



## اثربخشی طرحواره درمانی بر همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی

مرضیه جمشیدی<sup>۱</sup>، پروین احتشام زاده<sup>۲</sup>، مرضیه طالب زاده شوشتری<sup>۳</sup>، رضا پاشا<sup>۴</sup>، ساسان باوی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۰۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۷

### چکیده

خودکشی یک پیامد اجتماعی پیچیده است و در بین در دانش آموزان دختر یک مشکل رو به افزایش است، بنابراین هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ دارای سابقه خودکشی در دو سال گذشته بود. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش طرحواره درمانی (۱۰ جلسه) و هر هفته یک جلسه و به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نکردند. پرسشنامه های پژوهش شامل پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) و مقیاس سرزندگی تحصیلی دهقانی زاده و حسین چاری (۱۳۹۱) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول). p-ehatesham@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

استفاده شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش همجوشی شناختی و افزایش سرزندگی تحصیلی در مرحله پس آزمون موثر بود ( $p < 0/001$ ). یافته های پژوهش حاضر می تواند در انتخاب و طراحی مناسب ترین رویکرد درمانی در کاهش افکار خودکشی دانش آموزان دختر دارای پریشانی روان شناختی مورد استفاده قرار گیرند.

**کلید واژه ها :** طرحواره درمانی، همجوشی شناختی، سرزندگی تحصیلی، دانش آموزان، خودکشی.

## مقدمه

خودکشی به معنای نابود کردن و از بین بردن خود، پدیده‌ای است که طی سالیان دراز، از روابط عشیرهای و سنتی تا روابط پیچیده شهرهای بزرگ امروزی، گریبان بشر را گرفته و در فراز و نشیب تحولات اجتماعی قلب و روح خانوادها و اجتماع را آزرده است (حیدری و رسائی‌پور، ۱۳۹۲). اکثر کسانی که گرایش به خودکشی دارند دراصل نمی‌خواهند بمیرند. آنها صرفاً می‌خواهند به درد و رنجشان (واقعی یا خیالی) پایان دهند و به عبارتی نیازمند کمک هستند. عملی که آگاهانه و از روی عمد برای نابودسازی خود صورت می‌گیرد «خودکشی کامل» نامیده می‌شود اما در صورتی که چنین عملی منجر به مرگ نشود، آن را «خودکشی ناموفق یا اقدام به خودکشی» (خودکشی ناکامل) می‌نامند که معمولاً توصیف‌کننده کسانی است که گاهی زمینه را طوری فراهم می‌سازند که نجات پیدا کنند، هرچند ممکن است فریادرسی وجود نداشته باشد (نوری و همکاران، ۱۴۰۱). تحقیقات نشان می‌دهد شیوع اختلالات روانی و عاطفی و رفتاری در نوجوانان به خصوص در نوجوان دختر که از نظر عاطفی\_روانی حساس تر و آسیب‌پذیرتر هستند در سالهای اخیر افزایش داشته است. از آنجا که حدود یک نفر از هر پنج نفر افراد بین سن ۱۲ تا ۱۹ سال یک اختلال روانی را تجربه می‌کنند نوجوانی به عنوان یک دوره آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات مربوط به سلامت روان شناخته شده است (کوگلن و همکاران، ۲۰۱۴).

تغییرات سنی و ارگانیکی در دوره نوجوانی و به دنبال آن نوجوانی و نوگرایی، و هیجان خاصی که بر رفتار او غالب می‌شود، ممکن است ظرفیت ناهم‌نواپی فرد را بالا ببرد. امروزه سازگاری موفقیت‌آمیز دانش‌آموزان در عصر اطلاعات و انفجار علم و فناوری مستلزم آن است که او برای حل مسایل و تصمیم‌گیری مناسب، از توانایی‌های شناختی و مهارت‌های هیجانی و اجتماعی کافی بهره‌مند باشد تا از طریق سیالی اندیشه و مهارت‌های شناختی و هیجانی کارآمد بتواند خود را با شرایط همواره متحول به نحوی مناسب سازگار نماید (کتر، ۲۰۱۹). همچنین همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارند و باعث شوند فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کنند (هیز و دیگران، ۲۰۰۶). به عبارتی، فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی‌اند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتار او حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم حساسیت کمتری پیدا کند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵).

