

Research Paper

The Effectiveness of Schema Therapy Techniques in Mental Health and Quality of Life of Women With Premenstrual Dysphoric Disorder



*Sara Mohtadi Jafari¹, Hassan Ashayeri², Parinaz Banisi³

1. MA in Public Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Professor in Basic Sciences, Faculty of Basic Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. PhD. in Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.



Citation Mohtadi Jafari S, Ashayeri H, Banisi P. [The Effectiveness of Schema Therapy Techniques in Mental Health and Quality of Life of Women With Premenstrual Dysphoric Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(3):278-291. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.278>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.278>



Received: 15 Dec 2018
Accepted: 09 Jun 2019
Available Online: 01 Oct 2019

Key words:

Premenstrual dysphoric disorder, Schema therapy, Mental health, Quality of life

ABSTRACT

Objectives The present research investigated the effect of schema therapy techniques on the mental health and quality of life in women with premenstrual dysphoric disorder.

Methods This quasi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test design. Moreover, 36 women were randomly assigned into two groups and received ten training sessions. Research instruments were Mental Health and Quality of Life (to measure the effectiveness of training) Questionnaires.

Results There was a significant difference between the two groups in the mental health scores in the components of depression, social function disorder, and anxiety. Moreover, regarding the quality of life test scores, there were significant differences in mental health and physical health components between the study groups. In the follow-up phase, the same results in mental health and quality of life also affected the health environment.

Conclusion The training of this method can affect the intended components.

Extended Abstract

1. Introduction

The current research explored the effectiveness of training schema therapy techniques on general health and quality of life of women with the premenstrual dysphoric disorder.

A semi-experimental design with a pre-test, post-test, and a control group was used. At first, the central area of Tehran City, Iran, was selected among 5 parts of it (north, south, east, west, and center); then, district 10 was randomly se-

lected from 4 districts in the central part of Tehran, including districts 9, 10, 11, and 12. The statistical population of this study included all women referring to cultural centers and community centers of district 10 of Tehran municipality, during the first three months of 2018. Premenstrual Dysphoric Screening test and Young Maladaptive Schemas test with 90 items were conducted.

According to the scores obtained from these tests initially 48 people were considered suitable for the study (in the first test, persons who scored higher than the cutoff point of 28, and in the second one, persons who received a score higher than 5 in the category of questions related to each schema).

* Corresponding Author:

Sara Mohtadi Jafari, MA.

Address: Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2583087

E-mail: saramohtadjafari@gmail.com

Finally, 36 persons were selected by purposive sampling method from those who had the disorder.

Then, they were randomly divided into the test and control groups (18 persons per group). In each group, three more persons were selected to prevent sample drop and the threat of non-scientific research. To collect data, Goldberg General Health Test (28 items) was used. This test measures 4 subscales of signs of individual's anxiety and insomnia, depression, physical health, and social relations during the last month. The lower scores indicate better mental health.

Moreover, the Quality of Life Scale of World Health Organization (WHO) (28 items) was used to measure 4 subscales of general mental health, physical health, social functions, and environmental health. The higher scores indicate higher quality of life. These two tests were used to study the effectiveness of training schema therapy. The test group received training for 10 two-hour sessions (105 minutes training and 15 minutes break and catering) every week (one session per week), for 2.5 months (from July to September 2018). The control group received no training during this period.

The training was conducted in group and by the researcher, based on Dr. Fata and Dr. Motabi's therapeutic package. Stages of the schema therapy are in two dimensions of measuring and training, and changing schemas. Four techniques were used to change schemas, as follows: cognitive techniques, in which the aim of change is the central belief (including identifying the central belief, identifying keywords of the belief and their definitions, the percent of believing them, finding advantages and disadvantages, evidence confirming or rejecting the central belief, and writing training cards).

The aim of cognitive techniques is creating a healthy sound in mind against schemas' sounds. Experimental techniques focus on memories, mental images, body feelings, and emotions (including imagination, imaginary conversation, blank seat technique, writing a letter to the cause of the memory, and finally reading the letter and evacuation of protective anger). Behavioral pattern-breaking focuses on inefficient coping styles (avoidance, extreme compensation, and submission, including increased motivation for change, practicing healthy behaviors through imagination and role-playing, teaching to overcome barriers to behavior changes, making important changes in life, and finally stopping treatment, if it is impossible to break behavior pattern, for 2 to 3 months).

Relationship therapy is effective in meeting five emotional needs (safety, autonomy, self-expression, fun and

playfulness, and realistic restrictions). Here, relationship therapy means relations with the group's teacher and other members. Finally, to ensure the survival of the training effect, a follow-up test was conducted in the test group after one month. The obtained results were analyzed using SPSS and descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis and t-test).

Conclusion

Training the schema therapy techniques made a significant difference in three scales of 4 measured items of mental health test, including symptoms of depression, anxiety and insomnia, and social dysfunction. Those also made significant changes in two subscales of 4 measured items of quality of life, including mental health and physical health between the two groups.

At one-month follow-up, it was found that in terms of mental health, the impact of training the schema therapy techniques on this statistical society is permanent; in terms of quality of life, training the schema therapy techniques is effective in enhancing the health of the environment of women with the premenstrual dysphoric disorder.

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) criteria for premenstrual dysphoric disorder, there are one or more of the following symptoms in each cycle: 1. Tangible emotional instability such as mood fluctuations, sadness or crying, more sensitivity to rejection; 2. Irritability or tangible anger and increased interpersonal conflicts; 3. Tangible depression, frustration, and self-condemnation; 4. Anxiety, tangible tension, or feeling excitement. According to the applied questionnaire, changing these items reduces mental health in women with this disorder.

According to these criteria, symptoms of this disorder (including: 1. less interest in performing routine activities (e. g. job, education, friends, and entertainment); 2. mental problem in focus; 3. indolence, fatigue, tangible energy loss; 4. intangible appetite loss, overeating, or eager to eat a certain food; 5. oversleeping or insomnia, 6. feeling of power failure); indicate reduced quality of life of women with this disorder. In this research, it was explained to the test group that in each menstrual cycle, people with premenstrual dysphoric disorder feel more stress, anxiety, and depression.

