

Effectiveness of Group Schema Therapy on Rejection Sensitivity in Individuals with Blindness and Low Vision

Marzieh Gashouli¹, M.A.
Azra Mohammadpanah Ardakan², Ph.D,
Azadeh Choobforoushzadeh³, Ph.D

Received: 04. 16.2021

Revised: 07.24.2021

Accepted: 04. 22.2022

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم بینا

مرضیه گشولی^۱، دکتر عذرا محمدپناه اردکان^۲،
دکتر آزاده چوبفروشزاده^۳

تجدید نظر: ۱۴۰۰/۵/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۷

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۲/۲

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم بینا بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. به این منظور جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد نابینا و کم بینای مؤسسه آموزشی نابینایان ابابصر شهر اصفهان بود که به روش نمونه گیری در دسترس، ۲۶ شرکت کننده انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش براساس قرارداد طرحواره درمانی ۱۰ جلسه (به صورت هفتگی) تحت آموزش قرار گرفتند، درحالی که گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند. داده ها به روش خود گزارش دهی (پرسشنامه حساسیت به طرد داوونی و فلدمن) جمع آوری و با استفاده از آزمون کوواریانس به وسیله نرم افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** یافته ها تفاوت معناداری میان حساسیت به طرد در گروه آزمایش در زمان ورود به طرح، بلافاصله پس از درمان و یک ماه پس از درمان را نشان داد، اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** یکی از درمان های مفید و پربازده برای اختلال های مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند، «طرحواره درمانی» ابداعی یانگ است و گروهی بودن فرایند درمان نیز از عوامل مهم اثربخشی این الگوی درمانی در پژوهش حاضر محسوب می شود.

واژه های کلیدی: حساسیت به طرد، طرحواره درمانی گروهی، نابینایی، کم بینایی.

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group schema therapy on rejection sensitivity and its specific symptoms in individuals with blindness and low vision **Methods:** This study was a semi - experimental study with pre-test, post-test and follow-up with a control group. For this purpose, the statistical population of this study included all blind and visually impaired people of Ababsir Educational Institute for the Blind in Isfahan. 26 participants were selected by available sampling method; 13 people in the experimental group and 13 people in the control group were randomly assigned. The experimental group was trained on 10 sessions (weekly) according to schema therapy in Yang protocol, while control group did not receive any training. Data were collected by self-report method (Downey & Feldman Sensitivity to Rejection) and analyzed using covariance test by SPSS-21 software **Results:** Results showed a significant difference between rejection sensitivity in the experimental group, when entering the study, immediately after treatment, and 1 month after treatment; but no significant difference was observed in the control group. **Conclusions:** One of the useful and effective treatments for refractory, ambiguous and long-term disorders that have their roots in childhood is Yang's scheme therapy and also, group therapy is one of the most important factors in the effectiveness of this treatment model in the present study.

Keywords: Rejection sensitivity; Group Schema Therapy; blindness; low vision

1. Master of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

2. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. **Email:** azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

مقدمه

طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ در تجربه‌های ناگوار زمان کودکی ریشه دارند. طرحواره‌ها به علت ارضانشدن نیازهای هیجانی^۲ مهم دوران کودکی به وجود می‌آیند و همچون یک صافی برای اثبات تجربه‌های دوران کودکی در تمام عمر انسان عمل می‌کنند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه اول که طرد و بریدگی^۳ است، بیشترین آسیب را می‌بینند. اغلب آنها دوران کودکی تکان‌دهنده و پرآسایی دارند و به‌طور مداوم از یک رابطه خودآسیب‌رسان به رابطه‌ای دیگران پناه می‌برند و از برقراری روابط نزدیک اجتناب می‌کنند (یانگ، کلوسکو، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز ۱۳۹۸). یکی از گروه‌های جامعه که به علت برخوردارن‌بودن از حس بینایی بیشترین آسیب را در دوران کودکی تجربه می‌کنند، افراد با ناتوانی بینایی^۴ هستند.

با توجه به اینکه «چشم» یکی از اندام‌های حسی مهم بدن است که میزان قابل توجهی از اطلاعات جهان خارج را در اختیار انسان قرار می‌دهد؛ گاهی کمبود یا فقدان حس بینایی سبب ادراک نادرست از جهان واقعی در افراد با نقص بینایی^۵ می‌شود (پاندای، سریواستوی، فاطیما، کاران و کومار، ۲۰۱۵). بنابراین شکل‌گیری این درک متفاوت در این افراد، آنها را مستعد ابتلا به مشکلات عاطفی، رفتاری، اجتماعی و روان‌شناختی می‌کند (کرک، گلاگر، کولمن، ۲۰۱۵).

