

Effectiveness of Schema Therapy on Frustration Tolerance and Bullying of 13- to 14-Year-Old Adolescents Living in Tehran City, Iran

*Alinejad S¹, Azizi M², Demehri F³

Author Address

1. MSc in Clinical Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. PhD Student in General Psychologist, Science and Arts University, Yazd, Iran;
3. PhD in Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.

*Corresponding Author's Email: Pysamirlinejad@gmail.com

Received: 2019 October 21; Accepted: 2020 February 15

Abstract

Background & Objective: Adolescents is a large group of population that plays a vital role in the future of the society, its overall growth, and development. The social and psychological evolutions of this period require independence, personality development, freedom seeking, and acceptance by the peers. If these traits are ignored during adolescence, there will be a risk of many unhealthy behaviors. One of these unhealthy and dangerous behaviors is the occurrence of abnormalities such as deliberate self-harm and the occurrence of all kinds of personal or bullying violence. In recent years, many studies have been conducted on the types of violence, such as deliberate self-harm, personal violence, or bullying. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Schema Therapy on reducing frustration and bullying in 13 to 14 years old adolescents living in Tehran City, Iran.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of high school male students studying in Tehran in 2018-19 academic year. The samples were collected by available sampling method. The statistical population of the study comprised 2500 male high school students in three districts of Tehran. In the first stage of sampling, 20 districts of Tehran were randomly selected. A total of 47 students had symptoms of bullying and frustration tolerance among which 30 were randomly selected. Then, 30 individuals who achieved the highest score in bullying and the lowest score in frustration tolerance were randomly assigned into two groups of experimental and control groups (15 boys in each group). The experimental group received 10 sessions of 60-minute Schema Therapy, while the control group received no training. Then the posttest was taken from both groups to compare the results of the two groups. A questionnaire was used to collect the data. With regard to nature and selection of research variables, the inclusion and exclusion criteria were determined. The inclusion criteria were not having mood disorders and hyperactivity, epilepsy, or severe mental disorders. The exclusion criteria were not attending the Schema Therapy sessions. The measurement tools were the Illinois bullying Questionnaire (2001 version) and Harrington's Failure Tolerance Questionnaire (2005). The questionnaire is scored on a 5-point Likert scale from 1=strongly agree to 5=strongly disagree. The content validity and reliability of questionnaires were assessed using the Cronbach alpha coefficient. Descriptive and inferential statistics such as covariance analysis were used to analyze the data and compare the mean difference. The data analyses were done in SPSS version 21 and all test were considered significant at $p < 0.005$.

Results: First, the normality of the data distribution was checked and confirmed using the Kalmogorov-Smimov statistical test. The results of the M-box test also indicated the assumption of homogeneity of the variance-covariance matrices. Also, Bartlett's sphericity test indicated the existence of sufficient correlation between dependent variables. The assumption of homogeneity of variances in research variables was also confirmed using Levine's test; Therefore, all the assumptions of the statistical test of multivariate covariance analysis (Mancova) are valid and this test can be used for data analysis. The mean scores of the post-test of bullying and frustration tolerance in the subjects of the experimental group decreased compared to the mean scores of their pre-test; While the difference between the mean scores of the pre-test and post-test of the control group was insignificant. Schema therapy significantly reduced the mean of bullying ($p < 0.001$ and $F = 43.88$) and frustration tolerance ($p < 0.001$ and $F = 26.63$) in the post-test phase; So that 46% of bullying changes and 25% of failure tolerance changes were due to the effect of schema therapy.

Conclusion: The results showed that fracture tolerance increased in experimental group under the influence of Schema Therapy training. Schema therapy training is effective in increasing adolescent frustration. Also, under the influence of therapeutic schema training, adolescent bullying has decreased in the experimental group, we conclude that therapeutic schema training is effective in reducing adolescent bullying by 17 to 18 years.

Keywords: Schema therapy, Failure tolerance, Bullying, Teenagers.