Thus, their social function and biopsychological health will be reduced. Particularly when they have inconsistent schemas, these moods are exacerbated. Training the sche-

ma therapy techniques helps people to less experience these hard conditions during disorder cycle; therefore, this disorder has a less destructive effect on their mental health and quality of life.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were observed in this study. A written informed consent was obtained from the participants and they were assured of the confidentiality of their information.

Funding

This paper was extracted from a master thesis approved by the Department of General Psychology, Faculty of Humanities at Islamic Azad University of Tehran West Branch. We received no any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

The authors had same contribution in preparing this paper.

Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پی‌گیری یک‌ماهه

* سارا مهتدی جعفری^۱، حسن عشایری^۲، پریناز بنی‌سی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. دکتری روان‌شناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

حکیده

اهداف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی است. مواد و روش‌ها این مطالعه با توجه به شرایط پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سراها و سراهای محله منطقه ۱۰ شهرداری تهران، در سه ماه اول سال ۱۳۹۷ بودند و نمونه آماری ۳۶ زن به طور تصادفی در دو گروه (۱۶ نفری) آزمایش و کنترل جایگزین شده و ۱۰ جلسه آموزشی درباره فنون طرح‌واره‌درمانی برایشان برگزار شد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی (برای سنجش میزان اثربخشی آموزش) در سه نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پس از یک ماه دوره پی‌گیری بود.

یافته‌ها نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان، در افسردگی ($F=6/98, P<0/05$) و سطح معناداری ۰/۰۲، اضطراب ($F=0/03, P<0/05$) و سطح معناداری ۰/۰۳، و اختلال کارکرد اجتماعی ($F=0/08, P<0/05$) و سطح معناداری ۰/۰۸، و در متغیر کیفیت زندگی در خرده‌مقیاس سلامت جسمانی ($F=10/61, P<0/01$) و سطح معناداری ۰/۰۳، و سلامت روان ($F=11/337, P<0/01$) و سطح معناداری ۰/۰۲، در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پی‌گیری در متغیر سلامت روان، در افسردگی با سطح معناداری ۰/۸۷۳، اضطراب با سطح معناداری ۰/۲۷، اختلال در کارکرد اجتماعی با سطح معناداری ۰/۰۰۲، و در متغیر کیفیت زندگی سلامت روان با سطح معناداری ۰/۲۰ و سلامت روان با سطح معناداری ۰/۰۱ تفاوت وجود دارد.

نتیجه‌گیری به طور کلی نتایج، گویای این است که آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی می‌تواند بر افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی در مقیاس سلامت روان و بر سلامت روان و سلامت جسمانی و سلامت محیط در مقیاس کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تأثیر داشته باشد.

تاریخ دریافت: ۲۴ آذر ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۲ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

کلیدواژه‌ها:

اختلال ملال پیش از قاعدگی، طرح‌واره‌درمانی، سلامت روان، کیفیت زندگی

مقدمه

قرار دارند، اما شایع‌ترین سن ابتلا به آن ۲۵ تا ۴۵ سال و زمان مراجعه برای درمان آن، اواسط یا اواخر دهه سوم زندگی است و به نظر می‌رسد که افزایش سن، نقش مهمی در افزایش علائم آن داشته باشد [۱].

بنا به تعریف سازمان بهداشت روانی، سلامت روانی حالتی از رفاه و بهبودی است که طی آن، هر فرد می‌تواند توانایی‌های بالقوه خویش را تحقق بخشد، با استرس‌های معمول در زندگی مقابله کند، به شکل سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در اجتماعی که به آن تعلق دارد، نقشی مؤثر ایفا کند [۲]. همچنین کیفیت زندگی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان

در زیست‌شناسی انسان خصوصاً دنیای آکنده از تجارب و فراز و نشیب زنان، سیکل‌های گوناگونی وجود دارد، که هر کدام با ضرب آهنگ و ریتم خاص خود، تعادل درونی و سلامت جسمی و روان فرد را مهیا می‌سازند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها سیکل قاعدگی است [۱]. اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلالی نسبتاً شایع در میان زنان در سنین باروری است [۲]. این اختلال از نظر تاریخی «تنش پیش از قاعدگی» نامیده می‌شود. این اختلال مجموعه‌ای از نشانه‌های بدنی، روان‌شناختی و هیجانی است که با تغییرات دوره‌ای مربوط به سیکل قاعدگی، در خلق، احساس کلی، سلامت اجتماعی و روانی و همچنین کیفیت زندگی زنان مشخص می‌شود. تمام گروه‌های سنی، تحت تأثیر این اختلال

* نویسنده مسئول:

سارا مهتدی جعفری

نشانی: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تلفن: ۲۵۸۳۰۸۷ (۹۱۲) ۰۹۸

پست الکترونیکی: saramohtadjafari@gmail.com

است. پس کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی است و دیگران نمی‌توانند آن را مشاهده کنند.

این مفهوم چندبعدی شامل ۹ بُعد است. هشت بعد به قابلیت‌های افراد مربوط می‌شود در تعریفی که آن‌ها برحسب ارزش‌ها و اولویت‌هایشان در زندگی، از خوش‌بختی دارند. این هشت بعد عبارت‌اند از: موقعیت‌های مادی زندگی، اشتغال، سلامت، تحصیلات، روابط اجتماعی و فراغت، امنیت فیزیکی و اقتصادی، دولت و حقوق اساسی و نهایتاً محیط زندگی و طبیعی. آخرین بعد برآیند کلی تجربه‌ای است که هر فرد، با توجه به درک شخصی از کیفیت زندگی دارد. [۵]

طرح‌واره بر پایه تجربه‌های ذهنی زندگی و رشد هوشیارانه و ناهوشیارانه اوایل کودکی شکل می‌گیرد. به طور معمول ماهیت ناسازگار طرح‌واره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرح‌واره‌های آن‌ها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد [۶]. روش طرح‌واره‌درمانی که یانگ آن را به وجود آورده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است [۷]. در دیدگاه‌های شناختی-رفتاری با تلفیق در مدل‌های درمانی دلبستگی، گشتالت‌درمانی و روابط شیء و ساختارگرایی در روان‌کاوی روبه‌رو هستیم. با وجود این، هیچ یک از این مکاتب با طرح‌واره درمانی هم‌پوشانی کامل ندارند. به‌کارگیری تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش احساس ارزشمندی، باکفایتی، شایستگی، مثبت‌نگری و اعتمادبه‌نفس می‌شود [۸].

