

اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سلامت عمومی رانندگان جوان شهر رشت

صبا مهرپور^۱، مهنا حسینی پشت‌مساری^۲

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

نام نویسنده مسئول:

صبا مهرپور

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سلامت عمومی رانندگان جوان شهر رشت بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از رانندگان جوان شهر رشت می‌باشد. روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه آماری پژوهش را از بین ۳۰ نفر از رانندگان جوان تشکیل دادند که با استفاده از روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) و گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند، درحالی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری کونور و دیودسون بود. پس از انتخاب تصادفی گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های خود را بین آنان تقسیم نموده و بدین گونه به جمع‌آوری اطلاعات از آنان اقدام نمود. بعد از اجرای پیش‌آزمون شروع به آموزش مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی نمود و در آخر آموزش‌ها نیز مجدداً پرسشنامه‌های خویش را به واسطه گروه نمونه تکمیل نموده و بقیه مراحل کار. در مرحله آخر هم داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سلامت عمومی رانندگان جوان تأثیر معناداری دارد، آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد سلامت عمومی رانندگان جوان شهر رشت تأثیر گذار است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، تاب‌آوری، سلامت عمومی، رانندگان جوان.

مقدمه

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی، مهم و همواره مطرح بوده است. اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به بعد روانی آن توجه شده است. سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن مسئولان کشورها به تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. بدون شک، سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه اهمیت به‌سزایی داشته و یکی از مسایل مهم جهان امروز است و تأمین سلامتی اقشار جامعه یکی از مسایل اساسی هر کشوری است که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مد نظر قرار داد. تا کنون تعاریف متفاوت از سلامت عمومی ارائه شده است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و بسیاری تعاریف دیگر. فرهنگ بزرگ روانشناسی، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: استعداد برای هماهنگی، لاروس خوشایند و موثر کار کردن، برای موقعیتهای دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود. (خلعتبری، ۱۳۹۳).

سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آنها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است.

سلامتی، مفهومی چندبعدی است که علاوه بر فقدان بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربرمیگیرد. اغلب روانپزشکان، روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. با این حال طی یک دهه‌ی اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روانشناسی مثبت، تمایل به مطالعه‌ی جنبه‌های مثبت سلامت نیز به موازات ابعاد منفی آن در حال افزایش است. رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا تبلور تغییر در علم روانشناسی از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی زندگی است. این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسانها به عنوان سپری در مقابل بیماری روانی بهره‌گیرد.

تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی تاب‌آوری خانواده و بهداشت روانی یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگیهای فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه میدارد. تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آنها تعریف شده است. (ذهبی، ۱۳۹۶)

البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. میتوان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است. (دانشمندی، ۱۴۰۴).

افزون براین، پژوهشگران براین باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. (روترا^۱، ۲۰۰۰) تاب‌آوری در رانندگی به عنوان یک راز برای سلامت رسیدن به مقصد، نقش مهمی ایفا می‌کند. این مفهوم شامل توانایی راننده برای مقابله با شرایط نامطلوب جاده‌ای، مانند ترافیک سنگین یا شرایط جوی بد، است. تاب‌آوری در رانندگی با حفظ آرامش و کنترل در مواجهه با چالش‌ها همراه است. رانندگان تاب‌آور نه تنها از استرس و اضطراب کمتری رنج می‌برند، بلکه احتمال خطای انسانی در رانندگی را نیز کاهش می‌دهند. این توانایی با تقویت ذهنیت مثبت، مدیریت احساسات، و استفاده از تکنیک‌های خودمراقبتی تقویت می‌شود.

¹ Rutter

روانشناسی رانندگی شاخه‌ای از علوم رفتاری است که به بررسی تعاملات پیچیده بین راننده، خودرو و محیط رانندگی می‌پردازد. این حوزه، فرآیندهای شناختی (مانند توجه، تصمیم‌گیری، پردازش اطلاعات)، عوامل عاطفی (همچون استرس و خشم) و ویژگی‌های شخصیتی را در رفتار رانندگی تحلیل می‌کند.

تاب‌آوری در رانندگی به توانایی راننده برای حفظ کنترل رفتاری، عاطفی و شناختی در شرایط پرتنش و غیرمنتظره اطلاق می‌شود.

