

مقاله اصلی

بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" بر افزایش مولفه‌های سلامت عمومی مادران دانش آموزان پسر تیزهوش

شهر تهران

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" بر افزایش مولفه‌های سلامت عمومی مادران دانش آموزان پسر تیزهوش شهر تهران انجام گرفت.

روش کار: پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که با دو گروه آزمایشی "طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری و یک گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل مادران دانش آموزان پسر تیزهوش متوسطه دوره اول شهر تهران در سال تحصیلی (۱۳۹۸-۱۳۹۷)، که شامل ۸ دبیرستان پسرانه با تعداد دانش آموز ۱۶۰۰ نفر به شیوه تصادفی ساده، ۲ مدرسه انتخاب شد. سپس به مادران این دانش آموزان پرسشنامه‌های سلامت عمومی داده و فقط از میان آنها، کسانی که نمره بالا در سلامت عمومی کسب کردند با روش نمونه گیری داوطلبانه ۴۵ نفر بر اساس جدول کوهن انتخاب شدند و به روش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول (طرحواره درمانی

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد بین اثربخشی دو روش آموزشی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر مولفه‌های سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از جلسات آموزشی طرحواره درمانی برای مادران دارای فرزند تیزهوش می‌تواند در افزایش سلامت عمومی آنان تاثیر گذار باشد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، درمان شناختی - رفتاری، سلامت عمومی

غلامحسن حدادی^۱

افسانه بوستان^{۲*}

کیانوش هاشمیان^۳

^۱دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، رودهن، ایران.

^۲استادیار گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن،

رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن،

رودهن، ایران

Email: boostan47bw@gmail.com

مقدمه

مادران به عنوان نخستین آموزگاران و پرورش دهندگان کودکان مهم‌ترین الگو و نقش را در هویت بخشی و آموزش کودکان دارند، اگر مادران را مانند منبع تغذیه فکری و ذهنی کودک به عنوان فردی که در آینده جامعه‌ی نقش دارد در نظر بگیریم به این نتیجه می‌رسیم که نوع اطلاعات و آموزش و شیوه‌های انتقال آن به فرزندان باعث بروز این آموزه‌ها در نسل‌های بعد خواهد شد پس می‌توان گفت برای پرورش نسل‌های آینده می‌بایست سرچشمه و مبدا حرکت آنها را پرورش داد (۱).

از آنجا که مادر اولین کسی است که کودک و پس از آن نوجوان با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی هرفرد به‌عهده مادر است و به تعبیر دیگر مادر کانون سلامتی یا بیماری محسوب می‌شود. تحقیقات متعددی نشان داده است که شرایط و اختلالات رفتاری و یا روانی فرزند ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین بویژه مادران دارد. اظهار کرده اند که بیماری روانی یکی از والدین احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی را در نوجوانان افزایش می‌دهد (۲). نتایج پژوهشی در زمینه تاثیرگذاری سلامت روانی مادر در فرزند نشان داد که آسیب روانی مادر موجب اختلال‌های عاطفی-هیجانی و مشکلات تحصیلی فرزندان می‌شود (۳).

امروزه درمان شناختی-رفتاری بهترین درمان برای اختلالات هیجانی و اضطرابی است که از نظر تجربی مورد آزمایش و تأیید قرار گرفته است. اصل اساسی درمان شناختی رفتاری این است که اینگونه اختلالات به بهترین وجه، از طریق مداخلاتی که از بین بردن شناخت‌های ناسازگار خودکار و جایگزینی آنها با شناخت‌های سازگار واقع‌بینانه را مورد هدف قرار می‌دهند، درمان می‌شود (۴). طرحواره درمانی که مکمل درمان رفتار شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرحواره‌ها^۱ و باز والدینی حد و مرزدار^۲ تأکید دارد (۵).