طرح‌واره‌درمانی در دو مرحله سنجش و آموزش، همچنین تغییر طرح‌واره‌ها تقسیم می‌شود. برای تغییر طرح‌واره‌ها از چهار گروه تکنیک استفاده می‌شود: تکنیک‌های شناختی که باور مرکزی را هدف تغییر قرار می‌دهند؛ تکنیک‌های تجربی که روی خاطرات، تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی کار می‌کنند؛ الگوشکنی رفتاری که سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد را هدف قرار می‌دهند و رابطه‌درمانی که در رفع پنج نیاز هیجانی برطرف‌نشده مؤثر است [۷]. امروزه تأمین سلامت زنان به‌عنوان یکی از حقوق مسلم آن‌ها و یکی از اهداف جامعه برای توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع محسوب می‌شود. بنابراین با توجه به مشکلات و بیماری‌های تهدیدکننده سلامت جسمی و روانی زنان، کنترل این مشکلات، از جمله اولویت‌های بهداشتی است [۹].

طبق معیارهای DSM-5 برای اختلال ملال پیش از قاعدگی در هر چرخه یک یا تعداد بیشتری از این نشانه‌ها وجود دارند: ۱. ناپایداری عاطفی محسوس مثل نوسانات خلقی، احساس غمگینی یا دم‌به‌ساعت در حال گریه‌بودن و حساسیت بیشتر

نسبت به طرد؛ ۲. تحریک‌پذیری یا خشم محسوس یا افزایش تعارضات میان فردی؛ ۳. خلق افسرده محسوس، احساس ناامیدی یا افکار محکوم‌کردن خود؛ ۴. اضطراب، تنش محسوس یا احساس برانگیختگی یا کفوری بودن.

تغییر این موارد طبق زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه، سبب کاهش سلامت روان در زنان مبتلا به این اختلال می‌شود. طبق همین معیارها از نشانه‌های این اختلال این موارد است: ۱. کاهش علاقه به فعالیت‌های معمول (مثل کار، تحصیل، دوستان، سرگرمی)؛ ۲. مشکل ذهنی در تمرکز؛ ۳. رخوت، خستگی‌پذیری راحت، افت انرژی محسوس؛ ۴. افت غیرمحسوس در اشتها، پرخوری یا اشتیاق به غذایی خاص؛ ۵. پرخواهی یا بی‌خواهی؛ ۶. احساس ازتوان‌افتادن. کاهش این علائم، طبق زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه، نشان‌دهنده کاهش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به این اختلال است [۱۰].

پیش از این هیچ پژوهشی مبتنی بر اثربخشی فنون طرح‌واره‌درمانی بر جامعه آماری زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در داخل یا خارج از ایران، مشاهده نشد، اما بر روی مؤلفه‌های سنجش‌پذیر پرسش‌نامه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی (افسردگی، اضطراب، کارکردهای اجتماعی، کیفیت زندگی و سلامت روان) در جوامع آماری، مطالعات مختلفی وجود دارد که در بحث و نتیجه‌گیری به آن‌ها اشاره شده است. البته پژوهش‌هایی برای سنجش میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر این جامعه آماری وجود دارد. بنابراین لازم است در زمینه آموزش تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی به زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی بررسی و مطالعه‌ای دقیق صورت پذیرد تا اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان این افراد سنجیده شود و در نهایت پاسخ به این سؤال ضروری است: آیا آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تأثیر دارد؟

روش

در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به جامعه آماری مشخص‌شده در پژوهش، یعنی زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی) انتخاب شدند، از طرح نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل استفاده شد. برای انتخاب جامعه آماری، در ابتدا با روش تصادفی از بین پنج بخش تهران (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) بخش مرکزی انتخاب و سپس از بین چهار منطقه موجود در این قسمت، به صورت تصادفی منطقه ۱۰ انتخاب شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سراها و سراهای محله منطقه ۱۰ تهران (قسمت مرکزی تهران) در سه ماه اول سال ۱۳۹۷ بود. دامنه سنی افراد جامعه ۲۵ تا ۴۵ سال و

گروه آزمایش در یک جلسه توجیهی، پس از پرکردن تعهدنامه اخلاقی و فرم مصاحبه تشخیصی محقق‌ساخته، وارد مداخله آموزشی شدند و ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای داشتند که شامل ۱۰۵ دقیقه آموزش و ۱۵ دقیقه استراحت و پذیرایی (یک جلسه در هفته) بود. جلسات آموزشی به صورت گروهی و توسط شخص پژوهشگر اجرا شد (جدول شماره ۱). محقق فنون طرح‌واره‌درمانی را در دوره‌های تخصصی آموخته و مدرک دریافت کرده بود. در این پژوهش از بسته طرح‌واره‌درمانی ۱۰ جلسه‌ای از برنامه طراحی‌شده درمان جفری یانگ در کتاب طرح‌واره‌درمانی استفاده شد [۱۷]. محل برگزاری کلاس‌های آموزشی در فرهنگ‌سرای قرآن واقع در خیابان قزوین (منطقه ۱۰ شهرداری تهران) بود. آزمون سلامت روان و کیفیت زندگی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. در نهایت داده‌های پژوهش با ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل با روش بررسی کوواریانس چندمتغییره و تی‌تست انجام گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن اختلال ملال پیش از قاعدگی؛ داشتن ۱ تا ۱۰ طرح‌واره ناسازگار؛ قرارداشتن در بازه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی. شرایط خروج از پژوهش هم عبارت بودند از: دریافت خدمات مداخله‌ای روان‌پزشکی و دارویی در طول جلسات آموزش و حضورنداشتن بیش از سه جلسه در کلاس‌های آموزشی.

در پایان به منظور پی‌گیری میزان ماندگاری اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی، پس از گذشت یک ماه مجدداً دو آزمون

حداقل سطح تحصیلات کارشناسی، بدون در نظر گرفتن وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی اقتصادی آن‌ها بود.