از سویی نگرش خانواده و اجتماع می‌تواند اثر به‌سزایی بر ابعاد مختلف زندگی فرد نابینا اعمال کند. یافته‌ها نشان‌دهنده این است که اغلب نگرش اجتماع نسبت به پدیده نابینایی و فرد نابینا دیدگاهی منفی است و نابینا فردی ناتوان قلمداد می‌شود. این دید منجر به رفتارهای ترحم‌آمیز و یا طرد فرد نابینا می‌شود. در نتیجه نیز سبب رنجش فرد نابینا و برخی اوقات انزوای اجتماعی وی می‌شود (عسکری، شقارودی، کمالی و خلف‌بیگی، ۱۳۹۰). همچنین براساس با پژوهش‌های والدین دارای کودک با آسیب

بینایی به‌طور معمول متوجه نارسایی دیداری کودک نمی‌شوند؛ تردیدها نسبت به مشکل در دید کودک از حدود دوماهگی پدیدار می‌شود و از این پس روابط شکل متفاوتی به خود خواهند گرفت و این روابط بی‌احساس، بی‌تفاوت و طردکننده منجر به واپس روی کودک به لحاظ رشد عاطفی-اجتماعی می‌شوند (شریفی درآمدی، ۱۳۷۹).

از این‌رو مطالعه‌های متعدد نشان می‌دهد کودکان نابینا براساس تجربه‌های اولیه خود طرحواره‌های متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و براساس با این طرحواره‌ها نیت دیگر افراد را غیردوستانه ارزیابی می‌کنند و یا رفتارهای جسارت‌آمیز و با ماهیت پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهند (شولتز و شاو، ۲۰۰۳). پرواضح است که طرحواره‌ها موجب سوگیری افراد در تفسیر از واقعیت می‌شوند و همین موضوع به‌صورت سوءتفاهم، دیدگاه تحریف‌شده، فرض اشتباه و انتظارات غیرمنطقی در آسیب‌شناسی روانی بین فردی ظاهر می‌شود (پاسکال، کریستین، جین-لوئیس، ۲۰۰۸). یکی از پیامدهای سیر تحولی متفاوت، فرض‌های اشتباه و دیدگاه تحریف‌شده، "حساسیت به طرد"^۶ در روابط بین فردی است که یکی از عوامل آسیب‌زا در راهکارهای مقابله‌ای زمان رابطه صمیمی به شمار می‌آید و درنهایت منجر به سبک‌های ناسازگارانه مانند خشونت در رابطه با همسر و افزایش اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (داونی، فلدمن، آیدوک، ۲۰۰۰).

حساسیت به طرد تمایل به انتظار، داشتن حالتی دفاعی، ادراک بسیار سریع و واکنش بسیار شدید به طرد میان‌فردی تعریف می‌شود (رمرو-کانیاس، داونی، برنسون، آیدوک و کانگ، ۲۰۱۰) که ثبات بین فردی را کاهش می‌دهد (میانو، فرتوک، آرتز و استانلی، ۲۰۱۳) و در اغلب اختلال‌های مربوط به سلامت روان شیوع دارد (کینگ-کساس، چیو، ۲۰۱۲). انتظار طردشدن در فرد باعث می‌شود که تعامل‌های او با خانواده، دوستان حتی افراد غریبه و

دلیل اجتناب از طرد دیگران و یا ازدست دادن کنترل شخصی است (رافائل، برنستین، یانگ، ۲۰۱۰؛ کیلاگ، یانگ، ۲۰۰۶).

براساس نظر یانگ چون طرحواره درمانی^۸ بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح کند که این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است. همچنین این روش درمانی مؤثر برای اختلال‌های مقاوم و مزمن که تاکنون یک مشکل بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). روش‌های مختلفی برای درمان حساسیت به طرد به کار برده شده است که طرحواره درمانی یکی از درمان‌های مؤثر برای آن محسوب می‌شود. بنابراین هدف پژوهش، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد در افراد نابینا و کم‌بینا است.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. به این منظور جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد نابینا و کم‌بینای مؤسسه آموزشی نابینایان ابابصیر شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۶ شرکت‌کننده (۲۰ تا ۴۵ ساله که مایل به شرکت در طرح بودند، از بیماری روانی دیگر رنج نمی‌بردند و طی دو ماه گذشته هیچ‌گونه مداخله‌ای روی آنها انجام نشده بود) انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. تعداد اعضای گروه آزمایش در پژوهش‌های علوم انسانی باید بین ۱۲ تا ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۹۹). چنان‌چه فردی چندمعلولیتی باشد و سه جلسه غیبت داشته باشد و یا یکی از ملاک‌های ورود به طرح را نداشته باشد، از طرح خارج و فرد دیگر که ملاک‌های ورود را برآورده می‌کرد، به‌صورت تصادفی در طرح گمارده می‌شد.

