

بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر نشانگان اختلالات خوردن و افت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانی دختر افسرده

مینا توکلی ۱ و رضا گلپور ۲

۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس
۲ دکتری روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور ساری

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شیوه ی طرحواره درمانی را بر بهبود علائم افسردگی، اختلال خوردن و افت تحصیلی بود.

شیوه کار: در این مطالعه روش پژوهش از نوع آزمایشی پیشرفته با طرح چندگروهی و از نوع پیش آزمون و پس-آزمون با گروه های آزمایشی و کنترل بود، از میان جامعه آماری، ۳۰ نفر که حجم نمونه را به خود اختصاص دادند با استفاده از روش کاملاً تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره گزینش شدند. سپس ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی گروه های آزمایش اجرا و پس از اتمام درمان در پس آزمون پرسشنامه مذکور مجدد گرفت.

یافته: پس از کنترل پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات افسردگی ($P < 0.01$) و افت تحصیلی ($P < 0.01$) بین دو گروه در مرحله پس آزمون مشاهده شد اما تفاوت معناداری در نشانگان اختلالات خوردن مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی اثربخش می باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی - اختلال خوردن - افت تحصیلی - طرحواره درمانی

مقدمه

از سالهای گذشته، حضور زنان در فعالیتهای ورزشی، چه از جنبه تفریحی و یا رقابتی، افزایش چشمگیری یافته است. در یک بررسی که بر روی ۳ میلیون زن ورزشکار آمریکایی انجام گردید، نشان داده شد که زنانی که در رقابتهای ورزشی شرکت می کنند انتقال از کودکی به نوجوانی تحت تاثیر تغییرات مهم در سطوح عاطفی و شناختی است (هولت ۲۰۱۱). نوجوانی دوره ای است که تغییرات آشکار بیولوژیکی، شناختی، اجتماعی و عاطفی واقع می گردد (پامپیلی و همکاران ۲۰۰۹). در واقع، صرفنظر از دوره نوزادی در هیچ دوره ای از زندگی تغییرات به اندازه دوره نوجوانی در فرد روی نمی دهد. در طی این دوره، نوجوانان بلوغ را تجربه می کنند که بر رشد جسمانی، فیزیولوژیکی و روان شناختی تاثیر می گذارد. تغییرات قابل ملاحظه ای در مفهوم خود صورت می گیرد، نوجوانان بحران هویت را تجربه می کنند، مسائل و مشکلات عاطفی، آنان افزایش می یابد، برای پذیرش مسئولیت های بزرگسالانه و ورود به صحنه سیاسی و اجتماعی جامعه آماده می شوند و نسبت به انتخاب یک شغل در آینده و تشکیل زندگی خانوادگی مشغله ذهنی پیدا می کند (گنجی، ۱۳۷۶). از میان مشکلات مهمی که نوجوانان در طول دوره نوجوانی تجربه می کنند، توجه بسیاری از محققین را به خود جلب کرده است. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به شمار می رود. (آقایی و همکاران، ۱۳۸۵) افسردگی حالت پیچیده ای است که در آن ارزشیابی های شناختی، پاسخ های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر است. این اختلال وضعیت بسیار تضعیف کننده ای به حساب می آید. آن چنانکه بر حوزه های چندگانه کارکرد روان اجتماعی شامل روابط بین فردی، شغلی، کارکرد تحصیلی و بهزیستی روان شناختی اثر می گذارد (مک گین و همکاران، ۲۰۰۵).