هاواک^۳ (۲۰۱۱) معتقد است طرحواره درمانی می‌تواند بطور موفقیت آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات هیجانی و اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود (۶) و (۷). حتی برخی محققان پیشنهاد نمودند که طرحواره درمانی ممکن است در بیماران اسکیزوفرنی کاربرد داشته باشد. در واقع، این درمان پاسخی به شکست‌های درمانی ناشی از کاربرد تکنیک‌های شناختی - رفتاری استاندارد در مورد این بیماران است (۸). بنا به آنچه گفته شد مقایسه‌ی اثر بخشی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" از اهمیت بسزایی برخوردار است لذا این پایان‌نامه با هدف بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" بر افزایش سلامت عمومی و کاهش هیجان خواهی و نگرانی مادران دانش آموزان پسر تیزهوش شهر تهران انجام گرفت.

دانش آموزان تیزهوش و با استعداد افرادی هستند که عملکرد شناختی خوبی دارند (۹). این افراد به برنامه‌ها و خدمات آموزشی متمایزی فراتر از آنچه در مدارس عادی ارائه می‌شود، نیاز دارند و توانایی بالقوه اثبات شده‌ای در یک یا چند زمینه دارند که عبارت‌اند از: توانایی هوش عمومی، استعداد فرهنگی خاص، تفکر خلاق و سازنده، توانایی رهبری و توانایی روانی و حرکتی. تحقیقات نشان داده‌اند که دانش آموزان تیزهوش علاوه بر بهره داشتن هوشی (زیاد ۱۳۰-۱۴۰)، در زمینه‌های دیگر مانند حوزه‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی، یادگیری، باورهای انگیزشی و مهارت‌های فراشناختی نسبت به همسالان خود عملکرد بهتری دارند. از سوی دیگر جدای از تیزهوشی دانش آموزان، تحصیل نوجوانان و جوانان در عصر حاضر، یکی از مسائل مهم در هر جامعه‌ای به حساب می‌آید؛ زیرا موفقیت هر جامعه‌ای به سطح تحصیلات، تعداد محصلان و متخصصان در زمینه‌های مختلف بستگی دارد. بنابراین، نوجوانان تیزهوش نسبت به نوجوانان عادی دارای خصوصیات منحصر به فردی هستند از جمله برخورداری از توانایی‌ها و هوش، خلاقیت زیاد، احساس تعهد زیاد نسبت به کار و توانایی فکری ابتکاری، توانایی رهبری

1 Schema mode

2 Limited reparenting

از سوی دیگر، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ سلامت روان را به عنوان حالتی از زندگی سالم تعریف میکند که در آن، فرد توانمندی خود را میشناسد و از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده میکند و برای اجتماع خویش مفید است. بدیهی است سنجش سلامت روان نسبت به سلامت جسم مشکل تر است. در این تعریف، تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست، بلکه قدرت تطابق و سازگاری با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل و قضاوت مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی، و داشتن روحیه انتقادپذیری جنبه مهمی از سلامت روان را تشکیل میدهد. لازم به ذکر است که بسیاری از بیماریهای روانی نظیر افسردگی، اضطراب و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماریهای روانی و جسمی وجود دارد. سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت ها و سازمانها موظف به تأمین سلامت افراد می باشند. سالمی که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است، شرط الزم و ضروری برای ایفای نقش های فردی و اجتماعی است و همه انسانها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. بدون تردید کسی که دچار اختلال در سلامتی است از بر عهده گرفتن تعهدات و الزامات فردی، خانوادگی و اجتماعی ناتوان خواهد بود. هیجان خواهی تمایل افراد برای جست و جوی تنوع و تغییر هیجان هایشان به منظور حفظ حس مطلوب برانگیختگی است (۱۲). بنا بر آنچه ذکر شد این پژوهش به منظور مقایسه دو شیوه درمانی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" و کاربرد آن بر افزایش سلامت عمومی مادران دانش آموزان پسر تیز هوش شهر تهران انجام شد.

روش کار

در پژوهش حاضر با توجه به هدف تحقیق از میان روش های پژوهش در روان شناسی و علوم تربیتی، روش آزمایش واقعی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل مورد استفاده قرار گرفت. در این روش گروه آزمایش اول تحت طرحواره درمانی (آموزش مباحثی در قالب پکیج طرحواره درمانی، محتوای جلسه ها بر مبنای رویکرد طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳)

و ذوق و استعداد هنری این افراد در صورتی که در شرایط مساعد تربیتی چه در محیط اجتماعی و آموزش و پرورش و مخصوصاً خانواده قرار گیرند در صورت شکوفایی هوش و استعداد، آنها خواهند توانست تأثیرات مثبت و عمیقی در جامعه ایجاد کنند و کشور را به سمت پیشرفت در حیطه های علوم انسانی و علوم کاربردی هدایت گر شوند (۱۰).