همچنین انتخاب فعالیت، سرگرمی و علاقه‌های او تحت تأثیر ترس از طرد قرار بگیرد (لطفی، آهی و شریفی، ۲۰۱۶). افراد با حساسیت به طرد بالا واکنش شدید نسبت به طرد از خود نشان می‌دهند و زمان مواجهه با تعارض از راهکارهای اجتنابی و رفتارهای خود خاموش‌سازی استفاده می‌کنند که همین رفتارها باعث الگوی ارتباطی منفی در چنین افراد می‌شود (کریستن، ۲۰۱۲).

یانگ اعتقاد دارد که طرحواره^۹ الگویی ثابت و درازمدت است که در دوران کودکی به وجود می‌آید و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کند. ما از راه طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم. معمولاً این طرحواره‌ها به غیراز زمینه و بافت درمانی جای دیگر تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطعانه در زندگی نیز برای تغییر آنها کافی نیست. در این رابطه، درمان می‌تواند شامل این باشد که به افراد کمک کند تا طرحواره‌های خود را پذیرفته و جهت آنها را به سوی جنبه‌های مثبت تغییر دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). بنابر باور یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌های مشتمل بر این انتظار است که نیازهای فرد به پذیرش و احترام به‌طور قابل پیش‌بینی برآورده نخواهند شد. بنابراین می‌توان گفت فعال کردن طرحواره‌های نقص/ شرم در حوزه بریدگی باعث می‌شود که در فرد این احساس به وجود بیاید که در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیتی خود فرد ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی‌ارزش است یا در نظر افراد مهم زندگی‌اش، فردی نفرت‌انگیز و نامطلوب به حساب می‌آید. افرادی که این طرحواره را دارند، حساسیت بیش از حدی نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کمرویی، مقایسه نابه‌جا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص‌های درونی خود نشان می‌دهند (صیادی، گل محمدیان، رشیدی، ۱۳۹۶). همچنین به بیان یانگ بازداری بیش از حد اعمال و احساسات در فرد، به

محدوده زمانی پژوهش از آبان تا بهمن ماه ۱۳۹۸ و به صورت حضوری بود. گردآوری اطلاعات به صورت میدانی و به کمک پرسشنامه انجام شد. در پژوهش حاضر، شرط محرمانه بودن نتایج پرسشنامه ها و اطلاعات شخصی آزمودنی ها رعایت شد و داده های به دست آمده فقط در راستای اهداف و فرضیه های پژوهش استفاده شد. همچنین موافقت تمام اعضا برای شرکت در پژوهش گرفته شد و جلسه ها نیز به صورت رایگان برگزار شد. پس از انجام ارزیابی در مرحله پیگیری، جلسه های درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-21 در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شده است.

بعد از انتخاب گروه نمونه (براساس ملاک های ورود و خروج) افراد به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و پس از آن شرکت کنندگان هر دو گروه قبل از اجرای برنامه مداخله گروهی به پرسشنامه حساسیت به طرد پاسخ دادند. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه، با هدف کاهش حساسیت به طرد در افراد دارای نقص بینایی تحت آموزش قرار گرفتند. انتهای جلسه ها به اعضا فهرستی از مطالب مهم هر جلسه و تکالیف خانگی برای تمرین ارائه می شد. در ابتدای جلسه بعد تکالیف بررسی شده و بازخورد لازم ارائه می شد. در جلسه اول گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر، تشریح اهداف شرکت در جلسه ها، وظایف کلی اعضای گروه و ارائه منطق آموزش گروهی تا پایان جلسه ها انجام گرفت. در سایر جلسه ها نخست تکالیف جلسه های قبل بازبینی می شد. بازخوردهای مناسب نیز دریافت می شد و پس از آن نیز موضوع مورد نظر در آن جلسه طرح و از بیماران خواسته می شد تا در جلسه های حضوری فعال باشند و نظرهای خود را بیان کرده و تجربه های خود را مرتبط با موضوع مطرح شده در هر جلسه مطرح کنند. سپس تکالیف خانگی مشخص می شد و اعضا متعهد می شدند تا جلسه بعد به انجام

آن تکلیف بپردازند. در پایان هر جلسه نیز جمع بندی از مطالب آن جلسه برای تفهیم بهتر مطالب صورت می گرفت (جدول ۱، خلاصه جلسه های طرحواره درمانی). در این فاصله گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و هیچ گونه اطلاعاتی از مداخله در گروه آزمایش نداشتند. آخرین روز جلسه آموزش برای جمع بندی و تشکر از اعضای گروه، جلسه ای تشکیل شد و در همان روز پس از آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش گرفته شد. در نهایت، یک ماه پس از آخرین جلسه از گروه آزمایش پیگیری گرفته شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه حساسیت به طرد (RSQ) استفاده شد.