در نوجوانان علائم بسیاری از افسردگی وجود دارد، اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی به شمار می رود که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می شود و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می شوند (امانس، ۲۰۰۰). اختلالات خوردن سندرمهایی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می تواند منجر به عوارض تهدیدکننده زندگی از نظر تغذیه ای و پزشکی شود. سه نوع اختلال خوردن، که شامل بی اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلالاتی که به صورت خاصی طبقه بندی نمی شوند، شناسایی شده اند (ویچیانسون، ۲۰۱۲). یکی دیگر از متغیرهایی که می تواند تحت تاثیر افسردگی قرار بگیرد، افت تحصیلی ۲ دانش آموزان می باشد. یکی از آفت های بزرگ تعلیم و تربیت در هر نظامی، که همه ساله به میزان بسیار زیادی امکانات، منابع و استعداد های بالقوه انسانی و اقتصادی را تلف می کند و اثرات غیر قابل جبرانی را در ابعاد فردی و اجتماعی به جا می گذارد پدیده افت تحصیلی است (نیک نژاد، ۱۳۷۵). از افت تحصیلی تعاریف گوناگونی ارائه شده است. در برخی مطالعات افت را به معنی هر گونه اختلالی که در روند تحصیل دانش آموز پدید می آید (آهنچیان، ۱۳۸۵)، یا مفهومی که مقصود از آن کاهش عملکرد دانش آموز از سطح رضایت بخش به سطح نامطلوب است و یا معضلی که در غالب جنبه های مختلف چون غیبت مکرر از مدرسه، ترک تحصیل قبل از موعد مقرر، تکرار پایه تحصیلی، کیفیت نازل تحصیلی و یا کسب محفوظات به جای معلومات ظاهر می گردد تعریف شده است (گلشن فومنی، ۱۳۸۹). به اعتباری می توان افت را به دو دسته کمی و کیفی تقسیم کرد. افت کمی عبارت است از درصدی از دانش آموزان یک دوره آموزشی که به سبب مردود شدن یا ترک تحصیل نتوانسته اند آن دوره را با موفقیت بگذرانند. افت کیفی عبارت است از نارسایی در رسیدن به اهداف تعیین شده و یا عدم تحقق بخشی از این اهداف (بیابانگرد، ۱۳۸۷). با این وجود در برخی پژوهش ها ملاک های اصلی در افت تحصیلی از طریق میانگین و یا معدل فراگیران (غیبی، محمودلو و موسوی واعظی، ۱۳۸۹) و یا مشروطی و پاس نکردن درس (علی محمدی، ۱۳۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفته است.

1. Wichianson
2. underachievement

واژه طرحواره در روان شناسی و به طور گسترده تر در حوزه شناختی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجرب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره تعدیل می شود، و پاسخ های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می کند. طرحواره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده یک واقعه است (یانگ، کلاسکو، ویشار، ۲۰۰۳). در مداخله طرحواره درمانی سعی می شود تا با به کارگیری مبانی و روش های درمان شناختی و رفتاری و مولفه هایی از سایر نظریه ها مانند، دلبستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. هدف درمان این است که بیماران به جای سبک های مقابله ای ناسازگار، از سبک های مقابله ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند (کالوت، اوری و هنکین، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری و در ناسازگاری بین زوجین استفاده شده است و باعث بهبود بیماران و مشکلاتشان شده است (سپرتگویی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلوگ، ۲۰۱۲؛ هاک و پروونچر، ۲۰۱۱؛ بیهار و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاپود و توماس، ۲۰۱۴؛ دیکهات و آرنتز، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش ها حاکی از تاثیر طرحواره درمانی گروهی در کاهش علائم افسردگی می باشد (دیکهات و آرنتز، ۲۰۱۴). طرحواره ها قوی ترین پیش بینی کننده های علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوء مصرف مواد می باشند، چنان که پژوهش منتظری، کاوه، مهرابی و شکیب (۱۳۹۲) نشان داد که افراد افسرده از سطوح بالای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک زندگی ناسازگاران رنج می برند. لذا با توجه به حساسیت و اهمیت افسردگی در دانش آموزان و مشکلات همراه آن از جمله افت تحصیلی و اختلال خوردن و ضرورت بررسی مداخله های مختلف و انتخاب مداخله مؤثر و نیز با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع انجام گردید.

نتایج پژوهش مرادحاصلی و شمس اسفندآباد (۱۳۹۵) نشان داده است که هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی روی افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیر گذار بود؛ اما اثر طرحواره درمانی نسبت به شناخت رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بیشتر بود. گروه گواه تغییر خاصی در مراحل ارزیابی نشان نداد. هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر روی افزایش حس کنترل بر حوزه هایی از سبک زندگی که مربوط به وزن و کنترل وزن هستند، مؤثر هستند. نتایج پژوهش قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۴) نشان داده است که طرحواره درمانی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را افراد گروه آزمایش به طور معناداری بهبود می بخشد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویشتن، ملامت دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی، نشخوارگری و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی مؤثر است. نوریان، آقایی و قربانی (۱۳۹۴) نشان دادند که بین میزان خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در تمامی خرده مقیاس ها شامل دسترسی به مواد غذایی، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی، هیجانات منفی و فعالیت سرگرم کننده گروه آزمایش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. تاجیک زاده و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند که طرحواره درمانی گروهی، درمان مناسبی در طرحواره های ناسازگار اولیه افراد وابسته به مواد است.