اثر بخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ناکامی و قلدری نوجوانان پسر ۱۳ تا ۱۴ ساله شهر تهران

*سمیرا علینژاد^۱، مهدیه عزیزی^۲، فرنگیس دمهری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۲. دانشجو دکتری، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۳. دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: Pysamiralinejad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۹ مهر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: امروزه نوجوانان نقش مهمی در پویایی و تداوم حیات نظام اجتماعی و رشد و توسعه همه جانبه آن دارند. پژوهش حاضر با هدف «بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ناکامی و قلدری نوجوانان پسر ۱۳ تا ۱۴ ساله شهر تهران» انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم منطقه ۱۴ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای سی نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. دانش‌آموزان گروه آزمایش ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی دریافت کردند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه قلدری ایلی‌نویز نسخه ۲۰۰۱ و پرسشنامه استاندارد تحمل ناکامی هارینگتون نسخه ۲۰۰۵ بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. همچنین علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، از روش آماری تحلیل کوواریانس، برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده گردید.

یافته‌ها: طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش میانگین قلدری ($F=43/88$ و $p<0/001$) و تحمل ناکامی ($F=26/63$ و $p<0/001$) دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شد؛ به‌طوری‌که ۴۶ درصد تغییرات قلدری و ۲۵ درصد تغییرات تحمل ناکامی ناشی از تأثیر طرحواره‌درمانی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت طرحواره‌درمانی در کاهش قلدری و افزایش تحمل ناکامی دانش‌آموزان پسر مؤثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این شیوه درمانی در مدارس و مراکز تربیتی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، تحمل ناکامی، قلدری، نوجوانان.

نوجوانی دوره‌ای شناختی، زیستی، فیزیولوژیک و گذرای اجتماعی و روانی است که شامل محدوده سنی ۱۰ تا ۱۹ سال می‌شود. تحول‌های اجتماعی-روانی این دوره نیاز به استقلال، شکل‌گیری شخصیت، آزادی‌طلبی، و پذیرش توسط هم‌سالان دارد. در صورتی که این دگرگونی‌ها در دوره نوجوانی نادیده گرفته شود، احتمالاً نوجوان به بسیاری از رفتارهای ناسالم گرفتار خواهد شد. یکی از این رفتارهای ناسالم و خطرناک روی دادن رفتارهای نابهنجار مانند آسیب‌های عمدی به خود و بروز انواع خشونت‌های فردی یا قلدری است (۱).

قلدری با «آسیب عمدی به خود به صورت رفتارهایی که فرد ماهرانه قصد آسیب به خود را دارد و در آن انگیزه خودکشی و انحراف جنسی وجود نداشته باشد»، تعریف می‌شود. این رفتارها می‌تواند فیزیکی یا کلامی باشد. یک خصیصه قلدری این است که فرد، نسبت به همسالانش، مرتکب رفتارهای ناهنجار شود. در واقع این پدیده نوعی رفتار واکنشی به بزرگسالان، معلمان، والدین و صاحبان قدرت است (۲). در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری بر روی انواع خشونت از نوع آسیب‌های عمدی به خود و به دیگران یا قلدری صورت گرفته است (۳،۴). مطالعات بر روی روند این نوع خشونت‌ها نشان می‌دهد که منشأ شکل‌گیری این نوع رفتارها، کاهش تحمل ناکامی است که در دوره نوجوانی رخ می‌دهد (۳،۵). اکثراً افرادی که مرتکب قلدری می‌شوند، نگرش بسیار مثبتی به پرخاشگری دارند و به‌طور کلی در مقایسه با نوجوانان معمولی، بیشتر اقدام به چنین خشونت می‌کنند. به‌علاوه این‌که از ویژگی‌های مهم آن‌ها، برانگیختگی و احساس نیاز شدید به تسلط بر دیگران است. آن‌ها همدلی اندکی با قربانی خود دارند (۲).

زمینه‌سازهای مشترک برای قلدری که در نوجوانان مشاهده شده، ناکامی و دیگر اشکال عواطف منفی مانند تحریک‌پذیری، غم و افسردگی است. تحمل ناکامی زمانی صورت می‌پذیرد که شخص نتواند به هدف مطلوب خود برسد و این پدیده پیچیده‌ای از انگیزش است. تا کسی برانگیخته نباشد ناکام نمی‌شود. زیادبودن تحمل ناکامی برای سلامتی روانی افراد بسیار حائز اهمیت است (۶).

