

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی

مهدی اردونی^۱، زهرا اردونی^۲

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی، تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی بهار، مشهد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب نوجوانان و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام شد. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل خانواده‌هایی بود که نوجوانان آن‌ها مبتلا به اختلال اضطراب تشخیص داده شده‌اند و در منطقه ۱ شهر مشهد سکونت داشتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و ۴۰ خانواده بر اساس معیارهای ورود و خروج، انتخاب و به دو گروه آزمایش (۲۰ خانواده) و کنترل (۲۰ خانواده) تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه کیفیت ارتباطات خانوادگی (FAD)، و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) بودند که در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شدند. نتایج تحلیل آماری با استفاده از آزمون تی مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نشان داد که طرحواره درمانی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش شد. میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش از ۳۱٫۸۵ در پیش‌آزمون به ۱۹٫۴۰ در پس‌آزمون کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین، میانگین نمرات کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش از ۱۰۲٫۳۵ در پیش‌آزمون به ۱۲۹٫۸۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که گروه کنترل تغییر ناچیزی نشان داد. این یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره درمانی در اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد نوجوانان، کاهش علائم اضطراب، و بهبود تعاملات خانوادگی است. پژوهش حاضر اهمیت استفاده از طرحواره درمانی در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان را برجسته می‌کند و پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده به بررسی تأثیرات بلندمدت این روش درمانی و نقش عوامل محیطی و اجتماعی بر اثربخشی آن بپردازند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، اضطراب، روابط خانوادگی، سلامت روان، اختلال اضطرابی، نوجوان.

۱- مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در میان نوجوانان هستند که نه تنها بر عملکرد فردی و اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارند، بلکه بر روابط خانوادگی و کیفیت زندگی کلی خانواده نیز تأثیرات منفی عمیقی دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2023)، شیوع اختلالات اضطرابی در نوجوانان در سال‌های اخیر به دلیل عوامل مختلفی از جمله افزایش فشارهای تحصیلی، تغییرات اجتماعی و تأثیرات شبکه‌های اجتماعی، به طور قابل توجهی افزایش یافته است. در ایران نیز مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۲۵ درصد از نوجوانان درگیر اختلالات اضطرابی هستند که این امر نیاز به توجه ویژه‌ای در زمینه پیشگیری و درمان دارد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۲).

نوجوانی دوره‌ای حساس و بحرانی است که در آن تغییرات روانی، اجتماعی و بیولوژیکی سریعی رخ می‌دهد. در این دوره، نوجوانان به دلیل عدم بلوغ کامل شناختی و عاطفی، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات اضطرابی قرار دارند (گینزبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلالات نه تنها بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی نوجوانان تأثیر می‌گذارند، بلکه می‌توانند به مشکلات جدی در روابط خانوادگی منجر شوند. خانواده‌ها به عنوان اولین و مهم‌ترین محیط اجتماعی نوجوانان، نقش کلیدی در تشدید یا کاهش علائم اضطرابی ایفا می‌کنند (براتی و همکاران، ۱۴۰۰).

کیفیت ارتباطات خانوادگی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روان نوجوانان شناخته می‌شود. خانواده‌هایی که در آن‌ها ارتباطات صمیمی، حمایت‌گر و سازنده وجود دارد، می‌توانند به کاهش علائم اضطرابی در نوجوانان کمک کنند (کامینگز و دیویس، ۲۰۲۱). این خانواده‌ها با ایجاد فضایی امن و حمایت‌گر، به نوجوانان کمک می‌کنند تا با چالش‌های خود به‌شکل سالم‌تری مواجه شوند. از سوی دیگر، خانواده‌هایی که در آن‌ها تعارضات خانوادگی، عدم حمایت عاطفی و ارتباطات ضعیف وجود دارد، می‌توانند به تشدید علائم اضطرابی منجر شوند (شیدو و همکاران، ۲۰۲۰). تعارضات خانوادگی می‌توانند باعث افزایش سطح استرس در نوجوانان شوند و آن‌ها را در معرض ابتلا به اختلالات اضطرابی قرار دهند.

در ایران، با توجه به ساختار خانواده‌های گسترده و تأثیرات فرهنگی خاص، کیفیت ارتباطات خانوادگی می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت روان نوجوانان داشته باشد (رضایی و همکاران، ۱۴۰۱). برای مثال، در خانواده‌های ایرانی که اغلب روابط عمودی و سلسله‌مراتبی دارند، حمایت عاطفی و ارتباطات باز می‌توانند به کاهش اضطراب نوجوانان کمک کنند. از سوی دیگر، تعارضات خانوادگی و عدم حمایت عاطفی می‌توانند به افزایش اضطراب و استرس در نوجوانان منجر شوند (نوری و احمدی، ۱۴۰۰).

طرحواره درمانی (Schema Therapy) به عنوان یک رویکرد درمانی یکپارچه که ریشه در درمان شناختی-رفتاری (CBT) دارد، در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است. این رویکرد توسط جفری یانگ (Jeffrey Young) در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسعه یافت و با هدف درمان اختلالات روانی مزمن و پیچیده مانند اختلالات شخصیت، افسردگی مزمن و اضطراب طراحی شد (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در الگوهای ناسازگار اولیه دارند که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در طول زندگی تداوم می‌یابند (آرنز و جاکوب، ۲۰۲۱). این الگوهای ناسازگار، که به عنوان "طرحواره‌ها" شناخته می‌شوند، شامل باورها، احساسات و رفتارهایی هستند که فرد در پاسخ به تجربیات منفی دوران کودکی توسعه می‌دهد.

طرحواره درمانی از تکنیک‌های مختلفی مانند بازسازی شناختی، تجربه هیجانی و تغییر رفتار استفاده می‌کند تا به بیماران کمک کند الگوهای ناسازگار خود را شناسایی و تغییر دهند (رنر و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، در نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی، این رویکرد می‌تواند به شناسایی و تغییر باورهای ناسازگاری مانند "من به اندازه کافی خوب نیستم" یا "دنیا جای خطرناکی است" کمک کند. همچنین، طرحواره درمانی به نوجوانان کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی خود را بهبود بخشند و روابط خانوادگی خود را تقویت کنند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۲).

با این حال، تحقیقات محدودی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی و تأثیر آن بر روابط خانوادگی پرداخته‌اند (رنر و همکاران، ۲۰۲۱). بیشتر مطالعات موجود بر روی بزرگسالان متمرکز بوده‌اند و نیاز به تحقیقات بیشتر در زمینه نوجوانان احساس می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). این خلا تحقیقاتی نشان‌دهنده ضرورت انجام

مطالعات بیشتری در این زمینه است تا بتوان از طرحواره درمانی به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای کاهش اضطراب و بهبود روابط خانوادگی در نوجوانان استفاده کرد.

هدف این مقاله بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی است. بر اساس ادبیات موجود و نظریه‌های مرتبط، فرضیه‌های این تحقیق به شرح زیر است:

فرضیه اول: طرحواره درمانی به طور معناداری نشانه‌های اضطراب را در نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی کاهش می‌دهد.
فرضیه دوم: طرحواره درمانی کیفیت ارتباطات خانوادگی را در خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی بهبود می‌بخشد.