این مفهوم فراتر از مهارت‌های فیزیکی رانندگی است و شامل مدیریت استرس، سازگاری با تغییرات ناگهانی (مانند ترمز ناگهانی خودروی جلویی) و بازگرداندن تعادل روانی پس از تجربه حوادث است. تاب‌آوری در رانندگی، ترکیبی از مهارت‌های روانشناختی است که تعادل بین هوشیاری، کنترل احساسات و انعطاف‌پذیری شناختی را تضمین می‌کند. با درک اینکه رانندگی فراتر از کنترل فیزیکی خودرو است و به مثابه یک تعامل پویا بین ذهن، محیط و اجتماع عمل می‌کند، می‌توان با ترکیب راهکارهای علمی و عملی، ایمنی جاده‌ای را به طور چشمگیری بهبود بخشید.

تاب‌آوری و تعادل روانشناختی در رانندگی، ترکیبی از کنترل احساسات و تمرکز شناختی است. رانندگانی که از خودآگاهی بالایی برخوردارند، می‌توانند عواطف منفی مانند خشم یا اضطراب را شناسایی و مدیریت کنند. مثلاً، مواجهه با راننده‌ای تهاجمی ممکن است باعث افزایش آدرنالین شود، اما افراد تاب‌آور به جای واکنش پرخاشگرانه، از تکنیک‌های تنفسی یا تغییر مسیر ذهنی استفاده می‌کنند. تاب‌آوری و تعادل شناختی مستلزم تقسیم توجه بین پردازش اطلاعات بصری (مانند تابلوهای راهنمایی) و پاسخ به محرک‌های صوتی (مثل صدای بوق) است.

کامپفر باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه پس از رسیدن به تعادل سطح بالاتر در شرایط تهدیدکننده است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری میدانند. (کامپفر^۲، ۱۹۹۹)

پژوهش‌های بی‌شماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر، حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی از خود نشان می‌دهد از طرف دیگر از عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش آور زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات آسیب شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه میدارد. (میلان^۳، ۲۰۰۲)

تاب‌آوری است. علاوه بر این، این ظرفیت می‌تواند در طول زمان تغییر کند و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند. همچنین چنین ذکر شده است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین نموده و ارتقا دهد. در مطالعه‌هایی که توسط لی، سادوم و زامورسکی^۴ انجام گرفت نیز نتایج نشان داد که فرایند تاب‌آوری در طول زمان تغییر کرده و می‌تواند به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب، کمک بسیاری کند. (لی، سادوم و زامورسکی، ۲۰۱۳). یافته‌ها نشان می‌دهد پیاده راه‌های سلامت با تقویت پیوندهای اجتماعی، افزایش حس تعلق و ارتقای تجربه زیسته، به کاهش اضطراب، بهبود خلق و افزایش رضایت از زندگی کمک می‌کنند؛ در بعد محیطی، با افزایش نفوذپذیری سطح، بهبود تهویه و کاهش آلودگی، بخشی از شبکه سبز شهری را شکل داده و تاب‌آوری در برابر تنش‌های اقلیمی و اختلالات شهری را تقویت می‌نمایند؛ و از منظر طراحی، ایمنی ادراکی و فیزیکی، پیوستگی مسیر، آسایش خرداقلیمی، خوانایی و تنوع کارکردی عناصر کلیدی موفقیت به شمار می‌آیند. نقش شهرداری‌ها زمانی بیشترین کارایی را دارد که از اجراگر صرف به تسهیل‌گر داده محور بدل شوند، مکان‌یابی را به نیازهای سلامت جمعیت گره بزنند، پیوندهای سبز-آبی را تقویت کنند و نگهداری را با مشارکت شهروندان سامان دهند. جمع‌نشان می‌دهد که پیاده راه‌های سلامت می‌توانند جهت‌گیری شهر را از خودرومحوری به انسان‌محوری تغییر دهند و هم زمان سلامت روان، عدالت فضایی و تاب‌آوری شهری را ارتقا دهند. (۱۴۰۴، نیک منش)

² Kamper³ milan⁴ Lee, Sodom and Zamorsky

در امر بهداشت و بهبود سلامت فردی و اجتماعی، تنها شناخت بیماری افراد و مداوای آنها مورد نظر نیست، بلکه آنچه به سلامت اجتماعی مربوط است تامین سلامت و ایجاد تعادل روانی در افراد است. بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و تاب‌آوری با سلامت روانی در بیماران قلبی و عروقی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. (۱۴۰۴، دانشمندی)