داشتن ویژگی های منحصر در افراد تیز هوش، می تواند خانواده های آنها به دلیل مواجه شدن با شرایط خاص این افراد درگیر مسائلی همچون فضایی رقابتی، مقایسه ای و استرس های تحصیلی و ... قرار دهد. به جهت قرار گرفتن این فرزندان در طبقه ای غیر معمول و با عنوانی به نام تیز هوش منجر به این میشود که انتظارات آنها و اطرافیان از این افراد متفاوت بوده که میتواند باعث ایجاد برخی حساسیت ها و ایجاد تنش های روحی می شود، که تأثیر آن می تواند به صورت عدم کنترل هیجان اضطراب و افسردگی در خانواده متجلی شود. در این میان ارزش خانواده علی الخصوص مادران بسیار اساسی است (۱۱).

سلامت که به طور کلی در تعریف سازمان بهداشت جهانی «حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی» در نظر گرفته میشود، مسئله ای است که امروزه پژوهش های زیادی را به خود اختصاص داده است؛ به طوری که مطالعات انجام شده در سال های اخیر، رابطه ی تنگاتنگی، بین سلامت عمومی و عوامل شخصیتی و روانشناختی را به وضوح نشان می دهد. تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامت، یک مسئله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر میکنند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی، روانی و اجتماعی) توجه داشته باشد. معمول ترین بعد سلامت، سلامت جسمی است که در مقایسه با دیگر ابعاد، می توان آن را به سادگی ارزیابی کرد. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلولها و اعضای بدن، و هماهنگی آنها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است (۱۲).

عمومی (GHQ) ساخته شد که از جمله عبارتند از: نسخه ۶۰ ماده‌ای، نسخه ۳۰ ماده‌ای، نسخه ۲۸ ماده‌ای و نسخه ۱۲ ماده‌ای. در میان این نسخه‌ها نیز نسخه ۲۸ ماده‌ای به دلیل تعداد سوالات و ویژگی‌های روانسنجی مناسب محبوب‌تر از سایر نسخه‌هاست. فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله گلدبرگ و هیلیر ساخته شد و دارای ۲۸ ماده و ۴ زیرمقیاس است. (۱۳). این پرسش نامه به شیوه لیکرت که دارای چهار گزینه است نمره گذاری می‌شود. در نهایت یک نمره کلی و چهار خرده مقیاس به دست می‌آید (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی).

در این تحقیق از تجزیه و تحلیل «کوواریانس» چند متغیره جهت کنترل متغیر «پیش‌آزمون» با رعایت مفروضه‌های آن شامل آزمون‌های باکس و لوین برای بررسی فرض همسانی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها بکار گرفته شده است. افزون بر این، آزمون‌های چندمتغیری اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه اثرات ری و تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد استفاده قرار گرفته اند. همچنین برای بررسی مقایسه دو شیوه درمانی طرحواره و شناختی-رفتاری علاوه بر تحلیل کواریانس چند متغیره از «آزمون تعقیبی بن فرونی» با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

پروتکل درمانی

در این روش گروه آزمایش اول تحت طرحواره درمانی (آموزش مباحثی در قالب پکیج طرحواره درمانی، محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳) مشتمل بر ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی گردیده است)