این مطالعه با پر کردن خلا تحقیقاتی موجود، به توسعه دانش در زمینه درمان اختلالات اضطرابی نوجوانان و تقویت روابط خانوادگی کمک خواهد کرد. سوال اصلی این تحقیق این است: آیا طرحواره درمانی می‌تواند به طور همزمان نشانه‌های اضطراب را کاهش دهد و کیفیت ارتباطات خانوادگی را در خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی بهبود بخشد؟

۲- ادبیات تحقیق

۲.۱- مبانی نظری پژوهش

اختلالات اضطرابی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی محسوب می‌شوند که با تجربه مداوم اضطراب، نگرانی و ترس غیرمنطقی مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلالات شامل زیرگروه‌هایی مانند اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، اختلال هراس (Panic Disorder)، اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder) و فوبی‌های خاص (Specific Phobias) هستند (راپاپورت و همکاران، ۲۰۲۱). علائم این اختلالات شامل نگرانی مفرط، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، تحریک‌پذیری، مشکلات خواب و علائم جسمانی مانند تپش قلب و تعریق است (فریتز و همکاران، ۲۰۲۳).

علل اختلالات اضطرابی معمولاً در سه حوزه اصلی زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی بررسی می‌شود.

از نظر زیستی، مطالعات نشان داده‌اند که نقش ژنتیک، عدم تعادل نوروترانسمیتری (مانند سروتونین و گاما-آمینوبوتیریک اسید)، و فعالیت غیرطبیعی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA Axis) در ایجاد اضطراب قابل توجه است (وان در کولک، ۲۰۲۳؛ گینزبرگ و همکاران، ۲۰۲۲). به طور خاص، ژنتیک نقش مهمی در انتقال اختلالات اضطرابی از والدین به فرزندان دارد. نوجوانانی که والدین مبتلا به اضطراب دارند، به دلیل تأثیرات ژنتیکی و محیطی، بیشتر در معرض خطر قرار دارند (بیکر و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، عدم تعادل در نوروترانسمیترهایی مانند سروتونین باعث اختلال در تنظیم هیجانات و افزایش واکنش‌پذیری به استرس می‌شود که یکی از عوامل اصلی اضطراب در نوجوانان است.

از نظر روان‌شناختی، نظریه‌های شناختی بیان می‌کنند که الگوهای تفکر ناسازگار، مانند باورهای منفی در مورد خود و جهان، به طور مستقیم با اضطراب مرتبط هستند. این باورها معمولاً در نتیجه تجربیات منفی دوران کودکی، مانند طرد یا انتقاد بیش از حد، شکل می‌گیرند (بک و همکاران، ۲۰۲۰؛ فریتز و همکاران، ۲۰۲۲). برای مثال، نوجوانی که در محیطی رشد کرده باشد که به توانایی‌های او توجه کافی نشده است، ممکن است به این باور برسد که "من هیچ‌وقت موفق نمی‌شوم"، که این باور منفی اضطراب را تشدید می‌کند. علاوه بر این، حساسیت بیش از حد به تهدیدها و تمایل به پیش‌بینی بدترین نتایج در موقعیت‌های مختلف، از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با اضطراب است.

از نظر اجتماعی، محیط خانوادگی، سبک‌های فرزندپروری، و عوامل محیطی مانند استرس‌های اجتماعی یا تجربه آسیب‌های روانی نقش مهمی در ایجاد اضطراب دارند. خانواده‌هایی که ارتباطات ناسازگار، تعارضات مداوم یا حمایت عاطفی ناکافی دارند، می‌توانند زمینه‌ساز افزایش اضطراب در فرزندان خود شوند (کریس و همکاران، ۲۰۲۳؛ شیدو و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، نوجوانانی که در شرایط اجتماعی دشوار مانند فقر، تبعیض یا تجربه ضربه‌های روانی رشد می‌کنند، بیشتر در معرض ابتلا به

اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرند. برای مثال، زندگی در محیطی با فشارهای اجتماعی بالا، می‌تواند احساس ناامنی و ترس را در نوجوانان تقویت کند و زمینه‌ساز اضطراب مزمن شود.

طرحواره درمانی (Schema Therapy) که توسط جفری یانگ در دهه ۱۹۸۰ معرفی شد، یک رویکرد یکپارچه و نوآورانه برای درمان اختلالات روانی مزمن و پایدار است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان بر اساس این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند؛ طرحواره‌هایی که به‌عنوان الگوهای شناختی، هیجانی و رفتاری ناسازگار در پاسخ به نیازهای عاطفی برآورده‌نشده دوران کودکی شکل گرفته‌اند (آرنتز و جاکوب، ۲۰۲۳).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه معمولاً در نتیجه تجربیات منفی دوران کودکی مانند طرد، انتقاد بیش از حد، عدم توجه کافی به نیازهای هیجانی یا تجربه آسیب‌های روانی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها شامل الگوهای مانند “طرد شدن”، “بی‌کفایتی”، “وابستگی و آسیب‌پذیری” و “اثار بیش از حد” هستند که می‌توانند در بزرگسالی به رفتارهای ناسازگار و اضطراب منجر شوند (لی و همکاران، ۲۰۲۲؛ رنر و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، نوجوانی که در خانواده‌ای رشد کرده باشد که در آن انتقاد بیش از حد وجود داشته است، ممکن است طرحواره “بی‌کفایتی” را توسعه دهد، که در بزرگسالی به اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران منجر می‌شود.

ابزارهای اجرایی طرحواره درمانی شامل سه مرحله اصلی است: بازسازی شناختی، تجربه هیجانی و تغییر رفتار. در مرحله بازسازی شناختی، درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا باورهای ناسازگار مرتبط با طرحواره‌های خود را شناسایی و به چالش بکشند. این مرحله شامل تکنیک‌هایی مانند شناسایی افکار منفی، بررسی شواهد واقعی و جایگزینی باورهای سالم است (آرنتز و جاکوب، ۲۰۲۳؛ فریتز و همکاران، ۲۰۲۳). برای مثال، نوجوانی که باور “من هیچ‌وقت موفق نمی‌شوم” دارد، یاد می‌گیرد که این باور را با شواهد موفقیت‌های گذشته خود به چالش بکشد و تغییر دهد.

در مرحله تجربه هیجانی، درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا احساسات مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار را پردازش کنند. این مرحله شامل فعال‌سازی هیجانات سرکوب‌شده در محیط درمانی امن است. برای مثال، نوجوانی که طرحواره “طرد شدن” دارد، ممکن است احساسات ناشی از تجربه طرد در دوران کودکی را در محیط درمانی تجربه و پردازش کند (یانگ و همکاران، ۲۰۲۱).

در مرحله تغییر رفتار، بیماران به‌طور هدفمند رفتارهای ناسازگار مرتبط با طرحواره‌های خود را تغییر می‌دهند. این مرحله شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی، جرأت‌ورزی و تغییر الگوهای رفتاری ناکارآمد است (بیکر و همکاران، ۲۰۲۱؛ کریس و همکاران، ۲۰۲۳). برای مثال، نوجوانانی که به دلیل طرحواره “وابستگی و آسیب‌پذیری” از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند، مهارت‌های ارتباطی و جرأت‌ورزی را آموزش می‌بینند و رفتارهای سالم‌تری در پیش می‌گیرند.