آموزش مثبت نگری به طور معناداری باعث افزایش کفایت اجتماعی، تاب‌آوری و کاهش سطح استرس درک شده در پسا‌زمون و پیگیری مراقبین سلامت شد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، میتوان از مداخلات مثبت‌نگر برای ارتقا سلامت روان و کاهش مشکلات روانشناختی استفاده کرد. (۱۴۰۲، ذهبی؛ کریم نژاد)

روش پژوهش

پژوهش از لحاظ نوع اطلاعات و دانش به دست آمده، پژوهشی کاربردی است و از لحاظ روش تحقیق نیز مبتنی بر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پسا‌آزمون با گروه کنترل بود که این دو گروه از رانندگان جوان که به صورت تصادفی در گروه‌ها گمارده می شوند تشکیل گردید.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری جامعه آماری پژوهش شامل جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۵۰ نفر رانندگان جوان که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره شهر رشت مراجعه نموده بودند. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را رانندگان جوان شهر رشت تشکیل میدادند که به صورت در دسترس از میان ۱۵۰ نفر رانندگان جوان در جامعه آماری انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (گروه کنترل ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر) گمارده شدند. پژوهش حاضر شامل دو مرحله بود. در مرحله اول با استفاده از روش کتابخانه ای به جمع آوری اطلاعات و پیشینه پژوهش و در مرحله دوم با استفاده از روش نیمه تجربی به اجرای روش درمانی پرداخته شد و در ادامه به جمع آوری پرسش نامه‌های پژوهش مربوط به پیش آزمون و پس آزمون و در نهایت تجزیه و تحلیل پرداخته شد. سپس با استفاده از روش نیمه تجربی به اجرای روش خانواده درمانی راهبردی پرداخته شد. در این پژوهش تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام گرفت، این مطالعه با استفاده از برنامه spss نسخه ۲۴ انجام گرفت. و شرایط ورود رضایت کامل افراد از شرکت در تحقیق در نظر گرفته شده بود.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری

پرسشنامه استاندارد تاب‌آوری کونور و دیودسون^۵ (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیودسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست نمره گذاری می شود).

۲) پرسشنامه سلامت عمومی - GHQ 28

این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس هست. چهار بعد چهار بعد سلامت عمومی یعنی علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در خواب، علائم افسردگی و کارکرد اجتماعی را اندازه گیری می کند و اعتبار این آزمون ۰/۹۵ می باشد. هر مقیاس هفت سؤال دارد. سؤالات هر خرده مقیاس به ترتیب پشت سرهم آمده به گونه ای که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی از سؤال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب از سؤال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال ر عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی هست.

⁵ Connor and Davidson

مطالعات انجام شده حاکی از اعتبار و پایانی بالای این پرسشنامه می باشد نتایج فرا تحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز- ماری (گله برگ ۱۹۸۸) انجام شد میانگین حساسیت ۸۴٪ و متوسط ویژگی ۸۲٪ به دست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی- نورو شاه محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۸۶/۵٪ و ویژگی آن برابر با ۸۲٪ می باشد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش شامل جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۵۰ نفر از رانندگان جوان شهر رشت که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۴ به مراکز مشاوره شهر رشت مراجعه نموده بودند. نمونه مورد مطالعه این پژوهش را رانندگان جوان شهر رشت تشکیل میدادند که به صورت در دسترس از میان ۱۵۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره گروه کنترل ۱۵ نفر و گروه آزمایش ۱۵ نفر گمارده شدند. پژوهش حاضر شامل دو مرحله بود. در مرحله اول با استفاده از روش کتابخانه ای به جمع آوری اطلاعات و پیشینه پژوهش و در مرحله دوم با استفاده از روش نیمه تجربی به اجرای روش درمانی پرداخته شد و در ادامه به جمع آوری پرسش نامه های پژوهش مربوط به پیش آزمون و پس آزمون و در نهایت تجزیه و تحلیل پرداخته شد. در این پژوهش تحلیل داده ها در دو بخش توصیفی و استنباطی انجام گرفت، این مطالعه با استفاده از برنامه spss نسخه ۲۴ انجام گرفت. و شرایط بدو ورود رضایت کامل افراد در نظر گرفته شده بود.