مشتمل بر ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی گردیده است) و گروه آزمایش دوم تحت درمان شناختی-رفتاری (آموزش مباحثی در قالب پکیج درمان شناختی رفتاری، محتوای جلسه‌ها بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای طراحی گردیده است) و گروه کنترل در لیست انتظار ماند و تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت. جامعه آماری این پژوهش از میان مادران دانش‌آموزان پسر تیزهوش متوسطه دوره اول شهر تهران در سال تحصیلی (۱۳۹۸-۱۳۹۷)، که شامل ۸ دبیرستان پسرانه با تعداد دانش‌آموز ۱۶۰۰ نفر که به شیوه تصادفی ساده، ۲ مدرسه انتخاب شد معیار ورود افراد و قرارگیری آنها در نمونه‌های مورد مطالعه براساس آگاهی و داوطلبانه بودن افراد بود. همچنین کسب نمره بالاتر در پرسشنامه سلامت عمومی که بعنوان پیش‌آزمون توزیع شده بود یکی دیگر از شرایط انتخاب افراد در نظر گرفته شد. در مرحله بعد با روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۴۵ نفر بر اساس جدول کوهن انتخاب شدند و به روش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول (طرحواره درمانی) و ۱۵ نفر (گروه آزمایش دوم) درمان شناختی رفتاری و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. و دو گروه آزمایش تحت برنامه آموزشی قرار گرفتند و سپس اقدام به توزیع پرسشنامه‌های پس‌آزمون گردید. در این روش پرسشنامه پژوهش برای هر فرد دو نسخه در نظر گرفته شد که یک نسخه مخصوص پیش‌آزمون و یک نسخه دیگر مخصوص پس‌آزمون بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شد و به سرعت به پرستفاده‌ترین ابزار برای سنجش موارد غیرروانپزشکی تبدیل شد. عمده‌ترین مزیت GHQ این است که برای اجرا کننده آسان، کوتاه و عینی است. در سال‌های بعد نسخه‌های متعددی از پرسشنامه سلامت

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفاهیم درمانی مطرح شده: ایجاد یک رابطه متقابل و برخورد از تشریک مساعی

جلسه دوم	؛ آموزش رویکرد طرحواره درمانی و سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجعان بر اساس رویکرد طرحواره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی-
جلسه سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبارسازی طرحواره‌های غالب مراجعان از تکنیک مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای استفاده شد
جلسه چهارم	ضمن ارزیابی معایب و مزایای طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای اقدام به آموزش تکنیک‌های شناختی جهت چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناسالم انجام شد.
جلسه پنجم	تکنیک تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره‌ها و انجام گفتگوی خیالی
جلسه ششم	استفاده از تکنیک‌های تجربی، انجام گفتگوی خیالی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر و برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار آموزش داده شد.
جلسه هفتم	تکنیک‌های رفتاری جهت مقابله با سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم (طرحواره‌های ناسازگار) و تمرین رفتارهای سالم از طریق حل مساله و جرأت ورزی آموزش داده شد.
جلسه هشتم	تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه شرح حال زندگی آموزش داده شد
جلسه نهم	تکنیک تکمیل فرم ثبت طرحواره و نحوه کار با تصاویر ذهنی به منظور الگوشکنی آموزش داده شد.
جلسه دهم	به خلاصه و جمع بندی مطالب و مرور اجمالی آنها اختصاص یافت
<p>مداخله شناخت درمانی رفتاری به صورت گروهی توسط گروهی و پرسش و پاسخ به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد یک متخصص بالینی با روش‌های سخنرانی، مصاحبه، بحث که محتوی آن به تفکیک جلسات به شرح زیر است. خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:</p>	
جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه اول	معرفی، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری، بیان علت و هدف برگزاری جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری، انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکلیف
جلسه دوم	توضیح دربارهی ارتباط افکار، احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار،
جلسه سوم	بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جراتمندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جراتمندانه داشتن مشکل است خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات ورزی
جلسه ششم	تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانشها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر، راهکارهایی در مورد بالا بردن سلامت عمومی رویدادهای خوشایند، توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرسها، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابیهای منفی موجب عدم عزت نفس میشود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس، توزیع کاربرگ خود انگاره
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارتهای کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارتهای کسب شده

داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کواریانس یکراهه و چندراهه، و بوسیله نرم افزار آماری SPSS ویراش ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

از آنجایی که در پژوهش حاضر هدف پژوهشگر مقایسه سه گروه کنترل، درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده و متغیر سلامت عمومی دارای بیش از یک خرده‌مقیاس هستند؛ لذا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری حاضر بررسی مفروضه‌های بهنجاری، همگنی واریانس‌ها داده‌ها مد نظر قرار گرفت.