پرسشنامه حساسیت به طرد^۹ (RSQ)

این پرسشنامه توسط داوونی و فلدمن (۱۹۹۶) ارائه شد. در این پرسشنامه، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸ سؤال دو قسمتی (الف و ب) و براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای سنجش می شود. (قسمت الف) هر سؤال درباره میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سؤال احساس می کند و (قسمت ب) احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را ارزیابی می کند، برای مثال یکی از سؤالات این است که: شما در کلاس از کسی می خواهید که جزوه خود را به شما قرض دهد. چقدر نگران می شوید از اینکه این فرد می خواهد جزوه اش را به شما قرض دهد یا نه؟ (از ۱- اصلاً نگران نیستم تا ۶- خیلی نگرانم). قسمت دوم به این مربوط است که فرد چقدر احتمال می دهد این فرد باکمال میل جزوه اش را در اختیار من قرار می دهد (از ۱- احتمال خیلی کمی دارد تا ۶- احتمال زیادی دارد). میزان حساسیت به طرد اینگونه به دست می آید که نخست با کم کردن نمره ها «انتظار پذیرش در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷ محاسبه می شود؛ سپس نمره های انتظار فرد» محاسبه می شود. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد در درجه اضطراب ضرب شده و میانگین نمره ها حاصل برای ۱۸ موقعیت به دست می آید. همسانی

درونی مقیاس حساسیت به طرد با روش آلفا کرونباخ (۰/۸۹) گزارش شده است و نیز با روش باز آزمایی (۰/۹۱) به دست آمد. در ایران، ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفا ۰/۸۳ به دست آمده است (خوشکام و همکاران، ۱۳۹۳) (جدول ۱).

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	اهداف
اول	معرفی برنامه‌ها، شناخت اعضا، اجرای پیش‌آزمون
دوم	معرفی و توصیف طرحواره درمانی با مثال و به‌صورت قابل فهم
سوم	آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های آنها
چهارم	معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی تک‌تک طرحواره‌ها به‌صورت جداگانه
پنجم	معرفی نیازهای هیجانی اساس و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
ششم	آموزش و شناخت سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای به‌صورت عینی و مفهوم‌سازی مشکل فرد در قالب الگوی طرحواره درمانی
هفتم	اجرای راهبردهای شناختی طرحواره درمانی
هشتم	اجرای راهبردهای تجربی
نهم	آموزش روش‌های الگو شکنی
دهم	جمع‌بندی و اجرای پرسشنامه‌های پس‌آزمون

یافته‌ها

فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و ۲۵ تا ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه تحصیلی ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و ۳۸/۵ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به شرح زیر است (جدول ۲).

جدول ۲ شاخص‌های آماری توصیفی نمره‌های متغیر حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	شاخص‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	اضطراب	۶۰/۹۲	۱۲/۱۳	۱۴۷/۲۴	۴۹/۹۲
	پیش‌بینی	۷۰/۷۷	۱۲/۳۰	۱۵۱/۳۵	۶۳/۵۴
	حساسیت به طرد (کل)	۱۰/۸۰	۴/۲۵	۱۸/۹	۹/۴
گروه کنترل	اضطراب	۶۶/۷۷	۱۲/۳۷	۱۵۳/۲	۶۶/۲۳
	پیش‌بینی	۶۷/۳۱	۱۱/۳۶	۱۲۹/۶	۶۷/۷۷
	حساسیت به طرد (کل)	۱۲/۷۶	۲/۹۹	۸/۹۷	۱۲/۶۹

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که اطلاعات کلی توصیفی (میانگین، انحراف معیار و واریانس) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر حساسیت به طرد و مؤلفه‌ها (اضطراب و پیش‌بینی) آمده است. در مبحث تحلیل استنباطی در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد بر نابینایان و کم‌بینایان بررسی می‌شود. به این دلیل که از پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و همچنین متغیرهای پژوهش به‌صورت کمی هستند، از روش آنالیز کواریانس چندمتغیری استفاده

می‌شود. همچنین برای انجام آزمون‌های آماری کواریانس، پیش‌فرض‌هایی وجود دارد که باید قبل از انجام آزمون رعایت شود که در زیر آورده شده است. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها: یکی از پیش‌شرط‌های آزمون پارامتریک t ، بررسی نرمال بودن جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌های حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها	نمره Z	معناداری
حساسیت به طرد	اضطراب طرد	۰/۱۰۹	۰/۲۰۰
		۰/۱۱۳	۰/۲۰۰
	پیش‌بینی طرد	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰
		۰/۷۷	۰/۲۰۰
کل آزمون		۰/۱۰۷	۰/۸۹
		۰/۱۴۷	۰/۱۵۱