در این پژوهش، افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، مطابق پرسش‌نامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی و پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ فرم ۹۰ سؤال^۱ به منظور انتخاب نمونه و بر پایه مصاحبه محقق‌ساخته برای همگن‌تر شدن حجم نمونه از نظر ویژگی‌های فردی و اجتماعی انتخاب شدند. پرسش‌نامه محقق‌ساخته با راهنمایی جناب آقای دکتر حسن عشایری تنظیم شد و هدف از آن، آگاهی بیشتر از اطلاعات جمعیت‌شناختی، مسائل فرهنگی و کنترل اختلالاتی بود که به صورت هم‌بود ممکن بود وجود داشته باشد و در نتیجه پژوهش مؤثر باشد، مانند کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، افسردگی و غیره. این پرسش‌نامه را شرکت‌کنندگان تکمیل کردند.

نخست از بین ۱۳۵ پرسش‌نامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی تکمیل‌شده در فرهنگ‌سراها و سراهای محله منطقه ده شهرداری تهران، ۴۶ نفر از زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی به صورت هدفمند (با توجه به نوع اختلال در جامعه آماری) انتخاب شدند و پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (فرم ۹۰ سؤال) را تکمیل کرده و پس از مشخص شدن تعداد طرح‌واره‌های ناسازگار آن‌ها، تعداد ۳۶ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۸ نفری (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. (در هر گروه سه نفر بیشتر از تعداد معمول، برای جلوگیری از ریزش نمونه و تهدید علمی نبودن نتیجه پژوهش حضور داشتند).

1. Young Schema Questionnaire – 90 (YSQ)

جدول ۱. شرح جلسات هفتگی

اهداف و مداخلات	جلسه
آشنایی و معرفی برنامه - اجرای پیش‌آزمون	جلسه اول
آشنایی با مفاهیم اصلی پژوهش و طرح‌واره‌ها	جلسه دوم
آموزش حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار	جلسه سوم
شروع تکنیک‌های شناختی	جلسه چهارم
ادامه تکنیک‌های شناختی و در نهایت نوشتن فلش‌کارت آموزش	جلسه پنجم
شروع تکنیک‌های تجربی	جلسه ششم
ادامه تکنیک‌های تجربی و در نهایت نوشتن نامه به والدین	جلسه هفتم
تشریح روابط درمانی (میان‌فردی)	جلسه هشتم
شروع تکنیک‌های الگوکنی رفتاری	جلسه نهم
ادامه تغییر رفتارها و سبک مقابله‌ای اجرای پس‌آزمون	جلسه دهم

پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ^۴

این پرسش‌نامه آزمونی است با ماهیت چندگانه و خوداجرا که به منظور بررسی اختلالات غیرروان‌گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، در سال ۱۹۸۹ توسط گلدبرگ و هیلیر^۵ طراحی شده است. این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای نابهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده شود.

پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت روان از چهار خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها ۷ سؤال دارد. سؤال‌های هر خرده‌آزمون به ترتیب پشت سر هم آمده است. خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و خرده‌آزمون افسردگی است. نمره پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت روان بیشتر است. اعتبار پرسش‌نامه مذکور از طریق سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی، و آلفای کرونباخ بررسی شده است که به ترتیب ضرائب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ حاصل شد. برای بررسی روایی پرسش‌نامه سلامت روان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس^۶ انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود [۱۳].

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۷

این پرسش‌نامه شامل ۲۶ پرسش است که در سال ۱۹۹۶، گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل فرم ۱۰۰ سؤالی آن را ساخته‌اند و در مقیاس لیکرت پنج‌بخشی است. این پرسش‌نامه چهار حوزه سلامت جسمانی، سلامت روان کلی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را در ۲۶ رویه انسجام‌یافته اندازه‌گیری می‌کند: حوزه جسمی (۷ سؤال)، حوزه سلامت روان کلی (۶ سؤال) حوزه روابط اجتماعی (۳ سؤال) و درنهایت حوزه سلامت محیط (۸ سؤال).

این پرسش‌نامه با کمک مقیاس پنج‌نقطه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ سؤالات را ارزیابی می‌کند، ۲ سؤال هم به هیچ‌حیطه‌ای تعلق ندارد. همچنین وضعیت سلامت و کیفیت زندگی کلی فرد را می‌سنجد. دامنه نمرات پرسش‌نامه کیفیت زندگی بین ۴ تا ۲۰ است. ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت است.

اسکوبنگتون و همکاران در گزارشی از طرف گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، اعتبار این پرسش‌نامه را در بین گروه‌های نمونه‌ای از ۲۳ کشور، بیشتر از ۰/۷۰ ذکر کرده و روایی

سلامت روان و کیفیت زندگی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. به دلیل ملاحظات اخلاقی، در پایان دوره آموزش گروه آزمایش، این دوره ۱۰ جلسه‌ای برای گروه کنترل نیز برگزار شد.

ابزار پژوهش**پرسش‌نامه غربالگری علائم ملال پیش از قاعدگی^۲**

این پرسش‌نامه ۱۹ سؤال دارد و در سال ۲۰۰۳، استینر، مگ دوگال و براون^۳ آن را طراحی کرده‌اند و هدف آن بررسی علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی و تأثیر آن در زندگی افراد است. این پرسش‌نامه دو بخش دارد (بخش اول که شامل ۱۴ علائم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علائم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است). نقطه برش در این آزمون برای پیداکردن زنان مبتلا به این اختلال، عدد بزرگ‌تر از ۲۸، در مجموع است. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ است و حاکی از روایی محتوایی این پرسش‌نامه است [۱۱].