کیفیت ارتباطات خانوادگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان نوجوانان، به نحوه تعاملات و سبک‌های ارتباطی میان اعضای خانواده اشاره دارد (کامینگز و دیویس، ۲۰۲۱). این مفهوم شامل ویژگی‌هایی مانند صمیمیت، حمایت عاطفی، ارتباطات باز و حل تعارض است (فریتز و همکاران، ۲۰۲۳).

صمیمیت به میزان نزدیکی عاطفی میان اعضای خانواده اشاره دارد. خانواده‌هایی که صمیمیت بالایی دارند، به نوجوانان کمک می‌کنند تا احساس امنیت و آرامش بیشتری داشته باشند (براتی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رضایی و همکاران، ۲۰۲۱). این بعد به‌ویژه در خانواده‌هایی که روابط سالم و حمایت‌گر دارند، می‌تواند از بروز اضطراب جلوگیری کند.

حمایت عاطفی بیانگر میزان توجه و حمایت اعضای خانواده به نیازهای هیجانی یکدیگر است. خانواده‌هایی که حمایت عاطفی کافی ارائه می‌دهند، می‌توانند اضطراب و استرس نوجوانان را کاهش دهند (کریس و همکاران، ۲۰۲۳؛ لی و همکاران، ۲۰۲۲). برای مثال، والدینی که به نیازهای هیجانی فرزند خود توجه می‌کنند و در موقعیت‌های دشوار از آن‌ها حمایت می‌کنند، احتمال بروز اضطراب در نوجوانان را کاهش می‌دهند.

ارتباطات باز به شفافیت و صداقت در تعاملات خانوادگی اشاره دارد. این نوع ارتباطات به نوجوانان اجازه می‌دهد که نگرانی‌ها و مشکلات خود را به راحتی بیان کنند و احساس پذیرش بیشتری داشته باشند (غفاری و رحیمی، ۲۰۲۳؛ شیدو و همکاران، ۲۰۲۲).

حل تعارض به توانایی اعضای خانواده در مدیریت و حل اختلافات به شیوه‌ای سازنده اشاره دارد. خانواده‌هایی که از روش‌های سالم برای حل تعارضات استفاده می‌کنند، محیط روانی مطلوب‌تری برای نوجوانان فراهم می‌کنند (حسینی و رضایی، ۲۰۲۱؛ کامینگز و دیویس، ۲۰۲۱). این بعد به‌ویژه در خانواده‌هایی که به جای تشدید اختلافات، از رویکردهای سازنده برای حل مشکلات استفاده می‌کنند، تأثیرات مثبتی بر سلامت روان نوجوانان دارد.

۲.۲- پیشینه پژوهش

براتی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان “بررسی رابطه بین کیفیت ارتباطات خانوادگی و اختلالات اضطرابی در نوجوانان ایرانی”، به بررسی تأثیر سبک‌های ارتباطی خانواده بر میزان اضطراب نوجوانان پرداختند. این پژوهش نشان داد که خانواده‌هایی با سبک ارتباطی مستبدانه و تعارضات مکرر، زمینه‌ساز افزایش اضطراب در نوجوانان هستند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که در این خانواده‌ها، احساس امنیت روانی فرزندان به شدت کاهش می‌یابد و موجب شکل‌گیری الگوهای فکری منفی در آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر، خانواده‌هایی که ارتباطات باز و صمیمانه دارند، توانسته‌اند اضطراب را در نوجوانان کاهش دهند و تاب‌آوری آن‌ها را تقویت کنند. این مطالعه بر اهمیت نقش والدین در ایجاد محیطی امن و حمایت‌کننده برای فرزندان تأکید دارد.

غفاری و رحیمی (۱۴۰۲) اثربخشی طرحواره درمانی را بر کاهش اضطراب نوجوانان مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش با تمرکز بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند تأثیر عمیقی بر کاهش علائم اضطرابی داشته باشد. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که طرحواره‌های مربوط به طرد، بی‌کفایتی و وابستگی در نوجوانانی که در خانواده‌های ناسازگار رشد کرده‌اند، بیشتر شایع هستند و عامل اصلی ایجاد اضطراب محسوب می‌شوند. با اجرای جلسات درمانی، این طرحواره‌ها به‌طور مؤثری تغییر یافته و اضطراب بیماران کاهش یافته است. یکی از نکات برجسته این پژوهش، بررسی تأثیرات طولانی‌مدت درمان بود که نشان داد کاهش اضطراب حتی پس از پایان جلسات درمانی نیز پایدار است.

رضایی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان “کیفیت ارتباطات خانوادگی و سلامت روان نوجوانان ایرانی”، نقش حمایت عاطفی والدین را در کاهش اضطراب فرزندان بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که نوجوانانی که در خانواده‌هایی با تعارضات مداوم یا سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه رشد کرده‌اند، بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی قرار دارند. در مقابل، خانواده‌هایی که به نیازهای هیجانی فرزندان توجه بیشتری دارند و از سبک‌های ارتباطی سازنده استفاده می‌کنند، موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش اضطراب در نوجوانان خود می‌شوند. این پژوهش همچنین به اهمیت ایجاد روابط سالم میان والدین و فرزندان و تأثیر مستقیم آن بر سلامت روان نوجوانان اشاره کرد.

حسینی و رضایی (۱۴۰۰) در پژوهشی دیگر به بررسی نقش سبک‌های فرزندپروری بر سلامت روان نوجوانان ایرانی پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که سبک‌های فرزندپروری مستبدانه، همراه با انتقاد بیش از حد والدین، منجر به افزایش اضطراب اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس در نوجوانان می‌شود. در مقابل، والدینی که از روش‌های سازنده برای حل تعارضات خانوادگی استفاده می‌کنند و به نیازهای هیجانی فرزندان خود توجه کافی دارند، نقش مؤثری در پیشگیری از اضطراب ایفا می‌کنند. این پژوهش همچنین تأکید کرد که فرهنگ ایرانی بر سبک‌های فرزندپروری و کیفیت ارتباطات خانوادگی تأثیر چشمگیری دارد.

امیری و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای با عنوان “بررسی تأثیر تعارضات خانوادگی بر اختلالات اضطرابی نوجوانان”، به بررسی نقش تعارضات حل‌نشده در خانواده بر افزایش اضطراب نوجوانان پرداختند. این پژوهش نشان داد که تعارضات مکرر میان والدین، احساس ناامنی و تنهایی را در نوجوانان افزایش می‌دهد و زمینه‌ساز شکل‌گیری اضطراب فراگیر می‌شود. همچنین، این

مطالعه نشان داد که والدینی که از روش‌های غیرسازنده برای حل تعارضات استفاده می‌کنند، موجب افزایش شدت علائم اضطرابی در فرزندان خود می‌شوند. یکی از یافته‌های مهم این پژوهش، تأکید بر نقش حمایت عاطفی والدین در کاهش اثرات منفی تعارضات خانوادگی بود.

