

اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی

شقایق نصیری قجور

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

محسن منصوبی فر

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

آرزو تاریمرادی

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and loneliness in couples with domestic violence

Shagaegh Nasiri Qajur

Master's student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Mohsen Mansoobifar

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

(Responsible author)

Arzoo Tarimoradi

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

This research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy on distress tolerance and loneliness of couples who have experienced domestic violence. It was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design with two experimental and control groups. The statistical population of the research included all married women with experience of domestic violence who referred to counseling and psychotherapy centers in Karaj city in 1402, 20 people were selected with a targeted method and divided into two equal groups (10 people in the experimental group and 10 people in the control group) were replaced.

Data collection was done with Distress Tolerance Questionnaire (Simmons and Gaher, 2005) and Loneliness Questionnaire (Russell et al., 1980). Schema therapy was performed during 8 sessions (1 session of 1.5 hours per week) for the experimental group. Data analysis was done with descriptive statistics and covariance analysis. The analysis of the results showed that according to the significance level of the analysis of covariance test, there is a significant difference between the level of distress tolerance and the feeling of loneliness of couples with domestic violence evaluated in the experimental and control groups, and according to the results of the average comparison, schema therapy increases the distress tolerance. and reducing the feeling of loneliness in couples with domestic violence. Therefore, schema therapy can be used as an effective treatment method to increase distress tolerance and reduce loneliness in couples with domestic violence.

Keywords: *schema therapy, distress tolerance, loneliness, couples*

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر کرج در سال ۱۴۰۲ بود، که با روش هدفمند تعداد ۲۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه احساس تنهایی (راسل و همکاران، ۱۹۸۰) انجام شد. طرحواره درمانی طی ۸ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۱/۵ ساعته) برای گروه آزمایش انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آنالیز کوواریانس انجام شد. بررسی نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری آزمون تحلیل کواریانس بین میزان تحمل پریشانی و احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به نتایج مقایسه میانگین، طرحواره درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی گردیده است. لذا از طرحواره درمانی می‌توان به عنوان یک روش درمانی مؤثر جهت افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی زوجین دارای خشونت خانگی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، تحمل پریشانی، احساس تنهایی، زوجین

مقدمه

خشونت^{۷۵} علیه زنان باعث درد و رنج قربانیان و خانواده‌هایشان می‌شود و در سراسر جهان بارسنگینی بر جوامع می‌گذارد که اغلب در روابط صمیمی یا بین افراد شناخته شده با یکدیگر اتفاق می‌افتد (ویلیامز و همکاران^{۷۶}، ۲۰۱۳). خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی جنسی یا روانی در زنان شود و یا احتمال بروز آن زیاد باشد، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد.

شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که از آن با عنوان خشونت خانگی^{۷۷} یاد می‌شود (علی، موگرن و کرانتز^{۷۸}، ۲۰۱۳)، و شامل خشونت فیزیکی، ضربه سیلی زدن لگزدن و یا هر نوع آسیب فیزیکی، خشونت جنسی مجبور کردن شریک نسی به داشتن رابطه بدون رضایت و آمادگی و سوء رفتار عاطفی، توهین تجاوز کلامی تحقیر و بدخلقی می‌شود (هایلند^{۷۹}، ۲۰۱۴).

پیمایش‌های انجام شده در نقاط مختلف جهان نشان داده است که ۱۰ تا بیش از ۵۰ درصد از زنان به نحوی مورد بدرفتاری همسرانشان واقع شده‌اند (تینگلف و هوبرگ^{۸۰}، ۲۰۱۵). عوامل مختلفی نظیر فقر، اختلالات روان پزشکی، سوء مصرف مواد در بروز خشونت خانگی مؤثر دانسته شده است (مک کارتی^{۸۱}، ۲۰۱۹؛ بواله‌ری، امیری کریمی کیسمی و محسنی کبیر، ۱۳۹۷؛ آندرسون^{۸۲}، ۲۰۱۶).