آقایی، هاتمی پور و آشوری (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران اثربخش است. لوتانز^۳ (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافت که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر کاهش علایم بی اشتهایی عصبی در مرحله پس آزمون و پیگیری دارد. نتایج پژوهش رنر، آرنتز، پیتز، لابستیل و هیوبرز^۴ (۲۰۱۶)

3. Lothans

4. Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael & Huibers

درباره تأثیر طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن حاکی از تأثیر این درمان بر کاهش علائم افسردگی در مرحله پیگیری و پس‌آزمون بود.

با عنایت به مطالب ذکر شده و با مطالعه تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، نیازمند تحقیقات بیشتری در زمینه بررسی مقایسه روش‌های درمانی افسردگی صورت پذیرد.

روش:

روش پژوهش از نوع آزمایشی پیشرفته با طرح چندگروهی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایشی و کنترل بود. از جامعه آماری، ۳۰ نفر با استفاده از روش هدفمند و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور کاملاً تصادفی، به ۲ گروه ۱۵ نفره دو گروه آزمایش و یک کنترل گزینش شدند، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی گروه‌های آزمایش اجرا و پس از اتمام درمان در پس‌آزمون پرسشنامه مذکور مجدد گرفته و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد.

جهت گردآوری داده‌های تحقیق از پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II) با همسانی درونی ۰/۹۱ (بک، استر و براون، ۱۹۹۶؛ به نقل از رئیسین، گلزاری و برجلی، ۱۳۸۹)، پرسشنامه افت تحصیلی (پرسشنامه محقق ساخته شامل ۴۵ سوال) و پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ تایید شد. پایایی خرده‌آزمون‌های پرسشنامه فردی، آموزشی و خانوادگی، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۲ گزارش شده. پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۸۷ گزارش شد (رضایی، ۱۳۸۹). پرسشنامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ)، پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر عامل بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ ذکر شده است (رز و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸).

از جامعه آماری، ۳۰ نفر با استفاده از روش هدفمند و براساس نمره پرسشنامه‌های مربوطه در پیش‌آزمون انتخاب شدند. این ۳۰ نفر به طور کاملاً تصادفی، به ۲ گروه ۱۵ نفره یک گروه آزمایش و یک کنترل گزینش شدند، سپس ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی روی گروه‌های آزمایش اجرا و پس از اتمام درمان در پس‌آزمون پرسشنامه مذکور مجدد گرفته و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد.

طرحواره درمانی: در این پژوهش منظور از طرحواره درمانی، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که هفته‌ای یک جلسه براساس برنامه درمانی یانگ و همکاران (۱۳۸۸) روی گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱ عناوین جلسات دوره طرحواره درمانی

جلسات	موضوعات
جلسه اول	توضیح مدل طرحواره به زبان ساده برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها، سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد و تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه.
جلسه دوم	فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آنها، تشخیص تحریف‌های شناختی و رفتارهای خودتخریبی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش.
جلسه سوم	مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تأکیدکننده و طردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی بیمار.
جلسه چهارم	اسناد دادن شواهد تأکیدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار.
جلسه پنجم	تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها.

ارائه منطقی استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها.	جلسه ششم
ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده او توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف منع شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.	جلسه هفتم
پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل ساز، تعیین الویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی.	جلسه هشتم
تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار.	جلسه نهم
بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی.	جلسه دهم

یافته ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات ابتدا به صورت توصیفی می باشد که شامل میانگین، انحراف معیار و ... می باشد. همچنین روشهای آماری استنباطی، تحلیل واریانس چند متغیری به منظور آزمون فرضیه ها استفاده گردید. داده های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در جدول شماره (2) ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات مراحل پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	گروهها	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اختلال خوردن	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۱۵	۹۰/۲۷	۱۳/۹۴
		پس آزمون	۱۵	۹۲/۶	۱۳/۴۲
	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۸۳/۵	۱۴/۲۵
		پس آزمون	۱۵	۷۶/۱۳	۱۱/۸۴
افت تحصیلی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۱۵	۷۳/۴۶	۱۲/۴۳
		پس آزمون	۱۵	۷۲/۰۶	۱۰/۵۶
	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۶۶/۳۳	۱۴/۴۱
		پس آزمون	۱۵	۶۴/۳۳	۱۳/۲۱
افسردگی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۱۵	۵۲/۱۳	۷/۲۷
		پس آزمون	۱۵	۳۹/۶۶	۵/۶۷
	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۴۵/۴۷	۴/۹۹
		پس آزمون	۱۵	۴۷/۶	۵/۰۵