یانگ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای گسترده به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش اختلالات اضطرابی پرداختند. این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی، از طریق شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توانسته است به‌طور قابل توجهی علائم اضطرابی را کاهش دهد. یکی از نکات برجسته این مطالعه، استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی و تجربه هیجانی بود که به بیماران کمک کرد تا احساسات سرکوب‌شده مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار خود را پردازش کنند. همچنین، این پژوهش نشان داد که بیماران پس از پایان جلسات درمانی، بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی خود تجربه کرده‌اند.

فریتز و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان “نقش طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان”، تأثیر این روش درمانی را بر نوجوانانی که از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کردند، بررسی کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره‌های مربوط به طرد شدن و بی‌کفایتی عامل اصلی اضطراب اجتماعی در نوجوانان هستند. جلسات درمانی توانست این طرحواره‌ها را تغییر داده و تعاملات اجتماعی نوجوانان را بهبود بخشد. این پژوهش همچنین تأکید کرد که تغییر باورهای منفی از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب اجتماعی داشته است.

گینزبرگ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان “بررسی عوامل زیستی و محیطی مرتبط با اختلالات اضطرابی نوجوانان”، به بررسی نقش عوامل ژنتیکی و محیطی در ایجاد اضطراب پرداختند. این مطالعه نشان داد که حساسیت ژنتیکی و اختلالات نوروترانسمیتری (مانند عدم تعادل سروتونین) در کنار عوامل محیطی مانند سبک‌های فرزندپروری ناسازگار، نقش کلیدی در ایجاد اضطراب دارند. همچنین، این پژوهش نشان داد که نوجوانانی که والدینشان مبتلا به اضطراب هستند، به دلیل تأثیرات ژنتیکی و محیطی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اضطراب قرار دارند.

کریس و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی نقش تغییرات دوران بلوغ در افزایش حساسیت نوجوانان به اضطراب پرداختند. این پژوهش نشان داد که تغییرات هورمونی و فشارهای اجتماعی در دوران بلوغ، نوجوانان را در برابر اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیرتر می‌کند. همچنین، این پژوهش تأکید کرد که نوجوانانی که در خانواده‌هایی با ارتباطات ناسازگار رشد می‌کنند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اضطراب قرار دارند.

کامینگز و دیویس (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای به بررسی نقش ارتباطات خانوادگی در سلامت روان نوجوانان پرداختند. این پژوهش نشان داد که خانواده‌هایی که ارتباطات باز، حمایت عاطفی و توانایی حل تعارض دارند، می‌توانند از بروز اضطراب در فرزندان خود جلوگیری کنند. در مقابل، خانواده‌هایی که تعارضات مداوم و انتقاد بیش از حد دارند، زمینه‌ساز افزایش اضطراب در نوجوانان می‌شوند.

شیدو و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان “تأثیر تعارضات خانوادگی بر سلامت روان نوجوانان”، به نقش تعارضات حل‌نشده میان والدین در ایجاد اضطراب فراگیر در نوجوانان پرداختند. این مطالعه نشان داد که خانواده‌هایی که از روش‌های غیرسازنده برای حل تعارضات استفاده می‌کنند، موجب افزایش شدت علائم اضطرابی در فرزندان خود می‌شوند. همچنین، این پژوهش به اهمیت حمایت عاطفی والدین در کاهش اضطراب نوجوانان اشاره کرد.

رنر و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای دیگر به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی مزمن پرداختند. این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی نه تنها در کاهش اضطراب مؤثر بوده، بلکه توانسته است کیفیت روابط اجتماعی و اعتماد به نفس بیماران را بهبود بخشد.

۳- روش پژوهش

۳.۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی است؛ به این معنا که گروه‌های آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی انتخاب نشده‌اند، بلکه بر اساس معیارهای مشخص شناسایی و انتخاب شده‌اند. طراحی پژوهش به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شده است، به‌طوری‌که گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. این طراحی امکان مقایسه تغییرات ناشی از مداخله درمانی را فراهم می‌کند و تأثیر واقعی آن را بر متغیرهای وابسته (اضطراب و کیفیت ارتباطات خانوادگی) ارزیابی می‌کند.

جامعه آماری این پژوهش شامل خانواده‌هایی است که نوجوانان آنها مبتلا به اختلالات اضطرابی تشخیص داده شده‌اند و در منطقه ۱ شهر مشهد زندگی می‌کنند. این منطقه به دلیل دسترسی مناسب به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی انتخاب شده است. همچنین، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی منطقه، کنترل برخی متغیرهای محیطی مانند تفاوت‌های اقتصادی، سطح تحصیلات والدین و سبک‌های فرزندپروری تسهیل می‌شود. انتخاب جامعه آماری بر اساس معیارهای زیر انجام شده است:

ویژگی‌های نوجوانان: نوجوانان باید در بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال قرار داشته باشند و توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک دارای تشخیص قطعی اختلال اضطراب بر اساس معیارهای DSM-۵ باشند.

ویژگی‌های خانواده‌ها: خانواده‌ها باید مشکلات ارتباطی میان اعضای خانواده داشته باشند که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) و پرسشنامه کیفیت ارتباطات خانوادگی (FAD) ارزیابی شده است.

مراجعه به مراکز مشاوره: خانواده‌ها از میان مراجعان مراکز معتبر مشاوره و خدمات روان‌شناختی در منطقه ۱ مشهد انتخاب شده‌اند.

انتخاب منطقه جغرافیایی مشخص برای پژوهش، علاوه بر تسهیل دسترسی به نمونه، امکان کنترل متغیرهای مزاحم ناشی از تفاوت‌های جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی را فراهم کرده است.

۳.۲- روش نمونه‌گیری و ابزارهای سنجش

نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. این روش به دلیل ماهیت پژوهش و نیاز به انتخاب نمونه‌هایی که ویژگی‌های خاصی دارند (نوجوانان مبتلا به اضطراب و خانواده‌های دارای مشکلات ارتباطی) مناسب‌ترین گزینه بود. مراحل نمونه‌گیری به شرح زیر است:

شناسایی مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی معتبر در منطقه: ابتدا فهرستی از مراکز مشاوره فعال در منطقه ۱ مشهد تهیه شد. این مراکز توسط انجمن روان‌شناسی ایران یا سازمان نظام روان‌شناسی تأیید شده‌اند.

معرفی پژوهش به مراکز: پژوهشگر با همکاری مدیران مراکز مشاوره، توضیحاتی درباره اهداف پژوهش و معیارهای ورود و خروج به مطالعه ارائه داد.

شناسایی خانواده‌های واجد شرایط: خانواده‌هایی که نوجوانان آنها دارای تشخیص قطعی اختلال اضطراب بودند و مشکلات ارتباطی میان اعضای خانواده داشتند، شناسایی شدند. این شناسایی بر اساس پرونده‌های روان‌شناختی موجود در مراکز مشاوره و مصاحبه اولیه با روان‌شناسان مراکز انجام گرفت.

بررسی معیارهای ورود و خروج: نوجوانان و خانواده‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شدند:

معیارهای ورود: (۱) تشخیص قطعی اختلال اضطراب بر اساس معیارهای DSM-۵، (۲) بازه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، (۳) تمایل خانواده به همکاری در جلسات درمانی، (۴) سکونت در منطقه ۱ مشهد.