از طرفی موفقیت و پیشرفت در یادگیری هدف همه نظام‌های آموزشی و میزان بهره‌مندی از محیط‌های آموزشی مستلزم احساس انرژی و سرزندگی دانش‌آموزان است. از مهم‌ترین متغیرها در سلامت بافت تحصیلی سیستم آموزشی هر کشوری، سرزندگی تحصیلی می‌باشد که حسی درونی برای تضمین سلامت ذهنی است و در واقع پژوهشگران آن را راهی مفید و ساده برای درک مفهوم بهزیستی دانش‌آموزان عنوان کرده‌اند (ساره، پائول و لیزا، ۲۰۱۳). در زندگی روزانه تحصیلی دانش‌آموزان با انواع چالش‌ها، موانع و فشارهای ویژه دوران تحصیل روبه‌رو می‌شوند که تهدیدی برای اعتماد به نفس، انگیزش و در نتیجه عملکرد تحصیلی و سلامت روان آنها می‌باشد. عده‌ای از دانش‌آموزان در مقابله با آنها موفق عمل می‌کنند و دیگران در این زمینه موفقیت قابل‌قبولی ندارند. از این رو پژوهشگران تعلیم و تربیت باید به درک و چگونگی سازگاری با چالش‌های تحصیلی توجه جدی نشان دهند. از توانمندی‌هایی که در سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان به آن توجه شده است، سرزندگی تحصیلی می‌باشد. در واقع این متغیر تأثیر شگرفی بر افزایش توان مقابله‌ای دانش‌آموزان در

مقابل مشکلات تحصیلی آنها خواهد داشت. سرزندگی تحصیلی، تاب‌آوری تحصیلی را در چارچوب روان‌شناسی مثبت بازتاب می‌دهد (مارتین و مارش، ۲۰۱۷).

با توجه به وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان اقدام‌کننده به خودکشی، استفاده از روان‌درمانی‌های مفید و کارآمد ضروری و حیاتی می‌باشد. در چند دهه اخیر رویکردی که در زمینه مداخلات خود را نشان داده، رویکرد طرحواره‌درمانی بوده است؛ طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار میدهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، افراد را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد (پاگ، ۲۰۱۵).

طرحواره‌درمانی بر الگوهای خودپیرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار میشوند تمرکز میکند (خاشو و همکاران، ۲۰۱۹). مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مختلفی شناختی و اجتماعی تاثیر دارد. آزار، رنر، دیرابیتز، آرنتز، پیترز، البستال و هایبرز (۲۰۱۸) نشان دادند طرحواره‌درمانی گروهی روی بهبود علائم اضطراب و افسردگی گروه تحت درمان گروهی موثر بوده است. هاشمی و افشاری (۱۳۹۷) نشان دادند طرحواره‌درمانی یانگ به طور معناداری منجر به کاهش رفتارهای ایذایی دانش‌آموزان می‌گردد. رهبرکرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبرکرباسدهی (۱۳۹۸) اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی را نشان دادند. همچنین پژوهش نیمادیک، المبرث و ریس (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های بالینی نشان داده شده است. با توجه به مطالب فوق می‌توان دریافت که همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان اقدام‌کننده به خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا ضعف عملکرد شناختی و تحصیلی میتواند زمینه‌ساز اختلالات مختلفی مانند اضطراب و افسردگی شود که به خاطر حساسیت مقطع تحصیلی و ارتباط آن با آینده شغلی و اجتماعی افراد مسیر زندگی فرد را دچار تغییر می‌نماید و با توجه به اینکه موضوع فوق از اولویت‌های تحقیقاتی معاونت آموزشی سازمان آموزش و پرورش به شمار می‌آید. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد، بنابراین پرسش اصلی این است که آیا اثربخشی طرحواره‌درمانی بر همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر اقدام‌کننده به خودکشی اثر دارد؟

### روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ که طی دو سال گذشته سابقه اقدام به خودکشی داشتند و به بیمارستان‌های شهر اصفهان اعزام و یا مراجعه کرده بودند، که تعداد آنها برابر با ۲۴۸ نفر بود. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر اقدام‌کننده به خودکشی، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس بررسی پرونده این دانش‌آموزان پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSA) توزیع گردید و افرادی که نمره بالاتری در این آزمون کسب نمودند؛ به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه مداخله‌ای و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: پاسخ مثبت به ۵ سوال اول مقیاس افکار خودکشی بک (BSSA)، سابقه اقدام به خودکشی، عدم

ابتداءً به اختلالات طیف روان‌پریش، عدم مصرف مواد و داروی ترک در طول دوره پژوهش و جلسات روان‌درمانی، رضایت آزمودنی‌ها و داوطلب بودن جهت شرکت در این پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: ۱ - عدم همکاری فرد تا انتهای درمان، ۲- غیبت مکرر (۳ جلسه) در طول دوره درمان. مداخلات طرحواره‌درمانی برای گروه مداخله ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای توسط محقق مسئول برگزار گردید. در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) و مقیاس سرزندگی تحصیلی دهقانی زاده و حسین چاری (۱۳۹۱) بعنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱. کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل مشارکت کردند. ۲. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمامی اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت. داده‌ها با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

### ابزار پژوهش

#### ۱. پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSA)

مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) یک پرسشنامه خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را می‌سنجد. پرسشنامه دارای ۵ سؤال غربالگری می‌باشد. در صورتی که پاسخ دهنده به ویژه به پرسش شماره ۵ پاسخ مثبت یعنی ۱ یا ۲ بدهد، لازم است که ۱۴ سؤال باقی‌مانده را پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به ادامه نمی‌باشد. نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی و نمره دو یعنی زیاد. مطالعات گذشته نشان دادند، مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است. ضرایب همبستگی دامنه‌اش از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین همبستگی این مقیاس با سؤال خودکشی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ بود. به علاوه همبستگی مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان دادند که اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۰/۵۴ می‌باشد.

#### ۲. پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز<sup>۱</sup> و همکاران (CFQ)

این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) ارائه دادند که حاوی ۱۲ سؤال است که دارای دو زیر مقیاس همجوشی و گسلش است و بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) تنظیم شده است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). زارع (۱۳۹۳) برای هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور و سنتی را آزمود. نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۷۶ به دست آمده است (زارع، ۱۳۹۳).

### ۳. مقیاس سرزندگی تحصیلی دهقانی زاده و حسین چاری

دهقانی زاده و حسین چاری (۱۳۹۱) پرسشنامه سرزندگی تحصیلی را با الگوگیری از مقیاس سرزندگی تحصیلی مارتین و مارش که دارای ۴ گویه است، توسعه دادند. این ابزار دارای ۹ گویه می باشد و درجه موافقت یا مخالفت پاسخ دهنده را در دامنه پنج درجه ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. حاصل جمع نمرات هر فرد در مجموع ۹ گویه، یک نمره کلی برای او به دست می دهد که نشان دهنده میزان سرزندگی تحصیلی او است. به این ترتیب نمره محتمل برای هر فرد بین ۹ تا ۴۵ خواهد بود. دهقانی زاده و حسین چاری برای احراز روایی این پرسشنامه از تحلیل مؤلفه اصلی با چرخش متعامد واریماکس استفاده کردند. بار عاملی گویه بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۴ بود. همچنین نتایج آزمون های میزان کفایت نمونه برداری (KMO) ۰/۸۳ و آزمون کرویت بارتلت (۳۶۰/۶۱۱) نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عامل بود. نمودار سنگ ریزه و مقادیر ارزش های ویژه بالاتر از یک نشان داد که یک عامل قابل استخراج است. در مجموع ۹ گویه مذکور ۳۷ درصد واریانس متغیر سرزندگی تحصیلی را تبیین کردند. اعتبار این ابزار نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی به ترتیب ضرایب ۰/۸۰ و ۰/۷۳ به دست آمد. در پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمده است.

