

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی

مجید ضرغام حاجبی*

محبوبه میرباقری**، ثمین پاکنژاد***

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بر افزایش خودپنداره‌ی مثبت زنان خیابانی بود. روش: در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شد. نمونه‌ی مورد بررسی ۳۲ نفر از زنان خیابانی حاضر در مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی و تولدی دوباره شهر تهران بودند که بطور در دسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ابزار مورد استفاده مقیاس خودپنداره بک بود که توسط افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل در ابتدای پژوهش تکمیل شد. پس از پایان دوره‌ی ۱۳ جلسه‌ای درمان، مجدداً این پرسش‌نامه در هر دو گروه اجرا شد. داده‌های بدست آمده از هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده از تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بطور معنی‌داری باعث افزایش خودپنداره‌ی مثبت زنان شرکت کننده در گروه آزمایش شده است (با سطح معنی‌داری $P < 0/05$). نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌درمانی گروهی می‌تواند در بهبود خودپنداره‌ی مثبت زنان بی‌خانمان و خیابانی موثر باشد.

* دکترای روان‌شناسی عمومی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم (نویسنده مسئول)
zarghamhajebi@gmail.com

** دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، m.mirbagheri60@gmail.com

*** دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، his_pv@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۰۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۲۰

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی گروهی، خودپنداره، زنان خیابانی.

۱. مقدمه

آسیب‌های اجتماعی مختلف و پیامدهای زندگی مدرن در چند دهه‌ی اخیر موجب مشکل اجتماعی جدی و خطرناکی شده که با عنوان زنان بی‌خانمان و خیابانی شناخته می‌شود (ویلیامز (Williams)، لیندسی (Lindsey)، کورتز (Kurtz) و جارویس (Jarvis) (۲۰۰۱). آمار ارائه شده در کشورهای مختلف از صنعتی تا توسعه نیافته حاکی از رشد این پدیده بوده است بطوریکه فقط در کشور آمریکا در طول سال ۲۰۱۰ بیش از ۱/۶ میلیون نفر افراد بی‌خانمان و خیابانی شناسایی شده‌اند که ۳۸ درصد از این تعداد زن بوده‌اند (فینگلد-کانت (Finfgeld-Connett)، بلوم (Bloom) و جانسون (Johnson) (۲۰۱۲). زنان خیابانی ممکن است از دخترانی با سابقه‌ی فرار از منزل، معتادان آشفته و بی‌خانمان و یا همسران آنها، کودکان کار و یا خانواده‌های نابسامان باشند (صفرزاده، ۱۳۹۰). بهر حال این زنان در معرض آسیب‌های متعددی قرار دارند. انجام انواع بزهکاری‌ها مانند سرقت از منزل و مغازه‌ها، روسپی‌گری، مصرف مواد گوناگون و حمل و توزیع مواد از شایع‌ترین بزهکاری‌ها در این زنان است (جمشیدی منش، سلیمانی فر و حسینی، ۱۳۸۳). این آسیب‌ها بر سلامت جسمی و روانی زنان خیابانی شدیداً تأثیرگذار است و این مشکلات بطور مستقیم بر افراد مرتبط با آنان منتقل می‌شود. بررسی‌های وزارت بهداشت در یک دهه‌ی اخیر نشان داده است که بسیاری از بیماری‌های واگیردار و خطرناک با الگوهای رفتاری پرخطر رایج در بین افراد بی‌خانمان در سطح جامعه شیوع پیدا می‌کنند. ابتلا به نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) از طریق سرنگ‌های تزریق مشترک مورد استفاده توسط معتادان بی‌خانمان رشد سریعی داشت. (صابری زفرقندی، ۱۳۸۹) که در سالهای اخیر دلیل عمده‌ی انتقال این بیماری رفتاری پرخطر جنسی بوده است. زنان خیابانی در هر دو مورد از اصلی‌ترین گروه‌های در معرض ابتلا و انتقال بیماری هستند (رفیعی، نارنجی‌ها، شیرین‌بیان، ۲۰۰۹). روابط مهمی که معضل زنان خیابانی با آسیب‌های سلامت جسم و روان دارد و نیز گسترش روزافزون آن در جامعه‌ی ایرانی، اهمیت مطالعات در این زمینه را آشکار می‌سازد. بطور معمول زنان بی‌خانمانی که تجربه‌ی زندگی در خیابان را داشته‌اند مبتلا به طیفی از اختلالات و آسیب‌ها هستند. اعتیاد و رفتارهای پرخطر در بسیاری از این افراد گزارش شده است (محمدرزاقی و همکاران، ۲۰۰۳) (ورهیول (Verheul)، ۲۰۰۱). چنین آسیب‌هایی با