معیارهای خروج: (۱) وجود اختلالات روان‌شناختی شدید دیگر (مانند اختلال شخصیت یا افسردگی عمده) که ممکن است روند درمان را مختل کند، (۲) عدم حضور منظم در جلسات درمانی (بیش از ۳ جلسه غیبت)، (۳) عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا همکاری ناکافی در مراحل درمانی.

انتخاب نهایی نمونه: از میان خانواده‌های واجد شرایط، تعداد ۴۰ خانواده انتخاب شدند. این تعداد براساس مطالعات مشابه و با توجه به توان آماری لازم برای تحلیل داده‌ها تعیین شده است.

تقسیم‌بندی گروه‌ها: نمونه انتخاب‌شده به دو گروه آزمایش (۲۰ خانواده) و کنترل (۲۰ خانواده) تقسیم شدند. این تقسیم‌بندی به‌صورت تصادفی انجام شد تا اثرات احتمالی سوگیری کاهش یابد. برای تصادفی‌سازی از نرم‌افزار SPSS و روش تخصیص بلوکی استفاده شد.

برای سنجش متغیرهای وابسته و شناسایی ویژگی‌های نمونه، از ابزارهای معتبر و استاندارد استفاده شد. ویژگی‌های ابزارها در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱. ابزارهای سنجش

ابزار	هدف	ابعاد مورد سنجش	اعتبار و پایایی	تعداد آیتیم‌ها	شیوه نمره‌دهی	نحوه تأیید اعتبار
پرسشنامه اضطراب بک (BAI)	سنجش شدت اضطراب	اضطراب جسمانی (تپش قلب، تعریق) و اضطراب شناختی	پایایی در جمعیت ایرانی: آلفای کرونباخ ۰.۸۹	۲۱ آیتیم	مقیاس لیکرت (۰ تا ۳)	تحلیل عاملی تأییدی
پرسشنامه کیفیت ارتباطات خانوادگی (FAD)	ارزیابی کیفیت روابط خانوادگی	حل تعارض، حمایت عاطفی، نقش‌های خانوادگی، ارتباطات مؤثر	پایایی در جمعیت ایرانی: آلفای کرونباخ بالاتر از ۰.۸۰	۶۰ آیتیم	مقیاس لیکرت (۱ تا ۵)	بازآزمایی
مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)	تشخیص اختلال اضطراب نوجوانان	علائم اختلال اضطراب بر اساس معیارهای DSM-۵	استاندارد طلایی در تشخیص اختلالات روان‌شناختی	بدون آیتیم مشخص	ارزیابی کیفی توسط روان‌شناس	تأیید متخصصان حوزه

۳.۳- روش جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله اصلی انجام شد: مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون. مراحل این فرآیند به شرح زیر است:

مرحله پیش‌آزمون:

در این مرحله، داده‌های اولیه از هر دو گروه آزمایش و کنترل جمع‌آوری شد. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه کیفیت ارتباطات خانوادگی (FAD)، و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) بودند.

نوجوانان و والدین در یک جلسه حضوری تحت ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ها به‌صورت کاغذی و با نظارت پژوهشگر تکمیل شدند.

مصاحبه بالینی توسط یک روان‌شناس متخصص انجام شد و نتایج به‌صورت کیفی ثبت گردید.

اجرای مداخله درمانی: گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات درمانی به‌صورت هفتگی و حضوری برگزار شد. هر جلسه شامل آموزش نظری، تمرین عملی، تکالیف خانگی، و بازخورد درمانی بود.

مرحله پس‌آزمون:

پس از پایان مداخله درمانی، داده‌های مجدد از هر دو گروه جمع‌آوری شد. ابزارهای مشابه مرحله پیش‌آزمون استفاده شدند تا تغییرات ناشی از مداخله بررسی شود.

پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌ها مجدداً توسط پژوهشگر و روان‌شناس متخصص اجرا شدند.

روش تحلیل داده‌ها: داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. روش تحلیل داده‌ها شامل مراحل زیر است:

جدول ۲. مراحل تحلیل داده‌های پژوهش

مرحله تحلیل	شرح فعالیت‌ها	ابزار آماری	توجیه انتخاب ابزار
آماده‌سازی داده‌ها	وارد کردن داده‌ها به نرم‌افزار SPSS، حذف داده‌های ناقص، کدگذاری متغیرها.	کدگذاری و پاک‌سازی داده‌ها	تضمین کیفیت داده‌ها
تحلیل توصیفی	بررسی میانگین‌ها، انحراف معیارها، توزیع فراوانی و نرمال بودن داده‌ها.	آمار توصیفی	شناخت ویژگی‌های نمونه
آزمون تی مستقل	مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل.	آزمون تی مستقل	مقایسه تغییرات بین گروه‌ها
تحلیل کوواریانس (ANCOVA)	بررسی تفاوت میانگین‌ها پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون برای ارزیابی تأثیر واقعی مداخله درمانی.	ANCOVA	کنترل اثرات پیش‌آزمون
تحلیل تغییرات درون‌گروهی	بررسی تغییرات در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله با استفاده از آزمون تی وابسته.	آزمون تی وابسته	تحلیل تغییرات داخلی گروه‌ها
اندازه اثر	محاسبه شدت تأثیر مداخله درمانی با استفاده از فرمول کوهن (Cohen's d).	اندازه اثر (Effect Size)	سنجش قدرت تأثیر مداخله

۴- یافته‌های پژوهش

۴.۱- بررسی شاخص‌های مرکزی

جدول زیر شامل داده‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و کیفیت ارتباطات خانوادگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل است. داده‌ها شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات است که نمای کلی از وضعیت متغیرها در هر مرحله از مداخله درمانی را ارائه می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد نمونه (n)
اضطراب	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	31.85	6.90	24	45	20
	گروه آزمایش	پس‌آزمون	19.40	5.45	12	30	20
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	30.60	7.15	23	44	20
	گروه کنترل	پس‌آزمون	28.90	7.00	21	41	20

کیفیت ارتباطات خانوادگی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	102.35	15.50	80	130	20
	گروه آزمایش	پس‌آزمون	129.80	12.25	110	150	20
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	105.20	14.70	85	135	20
	گروه کنترل	پس‌آزمون	106.10	14.10	86	134	20

اضطراب:

گروه آزمایش: میانگین نمرات اضطراب در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۱,۸۵ است که نشان‌دهنده سطح نسبتاً بالای اضطراب در نوجوانان این گروه قبل از مداخله طرحواره درمانی است. پس از مداخله، میانگین نمرات اضطراب به ۱۹,۴۰ کاهش یافته که نشان‌دهنده کاهش قابل توجه اضطراب پس از طرحواره درمانی است. حداقل نمره اضطراب در این گروه پس‌آزمون برابر با ۱۲ و حداکثر نمره برابر با ۳۰ است. کاهش انحراف معیار از ۶,۹۰ به ۵,۴۵ نشان می‌دهد که توزیع نمرات اضطراب در گروه آزمایش پس از مداخله هماهنگ‌تر شده است. این کاهش پراکندگی نشان‌دهنده اثربخشی یکنواخت مداخله است و به معنای کاهش تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان است.