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره‌های گروه در ابعاد متغیرهای حساسیت به طرد تأیید شده است؛ به این معنا که نمره‌های گروه در مقیاس‌های حساسیت به طرد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع نرمال دارد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها: برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ آزمون لوین در مورد تساوی همسانی واریانس‌ها در متغیر حساسیت به طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
حساسیت به طرد	اضطراب طرد	۰/۱۹۴	۱	۲۴	۰/۶۶۳
		۰/۱۳۸	۱	۲۴	۰/۷۱۴
	پیش‌بینی طرد	۰/۳۲	۱	۲۴	۰/۸۵۹
		۰/۳۸	۱	۲۴	۰/۸۴۶
کل آزمون		۰/۹۶	۱	۲۴	۰/۷۵۹
		۱/۳۸۹	۱	۲۴	۰/۲۵۰

با توجه به جدول ۴ که مقدار معناداری در هر دو آزمون متغیر حساسیت به طرد بالاتر از ۰/۵ است، مشخص می‌شود واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره مربوط به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در مرحله

پس‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
الگو	۱۸۳/۴۵۷	۲	۹۱/۷۲۹	۱۵/۲۱۳	۰/۱	۰/۵۶۹	۰/۹۹۸
پیش‌آزمون	۹۷/۱۱	۱	۹۷/۱۱	۱۶/۸۹	۰/۱	۰/۴۱۲	۰/۹۷۰
حساسیت به طرد	۴۰/۱۴	۱	۴۰/۱۴	۶/۶۳۶	۰/۱۷	۰/۲۲۴	۰/۶۹۴
خطا	۱۳۸/۶۸۲	۲۳	۶/۳۰				
کل	۳۳۹۵/۹۵۸	۲۶					
اصلاحیه کل	۳۲۲/۱۴۰	۲۵					

معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود (جدول ۶).

با توجه به جدول ۵، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده در متغیر حساسیت به طرد برای تفاوت نمره‌های پس‌آزمون دو گروه با همسان‌کردن نمره‌های پیش‌آزمون برابر با ۶/۶۳۶ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/1$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد

جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره مربوط به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در مرحله پیگیری

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
الگو	۲۹۴/۳۴۳	۲	۱۴۷/۱۷۱	۲۱۵	۰/۱	۰/۹۴۹	۱
پیش‌آزمون	۱۷۱/۵۵۴	۱	۱۷۱/۵۵۴	۲۵۰/۶۲۱	۰/۱	۰/۹۱۶	۱
پیگیری حساسیت به طرد	۷/۲۵۴	۱	۷/۲۵۴	۱۰/۵۹۷	۰/۳	۰/۳۱۵	۰/۸۷
خطا	۱۵/۷۴۴	۲۳	۰/۶۸۵				
کل	۳۱۸۹/۳۴۱	۲۶					
اصلاحیه کل	۳۱۰/۸۷	۲۵					

حساسیت به طرد در زنان متأهل در زنان شهر تهران پرداخته است و مبین اثربخش بودن زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد این گروه است، همسو است. همچنین این یافته پژوهش با مبانی نظری و اقدام‌های بالینی یانگ و همکاران (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) که مبین اثربخشی طرحواره درمانی برای اصطلاح طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد است، همسو است.

به بیان یانگ و همکاران (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) آسیب‌رسان‌ترین و قدرتمندترین طرحواره‌ها در حوزه اول «طرد و بریدگی» قرار دارند. این حوزه با چهار طرحواره شامل «رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، نقص/ شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی» مشخص می‌شود. چنانچه فردی در دوران کودکی رها شود؛ از او سوءاستفاده شود؛ طرد و یا فراموش شود و در بزرگسالی به‌صورت «ناخودآگاه» وقایع زندگی فعلی را مشابه با تجربه‌های آسیب‌رسان دوران کودکی‌اش درک کند؛ طرحواره‌هایش برانگیخته می‌شوند و هیجان‌های منفی شدیدی مانند شرم، سوگ، ترس و یا خشم را تجربه می‌کند. یکی از تبیین‌های احتمالی بالا بودن اختلال‌های روان‌شناختی در دانش‌آموزان (افراد) نابینا این است که افراد عادی در برقراری ارتباط با نابینایان

با توجه به جدول ۶، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده در متغیر حساسیت به طرد برای تفاوت نمره‌های پیگیری دو گروه با همسان‌کردن نمره‌های پیش‌آزمون برابر با ۱۰/۵۹۷ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/1$) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد نابینایان و کم‌بینایان تأثیر معناداری داشته است؛ به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش پیدا نکرده و پایدار بوده است و اندازه اثر طرحواره درمانی برای حساسیت به طرد در بین نابینایان و کم‌بینایان ۰/۸۷ بوده است.