روش اجرای پژوهش

روش اجرای این پژوهش بگونه ای بود که محقق در ابتدا با گرفتن مجوز کتبی، به مراکز مشاوره شهر رشت مراجعه نمود و رضایت مسئولین را کسب کرد. سپس نمونه مورد مطالعه خود را انتخاب و پرسشنامه های خود را بین آنان تقسیم نموده و بدین گونه به جمع آوری اطلاعات از آنان اقدام نمود. بعد از اجرای پیش آزمون شروع به آموزش مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی نمود و در آخر آموزشها نیز مجددا پرسشنامه های خویش را به واسطه گروه نمونه تکمیل نموده و بقیه مراحل کار. پروتکل آموزشی- درمانی شامل ۸ جلسه می باشد و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و هفته ای یک بار توسط متخصص طرواره درمانگر که خودش قبلا همه ی این دوره ها را دیده بود برگزار شد. محتوای پروتکل آموزشی بر مبنای آموزش درمان مبتنی بر طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) بود.

یافته ها

در این بخش با استفاده از شاخص های مرکزی (میانگین)، پراکندگی (انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش مورد توصیف قرار می گیرد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تاب آوری و ابعاد آن در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تصور شایستگی فردی	آزمایش	۱۷/۲۴	۲/۰۳	۲۰/۸۸	۲/۰۲
	کنترل	۱۷/۰۰	۲/۰۲	۱۷/۰۹	۲/۱۲
اعتماد به غرایز فردی	آزمایش	۹/۰۴	۳/۵۵	۱۲/۳۱	۳/۱۴
	کنترل	۹/۲۸	۳/۰۳	۹/۰۸	۳/۱۸
تحمل عاطفه منفی	آزمایش	۶/۲۵	۱/۹۴	۱۱/۲۱	۱/۲۵
	کنترل	۶/۲۴	۱/۷۳	۳۶/۶	۱/۹۸
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	آزمایش	۱۱/۱۵	۳/۶۳	۱۵/۰۲	۳/۸۸
	کنترل	۱۱/۲۲	۳/۰۶	۱۷/۱۱	۳/۱۰

آزمایش	۷/۸۲	۲/۶۳	۱۱/۲۵	۲/۳۳
کنترل	۷/۳۵	۲/۸۹	۷/۵۵	۲/۶۴
آزمایش	۵/۷۵	۱/۸۵	۵/۴۱	۲/۹۴
کنترل	۵/۵۴	۱/۴۶	۵/۸۱	۱/۶۷
آزمایش	۵۷/۲۵	۱۵/۴۴	۷۶/۰۹	۱۵/۵۸
کنترل	۵۸/۶۵	۱۴/۱۹	۵۷/۰۵	۱۴/۶۶

همانطور که در جدول فوق مشاهده میگردد، میانگین ($\pm$ انحراف معیار) نمره کل تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و میانگین این متغیر در آزمودنی‌های گروه کنترل تغییر محسوسی نشان نداده است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات تاب‌آوری و ابعاد آن

شاپیرو ویلک		گروه	متغیرهای پژوهش
حجم نمونه= ۱۵			
سطح معناداری	آماره		
۰/۱۹	۰/۱۱۴	آزمایش	تصور شایستگی فردی
۰/۱۸	۰/۱۴۵	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۴۲	آزمایش	اعتماد به غرایز فردی
۰/۱۷	۰/۱۷۸	کنترل	
۰/۱۸	۰/۱۱۵	آزمایش	تحمل عاطفه منفی
۰/۱۶	۰/۱۱۱	کنترل	
۰/۱۹	۰/۱۸۷	آزمایش	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۱۸	۰/۱۵۷	کنترل	
۰/۱۸	۰/۱۹۸	آزمایش	کنترل
۰/۱۷	۰/۱۳۵	کنترل	
۰/۱۹	۰/۱۷۸	آزمایش	تاثیرات معنوی
۰/۱۷	۰/۱۴۴	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۶۹	آزمایش	تاب آوری به طور کلی
۰/۲۲	۰/۱۹۸	کنترل	

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

شاپیرو ویلک		گروه	متغیرها
حجم نمونه = ۱۵			
معنا داری	آماره		
۰/۱۹	۰/۱۱۴	آزمایش	علائم جسمانی
۰/۱۸	۰/۱۴۵	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۴۲	آزمایش	علائم اضطراب
۰/۱۷	۰/۱۷۸	کنترل	
۰/۱۸	۰/۱۱۵	آزمایش	اختلال در خواب
۰/۱۶	۰/۱۱۱	کنترل	
۰/۱۹	۰/۱۸۸	آزمایش	علائم افسردگی