یافته‌ها نشان می‌دهد خشونت خانگی تنش‌های روانی و افکار منفی در فرد را افزایش داده و موجب فراخوانی هیجانات منفی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش تحمل پریشانی در افراد شود (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۳). در نمای کلی پریشانی روانشناختی^{۸۳} با عدم توانایی رفتاری، آسیب‌پذیری فرد را در مقابل حالات پریشانی درونی که توسط برخی موقعیت‌های استرس‌زا تحریک می‌شود به مراتب افزایش می‌دهد (چوی^{۸۴} و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روانشناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (گیاسی^{۸۵}، ۲۰۱۹). افزایش سطح آسفتگی روانشناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (تقی‌لو و لطیفی، ۱۳۹۵).

یکی دیگر از مشکلات زوجین دارای خشونت خانگی احساس تنهایی است. احساس تنهایی^{۸۶}، تجربه عاطفی ناخوشایند روحی مزمن است (هورویتز و فرنچ^{۸۷}، ۲۰۱۹) که از تعارضات ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود (ساکلفسکی، یا کولیک، کلی^{۸۸}، ۲۰۱۷). ریشه‌ی تنهایی عدم ارضای یکی از این نیازها در مراحل مختلف است و همه آنها می‌توانند در قالب نیاز اساسی به تماس و صمیمیت بررسی شوند. همه انسان‌ها از تنها شدن هراس دارند و آستانه احساس تنهایی را متأثر از تاریخچه رشدی افراد می‌داند. به نظر وی فقدان مستمر تماس فیزیکی در دوران کودکی ممکن است به ناراحتی‌های جسم نیز عاطفی اعم از احساس تنهایی منجر شود (معدنیبور، حق رنجبر، کاکاوند، ثنایی ذاکر، ۱۳۹۵).

اگرچه احساس تنهایی یک تجربه عادی و بهنجار است، اما احساس تنهایی پتانسیل این را دارد که با سلامت روان و سلامت جسم تداخل پیدا کند (وینجوان ژانگ، زونگ، وانگ و فینی^{۸۹}، ۲۰۱۵) و به عنوان یک پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت پایین در سال‌های بعدی زندگی است (کوایتر^{۹۰} و همکاران ۲۰۱۳ به نقل از رستمی، ۱۳۹۹). برای کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خشونت خانگی محققان روش‌های متعددی را مورد مطالعه قرار داده و برخی از این رویکردها موفقیت نسبی داشته‌اند. یکی از این روش‌ها درمان به شیوه طرحواره‌ای بوده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی: این مقیاس که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است، یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس به این ترتیب است: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، عبارات ۱، ۳ و ۵)، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانانگ منفی، عبارات ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، عبارات ۸، ۱۳ و ۱۴). گزینه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) و عبارت شماره ۶ در این مقیاس، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (علوی و همکاران، ۲۰۱۱). این مقیاس را در بین دانشجویان اجرا کرده و گزارش کرده‌اند که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالای ۰/۷۱ و و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسط (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸) به دست آمد (اعیادی و همکاران، ۱۳۹۵).

پرسشنامه احساس تنهایی: پرسشنامه احساس تنهایی UCLA (نسخه سوم) به عنوان اولین آزمون احساس تنهایی در سال ۱۹۸۰ توسط راسل، پیلا و فرگوسن در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد. این مقیاس که شامل ۲۰ گویه است. با استفاده از مقیاس نمره‌گذاری ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب)، نارضایتی افراد از روابط اجتماعی را در دو بعد فقدان روابط صمیمانه و فقدان شبکه اجتماعی می‌سنجد. بدین ترتیب دامنه نمره گسب شده در این مقیاس بین ۲۰ تا ۸۰ قرار دارد. راسل و دیگران (۱۹۸۰) ضریب همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۴ گزارش کردند. با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. بالدوین و فهر پایایی کلی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش نموده‌اند، در پژوهش داورپناه (۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۷۸ به دست آمده است. روایی همزمان این پرسشنامه نیز با بهره‌گیری از ارزیابی دوستان و افراد درباره احساس تنهایی آنان ۰/۵۵ محاسبه شد. و برای بررسی روایی صوری آن نیز از ۱۲ کارشناس نظر خواهی شده است که همگی آنها توان سنجش احساس تنهایی را توسط این آزمون تأیید کردند (بحیرایی، ۱۳۸۵). پژوهش‌های انجام شده با این مقیاس حکایت از روایی و اعتبار مناسب مقیاس دارد، به عنوان مثال اعتبار مقیاس احساس تنهایی در پژوهش ولیمالی ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهشی که حسین چاری و خیر (۱۳۸۱) در ایران با هدف بررسی روایی و اعتبار مقیاس احساس تنهایی ۴۴ ماده‌ای به روی ۳۶۹ دانش-