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ

در این پرسش‌نامه ۹۰ سؤالی، که یانگ در سال ۲۰۰۵ طراحی کرده، بیمار خود را بر اساس مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت بر مبنای این رتبه‌بندی می‌کند که تا چه اندازه هر سؤال وی را توصیف می‌کند. در این حالت طرح‌واره‌های ناسازگار آزمودنی‌ها در پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، محدودیت‌های مختل، با ۱۸ عنوان مشخص می‌شود. برای مشخص کردن طرح‌واره ناسازگار در گروه سؤالات مربوط به هر طرح‌واره، فرد باید بیشتر از نمره ۵ یا ۶ داشته باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در هر طرح‌واره به صورت زیر است:

محرومیت هیجانی ۰/۷۶؛ رهاسدگی ۰/۷۵؛ بی‌اعتمادی ۰/۶۵؛ انزوای اجتماعی ۰/۶۸؛ نقص/شرم ۰/۸؛ شکست ۰/۸۱؛ وابستگی / بی‌کفایتی ۰/۸۱؛ آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری ۰/۷۰؛ به‌هم‌ریختگی ۰/۶۳؛ ایثارگری ۰/۷۹؛ خودقربانی کردن ۰/۶۲؛ بازداری هیجانی ۰/۶۵؛ معیارهای سخت‌گیرانه ۰/۶۲؛ استحقاق ۰/۶۲؛ خویش‌ن‌داری/ خودانضباطی ناکافی ۰/۵۰؛ جلب توجه ۰/۷۸؛ بدبینی / نگرانی ۰/۴۸؛ تنبیه ۰/۵۹؛ انفصال و طرد ۰/۸۷؛ خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۸۶؛ دیگر جهت‌مندی ۰/۷۶؛ حد و مرزهای مختل ۰/۶۰؛ گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۵؛ نمره کل ۰/۹۴ [۱۲].

4. Genereal Health Questionnaire (GHQ-28)

5. Goldberg & Hiler

6. Middlesex Hospital

7. WHOQOL-BREF-28

2. Premenstrual Syndrome Screening Test (PSST)

3. Steiner, Macdougall & Brown

جدول ۲. نمرات سلامت عمومی در سه مرحله اندازه‌گیری، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کنترل	نشانه‌های جسمانی	۱۴/۸۲ \pm ۲/۲۹۸	۱۴/۸۰ \pm ۲/۵۸۰
	اضطراب و بی‌خوابی	۱۶/۵۹ \pm ۳/۹۳۳	۱۶/۴۷ \pm ۴/۰۴۸
	کارکرد اجتماعی	۱۳/۴۷ \pm ۳/۶۰۸	۱۴/۷۱ \pm ۳/۶۷۰
	افسردگی	۱۳/۸۸ \pm ۴/۶۲۲	۱۲/۸۸ \pm ۴/۴۱۴
	نمره کلی سلامت عمومی	۵۸/۷۶ \pm ۸/۸۱۴	۵۸/۸۸ \pm ۷/۶۳۱
آزمایش	نشانه‌های جسمانی	۱۴/۱۳ \pm ۲/۷۴۸	۱۳/۰۷ \pm ۳/۰۱۱
	اضطراب و بی‌خوابی	۱۴/۶۰ \pm ۲/۹۴۷	۱۱/۷۳ \pm ۳/۰۳۵
	کارکرد اجتماعی	۱۴/۶۷ \pm ۳/۶۳۸	۱۹/۱۳ \pm ۳/۷۵۸
	افسردگی	۱۱/۸۷ \pm ۴/۶۴۲	۸/۸۰ \pm ۲/۵۱۳
	نمره کلی سلامت روانی	۵۵/۲۷ \pm ۸/۰۲۲	۵۲/۷۳ \pm ۸/۱۷۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

آن را تأیید کرده‌اند [۱۴].

یافته‌ها

شد. پیش از انجام این آزمون، بررسی چند مفروضه آماری الزامی است. مفروضه اول بر اساس نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، سطح معناداری آماره محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵، در متغیر سلامت روان سطح معناداری ۰/۹۲۱ و در متغیر کیفیت زندگی سطح معناداری ۰/۳۱۰ است. بنابراین

به منظور بررسی اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکووا استفاده

جدول ۳. نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کنترل	نشانه‌های جسمانی	۴۷/۷۷ \pm ۱۷/۹۲۲	۴۸/۱۱ \pm ۱۵/۴۷۱
	اضطراب و بی‌خوابی	۴۱/۶۷ \pm ۱۲/۱۴۸	۴۲/۴۰ \pm ۱۲/۵۲۰
	کارکرد اجتماعی	۴۵/۵۹ \pm ۲۰/۶۴۹	۴۸/۵۳ \pm ۱۹/۵۹۶
	افسردگی	۵۵/۵۱ \pm ۱۲/۲۳۰	۵۴/۹۶ \pm ۱۳/۴۸۳
	نمره کلی سلامت عمومی	۴۹/۲۶ \pm ۲۱/۸۶۲	۵۲/۹۴ \pm ۲۰/۵۰۶
آزمایش	نشانه‌های جسمانی	۵۱/۶۷ \pm ۱۴/۹۶۳	۶۵/۲۳ \pm ۱۴/۴۴۲
	اضطراب و بی‌خوابی	۴۵ \pm ۱۱/۹۱۱	۵۷/۷۸ \pm ۱۰/۱۹۰
	کارکرد اجتماعی	۴۸/۸۹ \pm ۱۷/۴۹۹	۵۴/۴۴ \pm ۱۵/۰۶۲
	افسردگی	۵۴/۵۸ \pm ۱۵/۸۸۵	۶۰ \pm ۱۲/۸۴۱
	نمره کلی سلامت روانی	۵۵/۸۳ \pm ۱۵/۵۷۴	۶۵ \pm ۱۸/۴۲۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همسانی ماتریس کوواریانس‌هاست که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون باکس استفاده شده است. سطح معناداری آزمون باکس برابر ۰/۹۵۹ است. از آنجا که این مقدار بزرگتر از سطح معناداری ۰/۰۱ است، فرض صفر مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس‌ها برقرار است.

یکی دیگر از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌هاست که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست. از این رو فرض صفر ما مبنی بر همگنی واریانس متغیرها تأیید نمی‌شود. بدین ترتیب نتیجه می‌گیریم مفروضه دیگر آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی واریانس‌ها، برای متغیر سلامت روان با سطح معناداری ۰/۵۵۵ و برای متغیر کیفیت زندگی با سطح معناداری ۰/۲۱۷ برقرار است.