کنترل	۰/۱۵۷	۰/۱۸
آزمایش	۰/۱۹۸	۰/۱۸
کنترل	۰/۱۳۴	۰/۱۷

اختلال در عملکرد اجتماعی

همانگونه که در جدول‌های بالا مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای تاب‌آوری و سلامت عمومی تأیید می‌گردد. یعنی پیشفرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل برقرار می‌باشد

جدول ۴: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در تاب‌آوری در مرحله پیش آزمون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تصور شایستگی فردی	۱/۳۴	۱	۲۸	۰/۱۶
اعتماد به غرایز فردی	۱/۶۱	۱	۲۸	۰/۱۶
تحمل عاطفه منفی	۱/۹۲	۱	۲۸	۰/۱۷
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۲/۱۴	۱	۲۸	۰/۱۴
کنترل	۱/۹۷	۱	۲۸	۰/۱۴
تأثیرات معنوی	۱/۱۲	۱	۲۸	۰/۱۲
تاب‌آوری کلی	۲/۲۶	۱	۲۸	۰/۳۶

جدول ۵: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
علائم جسمانی	۰/۸۰	۱	۲۸	۰/۱۴
علائم اضطراب	۱/۰۳	۱	۲۸	۰/۱۱
اختلال در خواب	۰/۹۷	۱	۲۸	۰/۰۶
علائم افسردگی	۱/۱۳	۱	۲۸	۰/۲۵
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱/۲۱۴	۱	۲۸	۰/۰۹

همانطور که در جدول بالا نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه دیگر آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌ها، برقرار است.

آموزش طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سلامت عمومی رانندگان جوان شهر رشت تأثیرگذار است. برای تأیید یا رد فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس چند متغیره با (MANCOVA) استفاده شد که اطلاعات آن در جداول زیر ارائه شده است:

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره آموزش طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سلامت عمومی

اثر	آزمونها	مقادیر	F	اثر	خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۹	۴۰/۶۹	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۵۲
	اثرویلکز	۰/۷۹	۴۰/۶۹	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۵۲
	اثر هتلینگ	۸/۱۰	۴۰/۶۹	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۵۲
	ریشه روی	۸/۱۰	۴۰/۶۹	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۵۲

همانطور که مشاهده می‌گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی برابر با ۰/۰۰۱ است. همچنین مشاهده می‌گردد که ضریب اثر هر چهار آماره چند متغیری برابر

با ۰/۴۸ می باشد. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می گردد که بین دو گروه در نمرات برای مقایسه نمرات کلی تفاوت معناداری وجود دارد. لذا برای تعیین اثر پس آزمون از تحلیل آزمون مقایسه بین گروهی در متن مانکوا استفاده شده است که اطلاعات آن به تفکیک در زیر ارائه شده است:

جدول ۷: نتایج آزمون مقایسه بین گروهی برای مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تاب آوری	۱۰۱۱/۹۶۸	۱	۱۰۱۱/۹۶۸	۳۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵
سلامت عمومی	۱۰۵۵/۳۳	۱	۱۰۵۴/۳۳	۴۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳

یافته های تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۷ حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات کلی تاب آوری و سلامت عمومی در مرحله پس آزمون معنادار بوده است بنابراین، آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون گروه آزمایش تأثیر معناداری بر نمرات هر دو متغیر وابسته تحقیق داشته است. لذا فرضیه اصلی پژوهش تایید می گردد.

فرضیه های فرعی

فرضیه ی فرعی اول: آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد تاب آوری رانندگان جوان شهر رشت تاثیر گذار است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد تاب آوری

اثر	آزمون ها	مقادیر	F	اثر	خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۹	۳۸/۹۱	۶	۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۴۸
	اثرویلکز	۰/۷۹	۲۳/۹۱	۶	۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۴۸
	اثر هتلینگ	۸/۱۰	۲۳/۹۱	۶	۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۴۸
	ریشه روی	۸/۱۰	۲۳/۹۱	۶	۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۴۸

