



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۷، دوره ۱۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد
دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی
استاد دانشگاه الزهرا (س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز
استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان
استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین
استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت
استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

روشنگر خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

استاد دانشگاه شهید چمران

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

النی جی هیبدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه روان‌پزشکی

اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

ویراستار فارسی:

آیلین مردان پور

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا (س)

مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

ناشر:

دانشگاه الزهرا (س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

تهران، میدان ونک، خیابان ونک، دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، طبقه دوم، اتاق ۳۰۹

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

وبگاه:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

psychstudies@alzahra.ac.ir

پست الکترونیک:

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فن‌آوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل‌نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا (س) به چاپ می‌رسد.

طی نامه شماره ۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹، در تاریخ ۱۳۸۳/۱۰/۸، بر اساس نظر کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور در وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، درجه علمی - پژوهشی به فصل نامه مطالعات روان شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان شناختی در پایگاه های اطلاعاتی زیر نمایه می شود.

www.sid.ir - پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com - پایگاه اطلاعات نشریات کشور

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

نویسندگان نباید بیش از دو مقاله در سال ارسال نمایند مگر اینکه مقاله غیرقابل پذیرش باشد.

مشخصات نویسندگان پس از پذیرش نهایی مقاله تغییر نخواهد کرد.

• موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات درمانی

• کل مقاله حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.

• سایز قلم چکیده فارسی و انگلیسی و منابع با فونت B lutos و سایز ۱۱ با فاصله خطوط ۱/۱۵، برای متن اصلی مقاله فاصله سطرها ۱/۵ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲، جداول و عنوان آن‌ها سایز ۱۱ و فاصله خطوط ۱/۱۵ تنظیم شده باشد. اندازه قلم تیتراها ۱۴ و بولد باشد.

• متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و در هر مرحله به صورت فایل با ساختار Word2007 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.

• عنوان کوتاه و متناسب با محتوا

• آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، E-mail نویسنده (نویسندگان) و مشخص نمودن نویسنده مسئول در قسمت فایل با نام سامانه، به فارسی و انگلیسی و همچنین در فایل اصل مقاله الزامی است.

چکیده فارسی و انگلیسی منطبق با هم در حداکثر ۲۰۰ واژه، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی تهیه و تنظیم شود.

کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار) نوشته شود.

مقدمه شامل بیان مسئله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، فرضیه(های) پژوهش یا پرسش پژوهش. هنگام استناد به پژوهشگران قبلی، در بار اول نام نویسندگان (تا ۴ نفر، در صورتی که بیشتر از ۴ نفر باشند کلمه همکاران به آن اضافه شود) در متن ذکر شود و نام نویسندگان خارجی با شماره‌گذاری بر روی نفر آخر در پاورقی ذکر شود و کلیه نام این نویسندگان در یک سطر قرار گیرد و در بار دوم فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود و نیازی به زیرنویس ندارد.

پانوشته‌ها: در پانوشته حرف اول نام خانوادگی پژوهشگران با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست. در پانوشته برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانوشته‌ها ۱۰ باشد).

روش شامل نوع طرح پژوهش، توصیف کامل و تعداد جامعه، تعداد نمونه و دلیل روش نمونه‌گیری و شرح کامل ابزار اندازه‌گیری (نام ابزار دقیق به انگلیسی زیرنویس شود بجای کلماتی همچون عبارت، آیت، ماده و ... از کلمه گویه استفاده شود و تعداد آن‌ها ذکر شود. نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکاررفته است باشد و با زیرنویس هماهنگ باشد. نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس آن‌ها وارد شود. شیوه نمره‌گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل ذکر شود. دامنه نمرات قابل دریافت. کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است. ضرایب روایی و پایایی و روش کار آن‌ها در نسخه اصلی از تدوین کننده با ذکر منبع.

ضرایب روایی و پایایی نسخه بومی سازی شده و روش کار با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است. همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی باروش آلفا کرونباخ در مورد نمونه خودتان، اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود برای زیرمقیاس‌ها را هم در پایان معرفی همان از مون داشته باشند. از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی هم بنویسید. برنامه آموزشی از کجا برداشته شده و آیا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است). اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام اجرای پژوهش.

یافته‌ها شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها و نمودارها (حداکثر ۵ تا) با پیروی از راهنمای عمومی APA. توصیف جداول قبل از ارائه جدول بیاید و کلیه اعداد متن و جداول به فارسی و اعشار آن تا دو رقم با ممیز نوشته شود. کاما و نقطه به جای ممیز گذاشته نشود.