با توجه به جدول شماره ۲، میانگین نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد، ولی در گروه آزمایش شاهد کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی، همچنین افزایش نمرات کارکرد اجتماعی در پس‌آزمون و پی‌گیری، نسبت به پیش‌آزمون هستیم. با توجه به جدول شماره ۳ میانگین نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد، ولی در گروه آزمایش شاهد افزایش بیشتر نمرات در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

بحث

یافته‌های این پژوهش در دو مرحله تبیین می‌شود. مرحله اول: آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی، بر سلامت روان زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی تأثیر دارد. نتایج پژوهش نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در پایان دوره آموزش در زیرمقیاس‌هایی که سلامت روان را می‌سنجیدند، در سه مؤلفه (یعنی علائم افسردگی، علائم اضطرابی و بی‌خوابی و اختلال در کارکرد اجتماعی) بهبود چشمگیری را نشان دادند. در دوره پی‌گیری یک‌ماهه نیز این نتایج همچنان پایدار بودند.

بنا به تعاریف، علائم اضطرابی و اختلال خواب شامل مواردی است که با اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بی‌خوابی و داشتن وحشت و هراس مشخص می‌شود. اختلال در کارکرد اجتماعی گستره توانایی افراد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم‌گیری، احساس رضایت از انجام وظایف، احساس مفیدبودن و لذت‌بردن در زندگی را شامل می‌شود و

علائم افسردگی دربرگیرنده مواردی است که با احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن مرتبطند [۱۱۵]. این یافته‌ها با تعدادی از پژوهش‌ها همسوست که نشان داده‌اند طرح‌واره‌درمانی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و افزایش کارکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های پرسش‌نامه سلامت روان هستند، تأثیر دارد [۳۰-۱۱۶].

اختلال ملال پیش از قاعدگی به طور مستقیم بر خلق‌وخوی فرد و میزان اضطراب و افسردگی و کارکرد اجتماعی او در این دوران تأثیر دارد و همان طور که نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، آموزش فنون چندگانه طرح‌واره‌درمانی سبب کاهش زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و افزایش کارکرد اجتماعی افراد می‌شود.

مرحله دوم: آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تأثیر دارد. نتایج نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش در پایان دوره آموزش در زیرمقیاس‌هایی که کیفیت زندگی را می‌سنجیدند، از بین چهار مؤلفه، در دو مؤلفه سلامت روان و سلامت جسمانی، تفاوت معناداری را با گروه کنترل نشان می‌دهد و در دوره پی‌گیری یک‌ماهه مشخص شد تأثیر آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی بر ارتقای سلامت روان پایدار و بر سلامت محیط زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، مؤثر است.

طبق تعاریف، حوزه سلامت جسمی شامل فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به مواد دارویی و کمک‌های پزشکی، انرژی و فرسودگی، پویایی، درد، ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت کار است. حوزه سلامت روان کلی شامل تصویر بدنی، شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، حرمت خود، معنویت و مذهب، عقاید شخصی و تفکر، یادگیری، حافظه و تمرکز است و حوزه سلامت محیط شامل منابع مالی، آزادی، ایمنی جسمانی و امنیت، دسترسی‌پذیری و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های فراگیری مهارت‌ها و اطلاعات جدید، میزان مشارکت و فرصت فعالیت‌های تفریحی و سرگرم‌کننده، محیط فیزیکی (آلودگی، سر و صدا، ترافیک، آب و هوا) و حمل و نقل است [۱۱۳]. اثر طرح‌واره‌درمانی بر افزایش کیفیت زندگی با تعدادی از پژوهش‌ها همسوست [۳۱-۳۳].

اختلال ملال پیش از قاعدگی به دلیل تغییرات مخرب و ایجاد خلق منفی سبب سوگیری‌های تحریف‌شده، گمانه‌های نادرست و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه از حوادث اطراف می‌شود و وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نیز تفسیرها و سوگیری‌های منفی را شدت می‌بخشد. در نتیجه این افراد در خرده‌مقیاس‌های سلامت روان و کیفیت زندگی، به طور کلی نسبت به افراد فاقد اختلال و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شرایط نامناسب‌تری قرار دارند. بیشتر باورهای ناکارآمدی که در افراد گروه آزمایش مشاهده

تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرح‌واره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرح‌واره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. پس کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی افراد داشته باشد.

تکنیک‌های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک‌های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و بایادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا سازد.

تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرح‌واره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می‌شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه‌کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمده تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرح‌واره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند. که مراجع در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست. در تکنیک گفت‌وگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا می‌سازد و باعث فاصله‌گرفتن از طرح‌واره‌ها می‌شود و در نهایت احساس شفقت نسبت به فرد آسیب‌رسان در آن خاطره و سرانجام شفقت به کودک آسیب‌دیده را باعث می‌شود.

از مزایای دیگر طرح‌واره‌درمانی در تکنیک‌های تجربی اختصاصی بودن آن است، از جمله بازآفرینی نقش والدین مناسب، برای هر فرد با توجه به نوع نیاز مغفول مانده در آن خاطره. معمولاً افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، نیاز بیشتری به درک شدن، همدلی و محبت دارند. این نیازهای آن‌ها در کودکی در مقابل افراد مهم زندگی مانند والدین برطرف نشده است. با کمک تکنیک‌های تجربی، خاطرات تلخ کودکی آن‌ها مجدد بازسازی می‌شود، به صورتی که نیاز کودک در آن تصویر ذهنی با کمک درمانگر برطرف شود. فرد می‌آموزد در زندگی کنونی خویش نیز این نیازها را چگونه برطرف کند. همچنین با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان و نیازهای رفع‌نشده‌شان می‌یابند. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران هدف طرح‌واره‌درمانی کمک به رفع نیازهای

شده، از نوع باورهای فرهنگی از جمله علاقه به فرزند پسر و مردسالاری در خانواده‌ها و مانند این‌ها بود که خاطرات هیجانی آن‌ها نشان‌دهنده برطرف‌نشده نیازهایی مثل امنیت، محبت، درک، همدلی، تفریح و ابراز خود بود، این نیازهای برطرف‌نشده سبب شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار در کودکی شده و فعال‌شدن این طرح‌واره‌ها در زندگی کنونی، همچنان سبب رفع‌نشده این نیازها می‌شود.