### ۴. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

#### جلسه اول تا سوم

هدف این جلسات، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحوارهها و سبک های مقابله ای و فرمول بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی است. مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف به بیمار آموزش داده میشود. علاوه بر این اهداف درمان توضیح داده شد. در سه جلسه ابتدایی تکالیفی مثل مطالعه بروشور آشنایی با طرحواره درمانی، پرسشنامه های طرحواره و پرسشنامه سرگذشت چند وجهی زندگی در اختیار بیمار قرار میگیرد. تمامی اطلاعات به دست آمده در فرم مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره درمانی جمع بندی می شود.

#### جلسات سوم تا پنجم

این جلسات با هدف شناسایی و چالش با طرحوارهها در سطح شناختی انجام میشود و هر جلسه به بحث و تبادل نظر پیرامون طرحوارهها و آموزش تکنیکهای شناختی اختصاص مییابد. در روند رویکرد طرحواره درمانی نیز تکالیفی به بیماران واگذار میشود. در این شش جلسه به آموزش تکنیکهای شناختی، پرداخته میشود؛ مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره.

#### جلسات ششم و هفتم

هدف اصلی این جلسات به کارگیری تکنیکهای هیجانی (تجربی) است تا بیماران بتوانند به ریشه های تحول طرحوارهها در سطح هیجانی پی ببرند. هر جلسه به نقد و بررسی تکالیف جلسات قبل پرداخته می شود. در این شش جلسه به آموزش تکنیکهای تجربی (هیجانی) پرداخته می شود؛ مثل انجام گفتگوهای خیالی، با والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه و تصویر سازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری.

## جلسات هشتم تا دهم

هدف این جلسات، ترغیب بیماران برای رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای کارآمد به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی است. در این جلسات، پیرامون چگونگی رها سازی رفتارهای مقابله ای ناسازگار به بحث و تبادل نظر و آموزش تکنیک پرداخته میشود. تکالیف خانگی این جلسات حول محور الگوشکنی رفتاری دور میزند و بستگی به چگونگی پیشرفت بیمار در این مرحله دارد. در این جلسات به آموزش تکنیک های الگوشکنی رفتاری پرداخته می شود مثل تصویرسازی موقعیت های مشکل آفرین، اولویت بندی رفتارها، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، پی بردن به ریشه های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم.

## نتایج

در این پژوهش در گروه آزمایش در محدوده سنی زیر ۱۵ سال ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) در گروه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) و در گروه سنی بالای ۱۷ سال نیز ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) حضور داشتند. در گروه کنترل و در محدوده سنی زیر ۱۵ سال ۵ نفر (۳۳/۳ درصد)، در محدوده سنی ۱۵ تا ۱۷ سال ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) و در محدوده سنی بالای ۱۷ سال ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) حضور داشتند.

نتایج آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ بیان شده است.

جدول ۱. نمرات گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی

| گروه           | متغیر     | آزمایش  |              | کنترل   |              |
|----------------|-----------|---------|--------------|---------|--------------|
|                |           | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| همجوشی شناختی  | پیش آزمون | ۲۶/۸۷   | ۵/۹۴         | ۲۷/۴۰   | ۵/۶۱         |
|                | پس آزمون  | ۴۴/۵۳   | ۶/۷۲         | ۲۸/۰۷   | ۵/۹۳         |
| سرزندگی تحصیلی | پیش آزمون | ۷۰/۱۳   | ۹/۱۱         | ۷۱/۴۰   | ۹/۳۷         |
|                | پس آزمون  | ۹۷/۸۰   | ۱۱/۴۶        | ۷۰/۵۳   | ۸/۹۹         |