بحث و نتیجه‌گیری تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح در مقدمه و مقایسه با پژوهش‌های قبلی مطرح در مقدمه، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.

تشکر و قدردانی: از سازمان حمایتگر یا از شرکت کنندگان تقدیر و تشکر شود.

نگارش فهرست منابع فارسی به زبان انگلیسی: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی مقالات) همراه با فهرست منابع انگلیسی، به ترتیب الفبایی مقاله درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود.

منابع داخلی و خارجی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است باید روزآمد و ترجیحاً از منبع ۵ سال اخیر باشد. در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند. به شرح زیر تنظیم شوند:

- کتاب (تألیف): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، محل چاپ، ناشر.
- کتاب (ترجمه): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار متن اصلی. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، نام و نام خانوادگی مترجم (مترجمان) سال ترجمه، محل چاپ، ناشر.
- مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک، شماره (Issue) و دوره (Volume) شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰).
- پایان‌نامه: نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. عنوان پایان‌نامه به صورت ایتالیک، رشته، نام دانشگاه، کشور.
- پایگاه‌های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

چکیده گسترده به زبان انگلیسی

نویسندگان محترم پس از تایید داوران و سردبیر فصلنامه (بازنگری جزئی)، چکیده مبسوط را به شیوه زیر تنظیم نمایند. صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۲ سانتی‌متر از همه طرف بدون شماره‌گذاری باشد. عنوان نباید بیش از دوسطر باشد، هرچه کوتاه‌تر بهتر، کلمات با فونت Times New Roman سایز ۱۴ و بولد و حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ باشد (style Title).

در یک سطر نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست (اندازه ۱۲ فونت)، برای هر نویسنده در سطر بعدی درجه علمی، سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک به ترتیب هر نویسنده در یک سطر زیر هم با سایز ۱۰ بیاید.

بخش‌های اصلی چکیده گسترده:

کل فایل چکیده گسترده باید برگرفته از فایل مقاله اصلی و شامل حداقل ۹۰۰ و حداکثر ۱۲۰۰ واژه باشد و بیش از ۳-۴ صفحه نشود. جداول و تصاویر و منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی‌شود اما در تعداد صفحات محسوب می‌شوند.

چکیده گسترده شامل بخش‌های زیر باید باشد:

- ۱- خلاصه و کلمات کلیدی
 - ۲- مقدمه، مرور کوتاهی از ادبیات و بیان مسئله
 - ۳- روش
 - ۴- نتایج
 - ۵- نتیجه‌گیری‌ها و بحث‌ها
 - ۶- ذکر منابع ضروری و روزآمد، صرفاً منابعی که در چکیده مبسوط به آن‌ها استناد داده‌اید.
- خلاصه فقط با (۱۵۰ واژه) با فونت Times New Roman، فاصله تک خط و سایز ۱۰ نوشته شود، که یک پاراگراف، بدون عنوان بندی، هدف و روش و یافته را دربرگیرد و کلمات کلیدی (در حد ۳-۵ کلمه) با کاما جدا شود. باشد
- مقدمه (بررسی ادبیات و بیان مسئله) (۳۰۰ واژه)

کلمه مقدمه با فونت Times New Roman، اندازه فونت ۱۴، پر رنگ Introduction

در بخش مقدمه باید: (۱) دامنه و هدف مقاله را بیان کنید و مشکل را مطرح کنید؛ (۲) خیلی خلاصه از ادبیات مربوطه؛ (۳) روش‌های موجود را توصیف کنید و (۴) یک بررسی کلی از یافته‌های اصلی و پیشینه کار را ارائه دهید. بررسی ادبیات باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با مراجع روزآمد کافی باشد. فرضیه‌ها در آخر ذکر شود (مقدمه چکیده مبسوط برگرفته از مقدمه مقاله اصلی است)، نقل قول‌های متن در صورت اشاره، خلاصه، نقل قول یا نقل قول از یک منبع دیگر گنجانده شود، کلیه استنادها در متن، باید یک لیست متناظر در فهرست منابع داشته باشد. سبک استناد APA در متن با استفاده از نام خانوادگی نویسنده و سال انتشار، به عنوان مثال: (Maddi, 2013). برای نویسندگان چندگانه، فقط از نام خانوادگی نویسنده اول به همراه علامت اختصار همکاران (et al.) استفاده شود، برای مثال: (Ryan, et al. (2018)

- روش Method (۳۰۰ واژه)

روش‌شناسی باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با منابع کافی باشد. نویسنده باید سؤال پژوهش را توضیح دهد، چارچوب پژوهش و روش‌های مورد استفاده با جزئیات را توضیح دهد. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه ذکر شود. علاوه بر این باید مشخص شود چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه است یا کاربردی است و به همین دلیل روش انتخاب شده برای این مشکل مناسب است. ابزارها و روایی و پایایی آن‌ها ذکر شود.