در واقع، طرحواره درمانی^{۹۱} یکی دیگر از رویکردهای درمانی است که در ارتباط با مشکلات زناشویی (خشونت و مشکلات عاطفی) بر روی زنان مورد مطالعه قرار گرفته است (محنایی گلستانه پولادی، ریشه‌ری کیخسروانی، ۱۳۹۸). رویکرد طرحواره درمانی استدلال می‌کند که هر کسی با رویکرد و راهبردهای خاصی وارد رابطه می‌شود که گاهی ممکن است منجر به بروز تعارض نیز شود تأثیرات عاطفی برجای مانده از زندگی گذشته فرد می‌تواند مشکلاتی به وجود آورند. آسیب‌های عاطفی که در اوایل زندگی فرد در دوران کودکی در او شکل می‌گیرند می‌توانند تا آخر عمر با او بمانند و زندگی او را تحت الشعاع قرار دهند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۳ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۵).

معمولاً زوجین از خشونت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای رهایی از تأثیرات منفی طرحواره‌های ناسازگارانه برانگیخته شده در روابط خود به کار می‌برد (کمالیان، میرزاحسینی و منیرپور، ۱۳۹۹). حضور طرحواره‌های ناسازگار اولیه مثل طرد و بریدگی، نقص و شرم، معیارهای سرسختانه و بی‌اعتمادی در افراد پیش‌بینی این است که نسبت به آنها در دوران کودکی بدرفتاری شده و در بزرگسالی با همسر و فرزندان خود با خشونت رفتار خواهند کرد (خاشو ون آلپنو^{۹۲} و همکاران، ۲۰۱۹). هدف اولیه طرحواره درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها است (دیجیک^{۹۳} و همکاران، ۲۰۲۰). بنا براین سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی موثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی سطح شهر کرج در سه ماهه اول سال ۱۴۰۲ بودند، که از بین آن‌ها با روش هدفمند و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۲۰ نفر انتخاب و در دو گروه مساوی یعنی ۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل جایگزین شدند.

پژوهشگر پیش از اجرای مرحله پیش‌آزمون و توزیع پرسشنامه در بین آزمودنی‌ها ابتدا در خصوص هدف انجام پژوهش، نحوه پاسخ‌دهی به آزمون‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات فردی و هویتی افراد، حقوق آزمودنی‌ها از جمله رضایت و تمایل آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و عدم هرگونه آسیب روانی یا بدنی به آن‌ها توضیحات لازم ارائه نمود و بیان کرد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت کلی تحلیل شده و نتایج آن در قالب پایان‌نامه دانشجویی و در نهایت مقاله علمی-پژوهشی منتشر می‌شود. در جدول شماره ۱ محتوای جلسات طرحواره درمانی به اختصار ارائه شده است.

آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مقیاس مورد بحث از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار میباشد (بحیرایی، ۱۳۸۵). همسانی درونی مقیاس در پژوهش رضایی، صفایی، هاشمی (۱۳۹۲) ۰/۸۱ به دست آمد. اعتبار مقیاس احساس تنهایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد که اعتبار مقیاس احساس تنهایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس احساس تنهایی عاطفی ۰/۸۲، و برای خرده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی نیز ۰/۷۱ به دست آمد که رضایت بخش میباشد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۲).

به منظور تحلیل اطلاعات علاوه بر روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آماری بررسی شد. برای تحلیل نیز از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

جدول شماره ۱- محتوای جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، بیان اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی و مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی
جلسه دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم
جلسه سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
جلسه چهارم	آموزش تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی، شناسایی نیازهای ارضا نشده آن‌ها و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
جلسه پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، آموزش تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
جلسه ششم	آموزش رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
جلسه هفتم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه هشتم	مرور مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی و تمرین راهکارهای یادگرفته شده