طبق یافته‌های هارینگتون (۷) عدم تحمل ناکامی‌های هیجانی، علائم مثبتی برای پیش‌بینی افسردگی هستند. واکنش نوجوانان در مقابل ناکامی‌ها به‌صورت یکسان نیست. برخی در مقابل ناکامی، اختلال رفتاری از خود نشان می‌دهند؛ عده‌ای دچار بی‌تفاوتی و بعضی دچار درماندگی و افسردگی می‌شوند. با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و تبعات ناشی از رفتار قلدرانه و عدم تحمل ناکامی در نوجوانان، یافتن نوع درمان، امری مهم تلقی می‌شود. تاکنون درمان انتخابی برای این مشکل رفتاری، درمان شناختی-رفتاری بوده است.

یکی از نسل‌های جدید روان‌درمانی که امروزه انجام می‌پذیرد، طرحواره‌درمانی است. طرحواره شامل استفاده کردن از الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و به‌شدت ناکارآمد هستند (۸). از طرحواره‌درمانی به‌عنوان

درمان روان‌شناختی با تأکید فراوان بر تجارب دوران کودکی و آسیب‌شناختی شخصیتی یاد شده است. بین تجربیات اولیه این دوران و ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه‌ای وجود دارد (۹). این طرحواره‌ها یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری‌پذیری ارثی اختلالات روانی هستند. ارضانشدن نیازهایی مانند دلبستگی ایمن به دیگران، نیاز به امنیت، محبت و پذیرش و ثبات و ارضای بیش از اندازه خودانگیختگی و تفریح و عدم محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری، منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود (۱۰). در تحقیق تاشکه و همکاران (۹) مشاهده شد که طرحواره‌درمانی بر کاهش قلدری و افزایش پذیرش اجتماعی نوجوانان دچار استرس، تأثیر دارد. همچنین، طرحواره‌درمانی بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتمادبه‌نفس، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش عدم تحمل ناکامی، کاهش افکار خودکشی‌گرایانه، کاهش افت تحصیلی، تقویت ارتباط بین فردی در رفتارهای سالم و مفید اجتماعی، کاهش سوء‌مصرف مواد مخدر و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی، مؤثر است (۱۱). با توجه به ضرورتی که در زمینه ایجاد ایمنی روانی، پیشگیری از قلدری و عدم تحمل ناکامی در نوجوانان احساس می‌شود، خلأ پژوهشی قابل ملاحظه‌ای در این زمینه وجود دارد. چراکه مطالعات پژوهشی انجام گرفته در حوزه روان‌شناسی فردی قلدری و تحمل ناکامی، از حد کارهای توصیفی فراتر نرفته‌اند. بنابراین در راستای احساس نیاز به استفاده از برنامه‌ای با حیطه مداخلاتی گسترده‌تر در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی افراد، استفاده از طرحواره‌درمانی و تأثیر آن بر قلدری و تحمل ناکامی در دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۴ سال هدف این تحقیق قرار گرفت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و گواه و با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم منطقه ۱۴ شهر تهران بود که در سال ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ به این صورت که ابتدا از میان دبیرستان‌های پسرانه منطقه ۱۴ شهر تهران به‌طور تصادفی یک دبیرستان انتخاب شد. در مرحله دوم از میان کلاس‌های پایه دوم این دبیرستان مجدداً دو کلاس (همه دانش‌آموزان) به‌عنوان نمونه، انتخاب شدند. سپس مقیاس‌های قلدری ایلی نویز^۱ (۲۰۰۱) و تحمل ناکامی هارینگتون^۲ (۲۰۰۵) بین دانش‌آموزان دو کلاس به اجرا در آمد. در نهایت، سی نفر از کسانی که ملاک‌های ورود (عدم ابتلا به اختلال سلوک و بیش‌فعالی، عدم ابتلا به بیماری صرع و اختلالات شدید روان‌پزشکی) و بیشترین نمره در قلدری و کمترین نمره در تحمل ناکامی را به دست آورده بودند، به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایش و گواه، قرار گرفتند. گروه آزمایش، آموزش طرحواره‌درمانی را طی ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه به‌منظور آنالیز داده‌ها پس‌آزمون

1. Illinois. Bully Scale

2. Harrington Frustration tolerance

گرفته شد.

