- ۹) فری، مایکل (۱۹۹۹). **راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی**. ترجمه مسعود محمدی؛ رابرت فرنام (۱۳۹۲). تهران: رشد.

۱۰) مارنات، گری گراث. (۲۰۰۳). **راهنمای سنجش روانی**. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. (۱۳۹۳). تهران: رشد.

۱۱) هنرپروران، نازنین؛ نظیری، قاسم؛ محمدنژاد، مهرانگیز. (۱۳۸۹). «اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان افسرده سال ۱۳۸۸». **فصلنامه زن و جامعه**، ۱(۱).

۱۲) حسین زاده، اعظم. اسبقی، مریم و نصیری، اعظم. (۱۳۹۹). «اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در همسران مبتلا به افسردگی». **فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره**، ۳(۳)، ۱۲۳-۱۴۵.

۱۳) دیویدسون، ک، م. (۱۹۹۰). **کاربرد شناخت درمانی در اختلال‌های شخصیت (راهنمای درمانگران)**. ترجمه؛ کیت، م. گیتی شمس، ۱۳۸۳. تهران: ارشد.

- 14) Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol* 2010; 13:849-63.
- 15) Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38:319-45.
- 16) Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*; 62(4), 445-458.
- 17) Latif M, Jahan Khanam S. (2017). Effectiveness of cognitive behavior therapy in reducing anxiety, depression and violence in women affected by intimate partner violence: a randomized controlled trial from a low-income country. *Journal of Postgraduate Medical Institue*. 31(4):425-431.
- 18) Nordhal, H.M. and Nysaeter, T.E, (2005). Schema therapy for patients with border line personality disorder: a single case series, *Journal of Behavior therapy and Experimental psychiatry*, vol. 36, pp. 254-264.
- 19) Thase ME, Nierenberg AA, Vrijland P, van Oers HJ, Schutte A-J, Simmons JH. (2010) Remission with mirtazapine and selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of individual patient data from 15 controlled trials of acute phase treatment of major depression. *International clinical psychopharmacology*; 25(4):189-98.
- 20) Young JE, Klosko G, Yesnar M. Schema therapy. New York: Guilford; 2003, 120-2760

- 21) Yang. S., Mulvey. P. Edward. (2012) .Violence risk: Re-defining variables from the first-person perspective. *Aggression and Violent Behavior*. 17: 198-207.
- 22) Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema Therapy: A Practioner's Guide*. New York, NY: Guilford press.