یافته‌ها

نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان داد که میانگین (و انحراف معیار) سن (به سال) در افراد گروه آزمایش ۳۰/۲۰ (و ۴/۶۸) و در افراد گروه کنترل ۳۲/۸۰ (و ۴/۳۹) سال بوده است. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تحمل پریشانی	آزمایش	۱۰ نفر	۴۲/۶۰ ± ۹	۵۱/۴۰ ± ۹
	کنترل	۱۰ نفر	۴۰/۷۰ ± ۹	۴۱/۵۰ ± ۹
احساس تنهایی	آزمایش	۱۰ نفر	۶۰/۰۰ ± ۹	۴۶/۷۰ ± ۹
	کنترل	۱۰ نفر	۵۶/۲۰ ± ۹	۵۵/۸۰ ± ۹

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد و نتایج نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی ($F=0/145$ و $P>0/269$) و احساس تنهایی ($F=0/139$ و $P>0/419$) توزیع نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه آماره F برای متغیرهای مورد مطالعه یعنی تحمل پریشانی ($F=0/488$ و $P>0/494$) و احساس تنهایی ($F=2/05$ و $P>0/169$) در سطح معناداری بیش از $0/05$ بود، با اطمینان $0/95$ درصد فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد (جدول شماره ۳).

در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با عنایت به اینکه آماره F برابر با $0/541$ و کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر بود و همچنین، با توجه به اینکه سطح معناداری متناظر با آن $0/654$ و بیش از $0/05$ بود، فرض صفر آزمون ام باکس مبنی بر همگنی واریانس پذیرفته شد ($BoxsM=1/84$ ، $F=0/541$ و $P>0/654$). با توجه به رعایت مفروضات بالا آزمون تحلیل کواریانس به کار گرفته شد.

جدول شماره ۳- نتایج بررسی مفروضات آماری

آزمون کلموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			متغیر پژوهش
P	درجه آزادی	آماره F	P	df ₂	df ₁	
0/269	10	0/145	0/494	18	1	0/488
0/419	10	0/139	0/169	18	1	2/05

همان طور که از نتایج جدول شماره ۴ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین تحمل پریشانی با اطمینان ۹۹ درصد در زوجین (زنان) دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش وجود دارد. لذا فرضیه تحقیق مبنی اثربخش بودن طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی زوجین دارای خشونت خانگی مورد ارزیابی مورد تأیید می باشد. بررسی جدول شماره ۲ نیز گویا تفاوت قابل ملاحظه بین میانگین در تحمل پریشانی در بین گروههای پیش آزمون و پس آزمون در مرحله آزمایش می باشد. و با توجه به نتایج جدول مقایسه میانگین طرحواره درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی در زوجین دارای خشونت خانگی شده است.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون کواریانس تک متغیره اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی

شاخص ارزیابی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
درون گروهی	353/05	1	353/05	19/60	0/001
بین گروهی	306/16	17	18/01		
خطا	45035	20			

مان طور که از نتایج جدول شماره ۵ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین احساس تنهایی در زوجین (زنان) دارای خشونت خانگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش وجود دارد. با توجه به جدول مقایسه میانگین احساس تنهایی در این زنان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی (جدول شماره ۲) می توانیم بگوییم که فرضیه ما مبنی اثرگذاری طرحواره درمانی بر احساس تنهایی در زوجین دارای خشونت خانگی مورد تأیید می باشد و طرحواره درمانی باعث کاهش میزان احساس تنهایی بین زنان مورد ارزیابی گردیده است.

ه ۵- نتایج آزمون کواریانس تک متغیره اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی

شاخص ارزیابی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
درون گروهی	680/20	1	680/20	40/65	0/001
بین گروهی	284/43	17	16/73		
خطا	53675	20			

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و احساس تنهایی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر افزایش تحمل پریشانی افراد گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون اثربخشی داشته است و بین میانگین نمره افراد دو گروه آزمایش و کنترل از پیش آزمون به پس آزمون از نظر آماری تفاوت معنادار بوده است. این یافته از پژوهش با پژوهش‌های امیرفخرایی و همکاران (۱۴۰۱)، احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰)، فرزین‌فر و همکاران (۱۳۹۹)، عسگری و گودرزی (۱۳۹۸) و نیک‌امال و همکاران (۱۳۹۶) همسویی داشت. این محققین در تحقیقات خود بیان کردند که طرحواره درمانی و یا درمان‌های همسو با این تحقیق بر بهبود تحمل پریشانی در بین افراد موثر است.