بحث: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت به طرد افراد نابینا و کم‌بینا است و یافته‌های پژوهش حاضر ما را به این نتیجه رهنمون می‌کند که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است. همچنین پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) نتایج همچنان ثابت بوده است و اثربخشی این روش درمانی پس از گذشت زمان نیز تأیید شد.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌های بهرامی و همکاران (۱۳۹۱) که طی آن به مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی دل‌بستگی-روایتی با زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر سیر تغییر اضطراب دل‌بستگی و

دچار مشکل هستند و ناتوانی در ایجاد رابطه موجب واکنش‌های عاطفی منفی از قبیل انزواطلبی و درون‌گرایی در آنان می‌شود (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۶). براساس با پژوهش‌های عسکری و همکاران (۱۳۹۰) نیز معضل دیگر افراد نابینا این است که اغلب نگرش اجتماعی نسبت به پدیده نابینایی و فرد نابینا منفی است و فرد نابینا ناتوان قلمداد می‌شود. این دید منفی منجر به رفتارهای ترحم‌آمیز و یا طردکردن و سرانجام باعث رنجش و گاهی اوقات انزوای اجتماعی فرد نابینا می‌شود. همچنین براساس با یافته‌های پژوهش دمه‌ری، موللی و احمدی (۱۳۹۴) طرحواره انزوای اجتماعی، یکی طرحواره‌های حوزه انفصال و طرد است؛ در این حوزه کودک درباره برقراری ارتباط و بودن در کنار دیگران با نداشتن اطمینان روبه‌رو می‌شود و این خود می‌تواند عاملی برای دوری‌گزینی و انزوای فرد از برقراری ارتباط و در نتیجه سبب نشان‌دادن رفتارهای کلیشه‌ای در کودک شود. بنابراین می‌توان گفت که وجود برخی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه از جمله انزوا، خود تحول نیافته و گرفتار، نقص و شرم و آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری در نوجوانان با نقص بینایی و شنوایی می‌تواند منجر به کاهش خودپنداره آنها و دلیلی برای مشکلات رفتاری آنها باشد. توجه به متغیرهای محیطی که سبب تشدید طرحواره‌های این کودکان می‌شود، نیز عاملی است که در فرایند رشد سالم کودکان نابینا و ناشنوا بسیار یاری‌دهنده خواهد بود.

در ادامه بحث براساس با نظر یانگ (۲۰۰۳) اولین نیاز اساسی هیجانی فرد نیاز به «دلبستگی ایمن» است. این نیاز شامل «نیاز به محبت، امنیت، ثبات و پذیرش» است. ارضانشدن آن سبب به‌وجودآمدن طرحواره‌های ناسازگار در حوزه اول که بریدگی و طرد است، می‌شود. بالبی اعتقاد داشت که کودکان الگوهایی ذهنی را از خودشان و ارتباطاتشان تشکیل می‌دهند که بر روابط آینده آنها اثرگذار است. هسته اصلی این الگوها انتظاراتی شخص راجع به احتمال

طردشدن و ارضاشدن نیازهای وی به‌واسطه افراد مهم زندگی است. چنان‌چه پاسخ به نیازهای کودک توسط مراقب اولیه به شیوه «طردکردن او» باشد، در کودک الگوهایی نایمن فعال به وجود آمده و با اضطراب و تردید در مورد این موضوع که «موردپذیرش و حمایت قرار خواهد گرفت» روبه‌رو می‌شود. همچنین براساس با نظر بالبی، زمانی که والدین از طرد برای پاسخ‌دادن به ابراز نیازهای کودکشان استفاده می‌کنند، کودک نیز به طرد واکنش نشان می‌دهند، زیرا به احتمال زیاد در کودک انتظاراتی بر این مبنا که هر زمان خواهان پذیرفته‌شدن و حمایت‌شدن از جانب افراد مهم هستند، از جانب والدینشان طرد خواهند شد، به وجود می‌آید. بنابراین زمان ابراز نیازها و آسیب‌پذیری‌ها به افراد مهم زندگی خود، انتظاری را توأم با اضطراب تجربه می‌کند که همین انتظاراتی اضطراب‌آور از طرد است که افراد را به نشانه‌های طرد حساس کرده و سبب ایجاد «حساسیت نسبت به طرد» در یک شخص می‌شود. شولتز و شاو (۲۰۰۳) نیز بیان می‌کنند کودکان نابینا براساس تجربه‌های اولیه خود طرحواره‌های متخاصم از جهان در ذهن خود شکل داده و براساس با آن نیت دیگر افراد را غیروستانه ارزیابی می‌کنند و با رفتارهای جسارت‌آمیز و دارای ماهیت پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهند و پرواضح است که این نوع تفسیر واکنش ویژگی حساسیت به طرد در افراد است.