جدول شماره ۲ نشان می دهند میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال خوردن در مراحل پس آزمون گروه های درمان طرحواره درمانی (۹۲/۶ و ۱۳/۴۲) و کنترل (۷۶/۱۳ و ۱۱/۸۴) می باشد، میانگین و انحراف معیار نمرات افت تحصیلی در مراحل پس آزمون گروه های طرحواره درمانی (۷۲/۰۶ و ۱۰/۵۶) و کنترل (۶۴/۳۳ و ۱۳/۲۱) می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در مراحل پس آزمون گروه های درمان طرحواره درمانی (۳۹/۶۶ و ۵/۶۷) و کنترل (۴۵/۴۷ و ۴/۹۹) می باشد.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه های آزمایش و گواه مراحل پیش آزمون و پس آزمون در اختلالات خوردن، افت تحصیلی و افسردگی

شاخص	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
مدل اصلاح شده	افسردگی	۱۶۳۸/۱۸	۵	۳۲۷/۶۴	۳۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۹
	اختلال خوردن	۷۴۷۶/۵۲	۵	۱۴۹۵/۳	۱۳۶/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	افت تحصیلی	۴۹۴۶/۹۱	۵	۹۸۹/۳۸	۱۸۵/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۹۶
Intercept	افسردگی	۱۵۵/۱۰۳	۱	۱۵۵/۱۰۳	۱۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	اختلال خوردن	۵۳/۱۳۵	۱	۵۳/۱۳۵	۴/۸۴	۰/۰۳۴	۰/۱۱
	افت تحصیلی	۵۳/۰۰۳	۱	۵۳/۰۰۳	۹/۹۴	۰/۰۰۳	۰/۲۳
گروه	افسردگی	۱۳۱۴/۱۲	۲	۶۵۷/۰۶	۶۰/۳	۰/۰۰۰	۰/۷۵
	اختلال خوردن	۹۶۴/۷۹	۲	۴۸۲/۳۹	۴۳/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	افت تحصیلی	۶۲/۶۱۳	۲	۳۱/۳۰۷	۵/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۲۳

نتایج جدول ۳ نشان می دهد سطح معنی داری در متغیر افسردگی (۰/۰۱) می باشد. بنابراین افسردگی در گروه های طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. همچنین نتایج نشان می دهد که میزان تاثیر درمان بر افسردگی ۰/۷۵ می باشد. سطح معنی داری در متغیر اختلال خوردن (۰/۰۱) می باشد. بنابراین اختلال خوردن در گروه های درمان طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. سطح معنی داری در متغیر افت تحصیلی (۰/۰۱) می باشد. بنابراین افت تحصیلی در گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. همچنین نتایج نشان می دهد که میزان تاثیر درمانها بر افت تحصیلی ۰/۲۳ می باشد.

بحث و نتیجه گیری :

نتایج نشان داد سطح معنی داری در متغیر افسردگی (۰/۰۱) می باشد. بنابراین افسردگی در گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. با توجه به نتایج، درمان طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی دانش آموزان مبتلا به افسردگی اثربخش است. یافته بدست آمده از پژوهش حاضر با یافته های حاصل از بررسی های لوتانز (۲۰۱۶)، که اثربخشی درمان را بر کاهش نشانه های افسردگی نشان دادند، و مطالعات دیویس و همکاران (۲۰۱۵)؛ منتظری و همکاران (۱۳۹۲) و قادری و همکاران (۱۳۹۴) همخوان است.

در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانه های افسردگی می توان بیان کرد در افراد افسرده طرحواره ها توسط سه سازوکار اولیه تداوم می یابند: تحریف شناختی (فرد از طریق تحریف شناختی بر اطلاعات همخوان با طرحواره توجه می کند و اطلاعاتی را که با طرحواره منافات دارند را نادیده می گیرد یا کم ارزش می شمارد). الگوهای زندگی خود آسیب رسان (فرد درگیر الگوهای خود آسیب رسان، انتخاب های ناهشیارانه ای می کند و در موقعیت هایی می ماند و روابطی را برقرار می کند که منجر به برانگیختگی طرحواره می شود و در عین حال از برقراری روابطی که منجر به بهبود طرحواره می شوند اجتناب می کند) و سبک های مقابله ای ناکارآمد (بیماران در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرحواره پاسخ های مقابله ای ناسازگاری به وجود می آورند تا مجبور نشوند هیجان های شدید و استیصال کننده ای را تجربه کنند) با این سازکارها طرحواره های ناسازگارانه آنها تداوم می یابد. از نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر این است که سطح معنی داری در متغیر اختلال خوردن (۰/۰۱) می باشد. بنابراین اختلال خوردن در گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. یافته ها بیانگر این است