سرزنش خود، انتقاد شدید از خود و همسر و اطرافیان، حساسیت به روابط بین فردی و زناشویی از جمله خصیصه‌های بارز افراد فاقد تحمل پریشانی است. این ویژگی‌های منفی هیجانی در دراز مدت به کاهش صمیمیت و تعهد زوجین انجامیده و دامنه تعارضات زناشویی را افزایش می‌دهد و باعث ایجاد پریشانی روانشناختی می‌کنند. در واقع پریشانی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا مانند هیجانانگیز منفی، احساسات ناخوشایند جسمانی در انواع مختلف آسیب‌های روانی را تجربه می‌شود. در مقابل استفاده از رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک مداخله اثربخشی کارآمد در زمینه حل اختلافات و خشونت خانگی زوجین می‌تواند در افزایش تحمل پریشانی افراد بسیار تاثیرگذار باشد. آلپنور و همکاران (۲۰۱۹) طرحواره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده است و برای بسیاری از مشکلاتی راه حل می‌آفریند که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند و با ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها موجب بهبود طرحواره‌ها می‌گردد. همچنین کروتر و مولنر (۲۰۱۴) در این خصوص بیان کردند رویکرد طرحواره محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای خشونت خانگی در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است. در بعد عاطفی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است به چالش می‌کشد تا با تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی افراد گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون اثربخشی داشته است و بین میانگین نمره افراد دو گروه آزمایش و کنترل

از پیش آزمون به پس آزمون از نظر آماری تفاوت معنادار بوده است. نتایج حاصل با نتایج تحقیقات انجام شده در داخل کشور همچون غلامی‌نژاد دارابی (۱۴۰۱)، کیانی‌پور و همکاران (۱۳۹۶)، علی‌آبادی شاره و توزنده (۱۳۹۸)، محنایی و همکاران (۱۳۹۸)، و تحقیقات خارج از کشور همچون هورویتر و فرنچ (۲۰۱۹)، ساکلفسکی، یاکولیک، کلی (۲۰۱۷)، لولی و لیموسین (۲۰۱۹)، کورمایر و همکاران (۲۰۱۸) و اندرسون و گدو (۲۰۱۵) مطابقت دارد. این محققین در تحقیقات خود بیان کردند که طرحواره درمانی و یا درمان‌های همسو با این تحقیق بر کاهش احساس تنهایی موثر است.

در واقع یکی دیگر از مشکلات زوجین دارای خشونت خانگی احساس تنهایی است احساس تنهایی، تجربه عاطفی ناخوشایند روحی مزمن است که از تعارضات ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود. این احساس واکنشی هیجانی است که فرد قادر به برقراری ارتباط با دیگران نبوده و احساس میکند که از دوستان و نزدیکان جداست و به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از دیگران از روابط اجتماعی بهره میبرد و نمی‌تواند احساسات خوشایند یا ناخوشایند، ترسها و نگرانیها و آرزوها و امیدهایش را با نزدیکان و دوستانش در میان بگذارد و پاسخ و عکسالعملهای ایشان را دریافت کند. و استفاده از روش‌های وداخله درمانی همچون طرحواره درمانی می‌تواند در کاهش این احساس بسیار موثر باشد.

در واقع رویکرد طرحواره درمانی در قالب جنبش سازنده‌گرایی می‌گنجد در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرایند تغییر به کارگیری تکنیک‌های تجربی دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین فردی تأکید می‌شود. به زبانی ساده میتوان گفت غالب مشکلات بین فردی که ما تجربه میکنیم تحت تأثیر شیوهی تصورمان از خود و دیگران است. این شیوه تصور همان چیزی است که بک (۱۹۶۷) آن را طرحواره مینامد. مدل درمانی متمرکز بر طرحواره در واقع گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است به علاوه می‌توان گفت از آنجا که احساس تنهایی و پریشانی روانشناختی به طرحواره‌ها بستگی دارد. زمانی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند، بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد تأثیر می‌گذارند و بهره‌گیری از روش مداخله‌ای طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش و یا حذف اثرات ناشی از وجود و بروز طرحواره ناسازگار اولیه در زمان پر استرس بخصوص در زمان تعارضات زناشویی اثر گذار باشد.