با توجه به مطالب بیان‌شده می‌توان این یافته را اینگونه تبیین کرد که افراد نابینا نسبت به طرد و پذیرش‌نشدن از جانب افراد دیگر حساس هستند و براساس با خصوصیت عمومی افراد حساس به طرد در صورت احساس و ادراک (هرگونه علامتی) که توسط آنها به‌عنوان نشانه‌ای از طرد و پذیرش‌نشدن از سوی افراد دیگر تعبیر شود (حتی اگر غیرواقعی) باشد، پاسخ‌های مختلفی از جمله انزوا، گوشه‌گیری، رفتارهای جسارت‌آمیز و واکنش‌های خصمانه، از خود نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان برای کمک به کاهش

به راحتی و خود از آنها استفاده کند (به صورت صوتی و یا خط بریل) و نیز حضور دامن سنی خاص در مؤسسه مربوط به آن بود. در بحث پیشنهادهای پژوهشی می توان به طراحی و هنجاریابی ابزارهای سنجش مختص افراد دارای نقص بینایی، طراحی و تدوین و اجرای قراردادهای ویژه برای افراد با نقص بینایی اشاره کرد.

از جمله پیشنهادهای کاربردی پژوهش حاضر، برگزاری دوره هایی براساس روش طرحواره محور برای والدین این افراد برای پیشگیری و تعدیل مشکلات آتی و گذشته این قشر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش ها نشان داده اند که یکی از درمان های مفید و پربازده برای اختلال های مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند، به خصوص اختلال هایی که افراد در آنها به مشکل منش شناختی مزمن مبتلا هستند، «طرحواره درمانی» ابداعی یانگ است که درمانی یکپارچه نگر، جامع و تلفیقی است. در روش درمانی یانگ از روش ها و راهبردهای مختلف شناختی، تجربی، رفتاری و ارتباطی برای اصلاح شناخت ها، رفتارها، احساسات بدنی و عاطفی ناسازگارانه و درنهایت تغییر سبک ها و پاسخ های مقابله ای فرد استفاده می شود. درمانگران با استفاده از این راهبردها در سطح شناخت، عاطفه و رفتار فرد به مداخله می پردازند. این راهبردها و روش های درمانی درنهایت به فرایند تغییر و اصلاح طرحواره های ناسازگار افراد کمک قابل ملاحظه ای می کنند. گروهی بودن فرایند درمان نیز از عوامل مهم اثربخشی این الگوی درمانی در پژوهش حاضر محسوب می شود. موارد بیان شده و یافته های پژوهش حاضر ما را به این نتیجه رهنمون می کند که طرحواره درمانی بر کاهش حساسیت به طرد در نابینایان و کم بینایان مؤثر است. همچنین پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) نتایج همچنان ثابت بوده و اثربخشی این روش درمانی پس از گذشت زمان نیز تأیید شد.

حساسیت به طرد در این افراد از روش های مختلف طرحواره درمانی بهره برد، برای مثال براساس نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تکنیک «بازوالدینی حدودمرزدار» (که ازجمله روش های ارتباطی است) به خصوص در مورد بیمارانی که طرحواره های آنها در حوزه بریدگی و طرد است، مفید و ارزشمند خواهد بود. هرچه قدر شدت صدمه بیشتر باشد، اهمیت جنبه بازوالدینی نیز فراتر می رود. بازوالدینی حدودمرزدار برای تمام بیماران با هرکدام از حوزه های طرحواره که باشند، مفید است؛ درمانگر به منطبق کردن سبک بازوالدینی خود را با طرحواره ها و سبک های مقابله ای بیمار می پردازد. شناخت کافی درمانگر در مورد طرحواره ها و سبک های مقابله ای به او کمک می کند تا بازوالدینی متناسب با نیازهای بیمار را شناسایی کند و از آن به مؤثرترین شکل استفاده کند؛ درمانگر در بازوالدینی حدودمرزدار یک تجربه هیجانی تصحیح کننده برای بیمار فراهم می کند. در این روند درمانگر برای تبدیل شدن به یک والد که موجب بازگشت بیمار به دوران کودکی می شود درحالی که نگرش پذیرنده را در برابر بیمار حفظ می کند، تلاش نمی کند بلکه بازوالدینی حدودمرزدار یک سبک متداوم، پیاپی و همخوان تمایل با بیمار است که طی آن درمانگر برای ترمیم طرحواره های غیرانطباقی اولیه بیمار تلاش و کوشش می کند. بنابراین این شیوه رابطه درمانی منجر به موفقیت بیشتر مرحله تغییر می شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸). ازاین رو در پژوهش حاضر از طرحواره درمانی برای درمان حساسیت به طرد در این قشر ویژه استفاده شد که نتایج آن بلافاصله و پس از یک ماه پیگیری مبین اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت به طرد در میان این گروه خاص است و ثبات اثر این درمان پس از گذشت زمان (در پژوهش حاضر یک ماه) تأیید شد. از جمله محدودیت های این پژوهش وجودنداشتن پرسشنامه و ابزارهای سنجش به صورتی که فرد نابینا