اختلالات روانی و شخصیت مانند شخصیت ضداجتماعی و مرزی ارتباط دارند که در مطالعات مختلف تایید شده‌اند (صالحی، صلحی، ۱۳۹۱). بررسی‌های صورت گرفته در کشور نشان داده است جامعه‌ستیزی بالا و آسیب‌های شخصیتی در زنان خیابانی که با مصرف مواد نیز همراه می‌شود با طرحواره‌های ناسازگار اولیه روابط مهمی دارد (کرمی، بهرامی، محمدی آریا، اصغرنژاد فرید و فخری، ۱۳۹۲). طرحواره‌ها و باورهای هسته‌ای در ساماندهی شخصیت افراد تأثیر زیادی دارند. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بسیاری از بیماران بنیاد خودپنداره‌ی آنان محسوب می‌شود.

سابقه‌ی رشدی و تجربه‌ی رویدادهای استرس‌زای مختلف بر سازمان روانشناختی افراد بی‌خانمان تأثیرات عمیقی می‌گذارد. تجربیات درونی و بیرونی این افراد تعریف آنان از خود و خودپنداره‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خودپنداره جنبه‌ی مهمی از تجربه و آگاهی ذهنی افراد از کیفیت‌های ذهنی و عینی خود و دیگران است. اهمیت این سازه‌ی در حوزه‌های مختلف روانشناسی همواره مطرح بوده است با این حال در زنان خیابانی و بی‌خانمان این سازه بدلیل ارتباطی که با شناخت اجتماعی دارد اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند (بویدل (Boydell)، گورین (Goering) و مورل-بلایی (Morrell-Bellai)، ۲۰۰۰). همچنین خودپنداره با احساس افراد نسبت به خود و چگونگی رفتار و واکنش‌های آنان در موقعیت‌های مختلف در ارتباط است. فروید معتقد بود که مهم‌ترین و رایج‌ترین اشکالات و اختلالات رفتاری مربوط به خود است (الیوت، ۲۰۰۴).

با توجه به وجود آسیب‌های متعدد رشدی، روانی و شخصیتی در زنان خیابانی و روابطی که با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند، مدل طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ زمینه‌ی مناسبی برای تبیین و مداخلات درمانی مورد نیاز این افراد فراهم می‌کند. بررسی‌های مختلف نشان داده است طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی (رضایی و همکاران، ۲۰۱۲) (ریوز (Reeves) و تایلور (Taylor)، ۲۰۰۷) مصرف مواد و رفتارهای پرخطر (راپر (Roper) و همکاران، ۲۰۰۹) ارتباط دارند. بیشترین طرحواره‌هایی که در افراد زنان و مردان خیابانی و بی‌خانمان گزارش شده اند بی‌اعتمادی/بدرفتاری، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی، خودانضباطی و خویشتن‌داری ناکافی، محرومیت هیجانی و استحقاق/بزرگ منشی بوده است (زرگر، کاکاوند، ۱۳۹۰) (بال (Ball) و همکاران، ۲۰۰۵) (رضایی و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهشی که شاری (Shorey)، استوارت (Staurt) و اندرسون (Anderson)، (۲۰۱۲)

انجام دادند، بمیزان قابل توجهی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان بی‌خانمان نسبت به مردان بیشتر بود که این تفاوت بویژه در چهار طرحواره ی رهاشدگی، شکست، بی‌اعتمادی و خودانضباطی ناکافی مشاهده شد. همچنین فرایندهای مختلف رفتاری و شناختی موجب تداوم پیدا کردن طرحواره‌ها و مشکلات خودپنداره در افراد می‌شوند. الگوهای رفتاری خودآسیب‌رسان و نیز تحریف‌های شناختی از فرایندهای مطرح شده در این زمینه هستند. نتیجه‌ی این وضعیت شدت پیدا کردن آسیب‌های زنان بی‌خانمان و دریافت بازخوردهای نامناسب‌تر از محیط است به گونه‌ای که خروج از این وضعیت را برای آنان ناممکن می‌سازد. از اینرو پژوهش حاضر با در نظر گرفتن آسیب‌شناسی وضعیت این افراد برای بررسی تاثیر مداخله‌ی طرحواره محور بر خودپنداره آنان طراحی شد و هدف پاسخ دادن به این پرسش بود که آیا اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی در افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی موثر است؟