همانطور که مشاهده فرض صفر آماری رد می گردد و مشخص می گردد که بین دو گروه در نمرات برای مقایسه نمرات کلی تفاوت معناداری وجود دارد. لذا برای تعیین اثر پس آزمون از تحلیل آزمون مقایسه بین گروهی در متن مانکوا استفاده شده است که اطلاعات آن به تفکیک در زیر ارائه شده است:

جدول ۹: نتایج آزمون مقایسه بین گروهی برای مقایسه گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
تصور شایستگی فردی	۱۰۱۲/۹۶۷	۱	۵۰۵/۹۸۴	۴۸/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
اعتماد به غرایز فردی	۱۰۵۵/۳۳	۱	۵۲۷/۱۶۵	۴۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸
تحمل عاطفه منفی	۱۱۴۲/۵۲۴	۱	۱۱۴۲/۵۲۴	۳۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶
پذیرش مثبت تغییر	۱۱۲/۹۹۸	۱	۵۷۹/۴۹۵	۵۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳
کنترل	۸۱۴/۳۹۴	۱	۸۱۳/۳۹۶	۳۷/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۳۷
تاثیرات معنوی	۱۹۸/۲۴	۱	۹۹/۱۱۵	۱۳/۲۹	۰/۱۱	۰/۱۲

یافته های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات تمامی ابعاد تاب آوری بجز (تاثیرات معنوی) در مرحله پس آزمون معنادار بوده است بنابراین، می توان گفت که آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد تاب آوری شامل (تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل) تاثیر گذار بوده است اما بر بعد تاثیرات معنوی اثربخش نبوده است. بنابراین فرضیه فرعی اول در مورد بجز در بعد (تاثیرات معنوی) بر بقیه ابعاد تایید می گردد.

فرضیه ی فرعی دوم: آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد سلامت عمومی رانندگان جوان شهر رشت تاثیر گذار است.

برای تأیید یا رد فرضیه فوق از تحلیل کوواریانس چند متغیره یا MANCOVA استفاده شد که اطلاعات آن در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره آموزش طرحواره درمانی بر ابعاد سلامت عمومی

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	اثر	خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلائی	۰/۶۹	۴۲/۲۹	۴	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶
	اثرویلکز	۰/۶۹	۴۲/۲۹	۴	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶
	اثر هتلینگ	۶/۳۳	۴۲/۲۹	۴	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶
	ریشه روی	۶/۳۳	۴۲/۲۹	۴	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶

طبق جدول فوق بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص میگردد که بین دو گروه در نمرات برای مقایسه نمرات کلی تفاوت معناداری وجود دارد. لذا برای تعیین اثر پس آزمون از آزمون مقایسه بین گروهی در متن مانکوا استفاده شده است که اطلاعات آن به تفکیک در زیر ارائه شده است:

جدول ۱۱: نتایج آزمون مقایسه بین گروهی برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
سلامت عمومی	۱۵۱/۱۶۹	۱	۵۰۵/۹۸۴	۷۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵
علائم جسمانی	۱۱۹/۵۴	۱	۵۲۷/۱۶۵	۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷
علائم اضطراب	۶۲۸/۸۹	۱	۱۱۴۲/۵۲۴	۳۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵
اختلال در خواب	۳۱۴/۳۵۲	۱	۵۷۹/۴۹۵	۵۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵
علائم افسردگی	۸۱۴/۳۹۴	۱	۸۱۳/۳۹۶	۳۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۹۸/۲۴	۱	۹۹/۱۱۵	۱۳/۲۹	۰/۱۱	۰/۵۴