تشکر و قدردانی

از همه افراد مبتلا به اختلال بینایی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و تمام سازمان‌هایی که پژوهشگران را در دسترسی به این افراد یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Early maladaptive schemas
2. Emotional needs
3. Disconnection & rejection
4. Visual disability
5. Visual impairment
6. Rejection sensitivity
7. Schema
8. Schema therapy
9. Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ)

منابع

- خوشکام س.، احمدی، ا.، بهرامی ف.، فاتحی‌زاده م.، اعتمادی ع. (۱۳۹۱) مقایسه اثربخشی زوج درمانی دلبستگی-روایتی با زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر سیر تغییر سطح اضطراب دلبستگی و حساسیت به طرد در زنان متأهل در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- خوشکام س.، بهرامی ف.، رحمت الهی ف.، نجارپوریان س. (۱۳۹۳) «خصوصیات روانشناختی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان»، پژوهش‌های روانشناختی، ۱۷ (۱): ۳۸۵-۳۹۵.
- دلاور ع. (۱۳۹۹) روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: انتشارات ویرایش.
- دمهری ف.، موللی گ.، احمدی و. (۱۳۹۴) «بررسی همبستگی بین طرحواره ناکارآمد اولیه، خودپنداره و مشکلات رفتاری نوجوانان نابینا و نوجوانان ناشنوا شهر یزد»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳ (۴): ۱۹۱-۲۰۱.
- شریفی درآمدی پ. (۱۳۷۹) روانشناسی و آموزش کودکان نابینا، تهران: گفتمان خلاق.
- صیادی گ.، گل‌محمدیان م.، رشیدی ع. (۱۳۹۶) «اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق»، پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۷ (۱): ۸۹-۱۰۰.
- عسکری ث.، شفاوردی ن.، کمالی م.، خلف‌بیگی م. (۱۳۹۰) «محیط و نابینایی: تجربیات بزرگسالان دارای نابینایی اکتسابی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی»، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱ (۱): ۲۹-۴۱.
- عطادخت ا.، جعفری ع.، کمرزین ح.، حیاتی م.، مهری ص. (۱۳۹۶) «نقش تصویر بدنی و خود پنداره در پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا»، فصلنامه علمی پژوهشی کودکان/استثنایی، ۱۷ (۲): ۱۳-۲۴.
- لطفی م.، آهی ق.، صفایی ای. (۱۳۹۶) «بررسی نقش ویژگی‌های شخصیت مرزی و حساسیت به طرد در پیش‌بینی عضویت در
- شبکه‌های اجتماعی»، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۴ (۱۱): ۲۹-۳۹.
- یانگ ج.، کلووسکو ژ.، ویشار م. (۲۰۰۳) طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، جلد ۱، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸)، تهران: انتشارات ارجمند.
- Christman, J. A. (2012). Examining the Interplay of Rejection Sensitivity, Self-compassion, and Communication in Romantic Relationships. *Unpublished* (Doctoral Dissertation, University of Tennessee, Knoxville).
- Downey, G., Feldman, S., & Ayduk, O. (2000). Rejection Sensitivity and Male Violence in Romantic Relationships. *Personal Relationships*, 7(1), 45-61.
- Fries E. (1930). The Social Psychology of Blindness. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 25(1), 14-25.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- King-Casas, B., & Chiu, PH. (2012). Understanding Interpersonal Function in Psychiatric Illness through Multiplayer Economic Games. *Biological Psychiatry*, 72(2), 119-125.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M.R. (2015). *Educating exceptional children (14th Ed)*. Cengage Learning, Printed in the United States of America.
- Miano, A., Fertuck, EA. Arntz, A., & Stanley, B. (2013). Rejection Sensitivity is a Mediator between Borderline Personality Disorder Features and Facial Trust Appraisal. *Journal of Personality Disorders*, 27, 442-456.
- Panday, R., Srivastava, P., Fatima, N., Kiran, M., & Kumar, P. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Adolescent Girls with Congenital Visual Impairment. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 1(1), 21-24.
- Pascal, A., Christine, A., & Jean-Louis, N. (2008). Development and Validation of Cognitive Inventory of Subjective Distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (11), 1175-1181.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Romero- Canyas, R., Downey, G., Berenson, K., Ayduk, O., & Kang, NJ. (2010). Rejection Sensitivity and the Rejection- Hostility Link in Romantic Relationships. *Jornual of Personality*, 78(1), 119-148.
- Schultz, D., & Shaw, D.S. (2003). Boys Maladaptive Social Information Processing, Family. *Emotional Climate and Pathways to Early Conduct Problem*, 12(3), 440-460.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press.