جدول ۱- نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت‌های گروه‌های کنترل، درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی

منبع	متغیر	ارزش F	df ₁	df ₂	sig	η^2
اثر پیلایی		۱/۰۱	۹/۰۹	۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
لاندا و ویکلز		۰/۱۱	۱۷/۴۸	۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
گروه اثر هتلینگ		۶/۹۴	۲۹/۴۹	۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
بزرگترین ریشه روی		۶/۷۷	۶۱/۰۷	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲

نتایج ارائه شده در جدول ۱- نشان داد که اثر عامل معنادار است. به عبارت دیگر بین نیمرخ گروه‌های کنترل، درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی و همچنین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مولفه‌های سلامت عمومی تفاوت معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵ وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون بین آزمودنی تحلیل واریانس برای مولفه‌های سلامت عمومی

منبع	متغیر	SS	df	MS	F	sig	η^2
علائم جسمانی		۳۰/۲۵	۲	۱۵/۱۳	۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
اضطراب و بی‌خوابی		۷۵/۴۶	۲	۳۷/۷۳	۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۷
کارکرد اجتماعی		۱۱۰/۴۹	۲	۵۵/۲۵	۲۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
علائم افسردگی		۵۳/۵۹	۲	۲۶/۷۹	۲۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین چهار مولفه سلامت عمومی؛ علائم جسمانی ($F=۹/۹۹$ ؛ $P<۰/۰۰۳$)، اضطراب و بی‌خوابی ($F=۴/۷۴$ ؛ $P<۰/۰۳$)، کارکرد اجتماعی ($F=۲۷/۷۶$)؛ علائم افسردگی ($F=۹/۹۹$ ؛ $P<۰/۰۰۳$)، تفاوت معناداری بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیرهای مورد بررسی جهت مقایسه گروه‌های کنترل، درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی

متغیر	گروه	درمان شناختی رفتاری	طرحواره درمانی
علائم جسمانی	کنترل	۲/۰۱۶	۱/۲۱۰
اضطراب و بی‌خوابی	درمان شناختی رفتاری	-	-۰/۸۰۶
کارکرد اجتماعی	کنترل	۱/۵۳۸	۳/۲۰۱
علائم افسردگی	درمان شناختی رفتاری	-	۱/۶۶۴**
	کنترل	۱/۸۹۰**	۳/۸۷۴**
	درمان شناختی رفتاری	-	۱/۹۸۴**
	کنترل	۱/۰۸۵*	۲/۶۸۰**
	درمان شناختی رفتاری	-	۱/۵۹۵**

* $P<۰/۰۵$ ، ** $P<۰/۰۱$

(۲۰۱۱)، همتی ثابت و همکاران (۱۳۹۵) که همگی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر کنترل هیجانات و عواطف و همچنین اضطراب و نگرانی و در کل سلامت روانی تاکید می کنند، همسو است (۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۰).

همچنین، در تبیین این یافته میتوان ذکر کرد هدف نهایی طرح-واره درمانی، بهبود طرحواره است، و همانطور که بک ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرحواره های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه های ضروری است. تک تک تکنیک های طرحواره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرحواره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرحواره هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم میکند (۱۷). از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرحواره میتوان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیکهای شناختی با محک زدن اعتبار طرحوارهها، و استفاده از تکنیکهایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارتهای آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرحواره غلط است با سخت اغراق آمیز از موارد دیگر میتوان به تکنیک های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند.