($r=0/38$) بود؛ بنابراین، ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های مقیاس تحمل ناکامی، مطلوب و رضایت‌بخش بود که نشان از روایی هم‌سانی درونی مقیاس داشت. نتایج ضرایب آلفای کرونباخ نیز نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی‌ها $0/84$ ، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی $0/50$ ، عدم تحمل ناراحتی $0/61$ ، مؤلفه پیشرفت $0/52$ و مؤلفه استحقاق $0/71$ است (۱۴). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه $0/84$ ، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی $0/69$ ، مؤلفه عدم تحمل ناراحتی $0/65$ ، پیشرفت $0/68$ ، و استحقاق $0/78$ به دست آمد.

مداخله استفاده‌شده در این پژوهش طحرواره‌درمانی بود که طی ده جلسه شصت دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. طحرواره‌درمانی الگویی برگرفته از الگوی پیشنهادی یانگ و همکاران (۸) است که رویکردی درمانی در روان‌شناسی است و برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور دو، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مانند بیماری‌هایی که به سایر درمان‌ها مثل درمان کلاسیک شناختی-رفتاری پاسخ ندهاند یا بازگشت علائم را دارند، به کار می‌رود. روایی محتوای جلسات طحرواره‌درمانی از سوی پنج تن از صاحب‌نظران رشته روان‌شناسی تأیید شد. طحرواره‌درمانی بر روی گروه آزمایش و طی ده جلسه شصت دقیقه‌ای اجرا شد. محتوای مداخله به شرح زیر بود:

جلسه اول: ایجاد اعتماد و درک مشکل اعضا، چگونگی شکل‌گیری این مشکل و آموزش مفهوم طحرواره و طحرواره‌درمانی؛ جلسه دوم: نحوه تکمیل‌کردن پرسش‌نامه‌ها، آموزش در زمینه ارتباط بین طحرواره‌درمانی، قلدری و تحمل ناکامی و شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین؛ جلسه سوم: شناخت و برانگیختن طحرواره‌ها، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی، از جمله، همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طحرواره نقش داشته‌اند؛ جلسه چهارم: بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه و بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای؛ جلسه پنجم: جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده بر طحرواره، طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طحرواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طحرواره؛ جلسه ششم: گفتگوی طحرواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی نوجوان برای جنگیدن علیه طحرواره‌ها و فاصله‌گرفتن از طحرواره؛ جلسه هفتم: نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت‌وگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی؛ جلسه هشتم: آموزش شیوه درست ابراز قلدری و کنترل ناکامی که این کار هسته اصلی درمان است. جلسه نهم و دهم: بررسی روش‌های مؤثر در تحمل ناکامی، حین انجام کارها، براساس طحرواره‌خویش‌داری و نبود خودانضباطی، انجام اقدامات لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون (۸).

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین و انحراف‌معیار (در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون) استفاده گردید. پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس، به‌منظور مقایسه