آموزش فنون شناختی در طرح‌واره‌درمانی سبب شد‌آموزدنی‌ها متوجه شوند که از دلایل افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش کارکردهای اجتماعی در آن‌ها، صرف نظر از مسائل فیزیولوژیک، به‌خصوص در دوران اختلال، باورهای ناکارآمد آن‌هاست که با کمک تکنیک‌های شناختی در مرحله اول، آن‌ها را شناسایی و در مراحل بعد آن‌ها را به چالش کشیدند. طرح‌واره‌ها را به عنوان مؤلفه ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن، انسان‌ها می‌توانند تجربه‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته، اغلب سازگارانه است و تا جایی با اهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل‌شده کمتری نیاز دارد. این طرح‌واره‌ها به صورت گسترده منعکس‌کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود، دنیا و آینده است.

از سوی دیگر با باورهایی مثل فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، دوست‌نداشتنی بودن و شکست نفس، که از عوامل ایجادکننده استرس، اضطراب و افسردگی است، هماهنگی دارد. نتایج پژوهش نشان داد افراد گروه آزمایش، توانستند با استفاده از تکنیک‌های شناختی به فرضیه‌آزمایی طرح‌واره‌ها بپردازند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازند.

این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرح‌واره‌هایشان را ارزیابی کنند. در واقع افراد، طرح‌واره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک‌های تجربی) علیه آن بجنگند؛ یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آن‌ها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیداکردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح‌واره‌ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند. بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روان‌شناختی، ردپایی از فعال‌بودن طرح‌واره‌های خاص وجود دارد.

هیجانی بیمار است.

زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی برطرف می‌شود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌سازد، چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار اساساً به خاطر برطرف نشدن نیازهای هیجانی ایجاد می‌شود و این، از علل تأثیر آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد است [۳۴].

مهم‌ترین موضوعی که می‌توان در فرایند درمانی در مقایسه با درمان‌های متداول به آن اشاره کرد، جنبه بسیار دلسوزانه و انسانی بودن این درمان است. طرح‌واره‌درمانی به جای اینکه اختلالات روان‌شناختی را امری غیرعادی بداند، با عادی تلقی کردن آن‌ها، سعی می‌کند به تغییر و اصلاح جنبه‌های ناکارآمد و ناسازگارانه آن‌ها بپردازد و نقش مؤثری در سلامت روان و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد.

تکنیک‌های رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرح‌واره، سبک مقابله سالم‌تری را جانشین سازند. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و تسلیم می‌شود. در این حالت درمانگر و بیمار، فهرستی از رفتارهای جدید تهیه می‌کنند و در مورد مزایا و معایب هریک از آن‌ها به بحث و تبادل نظر می‌پردازند و آن‌گاه درباره چگونگی جانشین‌سازی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مشکل‌ساز به جمع‌بندی می‌رسند و سپس ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند.

مهم‌ترین دلیل شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار، برطرف‌نشدن نیازهای هیجانی است که در آموزش گروهی، در هنگام ارتباط با درمانگر و سایر اعضای گروه تا حدودی برطرف شده و در نهایت فرد می‌آموزد این نیازها را در زندگی شخصی و در رابطه با افراد مهم زندگی خود چگونه برطرف کند. اتحاد درمانی عامل مهمی در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع اتحاد درمانی مثبت با درمانگر، تجربه هیجانی تصحیح‌کننده‌ای برای بیماران فراهم می‌آورد. بنابراین ممکن است یکی از دلایل درمان مؤثر باشد. اتحاد درمانی مثبت یک محیط راحت و امن ایجاد می‌کند که در آن، بیمار برای نزدیک‌شدن به عواطف و هیجانات ترسناک خود به اندازه کافی احساس ایمنی کند. محیط امن ناشی از اتحاد درمانی، می‌تواند به بیمار اجازه دهد که کمتر تدافعی برخورد کند و به ترس‌هایی که در حالت عادی به آن‌ها فکر نمی‌کند، آگاهی پیدا کند. این محیط نه تنها به بیمار اجازه می‌دهد که به عواطف دردناک خود آگاهی پیدا کند، بلکه او را در انجام رفتارهای جدید حمایت می‌کند. در این محیط معمولاً نیازهای هیجانی فرد تقریباً با کمک درمانگر و سایر اعضای گروه برطرف شده و نوعی بازوالدینی انجام می‌گیرد.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرح‌واره‌درمانی استفاده از راهبردهای شناختی، هیجانی، تجربی و بین‌فردی به طور همزمان است که درمانگر بر حسب نیاز، هرگاه بخواهد آن‌ها را به کار می‌گیرد و همچنین در به‌کارگیری تکنیک‌ها و راهبردهای درمانی دیگر، علی‌رغم داشتن چارچوب درمانی آزاد است. در واقع درمانگر هر زمان احساس کند که بایستی از راهبردهای نظری خاصی برای تبیین و درمان استفاده کند، مجاز به استفاده از آن خواهد بود. این موارد همه بیانگر نقش آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی در کمک به بالابردن کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج آماری و مشاهدات بالینی به‌دست‌آمده از این پژوهش، آموزش فنون طرح‌واره‌درمانی به خانم‌های مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی در سطح تکنیک‌های شناختی و تجربی و بین‌فردی، تأثیر بسزایی در مسائل خلقی مانند اضطراب، افسردگی، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی و در سطح رفتاری بر نشانگان بی‌خوابی و بهبود انواع کارکردهای اجتماعی و فعالیت‌های روزمره آن‌ها مؤثر واقع شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله کد اخلاق ندارد. پژوهشگر از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح پژوهشی رضایت‌نامه کتبی دریافت کرده است و متعهد شد کلیه اطلاعات شخصی ایشان به صورت محرمانه نزد پژوهشگر محفوظ می‌ماند.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول مقاله، سارا مهدی جعفری، در گروه روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب است [۳۵]. ضمناً این مقاله هیچ‌گونه پشتیبانی مالی نداشته است.