قبل از تحلیل کوواریانس، پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معناداری اندازه آزمون موچلی برای مولفه بهزیستی روان شناختی، مفروضه کرویت موچلی برقرار است. فرض کرویت موچلی رد نشده و می توان کرویت در واریانس ها را برای مدل تحلیل واریانس در نظر گرفت. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که سطح معنی داری از ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس رعایت شده است. نرمال بودن داده ها نیز با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت که بالاتر از ۰/۰۵ بود و نشان داد که داده ها نرمال هستند. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که سطح معنی داری به دست آمده بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد؛ بنابراین شرط همگنی واریانس خطاها هم رعایت شده است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی در دو گروه

| متغیر             | منابع تغییرات | SS       | df | MS      | F مقدار | P     | Eta   |
|-------------------|---------------|----------|----|---------|---------|-------|-------|
| همجوشی<br>شناختی  | بین گروهی     | ۳۸۷/۶۵۴  | ۱  | ۳۸۷/۶۵۴ |         |       |       |
|                   | درون گروهی    | ۶۶۳/۰۶۸  | ۲۸ | ۲۳/۶۸۱  | ۱۶/۳۷   | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷  |
|                   | کل            | ۱۰۵۰/۷۲۲ | ۲۹ | ۳۶/۲۳   |         |       |       |
| سرزندگی<br>تحصیلی | بین گروهی     | ۲۵۷/۱۵۹  | ۱  | ۲۵۷/۱۵۹ |         |       |       |
|                   | درون گروهی    | ۹۰۷/۹۸۴  | ۲۸ | ۳۲/۴۲۸  | ۷/۹۳    | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱۵ |
|                   | کل            | ۱۱۶۵/۱۴۳ | ۲۹ | ۴۰/۱۷۷  |         |       |       |

نتایج جدول ۲، نشان داد که طرحواره درمانی بر همجوشی شناختی و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی موثر بود ( $P < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کنجکاوی اجتماعی و سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی بود. یافته ها نشان داد که طرحواره درمانی بر کنجکاوی اجتماعی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی موثر بود. این نتایج با نتایج پژوهش های رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسدهی (۱۳۹۸) و آزار، رنر، دیرابیتز، آرنترز، پیترز، البستال و هایبرز (۲۰۱۸) همسو بود. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می توان گفت میتوان گفت که افراد برای ایفای نقشهای اجتماعی- روانی- جسمی و به طور کلی حفظ سلامت عمومی خود باید توانایی تفسیر، تحلیل برای و ارزیابی مسائل مختلف را داشته باشند و این امر بدون برخورداری از مهارتهای شناختی امکانپذیر نخواهد بود. هیجانات در ترکیب با افکاری که فرد از تفسیر تجارب خود دارد ممکن است تجارب درونی فرد را غیرقابل تشخیص از واقعیت کنند. پدیده همجوشی شناختی زمانی اتفاق می افتد که فرد در بافت فکری خود گرفتار میشود (فرهادمنش و همکاران، ۱۳۹۶). به باور هیز و همکاران (۲۰۰۶) پذیرش افکار و احساسات همان گونه که هستند منجر به تضعیف همجوشی شناختی میشود و در کنار آن پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی شخص در جدال با پریشانیها و آشفتگیهای خود نیست، و به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری اش را میدهد و خود را به فعالیت های ارزشمند و هدفمند متعهد مینماید. هر چه میزان همجوشی بالاتر باشد کنترل و تسلط بر محیط زندگی کمتر است و احساس خودکارآمدی، خودباور و بهزیستی روانی پایینتر است و در افرادی که مهارت های شناختی و رفتاری در جهت کنترل رویدادهای فشارزای محیطی ندارند باعث تردید در توانایی های خود و افسردگی در آنان میشود. دانش آموزان دارای همجوشی بالا از امید به زندگی و کیفیت زندگی پایینتری برخوردار هستند و احتمال افسردگی در آنان بالاتر