که درمانها حداقل بر اختلال خوردن اثربخش نبوده است. این نتایج برخلاف یافته های حاصل از بررسی های سیمپسون و همکاران (۲۰۱۶)؛ آرنت و همکاران (۲۰۱۶)؛ شریفی و اعتمادی (۱۳۹۱) و مرادی حاصل و شمس اسفندآباد (۱۳۹۵) می باشد. عدم اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانه های مشکلات خوردن موید این ادعا است که احتمالا عوامل دیگری در مقوله خوردن موثر هستند. از جمله این عوامل فعالیت بدنی، عملکرد اجتماعی، مسائل جسمانی، عزت نفس و عوامل اجتماعی و محیطی می باشند. مقوله دیگری را که بایستی بدان اشاره نمود، عملکرد اجتماعی است، علاوه بر آموزش روشهای درمانی پژوهش حاضر نیاز است افراد با توجه با شرایط سنی خود کارکردهای اجتماعی مناسب را ایفا کنند. در صورت اشکال در این گونه کارکردها طبیعتا یکی از مسائلی که تحت تاثیر قرار می گیرد خوردن است. همچنین دانش آموزانی که بنا به دلایل متعدد از اعتماد بنفس پایینی برخوردار هستند، به خصوص در کنترل خوردن دارای مشکل هستند. همچنین عوامل دیگر اجتماعی خانوادگی مانند سبک زندگی اعضای خانواده، نوع تغذیه و الگوهای رفتاری خانواده مرتبط با خوردن می توانند بر مکانیسم خوردن اثرگذار باشند. در ارتباط با طرحواره درمانی بر افت تحصیلی نتایج نشان داد، سطح معنی داری بر متغیر افت تحصیلی (۰/۰۱) می باشد. بنابراین افت تحصیلی در گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل متفاوت می باشد. نتایج بیانگر این است که میزان تاثیر درمانها بر افت تحصیلی ۰/۲۳ می باشد و طرحواره درمانی بر کاهش افت دانش آموزان مبتلا به افسردگی اثربخش است. طرحواره درمانی با تغییراتی که در سبکهای شناختی، الگوهای نگرشی و طرحواره ای افراد مبتلا به افسردگی ایجاد می کند، شرایطی را برای دانش آموزان فراهم می کند که به شیوه های حل مساله جدیدتر و کارآمد تری با مسائل دور بر خود از جمله مسائل تحصیلی برخورد نمایند. آنها این مجال و آمادگی را پیدا می کنند با استفاده از الگوهای شناختی جدید از روش های منطقی تر برای یادگیری دروس استفاده نمایند. با حاصل شدن الگوهای رفتاری جدید نیز شرایط و روشهای مطالعه مناسبتری را برای یادگیری دروس اتخاذ می کنند.

پیشنهاد می گردد پژوهشگران در پژوهش های آتی جهت ارزیابی تداوم آموزش پی گیری های دو و شش ماهه و برای ارزیابی دقیق دانش آموزان مبتلا به افسردگی از مصاحبه بالینی استفاده گردد و به کاربرد این روش درمانی در کاهش مشکلات دانش آموزان افسرده در هر دو جنس و دیگر سنین نیز توجه شود. و در نهایت پیشنهاد می گردد در پژوهش های بعدی بهتر است که تاثیر عوامل جمعیت شناختی موثر بر دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان کنترل گردد. پیشنهاد می شود، مراکز حرفه ای خدمات روان شناختی از جمله دفاتر مشاوره از نتایج مطالعه حاضر در جهت بهبود افت تحصیلی و افسردگی مراجعین استفاده نمایند. والدین، همسالان و دیگر مراقبان در پرورش کودکان و نوجوانان یادگیری و انتقال مهارتهای شناختی از جمله دو روش حاضر را سر لوحه کار خود قرار دهند.

* با توجه به اثربخشی درمان طرحواره درمانی بر متغیر های مختلف روان شناختی، پیشنهاد می گردد کاربرد مهارتهای تنظیم هیجان توسط نهادهای مختلف در بستر جامعه تسهیل گردد.