۲. روش

روش مورد استفاده در این تحقیق، نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. برای بررسی فرضیه‌ی پژوهش یعنی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان خیابانی حاضر در مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی و تولدی دوباره شهر تهران بود که ۹۵۰ نفر بودند. در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد به این ترتیب که از میان افرادی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، تعداد ۳۲ نفر بروش تصادفی انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت رعایت همگنی گروه‌ها معیارهای زیر در انتخاب افراد در نظر گرفته شد: تمامی افراد گروهها تحصیلات در حد توانایی خواندن و نوشتن داشتند، همگی مجرد یا مطلقه بودند، در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند، و هیچکدام بیماریهای شدید روانپزشکی (علائم سایکوتیک، اختلالات تجزیه‌ای و اختلالات عمیق خلقی) و نیز بیماریهای شدید بدنی نداشتند. ابتدا و قبل از انجام هرگونه مداخله‌ی درمانی، پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس جلسات درمان طرحواره‌محور گروهی بمیزان ۱۳ جلسه ی ۲ ساعته برای گروه آزمایشی اجرا گردید و برای گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد. سپس در پایان جلسه‌ی پایانی درمان از هر دو گروه پس

آزمون به عمل آمد. محتوای برنامه‌ی جلسات درمانی بشرح زیر بود: جلسه اول: معارفه و آشنایی و بیان مقررات، معرفی نقشه شناختی و مثلث شناختی در مورد خود، دنیا و دیگران. جلسه دوم: معرفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی و طرد، تمرین برای بررسی باورها و رتبه بندی کردن آنها جلسه سوم: معرفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بازداری و محدودیت‌های مختل، خودگردانی، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، تمرین بررسی طرحواره های شرکت کنندگان جلسه چهارم: زمینه‌های رشدی و تحولی رشد و بروز پیدا کردن طرحواره‌ها، آزمون اعتبار طرحواره جلسه پنجم: بررسی و تمرین فرم ثبت طرحواره، شواهد رد و قبول طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره‌های موجود، ارائه تعریف جدید از شواهد طرحواره جلسه ششم: ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، راه‌اندازی گروه‌های کوچک برای بررسی و تمرین محتوای ارائه شده جلسه هفتم: بررسی ذهنیت‌ها و معرفی آنان، بررسی گروهی ذهنیت‌های فعال شرکت‌کنندگان، بررسی جنبه‌ی بزرگسال سالم و تمرین جلسه هشتم: برقراری گفتگو بین ذهنیت‌های بیمار و سالم، استفاده از تصویرسازی و تمرین‌های شناختی برای شناسایی بهتر ذهنیت‌ها و گفتگوی بین آنها جلسه نهم: معرفی تکنیک‌های تجربی، تمرین فردی و گروهی جلسه دهم: بررسی خاطرات و تصاویر ذهنی جلسه یازدهم: تخلیه خشم و هیجانات منفی جلسه دوازدهم: نوشتن نامه به افراد مهم زندگی جلسه سیزدهم: بازوالدینی تجربی حد و مرزدار.

۳. ابزار

مقیاس خودپنداره بک Beck Self-Concept Test: این پرسشنامه توسط بک و همکاران (۱۹۹۰) به منظور بررسی خودپنداره افراد طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است که برای ارزیابی نگرش‌های شخص از خودش بکار می‌رود و در نظریه شناختی بک، بخش مثلث شناخت سه گانه بک (نظر منفی نسبت به خود، محیط و دنیا) را تشکیل می‌دهد. افراد در موارد متعدد با توجه به استنباطی که از خود دارد، خود را با دیگران مقایسه و یکی از پنج عبارتی را انتخاب می‌کنند که ویژگی آنها را بهتر نشان می‌دهد. آزمون به گونه‌ای طراحی شده است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودپنداره مثبت است. بک (Beck)، استیر (Steer)، اپستین (Epstin) و برون (Brown)، (۱۹۹۰)، این مقیاس را ارزیابی کردند و ضریب آلفای آن را ۰/۸۲ به دست آوردند که شاخص همسانی درونی