طبق جدول فوق نتایج حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات مولفه‌های سلامت عمومی در مرحله پس آزمون معنادار بوده است بنابراین، آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون گروه آزمایش تأثیر معناداری بر نمرات متغیر وابسته تحقیق داشته است. بنابراین فرضیه فرعی دوم در مورد تمامی ابعاد سلامت عمومی شامل تأیید می گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با تاثیر معنادار آموزش طرحواره درمانی بر تاب‌آوری رانندگان جوان شهر رشت، با وجود جست و جوی فراوان پژوهش همخوان یا ناهمخوانی یافت نشد و این فرض برای اولین بار در این پژوهش مبنای بررسی قرار گرفته بود. در طی این رویکرد درمانی درمانگر به شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد رانندگان جوان پرداخت و پس از شناسایی اطلاعات جامعی در مورد این طرحواره‌ها و تاثیرات مخرب آن بر عملکرد این گروه به ویژه در حوزه روانشناختی و... به آنها داد. زمانی که اعضا در مورد تاثیرات مخرب این طرحواره‌ها بر کارکرد خویش آگاهی یافتند با همراهی فرد درمانگر به مقابله با این طرحواره‌ها و جایگزین سازی آن پرداختند. این فرایند بر بهبود کارکرد این افراد و تقویت سطح تاب‌آوری آنها نقش داشت. این افراد بر این عقیده بودند که توانایی رسیدگی به خویش و بهبود وضعیت خود را ندارند و نمی‌توانند هیچ تغییری در آن ایجاد کنند. درمانگر بر این طرحواره تمرکز زیادی داشت و برای مقابله با آن از اعضا خواست تا به بررسی کارآیی خود در زندگی پرداخته و عملکردهای موفقیت‌آمیز خود را دوباره فراخوانی کنند. زمانی که اعضا پی بردند که کارکرد مطلوبی در طول زندگی داشته‌اند و در انجام وظایف و تکالیف خود موفق عمل کردند به مرور دیدشان نسبت به خود تغییر پیدا کرده و احساس کارآمدیشان تقویت شد. از سوی دیگر درمانگر از اعضا خواست مشکلاتی را که با آن مواجه هستند مشخص کرده و طرح‌هایی برای رسیدگی به آنها و رفعشان طراحی و اجرایی کنند. وقتی این گروه طرحهای خود را اجرایی کردند از یکسو پی بردند که افرادی توانمند هستند و نگرش منفیشان

نسبت به خود غیرواقع بینانه میباشد و از سوی دیگر انرژی، تمایل و توانشان برای بهبود بخشیدن به ابعاد مختلف زندگی خود افزایش پیدا کرد.

متاثر از طرحواره‌های مخرب نظیر طرحواره درماندگی و بی‌کفایتی، بسیاری از اعضای حاضر در جلسه درمانی خودکارآمدی بسیار پایینی داشتند و معتقد بودند توانایی انجام کارهای خاص و ایجاد تغییرات سازنده را ندارند. چنین طرحواره‌های ناکارآمدی توسط فرد درمانگر و با همراهی و مشارکت اعضای حاضر در جلسه درمانی از طریق بازبینی کارکردهای موفق در گذشته و همچنین طراحی و اجرایی کردن برنامه‌هایی برای ایجاد تغییرات سازنده در هم شکسته شد. اعضا در خلال بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که آنقدر که می‌اندیشند نالایق نیستند و توانایی انجام بسیاری از کارها را دارند. زیرا در گذشته عملکردهای موفق زیادی داشته‌اند.

در مجموع می‌توان به نقش مهم سلامت عمومی و ابعاد مختلف آن در ایجاد و تقویت برخی مسائل روانی و ایجاد تعادل و کاهش برخی دیگر از تمایلات انسان اشاره نمود. مسائل حوزه سلامت بطور عام و مسائل روانشناختی بطور خاص از جمله مهمترین مواردی است که باید بیشتر مورد توجه و تامل قرار گیرد محیط زندگی انسان یک محیط اجتماعی بوده و عملکرد اجتماعی آنان در این محیط بیشتر مورد توجه است و این ضرورت برای معلمان چند برابر بیشتر است، لذا می‌تواند از مهارت بالای اجتماعی برخوردار باشند تا بتوانند بر خواسته‌های نامعقول و بدور از دسترس خود مدیریت مناسب داشته باشند و این حس تعادل را به دیگران نیز انتقال دهند.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل داشتن باورهای ناسالم نظیر اینکه سلامتی ارزشی ندارد و یا ضروری تلقین کردن مراقبت از خویشتن از وضعیت جسمانی چندان مطلوبی برخوردار نبودند. این گروه بر این باور بودند که انسان‌هایی قربانی هستند و برای چنین زندگی اسفباری ساخته شده‌اند! درمانگر برای درهم شکستن این باور ضرورت دانست که ابتدا ضرورت تغییر و همچنین توانمندبودن اعضا برای ایجاد تغییر را برایشان روشن سازد. وی با تمرکز بر کارکردهای گذشته و همچنین بیان فواید و منافع تغییرات اساسی انگیزه اعضا را برای بهبود وضعیت جسمانی خویش و تقویت مراقبت‌های جسمانی افزایش داد. با افزایش انگیزه درمانگر متناسب با هر مراجع و با همراهی خود وی برنامه‌هایی اساسی را برای بهبود وضعیت جسمانی طراحی و اجرایی کرد. برنامه‌هایی که به مرور نقش مطلوب خود را در بهبود وضعیت جسمانی این گروه ایجاد نمود. زمانی که اعضا با بهبود جسمانی خود مواجه شدند از یک سو احساس خوشایندی زیادی بدست آوردند و از سوی دیگر ایمانشان به خود جهت ایجاد تغییرات سازنده در زندگی تا حد زیادی افزایش پیدا کرد. این امر به نوبه خود مقدمات بهبود وضعیت روانشناختی اعضا را نیز فراهم کرد. با بهبود وضعیت جسمانی تمایل اعضا به مشارکت در فعالیتهای مختلف نیز تقویت شد و بدین شکل رضایت افراد از زندگی خود دوچندان گردید. برای تقویت وضعیت روانشناختی اعضا درمانگر بر نشانه‌های روانشناختی نابهنجار آنها متمرکز شد و پس از ریشه‌یابی طرحواره‌های تاثیرگذار در بروز این نشانه‌ها، با همراهی و مشارکت خود اعضا زمینه را برای درهم شکستنشان فراهم کرد. افراد با ورود به اجتماع و انجام فعالیتهای مختلف احساس خوشایندی زیاد کرده و تقویت شدند. بدین شکل توانستند تا حد زیادی لذت‌هایی را که برای مدت طولانی از خویشتن دریغ کرده بودند دوباره تجربه کنند. با ایجاد چنین تحولاتی افراد به مرور آماده ایجاد تغییرات اساسی در محیط زندگی خود و در زندگی اطرافیان شدند.