استفاده از تکنیک های تجربی، یکی از ویژگی های کلیدی طرحواره درمانی است، چرا که گرینبرگ و سفران (۱۹۹۴) شواهدی ارائه دادند که نشان می داد، سیستم های شناختی - عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم های مرتبط با هیجان مستقل هستند. تکنیک های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان هایی تمرکز می کنند که مرتبط با موقعیت های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت ها می شوند. از جمله عوامل مؤثر بر تعدیل طرحواره ها میتوان به الگوشکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی ترین و حساس ترین بخش طرحواره درمانی است. در این قسمت به مراجعان کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین نمرات مولفه علائم جسمانی در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود ندارد. بین نمرات مولفه اضطراب و بی خوابی در دو گروه درمان شناختی و طرحواره درمانی با گروه گواه تفاوت معنی داری وجود ندارد این در حالی است که بین طرحواره درمانی و گروه درمان شناختی رفتاری در سطح ۰/۰۱ درصد تفاوت معنی دار وجود دارد و گروه طرحواره درمانی بهبود در علائم اضطرابی و بی خوابی را نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری دارا می باشد. نتایج آزمون نمرات مولفه کارکرد اجتماعی حاکی از تفاوت نمرات در سطح ۰/۰۱ درصد در سه گروه می باشد. بنحوی که بین نمرات هر دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد و از سویی دیگر بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نیز تفاوت معنی دار وجود دارد و گروه طرحواره درمانی تسبب به گروه درمان شناختی رفتاری دارای اثربخشی بهتری در کارکرد اجتماعی می باشد. نتایج آزمون در نمرات مولفه علائم افسردگی حاکی از تفاوت نمرات در سطح ۰/۰۱ درصد در سه گروه می باشد. بنحوی که بین نمرات هر دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد و از سویی دیگر بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نیز تفاوت معنی دار وجود دارد و گروه طرحواره درمانی تسبب به گروه درمان شناختی رفتاری دارای اثربخشی بهتری در علائم افسردگی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای اثر بخشی "طرحواره درمانی" و "درمان شناختی رفتاری" بر افزایش سلامت عمومی مادران دانش آموزان پسر تیز هوش شهر تهران بود. از یافته های پژوهش حاضر چنین بر می آید که آموزش طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت عمومی مادران دانش آموزان پسر تیز هوش دوره اول متوسطه تفاوت اثر بخش میباشد. و مقایسه این دو شیوه آموزش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی- رفتاری اثر بخش تر میباشد. این یافته ها با یافته های کالویت و هانکین (۲۰۱۷)، استر و ایزسکان (۲۰۱۳)، پائول و دیوید

به صورت سوء تفاهم، نگرشهای تحریف شده، فرضهای نادرست و هدفها و انتظارات غیر واقع بینانه ظاهر میشوند. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث میشود که موقعیتهای را به گونه‌ای سوء تعبیر کند که طرحوارهها تقویت شوند، به طرزى که بر داده‌های همخوان با طرحواره تاکید میکند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می‌گیرد و یا کم ارزش می‌شمارد (۱۹۱۸).

بطور کلی با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و همچنین پیشینه پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه درمان شناختی-رفتاری به تنهایی نیز روش درمانی موثری است، ولی با اضافه کردن فاکتور درمانی طرحواره‌درمانی به درمان شناختی-رفتاری، اثر بخشی این درمان بطور معناداری افزایش می‌یابد و باعث بهبود بیشتر می‌گردد.

جای پاسخهای مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند. با توجه به متون علمی طرح واره درمانی برای اختلالات محور دوم تاثیر بیشتری دارد اما در این پژوهش نشان داد که که در محور یک هم موثرتر از شناخت درمانی می‌باشد. شاید یکی از دلایلی که می‌شود بر آن تاکید داشت تاریخچه زندگی مراجعان باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب می‌باشد و به نظر می‌رسد نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در آنها مزمن بوده و در رویکرد شناخت درمانی از آنجایی که بیشتر یک رویکرد کوتاه مدت، اختصاصی و متمرکز بر مشکل است و بر نشانه‌ای حاد اثربخشی بیشتری دارد در مقایسه با طرح واره درمانی تاثیر کمتری بر نشانه‌ها و علائم مزمن مراجعان داشت. طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد، سوگیری در تفسیر انسان از وقایع میشوند و این سوگیریها