مشارکت‌نویسندگان

تمامی بخش‌های این مقاله را نویسنده اصلی (سارا مهدی جعفری) انجام داده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Baghdassarians A, Bagheri Karimi A. Applied treatment of PMS. Tehran: The Voice of Light; 2014
- [2] Navabinejad S, Dadvandi M. [Step by step guide to the treatment of mental and physical problems in menstruation (Persian)]. Tehran: Perkas; 2013.
- [3] Armand A, Talaei A. Effect of cognitive-behavioral stress management training on reducing psychological problems and symptoms of premenstrual dysfunction in affected women (Persian)]. Journal of Women. 2012; 15(21):31-24.
- [4] Puriyamanesh L, Shahrjerdi SH, Karimizadeh Ardakani M, Ansari MA. [Relationship Between Abnormalities Between Quality of Life and Mental Health of Female Students of Faraghami University of Arak (Persian)]. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2017; 19(2):41-8.
- [5] Theofilou, P. Quality of life: Definition and measurement. Europe's Journal of Psychology. 2013; 9(1):150-62. [DOI:10. 5964/ejop. v9i1. 337]
- [6] Akbari E, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Poursharifi H, Fakhimi S, Amiri Pichakolaei A, et al. [Early maladaptive schemas and parenting styles of students who have failed in love with and without the clinical syndrome (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2012; 18(3):184-94.
- [7] Young J, Colosco J, Vishar M. Health Plan. A Guide for Clinical Practitioners. [H Hamidpour, Z Andouz, Persian Trans.]. Tehran: Arjmand; 2012.
- [8] Sayadi G, Golmohammadian M, Rashidi A. [The effectiveness of schema therapy on the undermining of teenager girls of divorce families (Persian)]. Journal of Clinical Psychology Researches and Advice of Ferdowsi University of Mashhad. 2017; 7(1):1-8
- [9] Ramazanpour F, Bahri N, Fathi Najafi T. [Status and severity of premenstrual syndrome and its relationship with the personal and social characteristics of Gonabad students (Persian)]. Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology and Infertility. 2015; 18(169):21-8.
- [10] Hallgin R, Whitburne P, Cross S, Seyyed Mohammadi Y. [Psychological pathology, clinical perspectives on psychiatric disorders (Persian)]. Tehran: Ravand; 2013.
- [11] Siahbazi SH, Hariri F, Montazeri A, Moghadam L. [Standardization of PSST Screening Questionnaire (Persian)]. Iranian Translations and Psychometrics. 2011; 10(4):422-7.
- [12] Young JV, Klosko J, Wiershaar M. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003. [DOI:10. 1007/s11630-003-0064-2]
- [13] Taghavi SMR. Validity and validity of General Health Questionnaire (Persian)]. Journal of Psychology; 5(4):381-98.
- [14] Nejat SN. [Quality of life and measurement (Persian)]. Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 4(2):5-7.
- [15] Aminpour H, Zare H. Application of psychological tests. Tehran: Payame Noor University; 1395
- [16] Malekpour Dehkordi E. [The effect of schematic therapy on depression depression, ineffective attitude and negative self-concept in students (Persian)] [MSc. thesis]. Payame Noor University, Tehran, Isfahan University of Medical Sciences.
- [17] Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi MR, Sadeghi Oteja AH. [The effectiveness of schema therapy on chronic depression in students (Persian)]. Journal of Behavioral Sciences Research. 2012; 10(4):285-91.
- [18] Tabatabaeibarzaki S, Sohrabi S. [The effectiveness of training schema therapy's experiential techniques on the depressed persons' schemas (Persian)]. Counseling Culture and Psychotherapy. 2012; 3(11):75-86.
- [19] Majid Saffarinia, Hossein Zare, Jahangir Karami, Zahra Solgi. [The efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating students' social anxiety disorder (Persian)]. Pajoohande. 2014; 19(4):211-8.
- [20] Amirahmadi M, Razeghi N, Aghae H. [Comparing the effectiveness of neurofeedback and schematherapy on symptoms of depression in depressed women in Tehran (Persian)]. Neuropsychology. 2016; 1(3):97-114.
- [21] Asefi R, Alipour A, Safari Nia M. [Comparison of the effectiveness of therapeutic spirituality and schema therapy on depression of students (Persian)]. Ravanshenasi. 2016; 9(2):27-42.
- [22] Hemmati Sabet Vahid, Rouhani Shahrakestani N, Hemmati Sabet A, Panah Mohammad A. [The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamedan City aged 17 to 18 years (Persian)]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2016; 3(2):82-93.
- [23] Homayoun M. [The effectiveness of schema therapy on the treatment of general anxiety disorder (Persian)] [MSc. Thesis]. Islamic Azad University of Marvdasht; 2017.
- [24] Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. [The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression (Persian)]. Armaghan-e Danesh. 2018; 23(2):253-66.
- [25] Hosseini Fard SM. [Depression, despair, initial maladaptive schemes, increased self-esteem and self-esteem (Persian)] [PhD. dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2018.
- [26] Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004; 18(5):467-78. [DOI:10. 1521/pedi. 18. 5. 467. 51325] [PMID]
- [27] Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. Cognitive Therapy and Research. 2007; 31(5):639-57. [DOI:10. 1007/s10608-006-9100-3]
- [28] Hawke LD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2011; 25(4):257-79. [DOI:10. 1891/0889-8391. 25. 4. 257]
- [29] Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Zervas I. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014; 45(3):319-29. [DOI:10. 1016/j. jbt. 2014. 02. 003] [PMID]
- [30] Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Framp-ton CM, et al. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018; 52(9):887-97. [DOI:10. 1177/0004867417750756] [PMID]

- [31] Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; 45(2):242-51. [DOI:10.1016/j.jbtep.2013.11.004]
- [32] Mohammad Nezhady B, Rabiei M. The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine*. 2015; 4(3):179-90.
- [33] Rahimghaee F, Hatamipour K, Ashoori J. [The effect of group schema therapy on symptoms of depression and quality of life among nurses (Persian)]. *Journal of Nursing Education*. 2017; 6(23):17-23. [DOI:10.21859/jne-06033]
- [34] Kellogg SH, Young JE. [Schema therapy for borderline personality disorder (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(4):445-58. [DOI:10.1002/jclp.20240] [PMID]
- [35] Mohtadi Jafari S, Ashayeri H, Banisi P. [The effectiveness of teaching schema therapy techniques in mental health and quality of life of women with premenstrual dysphoric disorder (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Islamic Azad University; 2018.

This Page Intentionally Left Blank