این مطالعه نیز محدودیت‌هایی داشت. با توجه به انجام پژوهش در کلینیک‌های مشاوره شهر کرج، تعمیم نتایج به شهرهای دیگر بدلیل تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی، محدودیتی برای تعمیم

یافته‌ها به سایر مناطق کشور است. استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار اندازه‌گیری که تحت تأثیر شرایط و زمان اندازه‌گیری، نتایج متفاوتی به دست می‌دهند و همچنین پاسخگویی مکرر به سؤالات در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون ممکن است اثراتی مانند آشنایی با سؤالات و همچنین بی‌حوصلگی در پاسخگویی به سؤالات ایجاد کرده باشد که در نتایج تأثیر گذار است. با توجه به انجام پژوهش صرفاً بروی زنان دارای خشونت خانگی صورت پذیرفته است، تعمیم نتایج به افراد دیگر با محدودیت مواجه است. عدم کنترل دقیق تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر، اطمینان کامل به نتایج به دست آمده را کاهش داده است. محدودیت در هماهنگی ایجاد جلسات آموزشی به دلیل محدودیت زمان در واقع تنظیم زمان آموزشی، به دلیل شرایط کاری متفاوت زنان دارای خشونت خانگی مشکلات زیادی را برای محقق ایجاد نمود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با نمونه بزرگ‌تر به این مطالعه بپردازند. به علت وجود تفاوت‌ها در ویژگی‌های فرهنگی و قومی زوجین پیشنهاد می‌شود این آموزش بر روی زوجین دیگر شهرهای کشور اجرا و نتایج آن با یکدیگر مقایسه گردد تا اثربخشی این رویکرد بیشتر نمایان گردد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی به منظور کنترل دقیق تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر، متغیرهای تأثیرگذار دیگر روی ایجاد تحمل پریشانی و یا احساس تنهایی همچون وضعیت اقتصادی و عوامل روانشناختی مثل ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی تا حد امکان کنترل و اثر آنها نیز سنجیده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از ابزار تکمیلی دیگری نظیر مصاحبه که سبب غنای اطلاعات می‌شود، استفاده گردد. پژوهشگران دیگر در پژوهش‌های خود می‌توانند آموزش‌های دیگری همچون ذهن آگاهی و مهارت‌های حل مسئله و درمان شناختی- رفتاری را در جهت بهبود احساس تنهایی و تحمل پریشانی مدنظر قرار دهند و نتایج حاصل از تأثیر این مداخلات با تحقیق حاضر مقایسه گردد و پژوهش‌های بعدی با بررسی نمونه‌های در مرحله پیگیری میزان پایداری این آموزش نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- رستمی، بهرام. (۱۳۹۹). رابطه احساس تنهایی با خودکارآمدی اجتماعی در دانش آموزان پسر در خانواده‌هایی با حضور موقت پدر در خانه. فصلنامه روانشناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۲(۷): ۸۷-۹۶.
- کمالیان، تهمنه، میرزاحسینی، حسن، منیرپور، نادر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روش طرحواره‌های هیجانی با روش تمایز یافتگی خود بر دزدگی زناشویی زنان. روانشناسی کاربردی، ۱۴(۱): ۹-۳۳.
- محناپی، ستاره، گلستانه، سیدموسی، پولادی ریشه‌ری، علی، کیخسروانی مولود. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش طرحواره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. نشریه علمی روانشناسی اجتماعی، ۷(۵۱): ۱۰۹-۱۱۸.
- معدنیپور، کبری، حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا، ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۵). رابطه سبک دلبستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در دانش آموزان ۹-۱۲ سال شهر کرج. چاپ شده در نمایه SID.
- یانگ، جفری، کلو سکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی. (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز). چاپ دهم، تهران: انتشارات ارجمند.

Choi, N. G., Sullivan, J. E., DiNitto, D. M., & Kunik, M. E. (2019). Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine*, 126, 105-111.

Gyasi, R. M. (2019). Social support, physical activity and psychological distress among community-dwelling older Ghanaians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 142-148.

Horowitz, L. M. & French, R. S. (2019). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 762-764.

Saklofske, D. H. & Yackulic, R. A. (2017). Personality predictors of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 10, 467-472.

Williams, A. D., Thompson, J. & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 8(51), 469-475.