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) و قلدری ایلی نوز (۲۰۰۱) استفاده شد. مقیاس قلدری ایلی نوز برای کودکان، توسط اسپلاگه و هولت^۱ (۲۰۰۱) استانداردسازی شد (۱۲) که شامل هجده گویه و سه بُعد (قلدری، نزاع و قربانی) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس شاخصی پنج درجه‌ای از نوع لیکرت با دامنه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (۷ بار یا بیشتر) صورت می‌گیرد. هر بُعد نمره جداگانه‌ای دارد. نمره بالا در هر مقیاس بیانگر بروز بیشتر همان‌گونه رفتار در آزمودنی است. به‌منظور استفاده از مقیاس قلدری ایلی نوز، ابتدا نسخه انگلیسی مقیاس به فارسی ترجمه شد و پس از آن برگردان فارسی مقیاس به وسیله یک نفر از متخصصان زبان انگلیسی با متن اصلی مطابقت داده شد. بدین ترتیب پس از چند مرحله بازبینی و اعمال تغییرات، فرم فارسی مقیاس، برای پژوهش آماده شد. شوجا و آتا (۱۳) در پژوهشی به بررسی ساختار عاملی و ویژگی روان‌سنجی این مقیاس پرداختند. این محققان ساختار سه عاملی مقیاس مذکور را با تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی، تأیید کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ را نیز برای این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن به ترتیب $0/89$ ، $0/82$ ، $0/73$ و $0/81$ به دست آوردند که نشان دهنده پایایی مطلوب این ابزار است. در این پژوهش جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی محتوایی استفاده شده که براساس آن، سؤالات اولیه پرسشنامه در اختیار پنج تن از صاحب‌نظران رشته روان‌شناسی قرار داده شد و بعد از اعلام نظر و اصلاحیه‌های مربوطه، در قالب پرسشنامه نهایی تدوین گردید. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس، ضریب آلفا $0/83$ و برای هر یک از ابعاد قلدری $0/85$ ، نزاع $0/76$ ، و قربانی $0/84$ ، به دست آمد.

پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) به‌منظور سنجش میزان تحمل ناکافی فرد در رسیدن به اهداف، طراحی و تدوین شده است (۷) و برای اولین بار در ایران توسط بابارئسی و علیمهدی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد (۱۴). این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال و شامل چهار مؤلفه عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، پیشرفت و استحقاق می‌باشد که براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (از ۱ = کاملاً موافقم تا ۵ = کاملاً مخالفم)، به سنجش تحمل ناکامی می‌پردازد. نمرات کم نشان‌دهنده تحمل ناکامی بیشتر آزمودنی است. پایایی این پرسشنامه، توسط سازنده آن، به روش آلفای کرونباخ $0/94$ محاسبه شد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، شاخص‌های مقیاس تحمل ناکامی بر روی عوامل از قبل طراحی‌شده توسط سازنده آن، بار عاملی بیشتر از $0/30$ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً برابر $0/04$ است؛ بنابراین پرسشنامه با چهار عامل از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های تحمل ناکامی، با نمره کل مقیاس بیشتر از $0/38$ و در سطح $0/05$ معنادار می‌باشند (۷). در پژوهش بابارئسی و علیمهدی، روایی هم‌سانی درونی مقیاس تحمل ناکامی محاسبه شد. نتایج نشان داد که بیشترین همبستگی بین مؤلفه استحقاق با نمره کل مقیاس تحمل ناکامی مثبت ($r=0/89$) و کمترین همبستگی بین مؤلفه پیشرفت با عدم تحمل ناکامی مثبت

¹. Espelage & Holt

تفاضل میانگین (پس آزمون-پیش آزمون) نمرات دو گروه آزمایش و گواه، از تحلیل کواریانس در سطح ۰/۰۵ استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها و نیز هویت آن‌ها در تمام یادداشت‌ها و گزارش‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ضمن پاسخ به تمام سؤالات در مورد پژوهش، به آن‌ها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش در صورت تمایل در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند.

۳ یافته‌ها

با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در این پژوهش و انتخاب و جای‌گذاری آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه، از ۱۵ آزمودنی در گروه‌های آزمایش و گواه استفاده شد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای قلدري و تحمل ناکامی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه، به همراه نتایج آنالیز کواریانس چندمتغیری در جدول ۱ گزارش شده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۱، میانگین نمره‌های قلدري و تحمل ناکامی، پیش از مداخله و پس از مداخله گزارش شده است. میانگین نمرات پس‌آزمون قلدري و تحمل ناکامی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با میانگین نمرات پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافت؛ درحالی‌که تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه ناچیز بود. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها در گروه آزمایش، از آزمون آنالیز کواریانس استفاده شد.

ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کالموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون ام-باکس نیز بیانگر مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود. همچنین در آزمون کرویت بارتلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود. مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش نیز با استفاده از آزمون لوین تأیید شد؛ بنابراین تمام مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای قلدري و تحمل ناکامی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج آنالیز کواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
قلدري	آزمایش	۱۵۸/۶۰	۲۹/۲۳	۹۶/۰۷	۱۵/۸۷	۴۳/۸۸	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۶۲/۸۰	۲۷/۲۲	۱۶۴/۷۰	۳۲/۷۸		
تحمل ناکامی	آزمایش	۵۲/۹۳	۱۲/۱۵	۳۱/۴۰	۱۰/۲۳	۲۶/۶۳	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۷/۸۰	۱۲/۱۷	۴۸/۰۷	۱۲/۹۳		

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری ملاحظه شد که گروه آزمایش با گروه گواه، حداقل در یکی از متغیرهای قلدري یا تحمل ناکامی تفاوت معناداری داشتند ($p < 0/001$). به‌منظور پی‌بردن به این که تفاوت در کدام یک از متغیرها، وجود دارد، از آزمون آماری آنالیز کواریانس تک‌متغیری استفاده شد. بر اساس یافته‌ها در جدول ۱، با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش و با حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمرات بین متغیرهای مذکور (قلدري و تحمل ناکامی) در دو گروه آزمایش و گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون معنادار بود ($p < 0/001$). در واقع آموزش طرحواره‌درمانی سبب کاهش قلدري و عدم تحمل ناکامی در نوجوانان شد. با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد ۴۶ درصد تغییرات قلدري و ۲۵ درصد تغییرات تحمل ناکامی از شرکت آزمودنی‌ها در برنامه طرحواره‌درمانی ناشی می‌شود.

۴ بحث

یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث کاهش قلدري و افزایش تحمل ناکامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران شد. این یافته، در زمینه کاهش قلدري با پژوهش‌های تاشکه و همکاران (۹)، تلادوس و همکاران (۱۵) و گلادن و همکاران (۱۶)، همسو بود. تحقیقات آن‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی با افزایش عزت‌نفس و کنترل پرخاشگری نوجوانان ارتباط دارد. همچنین، آموزش طرحواره‌ها بر

ایجاد منبع کنترل درونی و کاهش قلدري مؤثر هستند. آلبا و همکاران (۱۷) معتقدند که طرحواره‌درمانی به کاهش قلدري و تقویت روابط می‌انجامد. با بهبود این طرحواره‌ها افکار خودکار منفی و نیز برداشت‌های نادرست از دیگران کاهش می‌یابد. رویدادهای دوران کودکی، سبک فرزندپروری و ویژگی‌های خلق‌وخوی کودک در ابتدای افراد به قلدري نقش دارد. حال با توجه به اینکه طرحواره‌درمانی برخلاف درمان‌های شناختی-رفتاری بر دوران کودکی تمرکز می‌کند، اثربخشی این درمان بر کاهش علائم قلدري تعجب‌برانگیز نیست. در فرایند درمان فرد با هیجان‌ات خود روبه‌رو می‌شود و نسبت به آن‌ها شناخت پیدا می‌کند؛ به همین دلیل می‌تواند در هنگام بروز شرایط قلدري، بر رفتار خود نظارت و کنترل داشته باشد. در فرایند طرحواره‌درمانی، فرد از قبل در شرایط مواجهه قرار می‌گیرد و تمرین هیجانی لازم را دارد؛ بنابراین زمانی که در شرایط نزاع یا درگیری قرار می‌گیرد، می‌تواند رفتار خود را کنترل کند (۵). نوجوانان دارای اختلال استرس پس از آسیب، به دلیل دارا بودن برخی طرحواره‌های هیجانی، در مواجهه با شرایط بروز این هیجان‌ات، دست به رفتار قلدري یا قربانی‌شدن می‌زنند که در جلسات درمان طرحواره‌درمانی به‌دلیل مواجهه‌سازی و شناسایی این هیجان‌ات و طرحواره‌ها می‌تواند در کاهش رفتار قلدري مؤثر واقع شود (۱۸).