گروه کنترل: میانگین نمرات اضطراب در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۰,۶۰ است و در مرحله پس‌آزمون به ۲۸,۹۰ رسیده است که تغییر بسیار کمی نشان می‌دهد. حداقل نمره اضطراب در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲۱ و حداکثر نمره برابر با ۴۱ است. این کاهش اندک نشان‌دهنده عدم تأثیر قابل توجه بر اضطراب در گروه کنترل است. همچنین، انحراف معیار تقریباً ثابت باقی مانده است که نشان‌دهنده تغییرات پراکنده و غیرمعنادار در نمرات اضطراب است.

کیفیت ارتباطات خانوادگی:

گروه آزمایش: میانگین کیفیت ارتباطات خانوادگی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۰۲,۳۵ است که نشان‌دهنده سطح متوسط کیفیت ارتباطات خانوادگی قبل از مداخله است. پس از مداخله، میانگین کیفیت ارتباطات خانوادگی به ۱۲۹,۸۰ افزایش یافته است که نشان‌دهنده بهبود چشمگیر کیفیت ارتباطات خانوادگی در این گروه است. حداقل نمره کیفیت ارتباطات خانوادگی در پس‌آزمون برابر با ۱۱۰ و حداکثر نمره برابر با ۱۵۰ است. کاهش انحراف معیار از ۱۵,۵۰ به ۱۲,۲۵ نشان می‌دهد که نمرات کیفیت ارتباطات در گروه آزمایش پس از مداخله به طور هماهنگ‌تر توزیع شده است. این کاهش پراکندگی نشان می‌دهد که مداخله درمانی نه تنها کیفیت ارتباطات را بهبود بخشیده، بلکه موجب کاهش تفاوت‌های فردی در این متغیر شده است.

گروه کنترل: میانگین کیفیت ارتباطات خانوادگی در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱۰۵,۲۰ است و در مرحله پس‌آزمون به ۱۰۶,۱۰ رسیده است که تغییر بسیار کمی نشان می‌دهد. حداقل نمره کیفیت ارتباطات خانوادگی در مرحله پس‌آزمون برابر با ۸۶ و حداکثر نمره برابر با ۱۳۴ است. این تغییر اندک نشان‌دهنده عدم تأثیر قابل توجه بر کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه کنترل است. انحراف معیار تقریباً ثابت باقی مانده است که نشان‌دهنده تغییرات پراکنده و غیرمعنادار در این متغیر است. تغییرات معنادار میانگین‌ها و کاهش انحراف معیار در گروه آزمایش نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی است.

تغییرات اندک در گروه کنترل نشان‌دهنده عدم تأثیر چشمگیر بر متغیرهای مورد بررسی در غیاب مداخله درمانی است. با این حال، ارائه شاخص‌های تکمیلی مانند اندازه اثر (Effect Size) می‌توانست شدت تأثیر مداخله را بهتر نشان دهد.

۴،۲- بررسی و تحلیل فرضیات آماری:

برای انجام تحلیل‌های آماری و بررسی فرضیه‌ها، رعایت پیش‌شرط‌های آزمون‌ها ضروری است. در این پژوهش، پیش‌فرض‌های زیر برای آزمون تی مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) بررسی و رعایت شده‌اند: پیش‌فرض آزمون t مستقل

استقلال داده‌ها: داده‌های هر گروه مستقل از گروه دیگر بوده و هیچ وابستگی میان مشاهدات وجود ندارد. نرمال بودن توزیع داده‌ها: توزیع نمرات اضطراب و کیفیت ارتباطات خانوادگی در هر گروه از طریق آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شده و نرمال بودن داده‌ها تأیید شده است.

همگنی واریانس‌ها: از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها میان گروه‌ها استفاده شده است. نتایج نشان دادند که واریانس نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل برابر است و این پیش‌شرط رعایت شده است. پیش‌فرض تحلیل کوواریانس (ANCOVA):

خطی بودن رابطه میان متغیر وابسته و متغیر مستقل: بررسی نمودار پراکندگی نشان داد که رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود دارد.

همگنی شیب‌های رگرسیون: آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون انجام شد و نتایج نشان دادند که شیب رگرسیون برای هر گروه یکسان است.

استقلال مشاهدات: داده‌ها در هر گروه مستقل از یکدیگر بوده‌اند.

فرضیه اول: طرحواره درمانی نشانه‌های اضطراب را کاهش می‌دهد.

برای بررسی این فرضیه، ابتدا از آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون استفاده شد. سپس تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای کنترل اثرات پیش‌آزمون اجرا شد.

۱. آزمون t مستقل

جدول ۴. آزمون t مستقل

گروه	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	t	درجه آزادی (df)	سطح معناداری (p)
آزمایش (پس‌آزمون)	19.40	5.45	5.23	38	p < 0.001
کنترل (پس‌آزمون)	28.90	7.00			

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش (۱۹،۴۰) به طور معناداری کمتر از گروه کنترل (۲۸،۹۰) در مرحله پس‌آزمون است. مقدار آماره t برابر با ۵،۲۳ و سطح معناداری برابر با $p < 0.001$ است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت و قابل توجه طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب نوجوانان در گروه آزمایش است. اندازه اثر این تفاوت آماری محاسبه نشده است. اضافه کردن شاخص اندازه اثر (مانند Cohen's d) می‌تواند شدت تأثیر مداخله درمانی را به طور دقیق‌تر مشخص کند.

۲. تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

جدول ۵. تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجزورات (MS)	F	سطح معناداری (p)
پیش‌آزمون	112.58	1	112.58	3.12	0.084
گروه	890.34	1	890.34	24.68	p < 0.001
خطای تصادفی	1365.12	37	36.90		

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت نمرات اضطراب بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($F=24.68$ ، $p < 0.001$). این یافته نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب نوجوانان است.

تفسیر فرضیه اول:

نتایج آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهند که کاهش اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است. بنابراین، فرضیه اول تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: طرحواره درمانی کیفیت ارتباطات خانوادگی را بهبود می‌بخشد.

برای بررسی این فرضیه نیز از آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

۱. آزمون t مستقل

جدول ۶. آزمون t مستقل

گروه	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	t	درجه آزادی (df)	سطح معناداری (p)
آزمایش (پس‌آزمون)	129.80	12.25	4.85	38	$p < 0.001$
کنترل (پس‌آزمون)	106.10	14.10			

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمرات کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش (۱۲۹٫۸۰) به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل (۱۰۶٫۱۰) در مرحله پس‌آزمون است. مقدار آماره t برابر با ۴٫۸۵ و سطح معناداری برابر با

$p < 0.001$ است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش است.

۲. تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

جدول ۷. تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری (p)
پیش‌آزمون	152.78	1	152.78	2.65	0.109
گروه	1012.20	1	1012.20	18.12	$p < 0.001$
خطای تصادفی	2065.48	37	55.82		

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت نمرات کیفیت ارتباطات خانوادگی بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($F=18.12$ ، $p < 0.001$). این یافته نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه طرحواره درمانی بر بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی است.