است. همجوشی شناختی فرایندی است که انعطاف‌پذیری روانی را تهدید میکند و بدین ترتیب فرد را در معرض افکارخودکشی قرار میدهد. بنابراین طرحواره درمانی تکنیک‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هجانات را تغییر دهد و فرد را به سمت تجربه هیجانی اصلاحی هیجانات ناخوشایند و پذیرش آنها سوق دهد تا درمانجو، در مقابله با هیجاناتش، احساس خودکنترلی و درنهایت تنظیم هیجانی بیشتری و هم جوشی شناختی پایین‌تر داشته باشد. دیگر یافته این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر اقدام‌کننده به خودکشی موثر بود. این نتایج با نتایج پژوهش (پرینگر و تال، ۲۰۱۶) همسو بود. نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته میتوان گفت رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به خود، تواناییها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آنها مفید است (پرینگر و تال، ۲۰۱۶). بر همین اساس در بعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش میکشد تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضا نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد. این آگاهی سبب میشود تا دانش‌آموزان دختر اقدام‌کننده به خودکشی با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف، احساسات و هیجانات خود را مدیریت نمایند. این فرآیند سبب رهایی این دانش‌آموزان از مشکلات عاطفی و هیجانی درونی شده و زمینه را برای موفقیت در دیگر فرآیندها همچون بهبود سرزندگی تحصیلی مهیا میسازد.

با توجه به نتایج تحلیل انجام شده، پردازش هیجانی در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با درگیری تحصیلی در دانش‌آموزان اثر دارد، و این نتایج در جهت روابط این متغیرها با یکدیگر همسو با یافته‌های جریحی، نیلی، نوروزی و سعدی‌پور (۱۳۹۸)، قنبری، قنبری طلب و نادری لردجانی (۱۳۹۴)، مارنگو، لانگینریچسن، کلیبرت، لوه‌رین، وارن و ساملی (۲۰۱۸)، هیمیچی، هاشوری و مایاک (۲۰۱۸)، در جهت روابط بین پردازش هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با درگیری تحصیلی در دانش‌آموزان می‌باشد.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به ساختارهای روان‌شناختی، وقایع و فرآیندهایی اشاره دارد که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر تداخل دارند (مارنگو و همکاران، ۲۰۱۸). این حالات از طریق فرآیندهایی همچون، نظارت منفی، بر پردازش شناختی انسان اثرگذار بوده، در تعامل با شیوه پردازش اطلاعات فرد از عملکرد می‌کاهد یا در آسیب‌پذیری نسبت به آشفتگی‌ها نقش دارد (عبدالله زاده و همکاران، ۱۳۹۱). فعال شدن طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد مانند طرحواره شرم/نقص با کاهش توانمندی فراشناختی دانش‌آموز مرتبط است؛ به این معنا که حساسیت تشدید یافته دانش‌آموز نسبت به موضوع‌های راه‌انداز نیازهای ارضا نشده امنیت، محبت، احساس همدلی و پذیرش با کاهش مهارت‌های فراشناختی مرتبط است (برانون و همکاران، ۲۰۱۵).

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود مثل محدود شدن پژوهش به دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اصفهان و استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های انجام گرفته در این حیطه در حوزه‌های گسترده‌تر و با نمونه‌هایی از جامعه‌های مختلف و بزرگ‌تر انجام پذیرد تا نتایج، قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد.

درمان گران و روانشناسان با توجه به تاثیرات طرحواره درمانی جهت کاهش همجوشی شناختی و بهبود سرزندگی تحصیلی دانش آموزان دختر اقدام کننده به خودکشی استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است. نویسندگان از تمامی دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش بابت همکاری در این پژوهش تشکر می نمایند.