-نتایج Result (۴۰۰ واژه)

استدلال‌ها و یافته‌ها در این بخش به‌طور کامل شرح داده شود.

گردآوری داده‌ها و نحوه آنالیز آن‌ها، جداول و تصاویر حاصل از نتایج (حداکثر دوجداول یا دو تصویر) و توصیف نتایج بیان شود. تمام جداول، تصاویر و ارقام باید در مرکز باشند. (style Table) ارقام و تصاویر باید شماره داشته باشند (style Figure caption) و عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ برای جداول، آن‌ها نیز باید شماره‌گذاری شوند و در بالای جدول باید قرار گیرند. منابع جداول، ارقام و تصاویر (در صورت وجود) باید در زیر قرار گیرد که شامل نام نویسنده و تاریخ چاپ آن است.

-نتیجه‌گیری و بحث (۱۵۰ واژه)

نتیجه‌گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم‌های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت‌های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها. از منابع استفاده شده در مقدمه چکیده مبسوط در نتیجه‌گیری و بحث استفاده شود.

-منابع

منابع باید به ترتیب حروف الفبا لیست شده و در فرمت مطابق با سبک APA ارائه شوند؛ حداکثر ۸-۱۰ منبع ثبت شود. نام نویسندگان و عنوان مقاله یا کتاب فارسی مستقیماً از قسمت انگلیسی آن‌ها گرفته شود و دقیق باشد.

تشکر و قدر دانی

حمایت مالی

تضاد منافع

ملاحظات

- هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.
- مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.
- مقالات دریافت شده باز گردانده نخواهد شد.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.
- هزینه پردازش مقاله در دو مرحله از سامانه مجله به صورت آنلاین پرداخت می‌شود که هزینه پردازش مرحله اولیه ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال و هزینه پردازش نهایی قبل از انتشار ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال است.
- مقاله‌های رسیده نباید پیش‌تر در مجله‌های داخل یا خارج کشور چاپ شده باشد.
- بر اساس آئین‌نامه مجله‌های علمی کشور، مقالات پژوهشی اولویت دارند و دیگر مقالات تألیفی (مانند مقالاتی که به تبیین مبانی نظری علوم روان‌شناختی می‌پردازد) طبق ضوابط آئین‌نامه مذکور بررسی خواهد شد.
- مسئولیت درستی علمی مقاله و داده‌های آن به عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.
- نویسندگان مقاله هنگام ثبت مقاله در سامانه ملزم به تکمیل تعهد نامه و فرم تعارض منافع هستند.

فهرست

- ۷-۲۰ اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل‌محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان
بزهکار
- ۲۱-۳۴ اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و
شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها
- ۳۵-۴۶ زهرا علوی؛ سوگند قاسم زاده؛ علی اکبر ارجمندنیا؛ مسعود غلامعلی لواسانی؛ سمیرا وکیلی
اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب
مردان سالمند
همایون هارون رشیدی
- ۴۷-۶۱ رابطه حساسیت اخلاقی با علائم و سواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای ترس از
خود
آذر سادات طباطبایی؛ محمود نجفی
- ۶۳-۷۶ اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری
کووید-۱۹
سیده ناهید حسینی نژاد؛ حمید رضائیان فرجی
- ۷۷-۹۰ اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه ی "گربه مقابله ای" در درمان اختلال اضطراب
جدایی
علی پروندی؛ اسما مرادی؛ مریم امیریان؛ عزت‌اله احمدی
- ۹۱-۱۰۴ تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی
توجه/بیش‌فعالی
سیده زهرا سیدنوری؛ عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه؛ عباس ابوالقاسمی؛ ایرج شاکری نیا
- ۱۰۵-۱۱۷ اثربخشی توانبخشی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال کم‌توجهی
بیش‌فعالی
سارا نجاتی فر؛ قاسم نوروزی؛ مهدیه باباریع
- ۱۱۹-۱۳۲ اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی
بیماران روان‌تنی پوستی
سهیلا امینی زاده؛ قاسم عسکری زاده؛ مسعود باقری

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار

سیمین حسینیان^۱، رقیه نوری پور لیاولی*^۲، ناصر عباسی^۳، نیکزاد قنبری^۴، غلامعلی افروز^۵، حسین ایلانلو^۶