تفسیر فرضیه دوم:

نتایج آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهند که بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است. بنابراین، فرضیه دوم تأیید می‌شود.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی نوجوانان دارد. کاهش اضطراب به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین اهداف درمانی، به‌طور چشمگیری در گروه آزمایش مشاهده شد و میانگین نمرات اضطراب در این گروه از ۳۱٫۸۵ در پیش‌آزمون به ۱۹٫۴۰ در پس‌آزمون کاهش یافت. این تغییر معنادار نشان می‌دهد که طرحواره درمانی با تمرکز بر اصلاح باورهای بنیادین ناکارآمد، قادر است اضطراب نوجوانان را کاهش دهد.

انحراف معیار از ۶,۹۰ به ۵,۴۵ نیز حاکی از آن است که مداخله درمانی نه تنها باعث کاهش اضطراب شده است، بلکه پراکندگی نمرات اضطراب میان شرکت‌کنندگان نیز کاهش یافته است. این یافته‌ها نشان‌دهنده یک اثر منسجم و پایدار در کاهش اضطراب ناشی از مداخله طرحواره درمانی است.

این نتایج با مطالعات پیشین در این زمینه همخوانی دارد. برای مثال، پژوهش‌های یانگ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که طرحواره درمانی، به دلیل تمرکز بر باورهای بنیادین ناکارآمد و اصلاح این باورها، می‌تواند به طور چشمگیری اضطراب را کاهش دهد. همچنین، مطالعاتی مانند هاگمن و همکاران (۲۰۱۵) و برنز و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی این روش درمانی را در کاهش اضطراب و سایر اختلالات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. این همخوانی میان یافته‌ها نشان‌دهنده اعتبار علمی این پژوهش و قابلیت اعتماد به نتایج آن است.

علاوه بر کاهش اضطراب، نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی تأثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی دارد. میانگین نمرات کیفیت ارتباطات خانوادگی در گروه آزمایش از ۱۰۲,۳۵ به ۱۲۹,۸۰ در پس‌آزمون افزایش یافت. این تغییر چشمگیر نشان‌دهنده آن است که اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد نه تنها بر کاهش اضطراب تأثیر دارد، بلکه می‌تواند کیفیت تعاملات اجتماعی و خانوادگی را نیز بهبود بخشد. این یافته‌ها با مطالعات بک (۲۰۱۱) و رایت و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد که نشان داده‌اند اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد نه تنها اضطراب را کاهش می‌دهد، بلکه زمینه را برای ارتباطات سالم‌تر و مثبت‌تر فراهم می‌کند.

ارتباط میان کاهش اضطراب و بهبود کیفیت روابط خانوادگی یکی از نکات برجسته این پژوهش است. اضطراب به‌عنوان یک هیجان منفی، معمولاً باعث می‌شود که فرد در تعاملات اجتماعی و خانوادگی خود به شیوه‌ای ناکارآمد عمل کند. طرحواره‌های ناکارآمد مانند “من نمی‌توانم کسی را خوشحال کنم” یا “هیچ‌کس مرا دوست ندارد” می‌توانند منجر به تعاملات منفی و پرتنش در خانواده شوند. طرحواره درمانی با هدف شناسایی و اصلاح این باورهای ناکارآمد، به کاهش اضطراب و در نتیجه بهبود کیفیت روابط خانوادگی کمک می‌کند. کاهش اضطراب به‌عنوان یک مؤلفه هیجانی منفی، نه تنها به خود فرد کمک می‌کند تا احساس راحتی بیشتری داشته باشد، بلکه باعث می‌شود تعاملات اجتماعی و خانوادگی او نیز مثبت‌تر شود.

از سوی دیگر، بهبود کیفیت روابط خانوادگی نیز می‌تواند به کاهش اضطراب نوجوانان کمک کند. حمایت عاطفی و تعاملات مثبت خانوادگی باعث ایجاد احساس امنیت روانی و آرامش در نوجوانان می‌شود. این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت رویکردهای درمانی چندبعدی مانند طرحواره درمانی است که قادرند تأثیرات مثبت در جنبه‌های مختلف زندگی نوجوانان ایجاد کنند. این ارتباط دوسویه میان کاهش اضطراب و بهبود کیفیت روابط خانوادگی را می‌توان با استفاده از نظریه‌های روان‌شناختی معتبر مانند نظریه ارتباطات بین‌فردی (Interpersonal Communication Theory) یا نظریه سیستم‌های خانوادگی (Family Systems Theory) توضیح داد. این نظریه‌ها تأکید دارند که کاهش اضطراب از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد، زمینه را برای تعاملات سالم‌تر و مثبت‌تر فراهم می‌کند.

یکی از مهم‌ترین نقاط قوت این پژوهش، تمرکز بر گروه حساس و آسیب‌پذیر نوجوانان است. دوران نوجوانی مرحله‌ای حساس است که در آن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و ارتباطی شکل می‌گیرند. طرحواره درمانی به دلیل تمرکز بر باورهای بنیادین و اصلاح آن‌ها، یک روش مؤثر و ساختاریافته است. استفاده از این روش درمانی در پژوهش، اعتبار یافته‌ها را افزایش داده و نشان داده است که این روش می‌تواند برای کاهش اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی مؤثر باشد. استفاده از گروه کنترل و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز به نتایج پژوهش اعتبار بیشتری بخشیده است، زیرا این طراحی اجازه داده است تأثیرات مداخله درمانی به‌طور دقیق‌تر اندازه‌گیری شوند.

با این حال، نتایج این پژوهش نشان داد که عوامل محیطی و اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در تأثیرگذاری طرحواره درمانی ایفا کنند. عوامل فرهنگی، سبک تربیتی والدین، حمایت عاطفی خانواده و شرایط اقتصادی می‌توانند در شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد و موفقیت درمان تأثیرگذار باشند. برای مثال، در فرهنگ‌های غربی که به فردگرایی تأکید بیشتری دارند،

تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب ممکن است متفاوت از نتایج مشاهده‌شده در این پژوهش باشد. این موضوع اهمیت بررسی عوامل فرهنگی و اجتماعی در پژوهش‌های آینده را برجسته می‌کند.

از دیگر جنبه‌های مهم این پژوهش، همخوانی نتایج آن با مطالعات پیشین است. تحقیقات انجام‌شده توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و سایر پژوهشگران در زمینه طرحواره درمانی، تأثیرات مثبت این روش را بر کاهش اضطراب و بهبود روابط اجتماعی و خانوادگی تأیید کرده‌اند. این همخوانی نشان‌دهنده اعتبار علمی و کاربردی یافته‌های پژوهش حاضر است و زمینه را برای استفاده گسترده‌تر از طرحواره درمانی در کار با نوجوانان فراهم می‌کند.

پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به بررسی تأثیر بلندمدت طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت روابط خانوادگی نوجوانان بپردازند. همچنین، مطالعه بر روی سایر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط مانند عزت‌نفس، افسردگی، مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی می‌تواند دیدگاه جامع‌تری در مورد اثربخشی این روش درمانی ارائه دهد. علاوه بر این، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در گروه‌های سنی و فرهنگی مختلف می‌تواند به توسعه این روش در زمینه‌های متنوع‌تر کمک کند.