## منابع

- افشاری، علی و هاشمی، زهره (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای ایذایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال‌های یادگیری. مجله علمی-پژوهشی ناتوانی های یادگیری. ۷(۴): ۷-۲۰.
- حیدری، آرمان، رسائی‌پور، کیهان. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر گرایش به خودکشی: نمونه موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۲)، ۲۰۹-۲۳۳.
- دهقانی زاده، محمدحسین، حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۱). سرزندگی تحصیلی و ادراک از الگوی ارتباطی خانواده؛ نقش واسطه ای خودکارآمدی. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، ۴(۲)، ۲۱-۴۷.
- رهبرکرباسدهی، ف.، ابوالقاسمی، ع. و رهبرکرباسدهی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری روانشناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی، مطالعات روانشناختی، ۱۵(۴)، ۷۳-۹۰.
- زارع، حسین (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیالندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. فصلنامه پژوهشهای روانشناسی اجتماعی، ۴(۱۵)، ۱۷-۲۸.
- فرهادمنش، نگین. طاهری، الهام. و امیری، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی)، ۷(۲)، ۱۰۵-۱۲۲.
- فرهادی علی، قدم پور عزت اله، خلیلی گشنیگانی زهرا (۱۳۹۵). پیش‌بینی سرزندگی تحصیلی بر اساس درگیری شناختی، انگیزشی و رفتاری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوماهنامه علمی- پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی؛ ۹(۴): ۲۶۰-۲۶۵.
- نوری، رضا. فتحی آشتیانی، علی. سلیمی، حسین. سلطانی نژاد، عبدا... (۱۴۰۱). عوامل زمینه‌ساز خودکشی در سربازان یک نیروی نظامی. طب نظامی، ۱۴(۲)، ۹۹-۱۰۳.

Bluett, Ellen J., "Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Moral Injury" (2017). All Graduate Theses and Dissertations. 5892.

Coughlan, H. Tied, L, Clark, M. Kelleher, I. Tabish, J. Molloy, C. Harley M. Cannon, M. (2014). Prevalence of DSM-IV mental disorder, deliberate self-harm and suicidal ideation in early adolescence: An Irish population- based study. Journal of adolescence. 37(1): 1-9.

Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S, Roach L, Lloyd J, May L, Clarke S, Remington B.(2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behav Ther.;45(1):83-101.

- Gillanders, D; Ashleigh, K.S; Margaret, M. & Kirsten, J. (2015). "Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer". *J Contextual Behav Sci*, 4, 300-311.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 44(1):1-25.
- Katz, L. S. (2019). Holographic reprocessing couple therapy with military couples. In P. J. Pitta & C. C. Datchi (Eds.), *Integrative couple and family therapies: Treatment models for complex clinical issues* (p. 137–156).
- Khasho, D.A., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14(2), 321-330.
- Martin, A., Marsh, F (2018). 24. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord* 2013; 27: 278-88.
- Nenadic, I., Lamberth, S., Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.
- Prenger, R., Taal, E. (2016). The effects of mindfulnessbased stress reduction therapy on student.disease: A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 86(6), 539-544.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39(15), 30-41.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- Sarah, M., Paul, C., & Lisa. K. M. (2013). Well-being, Academic buoyancy and educational achievement in primary school student. *International Journal of Educational Research*, 62, 239-248.

## **The effectiveness of schema therapy on cognitive fusion and academic vitality of female students committing suicide**

Marzieh Jamshidi<sup>1</sup>, Parvin Ehteshamzadeh<sup>2</sup>, Marzieh Talebzadeh Shoushtari<sup>3</sup>, Reza Pasha<sup>4</sup>, Sasan Bavi<sup>5</sup>

### **Abstract**

Suicide is a complex social consequence and it is an increasing problem among female students, so the aim of the present study was the effectiveness of schema therapy on cognitive fusion and academic vitality of female students committing suicide. The current research was a semi-experimental type with a pre-test and a post-test with a control group. The statistical population included all secondary school female students in Isfahan city in 2023 who had a history of suicide in the last two years. Among them, 30 people were selected by the available sampling method and were replaced randomly and by lottery in two experimental and control groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group). The experimental group received schema therapy (10 sessions) and one session every week for 60 minutes, and the control group did not receive any intervention during this period. The research questionnaires included the cognitive fusion questionnaire of Gillanders et al. (2014) and the academic vitality scale of Dehghanizadeh and Hossein Chari (2011). For data analysis, univariate covariance analysis was used with SPSS version 25 software. The results showed that schema therapy was effective in reducing cognitive fusion and increasing academic vitality in the post-test phase ( $p < 0.001$ ). The findings of the present study can be used in selecting and designing the most appropriate therapeutic approach to reduce suicidal thoughts of female students with psychological distress.

**Key words:** schema therapy, cognitive fusion, academic vitality, students, suicide.

---

1. PhD. student in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. (Corresponding author) Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

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

4 Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

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