References

- 1- Amir's robbery. (1393). The role of mothers in today's society (empowering mothers). First National Conference on Individual Social Empowerment of People with Special Needs.
- 2-Douglas, Joe., Children's Behavioral Problems, translated by Mahshid Yasai, Tehran, Markaz Publications. 1394
- 3) Mohammad Ismail, Elaheh; Mousavi, Hakimeh Sadat. (1382). Investigating the mental health of mothers of students with behavioral disorders. Exceptional children (research in the field of exceptional children). Volume 3, Number 2 (consecutive 8): 105 - 116
- 4-Young, JE., Rygh, JL., Weinberger, AD., Beck, AT. (2008). Cognitive therapy for depression. In Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press, 250- 306.
- 5-MarySue, V. Heilemanna, Huibrie C. Pieters, Priscilla Kehoe, Qing Yang (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 42. 473-480.
- 6-Hawke L. D., Provencher, M, D.(2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of Cognitive Psychotherapy 257-276.
- 7-Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. Journal of Affective Disorders. Volume 148, Issue 1, Pages 118-122.
- 8-Bortolon, Catherine., Capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean-Philippe., Gely-Nargeota, Mariee-Christine., Raffard, Stéphane (2013). Early maladaptive schemas predict positivesymptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Journal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages3612-366
- 9- Sternberg, Robert. C; Jaruben, Linda and Regricornko, Elena. (2011). Talent research: New approaches to identifying and educating gifted people. Translated by Ahmad Abedi and Adleh Sharabaf. (2014). Tehran: Jangal Publications.
- 10) Hemmati Sabet, Vahid; Yousefi, Faeq; Hemmati Sabet, Akbar. (2016). The effect of group cognitive –(2013)
- 11-Narimani, M., & Mousazadeh, T. (2010). A comparison between the metacognitive beliefs of gifted and normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1563-1566.
- 12-Momeni K, Karami J, Hoveyzizadehgan N. (2018). The Relationship between Sensation Seeking, Positive and Negative Affect, Alexithymia and Marital Infidelity. *JHC*. 2018; 19 (4) :221-231.
- 13-Molina, J.D and et al. (2006). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *European Psychiatry*. 21; p: 478-486.
- 14-Calvete E, Orue I, Hankin BL.(2017). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolrscents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord* 2017; 27: 278-88.
- 15-Esther, Calvete, & Izaskun, Orue. (2011). Social Information Processing as a Mediator Between Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1): 105-117.
- 16-Paul F. Tremblay., & David J. A. Dozois. (2011). another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6): 569-574.

- 17-Young, j.E,Kloska, J.S (2003).Schema therapy :A practitioner guide .New York , The Guilford press.
- 18- Teymouri, Hassan; Jahangiri, Mohammad Mehdi; Tahmasebian, Hojjatollah. (2017). Effect of schema therapy on reducing anxiety and depression in infertile women in Arak. Scientific-Research Journal of the Medical System Organization. Volume 35 Number 3: 259-263....
- 19-Wildermuth, A. S. (2008). Cognitive behaviour group therapy for adolescents with type 1 diabetes. Dissertation for P.h.D in Psychology, Regent University.

Original Article

A Comparative Study on the Effectiveness of "Schema Therapy" and "Cognitive-Behavioral Therapy" on increasing general health of mothers of the witted male students in Tehran

Received: 06/12/2019 - Accepted: 20/02/2020

Golamhassan Haddadi¹
Afsaneh Boostan^{2*}
Kiyanoush Hashemiyan³

¹PhD Student Counseling, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

²Assistant Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran (Corresponding Author)

³Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran

Email: boostan47bw@gmail.com

Abstract

Introduction: This study was aimed at Comparative Study of the Effectiveness of Schema Therapy Education and cognitive behavioral therapy on increasing public health of mothers of gifted boy students in the first high school.

Methods: This study was experimental with pre-test and post-test design. Done with, Two "Schema Therapy" experimental groups and "Cognitive-Behavioral Therapy Group", with a control group. The members of each group formed 15 mothers of gifted boy student's First high school, in Tehran city in the academic year (2018-2019), who were randomly assigned. The instruments were standard questionnaires; General Health (GHQ).

Results: The Findings showed that there is a significant difference between the effectiveness of two educational methods based on cognitive behavioral therapy and schema therapy on general health components.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that the use of Schema Therapy educational sessions for mothers with intelligent children can be effective in increasing their general health.

Key words: Schema Therapy, cognitive behavioral therapy, general health