در مجموع، نتایج این پژوهش به‌طور واضح نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر و ساختاریافته برای کاهش اضطراب و بهبود کیفیت ارتباطات خانوادگی نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. این روش درمانی با تمرکز بر اصلاح باورهای بنیادین ناکارآمد، نه تنها به کاهش مشکلات روان‌شناختی نوجوانان کمک می‌کند، بلکه زمینه را برای بهبود روابط خانوادگی و اجتماعی آن‌ها فراهم می‌کند. اجرای طرحواره درمانی در محیط‌های مشاوره‌ای، آموزشی و خانوادگی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد پیشگیرانه و درمانی مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی و رفتاری نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که استفاده از طرحواره درمانی در دوران حساس نوجوانی، نه تنها به ارتقای سلامت روانی فردی کمک می‌کند، بلکه به بهبود کیفیت زندگی خانوادگی و اجتماعی نیز منجر می‌شود.

منابع

۱. براتی، سعید، رضایی، مریم، و حسینی، فاطمه. (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین کیفیت ارتباطات خانوادگی و اختلالات اضطرابی در نوجوانان. *مجله روانشناسی بالینی ایران*، ۱۲(۳)، ۴۵-۵۶.
۲. غفاری، محسن، و رحیمی، امیر. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب نوجوانان. *مجله روانشناسی کاربردی ایران*، ۱۵(۲)، ۱۰۱-۱۱۵.
۳. رضایی، مریم، براتی، سعید، و حسینی، فاطمه. (۱۴۰۱). کیفیت ارتباطات خانوادگی در بسترهای فرهنگی. *مجله علوم رفتاری ایران*، ۱۰(۱)، ۷۸-۹۲.
۴. امیری، علی، و همکاران. (۱۳۹۹). تأثیر تعارضات خانوادگی بر اختلالات اضطرابی نوجوانان. *مجله روانشناسی ایران*، ۸(۲)، ۵۵-۷۰.
۵. یانگ، جفری، و همکاران. (۱۳۸۹). طرحواره درمانی: راهنمای عملی برای درمان‌گران. ترجمه: حسن حمیدپور و علی صاحبی. تهران: انتشارات ارجمند.
۶. صاحبی، علی. (۱۳۹۳). شناخت طرحواره‌های ذهنی و باورهای ناکارآمد در نوجوانان. تهران: نشر رشد.
۷. محمدی، رضا، کریمی، علی، و صادقی، محمد. (۱۴۰۲). شیوع اختلالات اضطرابی در نوجوانان ایرانی: یک مطالعه مروری. *مجله روانشناسی و روانپزشکی ایران*، ۱۸(۲)، ۱۱۲-۱۲۵.
۸. حسینی، فاطمه، و رضایی، مریم. (۱۴۰۰). نقش کیفیت ارتباطات خانوادگی در سلامت روان نوجوانان: یک مطالعه طولی. *مجله روانشناسی خانواده*، ۸(۱)، ۶۷-۸۰.
۹. کریمی، علی، و صادقی، محمد. (۱۴۰۲). طرحواره درمانی و بهبود روابط بین‌فردی در نوجوانان: یک مطالعه آزمایشی. *مجله روانشناسی بالینی ایران*، ۳۰(۳)، ۱۳۲-۱۴۵.

۱۰. محمودی، رضا، و علی پور، محمد. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان. *مجله روانشناسی سلامت*، ۱۰(۲)، ۸۹-۱۰۲.
۱۱. نوری، سارا، و احمدی، فریبا. (۱۴۰۰). کیفیت ارتباطات خانوادگی و اختلالات اضطرابی در نوجوانان: یک مطالعه مروری. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۱۲(۱)، ۵۶-۷۰.
12. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
13. Arntz, A., & Jacob, G. (2021). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. Wiley.
14. Beck, A.T. (2011). Cognitive models and interventions for improving interpersonal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 302-310.
15. Burns, D.D., & Nolen-Hoeksema, S. (2018). Cognitive distortions and anxiety: A comprehensive review. *Journal of Psychological Science*, 29(1), 45-60.
16. Chris, K. E., Lee, B. H., & Vanders, F. (2023). Emotional security in familial interactions and adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 46(1), 98-120.
17. Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2021). Marital conflict and children: An emotional security perspective. Guilford Press.
18. Fritz, J., de Haan, A., & Jacobs, G. (2023). Addressing adolescent anxiety disorders: Schema therapy approaches. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 567-578.
19. Ginsburg, G. S., Drake, K. L., Tein, J. Y., Teetsel, R., & Riddle, M. A. (2020). Preventing onset of anxiety disorders in offspring of anxious parents: A randomized controlled trial of a family-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(5), 604-614.
20. Ginsburg, G., Rogers, M., & Baker, R. (2022). Familial influences on adolescent mental health: Mechanisms of anxiety development. *Child Psychology Review*, 12(2), 34-56.
21. Hagman, B.T., & Cohn, A.M. (2015). The efficacy of schema therapy in treating anxiety and depression. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 15-23.
22. Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2021). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101637.
23. Sheidow, A. J., Henry, D. B., Tolan, P. H., & Strachan, M. K. (2020). The role of family conflict in the development of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 453-461.
24. Van der Kolk, B. A. (2023). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin Books.
25. World Health Organization. (2023). Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
26. Wright, A.G.C., & Simms, L.J. (2017). The role of dysfunctional schemas in family dynamics. *Clinical Psychology Review*, 58, 20-35.
27. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.
28. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2020). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.

The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Anxiety Symptoms and Improving Family Communication Quality in Families with Adolescents Diagnosed with Anxiety Disorders

Mehdi Ordoni Aval¹, Zahra Ordoni Aval²

¹ Master of Family Counseling, Islamic Azad University, Electronic Branch, Tehran, Iran

² Master of General Psychology, Bahar Higher Education Institute, Mashhad, Iran

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy in reducing anxiety symptoms in adolescents and improving the quality of family communication in families with adolescents diagnosed with anxiety disorders. This research was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included families residing in District 1 of Mashhad, whose adolescents had been diagnosed with anxiety disorders. The sampling method was purposive, and 40 families were selected based on inclusion and exclusion criteria and divided into two groups: experimental (20 families) and control (20 families). The experimental group underwent schema therapy intervention, while the control group did not receive any intervention. The measurement tools included the Beck Anxiety Inventory (BAI), Family Assessment Device (FAD), and the Structured Clinical Interview for DSM (SCID), all of which were administered during the pre-test and post-test phases. The results of statistical analysis using independent t-test and Analysis of Covariance (ANCOVA) showed that schema therapy significantly reduced anxiety and improved the quality of family communication in the experimental group. The mean anxiety scores in the experimental group decreased from 31.85 in the pre-test to 19.40 in the post-test, while no significant changes were observed in the control group. Additionally, the mean family communication quality scores in the experimental group increased from 102.35 in the pre-test to 129.80 in the post-test, whereas the control group showed minimal change. These findings indicate the effectiveness of schema therapy in modifying dysfunctional schemas in adolescents, reducing anxiety symptoms, and enhancing family interactions. The current study emphasizes the importance of using schema therapy to promote the mental and social health of adolescents and suggests that future research should explore the long-term effects of this therapeutic approach and the role of environmental and social factors in its effectiveness.

Keywords: Schema Therapy, Anxiety, Family Communication, Mental Health, Anxiety Disorder, Adolescent.