منابع :

- آقای . ا، رفیعیان اصفهانی، م، نیک یار، ح، مهدیزادگان ، ا (۱۳۸۵). مقایسه سه شیوه دارو درمانی، شناخت درمانی و رفتار درمانی در کاهش افسردگی نوجوانان. دانش و پژوهش در روانشناسی. ۲۹: صص ۶۹-۸۰.
- آهنچیان ، محمدرضا (۱۳۸۵). افت تحصیلی و رابطه آن با بنیادهای فلسفی آموزش و پرورش، مجله روان شناسی و علوم تربیتی ، ویژه فلسفه تعلیم و تربیت، سال ۳۶، شماره ۳ و ۴.
- تاجیک زاده ، فخری. زارع ، ایرج. نظیری، قاسم (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگارا اولیه در مردان تحت درمان نگه دارنده با متادون ، فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی / سال چهارم ، شماره ۷ صص ۱-۲۳.

- گنجی، ح. (۱۳۷۶). بهداشت روانی. تهران: ارسباران، چاپ اول. صص ۱۳۱-۱۳۳.
- قادری، فرزاد؛ کلانتری، مهرداد؛ مهربانی، حسینعلی (۱۳۹۵). اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. مجله: مطالعات روان شناسی بالینی. مقاله ۱، دوره ۶، شماره ۲۴، پاییز ۱۳۹۵، صفحه ۱-۲۸.
- لوتانز، فرد (۲۰۱۶). سرمایه روانشناختی. ترجمه: رضایی، بهروز؛ تقی زاده، علیرضا؛ کاهه، مریم. تهران: نشر علمی
- نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر؛ قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. تابستان ۱۳۹۴، دوره ۱۶. از صفحه ۱۵ تا صفحه ۲۳
- نیک نژاد، محمد تقی، (۱۳۷۵). مرکز تحقیقات آموزش و پرورش، یاسوج، کد ۴۱۵، صص ۳۳-۳۵.
- مراد حاصلی، مستانه؛ شمس اسفند آباد، حسن (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در دانشجویان دختر. مجله مطالعات روانشناسی بالینی: بهار ۱۳۹۵ - شماره ۲۲ علمی-پژوهشی ISC. ۲۰ صفحه - از ۱۲۹ تا ۱۴۸.
- منتظری، محمد صادق؛ کاوه فارسانی، ذبیح الله؛ مهربانی کوشکی، حسینعلی؛ شکیبا، عباس (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانش آموزان پسر شهرستان فلاورجان، علمی پژوهشی، مجله دانشگاه علوم پزشکی. دوره ۲۳، شماره ۹۸- (اسفند ۱۳۹۱) جلد ۲۳ شماره ۹۸ صفحات ۱۷۹-۱۸۸.
- Behary, W. T., Dieckmann, E. O., & John, S. (Ed), (2013). Understanding and treating pathological narcissism. Washington, DC, US: American Psychological Association, 337, 285-300.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (3), 278-288.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 2, 242-251.
- Holt, MK. (2011). Individual and contextual factors for bullying and peer victimization: Implications for prevention. *Journal of School Violence*, 10, 201-212.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 4, 257- 276.
- Hopwood, Ch. J., & Thomas, K. M. (2014). Schema Therapy is an affective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. *Evidence- Based Mental Health Online First*.
- Kellogg, S. (2012). O speaking one's mind: using chairwork dialogues in schema therapy. *The wiley- Blackwell Handbook of Schema Therapy: theory, research, and practice/ edited by Michiel van Vereswijk, Jenny Brocersen, Marjon Nadort*, 197- 208.
- Pompili M, Masocco M, Innamorati M. (2009). Suicide among Italian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 18: 525 -533.
- Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int* 2000; 42(1): 1-7.
- Mcgin, L., Cukor, D., & William, C. (2005). The relation between parenting style and anxiety and depression. *cognitive therapy and research*, 29, 219-242.
- Rahim Aghaei, F., Hatamipour, K., & Ashoori, J. (2017). The Effect of Group Schema Therapy on Depression Symptoms and Nurses' Quality of Life. *Nursing Education Journal*. 6 (3), 17-22. [Persian]

- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Marrie, H. J., & Bekker. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 3, 426- 447.
- Wichianson, J.R.; Bughi, S.A. and Unger, J.B. etal. (2012). Perceived stress, coping and right-eating in college students. *Instituted for Health promotion and Diseas prevention Research, University of Southern California keck school of medicine, LosAnyeles, CA, us.* 25(3): 235-240.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioners Guide*. New York: The Guilford press.