رضایت بخشی است. ضریب پایایی مقیاس از طریق آزمون- بازآزمون با فاصله زمانی یک هفته ۰/۸۸ و با فاصله زمانی سه ماه ۰/۶۵ بود. اعتبار و روایی این مقیاس در ایران ارزیابی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ بدست آمد. روایی سازه آن نیز با انجام آزمون بین افراد عادی و افسرده و مقایسه نمره‌های آن‌ها تجزیه و تحلیل شد که در هر مورد تفاوت، معنی دار بود (نامیار، ۱۳۷۵؛ به نقل از رضاپور میرصالح و همکاران، ۱۳۸۹). در پایان داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

۴. یافته‌ها

نتایج بررسی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف نمره‌های خودپنداره شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود در مرحله‌ی پس‌آزمون در گروه آزمایش میانگین نمره‌ی خودپنداره‌ی شرکت‌کنندگان افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است و در گروه آزمایش میانگین نمره‌ی خودپنداره‌ی شرکت‌کنندگان تفاوت چندانی نداشته است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج نشان داد که آماره Z در هر دو گروه معنی‌دار نیست و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع برقرار می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس آزمون			پیش آزمون			
معنی‌داری	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۰/۵۶	۸/۳۶	۷۵/۵۱	۸/۲۷	۶۸/۶۲	آزمایش	خودپنداره
۰/۷۱	۸/۰۵	۶۹/۸۹	۸/۴۲	۶۹/۴۱	کنترل	

جهت بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات شرکت‌کنندگان در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل آماری کوواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفتند. برای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا آزمون همگنی واریانس‌ها و یکسانی شیب رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت. باتوجه به معنی‌دار نبودن تعامل میان شرایط آزمایش و متغیر همپراش، شیب خط رگرسیون نمرات خودپنداره در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون یکسان است ($F = ۲/۳۵۲$ و $P < ۰/۱۲۵$) و مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد (جدول ۲). بنابراین مفروضه‌ی یکسانی شیب

رگرسیون برقرار است. همچنین نمودارهای مربوط به خطی بودن رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. بررسی‌ها نشان داد که بین خطوط رگرسیون در گروه‌های آزمایش و کنترل تعامل وجود ندارد که نشان‌دهنده‌ی برقرار بودن مفروضه‌ی خطی بودن رگرسیون است.

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های متغیرها

متغیر	F	درجه آزادی	P
خودپنداره	۲/۳۵۲	۱	۰/۱۲۵

با احراز مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس، برای آزمون نتایج از آن استفاده شد. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها بین دو گروه معنی‌دار است. به عبارت دیگر نتایج تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده‌ی معنی‌داری همپراش بود که دلالت بر وجود رابطه‌ی معنی‌دار با نمرات متغیر وابسته یعنی پس‌آزمون دارد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر خودپنداره در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
همپراش	۵۷/۶۲	۱	۵۷/۶۲	۳/۷۵	۰/۰۳۲	۰/۱۳۲
گروه(درمان)	۷۴۱/۳۵	۱	۷۴۱/۳۵	۱۴/۸۶	۰/۰۴۷	۰/۲۵۱
خطا	۲۱/۸۴	۲۸	۳/۲۱			

همانطور که در جدول ۳ آمده است متغیر مستقل (گروه درمان) باعث ایجاد یک تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است ($F = 14/86$ ، $P < 0/01$). بنابراین مداخله‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی در افزایش خودپنداره‌ی مثبت زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایش موثر بوده است. با توجه به ضریب اتا میزان این رابطه ۰/۲۵ است. بنابراین متغیر مستقل توانایی تبیین ۲۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را دارد.

جدول ۴. میانگین‌های برآورد شده‌ی نهایی نمرات خودپنداره در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره	آزمایش	۷۳/۱۶	۸/۳۱
	کنترل	۶۹/۸۵	۸/۱۱

جدول ۴ میانگین تعدیل شده‌ی نمرات خودپنداره‌ی گروه آزمایش را نشان می‌دهد که در آن اثر متغیر همپراش از داده‌ها حذف شده است. میانگین بدست آمده برای گروه آزمایش (۷۳/۱۶) با میانگین بدست آمده برای گروه کنترل (۶۹/۸۵) تفاوت معنی‌داری دارد. بنابراین می‌توان گفت مداخله‌ی گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی اثر مثبتی در افزایش خودپنداره‌ی مثبت زنان خیابانی دارد.