منابع و مراجع

- (۱) خلعتبری، ج، بازرگانیان، ن. (۱۳۹۳) مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا و غیرمبتلا به ایدز و اچ ای وی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
- (۲) دانشمندی، الهام، ۱۴۰۴، رابطه استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و تاب‌آوری با سلامت روان در بیماران قلبی و عروقی.
- (۳) ذهبی، فاطمه و کریم نژاد، فاطمه، ۱۴۰۲، اثر بخشی مداخلات روان شناسی مثبت نگر بر کفایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس درک شده مراقبین سلامت، هشتمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی.
- (۴) کشاورز، (۱۳۹۳) نقش نظریه ذهن و کفایت هیجانی در نشانه‌های اضطراب اجتماعی با توجه به نقش میانجی کفایت اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- (۵) محمدی، حانیه (۱۳۹۶) اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی، نشخوار فکری و پریشانی روان شناختی زنان مطلقه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
- (۶) نیک منش، مهدی، ۱۴۰۴، پیاده راه‌های سلامت به عنوان زیرساخت‌های اجتماعی برای ارتقای تاب‌آوری شهری و سلامت روان شهروندان، بیست و هشتمین کنفرانس ملی شهرسازی، معماری، عمران و محیط زیست، شیروان.
- (۷) یانگ.ج. کلوسکو. ژ، ویشار، م. (۲۰۱۲). طرح‌واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). مترجم حسن حمیدپور، اندوز. زهرا. (۱۳۹۴) تهران: انتشارات نسل فردا.
- 8) Kumpfer KL. Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. New York: Kluwer Academic; 1999: 269-77.
- 9) Mylant M, Tde B, Cuaves E, Meehan M. Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilience? J Am Psychiatry 2002; 8: 57-64.
- 10) Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry 1985; 147: 598-611.
- 11) Harter SL. Psychological adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. Clin Psychol Rev 2000; 20: 311-37.
- 12) Lee JE, Sudom KA, Zamorski MA. Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. J Occup Health Psychol 2013; 18: 327.
- 13) Arntz, A., & Jacob, G. (2017). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode
- 14) approach. John Wiley & Sons.
- 15) Grubbs, J. B., Wilt, J. A., Exline, J. J., Pargament, K. I., & Kraus, S. W. (2018). Moral disapproval and perceived addiction to internet pornography: A longitudinal examination. Addiction, 113(3), 496-506.
- 16) Hatami, M., & Fadayi, M. (2015). Effectiveness of schema therapy in intimacy, marital conflict and early maladaptive schemas of women suing for divorce. International Journal of Advanced Biological and Biomedical Research, 3(3), 285-290.
- 17) Tol WA, Song S, Jordans MJ. Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low-and middle-income countries]. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 445-60.