رفتاری، واقعیت‌درمانی، معنویت‌درمانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر، اینکه این پژوهش در سایر گروه‌های سنی و با سایر ابزارهای پژوهشی انجام شود؛ تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر روش طرحواره‌درمانی گروهی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین مسئولان از روش طرحواره‌درمانی، که روش نسبتاً ارزانی است، برای افزایش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی و کاهش ویژگی‌های منفی روان‌شناختی استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی می‌توان بیان کرد که آموزش طرحواره‌درمانی بر افزایش تحمل ناکامی و کاهش قلدری پسران مقطع دوم متوسطه شهر تهران تأثیر داشت. بدین‌صورت که طرحواره‌درمانی با به‌کارگیری راهبردهای تجربی آگاهانه، زنجیره بین‌باور شناختی و باور هیجانی را گسسته و از این طریق سبب می‌شود که فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را شناسایی کند. این آگاهی سبب می‌شود تا نوجوانان با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر عواطف خود را مدیریت کرده و سطح قلدری و عدم تحمل ناکامی در آنان کاهش یابد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، از جمله مادران نوجوانان مقطع متوسطه شهر تهران و مسئولان مدارس آن‌ها، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علم و هنر یزد بوده است. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها و نیز هویت آن‌ها در تمام یادداشت‌ها و گزارش‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ضمن پاسخ به تمام سؤالات در مورد پژوهش، به آن‌ها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش در صورت تمایل در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند.

تواضع منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

در مورد تأثیر طرحواره‌درمانی بر عدم تحمل ناکامی جاهد^۱ کنترل اضطراب را اساس سازگاری و تحمل ناکامی می‌داند (۱۹). در همین راستا دادومو و همکاران (۲۰) نیز آموزش طرحواره‌درمانی را در درمان تنظیم هیجان مؤثر دانستند که به تحمل ناکامی و جلوگیری از پرخاشگری در فرد کمک می‌کند. سیمپسون و اسمیت (۷) در تبیین این یافته‌ها بیان کردند که طرحواره‌درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند. در این مدل رد پای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین‌فردی از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. بیمارانی که دارای نشانه‌های عدم تحمل ناکامی هستند، به نظر می‌رسد از طرحواره‌های استحقاق و تنبیه رنج می‌برند. در این رویکرد به آن‌ها کمک می‌شود تا طرحواره‌های ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آن‌ها شده است از جمله اجتناب، تسلیم و جبران افراطی آگاه شوند (۷).

تکنیک‌های شناختی به بیمار کمک می‌کند تا با زیرسؤال‌بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد. در اثر کاربرد این تکنیک‌ها، نوجوانان طرحواره را به‌عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با شواهد عینی و تجربی بر علیه آن بجنگند. آموزش راهبردهای شناختی و تجربی به فرد کمک می‌کند از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و درستی آن را ارزیابی کند؛ بنابراین با کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با عدم تحمل ناکامی، این ویژگی نیز در افراد کاهش پیدا می‌کند (۲۱). آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی به بیماران در به‌آگاهی درآوردن این طرحواره‌های ناسازگار و همچنین به چالش کشیدن آن‌ها نقش مؤثری دارد و باعث بهبود طرحواره‌ها در فرد می‌شود. طرحواره‌ها وقتی بهبود می‌یابند، از میزان فعال‌شدن و شدت عاطفه همراه با آن کاسته می‌شود. همچنین زمان فعال‌سازی آن‌ها در ذهن نیز زیاد به طول نمی‌انجامد. بهبود طرحواره‌ها یک دسته تغییرات رفتاری به دنبال خواهد داشت و فرد به محرک‌های برانگیزاننده طرحواره، به شیوه‌ای سالم پاسخ می‌دهد و نگرش آنان نسبت به خودشان و محیط اطرافشان مثبت‌تر می‌شود (۱۱). با توجه به تأثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش قلدری و افزایش تحمل ناکامی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، برای بررسی تداوم تأثیر روش طرحواره‌درمانی، استفاده شود. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی طرحواره‌درمانی را با سایر روش‌های درمانی گروهی، مثل درمان فراشناختی، شناختی-