۵. نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی در افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی موثر است. رویکرد طرحواره‌درمانی در جمعیت‌های بالینی که به درمان مقاوم بوده‌اند نتایج قابل توجهی داشته است. در این زمینه می‌توان به کاربرد طرحواره‌درمانی برای مداخله در اختلالات شخصیت اشاره کرد (آرنود (Arnoud) و گیتا (Gitta)، ۲۰۱۳). در این منظر پژوهش حاضر فواید استفاده از درمان طرحواره‌محور برای طراحی مداخلات بر زنان بی‌خانمان و خیابانی را نشان داد. نتایج پژوهش‌های بال و همکاران (۲۰۰۳)، مانسی (Muncey) (۲۰۰۷)، نوردهال (Nordahl)، هانس (Hans) و نیستار (Nyseater) (۲۰۰۷)، خدایی، بزازیان و جعفری، (۱۳۹۴) و کاملی، قنبری و محمدیان (۱۳۹۰) با پژوهش حاضر همخوانی دارد. درمان گروهی طرحواره محور موجب کاهش فعالیت طرحواره‌ها می‌شود و نیز علائم اختلالات را بهبود می‌بخشد. در پژوهش بال و همکاران (۲۰۰۳) طرحواره‌درمانی به کاهش آسیب‌پذیری روانشناختی و تغییر در سبک‌های ناکارآمد رفتاری منجر شد. همچنین این افراد در برخورد با استرس‌زاهای محیطی راهکارهای بهتری در جهت مدیریت مشکلات خود بکار گرفتند. در پژوهش کاملی و همکاران (۱۳۹۰) گروه درمانی متمرکز بر طرحواره تاثیر مهمی در کاهش نمره‌ی طرحواره‌های دختران بی‌سرپرست داشت و بنابراین موجب کاهش علائم مرضی و تغییر در رفتار آنان شد. کاهش فعالیت طرحواره‌ها در اغلب طرحواره‌ها مشاهده شد. در مطالعه‌ی مانسی (۲۰۰۷) نیز طرحواره درمانی ۵۲ درصد از نشانه‌های بالینی و رفتارهای مرزی را بیماران کاهش داد. درمان گروهی طرحواره محور با استفاده از تکنیک‌های شناختی بر باورهای هسته‌ای و طرحواره‌ها متمرکز می‌شود و بطور مستقیم دانش افراد از آسیب‌ها و سبک مقابله‌ای که دارند را افزایش می‌دهد. همچنین تکنیک‌های تجربی و فضای بازخوردی و حمایتی که در فعالیت‌های گروهی موجود است به بازسازی و الگوشکنی رفتاری در افراد کمک می‌کند.

بطور کلی گزارشهای مختلفی از تاثیر درمان مبتنی بر طرحواره بر افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی مختلف در خوشه‌های B و C مطرح شده‌اند. بهبود در مهارتهای حل مساله، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش در نمرات طرحواره‌ها و تغییر در رفتارهای ناکارآمد بوده است (نوردهال و همکاران، ۲۰۰۵). این تغییرات با بهبود خودپنداره مثبت افراد در ارتباط است. پرداختن به همدلی و تمرین‌های گروهی، مطرح کردن احساسات، آسیب‌ها و تکانه‌ها در گروه، چالش و نقد گروه نسبت به طرحواره‌ها و سپس حمایت همراه با پذیرش از اعضای گروه در جلسات طرحواره گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مداخلات در بهبود طرحواره‌ها، افزایش امید، احساس امنیت و حمایت و اعتماد و نیز بدست آوردن احساس کنترل در زنان خیابانی تاثیر گذار است (ریان (Ryan) و همکاران، ۲۰۱۲). برخی تکنیکهای طرحواره‌درمانی مانند تکنیکهای تجربی، بازوالدینی حدودمرزدار و تخلیه هیجانات منفی و خشم قابلیت تاثیرگذاری مهمی بر بعضی طرحواره‌های شایع در میان زنان خیابانی مانند بازداری هیجانی و محرومیت هیجانی دارند. در چنین شرایطی رشد خودپنداره‌ی مثبت افراد قابل فهم و تبیین است. مطالعات نشان داده است که افرادی در تجربیات محیطی خود آسیب‌های تروماتیک و متعددی داشته‌اند، دچار علائم افسردگی و اضطراب شده و با سبک‌های رفتاری ناکارآمد و اغلب منفعل در روابط حضور پیدا می‌کنند که نتیجه‌ی آن تکرار آسیب‌هاست. در مطالعه‌ی هوگ (Hugue) و دالی (Dudley)، (۱۹۹۲) بر مادران قربانی زنای با محارم، استفاده از آموزش گروهی ابراز وجود در بهبود خودپنداره‌ی آسیب دیده‌ی آنان موثر بود. در طرحواره‌درمانی نیز معرفی ذهنیت‌های مختلف و سبک سالم رفتار بالغانه و نیز بکارگیری تجربی آن به افراد آسیب‌دیده فرصتی برای شناخت بهتر از خود و دیگران و تغییرات رفتاری می‌دهد و باین ترتیب در بهبود خودپنداره‌ی افراد تاثیرگذار می‌شود.

البته نتایج برخی پژوهش‌ها از تاثیرگذاری مداخلات طرحواره‌محور بر افراد آسیب‌دیده و بدسرپرست حمایت نمی‌کند. در پژوهش مکوند حسینی، محمدرضایی و عزالدین (۱۳۹۳) جلسات درمان موجب بهبود طرحواره‌های ناسازگار نوجوانان نشد. در مطالعاتی که با هدف تاثیرگذاری بر خودپنداره زنان آسیب‌دیده طراحی شده‌اند نیز عدم تاثیرگذاری معنی‌دار گزارش شده است. در پژوهش سعیدیان و نیلی (۱۳۹۱) آموزش ابراز وجود در بهبود خودپنداره مثبت زنان سرپرست خانواد بی‌تاثیر بود. این امکان وجود دارد که طرحواره‌درمانی نیاز به جلسات بیشتر و مدت زمان طولانی‌تری داشته باشد. همچنین

خودپنداره تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که وجود فضای حمایتی و بازخوردهای مثبت در افزایش خودپنداره مثبت نقش مهمی دارند. بررسی مطالعاتی که در خارج از کشور انجام گرفته‌اند نشان می‌دهد دوره‌ی زمانی درمان و پیگیری حائز اهمیت است بطوری که درمان‌های طولانی‌تر نتایج مفیدتر و محکم‌تری بدست داده بودند. در پژوهش حاضر تغییرات خودپنداره‌ی مثبت افراد معنی‌دار بود اما اندازه‌ی اثر آن محدود بود. با توجه به تاثیرپذیری طرحواره‌ها از وضعیت‌های رشدی و عوامل سرشتی و همچنین نقش مهم عوامل محیطی نابسامان در خودپنداره‌ی زنان خیابانی و بی‌خانمان، می‌توان گفت جلسات طولانی‌تر منجر به نتایج قوی‌تری می‌شوند.

در پژوهش حاضر از نمونه‌ی مورد بررسی از افراد داوطلب و بطور در دسترس انجام گرفت و بنابراین در تعمیم نتایج پژوهش لازم است جانب احتیاط در نظر گرفته شود. با توجه به شرایط جامعه‌ی مورد بررسی محدودیت زمانی در زمان جلسات و نیز پیگیری‌های بعدی وجود داشت و مرحله‌ی پیگیری انجام نشد. این در حالی است که افراد شرکت کننده در پژوهش از جلسات و گروه تشکیل شده رضایت داشته و نیاز به جلسات بیشتر مشاهده می‌شد. پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری زنان خیابانی و بی‌سرپرست و سایر اقشار آسیب‌دیده برنامه ریزی برای برگزاری این گروه‌ها در دستور کار قرار بگیرد.