References

1. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*. 2012;379(9812):236–43. doi:[10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
2. Poorseyed SR, Alizadeh H, Kazemi F, Borjali A, Farrokhi NA. The effect social interest training on lifestyle in bullying and victim adolescences. *Positive Psychology Research*. 2016.2(3):1–20. doi:[10.22108/PPLS.2016.21517](https://doi.org/10.22108/PPLS.2016.21517)
3. Wan YH, Hu CL, Hao JH, Sun Y, Tao F-B. Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(10):517–25. doi:[10.1007/s00787-011-0213-1](https://doi.org/10.1007/s00787-011-0213-1)
4. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimization and risk of self-harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:e2683–e2683. doi:[10.1136/bmj.e2683](https://doi.org/10.1136/bmj.e2683)

¹. Jahoda

5. Cakiroglu E. The teaching efficacy beliefs of pre-service teachers in the USA and Turkey. *Journal of Education for Teaching*. 2008;34(1):33–44. doi:[10.1080/02607470701773457](https://doi.org/10.1080/02607470701773457)
6. Jolliffe D, Farrington DP. Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Journal of Adolescence*. 2011;34(1):59–71. doi:[10.1016/j.adolescence.2010.02.001](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.02.001)
7. Harrington N. The frustration discomfort scale: development and psychometric properties. *Clin Psychol Psychother*. 2005;12(5):374–87. doi:[10.1002/cpp.465](https://doi.org/10.1002/cpp.465)
8. Renner F, Arntz A, Peeters FPML, Lobbestael J, Huibers MJH. Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016;51:66–73. doi:[10.1016/j.jbtep.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001)
9. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York/ London: Guilford; 2006.
10. Tashkeh M, Davazdahemamy MH, Bazani M, Shahhoseini M, Mostafalo T. The effectiveness of emotional schema therapy on social acceptance and bullying behavior in teenagers with post-traumatic stress disorder. *Journal of Health Research*. 2019;4(2):88–95. [Persian] doi:[10.29252/hrjbaq.4.2.88](https://doi.org/10.29252/hrjbaq.4.2.88)
11. Simpson S, Smith E, editors. *Schema therapy for eating disorders: theory and practice for individual and group settings*. London/ New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2020.
12. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi HA. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(24):1–28. [Persian] doi:[10.22054/JCPS.2016.6512](https://doi.org/10.22054/JCPS.2016.6512)
13. Espelage DL, Holt MK. Bullying and victimization during early adolescence: peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*. 2001;2(2–3):123–42. doi:[10.1300/J135v02n02_08](https://doi.org/10.1300/J135v02n02_08)
14. Shujja S, Atta M. Translation and validation of Illinois bullying scale for Pakistani children and adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*. 2011;9:79–82.
15. Babaraeisi M, Alimahdi M. Etebaryabiye porseshnameye tahamol e nakami [Validation of failure tolerance questionnaire]. Tehran: Azmoonyar Pooya Pub; 2013. [Persian]
16. García-Sancho E, Salguero JM, Fernández-Berrocá P. Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. *Personality and Individual Differences*. 2016;89:143–7. doi:[10.1016/j.paid.2015.10.007](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.007)
17. Gladden RM, Vivolo-Kantor A, Hamburger M, Lumpkin C. *Bullying surveillance among youths: uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and US Department of Education; 2014.
18. Alba J, Calvete E, Wante L, Van Beveren ML, Braet C. Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*. 2018;42(1):24–35. doi:[10.1007/s10608-017-9874-5](https://doi.org/10.1007/s10608-017-9874-5).
19. Kennedy A, Rogers A, Bowen R, Lee V, Blakeman T, Gardner C, et al. Implementing, embedding and integrating self-management support tools for people with long-term conditions in primary care nursing: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(8):1103–13. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2013.11.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.008)
20. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011;25(4):257–76. doi:[10.1891/0889-8391.25.4.257](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257)
21. Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical applications. *Front Psychol*. 2016;7:1–16. doi:[10.3389/fpsyg.2016.01987](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987)
22. Dryman MT, Gardner S, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety disorder and quality of life: how fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016;38:1–8. doi:[10.1016/j.janxdis.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003)