کتاب‌نامه

- رضابور، میر صالح. ریحانی کیوی، یاسر. ریحانی کیوی، شهناز. خباز، محمود. ابوترابی کاشانی، پریسا. (۱۳۸۹). «مقایسه رابطه بین مؤلفه‌های ابرازگری هیجانی و خودپنداره در دانشجویان دختر و پسر»، فصل نامه روان شناسی کاربردی، دوره ۱، شماره ۱۳، ص ۴۰-۵۱.
- جمشیدی منش، منصوره. سلیمانی فر پروین. حسینی، فاطمه. (۱۳۸۳). ویزگیهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زنان معتاد زندانی. فصلنامه پرستاری ایران، دوره ۴، شماره ۱۷، ص ۴۸-۵۵.
- صفرزاده، س. (۱۳۹۰). بررسی ابعاد شخصیتی و ساختار خانوادگی دختران فراری، زن و فرهنگ، دوره ۲، شماره ۱۷، ۶۱-۴۷.
- صابری زفرقندی، محمداقبر. (۱۳۹۰). برخی از چالشهای بهداشت روان و اعتیاد در ایران، فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۲، شماره ۱۷، ۱۶۱-۱۵۷.
- فروید، زیگموند. (۱۳۸۲). پیش درآمدی بر خودشیفتگی، ترجمه حسین پاینده. تهران: ارغنون.
- کرمی، الهام، بهرامی، هادی. محمدی آریا، علیرضا. اصغرزاد فرید، علی اصغر. فخری، زهرا. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه‌سنجی در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۷. (۲۶)۲. ۱۱۰-۹۳.

محمد رزاقی، عمران. رحیمی موقر آفرین. محمد، کاظم. حسینی، مهدی. (۱۳۸۳). مطالعه کیفی رفتارهای جنسی پرخطر معتادان تزریقی در تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشت عمومی. دوره ۲، شماره ۲، ۱-۱۰.

- Elliott, A., 2004. *Social Theory Since Freud: Traversing Social Imaginaries*. Routledge. New York.
- Arnoud, A., Gitta, J. 2013. *Schema therapy in practice: an introductory guide to the schema mode approach*. Chichester, West Sussex; Malden, MA: John Wiley & Sons.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., O'Neall. & Thomas, W. 2005. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, vol,5. No,46. 371- 379.
- Beck, A.T, Steer, R.A, Epstin, N, & Brown, B. 1990. Beck self-concept test. *Psychological Assessment*, vol,2. No,2. 191-197.
- Boydell, KM., Goering, P., Morrell-Bellai, TL. 2000. Homeless people preserved former identities, devalued current identities, and envisioned a non-homeless future. *Evidence-Based Nursing*. vol,3. No,4.132.
- Finfgeld-Connett, D., Bloom, L., Johnson, D. 2012. Perceived Competency and Resolution of Homelessness Among Women with Substance Abuse Problems. *Qual Health Res*, vol,3. No,22. 416-427.
- Hugue, FL., Dudley, B&S,. 1992. An analysis of the effects of adjunctive assertiveness / support work with mothers of incest victims. Doctorate Dissertation, Mississippi University.
- Muncey,C.2007. Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*. Vol, 38. No, 3. 11.
- Nordahl,H M., hans ,M & Nyseater., 2005. schema focused therapy for patient with borderline personality disorder :A Single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. Vol, 36.254 268.
- Rafiey, H., Narenjiha, H., Shirinbayan, P., Noori, R., Javadipour, M., Roshanpajouh. M., Samiei, M., & Assari, S. 2009. Needle and syringe sharing among Iranian drug injectors. *Iranian Research Center for Substance Abuse and Dependence (IRCSAD)*, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran. 30 (6): 6-21.
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific Relationship between Core Beliefs and Personality Disorder Symptoms in a None-Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol,14. No,2. 96-104.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & Mc Guire, J. 2009. Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: changes Associated with a brief Residential Abstinence Program, *Journal of Cognitive Therapy Research*, vol,34. No,3. 207-215.
- Ryan, C. Shorey, M.A., Stuart, GL., Anderson, S. 2012. The Early Maladaptive Schemas of an Opioid Dependent Sample of Treatment Seeking Young Adults: A Descriptive Investigation *Journal of Substance Abuse Treatment*. vol,42. No,3. 271-278.

۱۳۴ اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بر افزایش خودپنداره ...

- Verheul, R. 2001. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Journal of European Psychiatry*, vol,16. No,5. 274-82.
- Williams, N.R., Lindsey, E.W., Kurtz, P.D., & Jarvis, S. 2001. From trauma to resiliency: Lessons from former runaway and homeless youth. *Journal of Youth Studies*, vol,A. No,2. 233-253.