چکیده

نوجوانی دوره حساسی از زندگی می‌باشد و نوجوانان بزهکار در معرض آسیب‌های روان‌شناختی بسیاری هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار شهر تهران بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان بزهکار ۱۸-۱۴ ساله کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال بود که از بین آنان تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند و از پرسش‌نامه‌های سلامت روان، سازگاری اجتماعی و سنجش نگرش به بزهکاری استفاده شد. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته تحت مشاوره گروهی با رویکرد راه‌حل محور قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار تأثیر معنادار دارد. نتایج پژوهش حاضر قابلیت این را دارد که مورد استفاده نظری و کاربردی مشاوران، روان‌شناسان و سازمان‌های ذی‌ربط قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان راه‌حل محور، سلامت روان، سازگاری، نوجوانان بزهکار

^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران .

^۲ نویسنده مسئول: دانش آموخته دکتری گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران ✉

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

^۴ دکتری روانشناسی بالینی (پیشگیری و درمان اعتیاد) دانشکده آموزش و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ استاد ممتاز گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، ایران

^۶ کاندیدای دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

مقدمه

دوران نوجوانی از ادوار پراهمیت فرآیند رشد آدمی محسوب می‌شود. قدم گذاردن به این دوره معمولاً با بلوغ آغاز می‌شود. شکوفایی غریزه جنسی، تثبیت و تحکیم علائق و منافع شغلی و اجتماعی و میل به آزادی و استقلال، از ویژگی‌های مهم این دوره است. تغییر و تحول جسمی، روانی و شخصیتی در این دوران، خواسته‌های جدیدی را مطرح می‌سازد. از یک سو فشار غریز، نیازها و میل به تبعیت از ارزش‌های نوجوانی، همچنین پذیرفته شدن و جذب در گروه‌های هم‌سال، فشارهای گروهی میل به ابراز وجود، پی‌ریزی زندگی مستقل و از طرف دیگر فقدان امکانات، روابط نامناسب عاطفی، عدم توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها و نظرات و نیز بی‌تجربگی و عدم شناخت کافی، او را در یک بحران فکری و آشفتگی روانی قرار می‌دهد و عوارضی چون بی‌ثمیری، پوچی و بی‌کفایتی به بار می‌آورد، در نتیجه زمینه‌گرایش به بزهکاری را برای نوجوانان به وجود می‌آورد (نظام زاده، طیبی، مالکی رستم‌آبادی، اکبری، نامجو، ۱۴۰۰)

از نظر روانشناسی، گروه بزهکاران در شمار یکی از گروه‌های متعدد ناسازگاران اجتماعی است. به این معنی که در چهارچوبی که اجتماع و یا حتی یک گروه، بعضی افراد می‌توانند خود را تابع قواعد و ممنوعیت‌های مورد قبول آن اجتماع و یا گروه سازند، درحالی‌که بعضی افراد دیگر فاقد چنین ظرفیتی هستند (حسینیان، نوری پور و افروز، ۲۰۱۹). افرادی که به این تبعیت تن در نمی‌دهند، گروهی را تشکیل می‌دهند که از نظر روانی متجانس نیستند ولی درعین حال مکانیزم رفتار آن‌ها را می‌توان بر اساس مفاهیم روان‌شناختی روشن ساخت. بزهکاران در شمار افراد این گروه هستند. البته ناگفته نماند که همه ناسازگاران بزهکار نیستند، چه در یک اجتماع تمام قوانین و ممنوعیت‌ها نمی‌توانند لزوماً مورد احترام و رعایت همگان باشند. از آنجائی که پیشرفت و ترقی هر جامعه‌ای در گرو سلامتی آن جامعه از هر نظر می‌باشد، لذا تحقیق در مورد پدیده بزهکاری نوجوانان بسیار رهگشا برای پیشگیری جرائم و خطاها می‌باشند تا از این طریق بتوان کمبودها و نارسائی‌ها را دریافت و درصدد رفع این مشکلات اقدام نمود. اعمال بزهکارانه در جوامع و کشورهای مختلف و حتی طی زمان‌های متفاوت در یک کشور متغیر است. از آنجاکه همه افراد بزهکار الزاماً به چنگ قانون گرفتار نمی‌شوند، بنابراین نمی‌توان ادعا کرد همه نوجوانان بزهکار همان کسانی هستند که در کانون‌های اصلاح و تربیت نگهداری می‌شوند. افرادی که بزهکار نیستند صرفاً به خاطر یک رفتار که ممکن است ناشی از انگیزه‌هایی جز بزهکاری باشد به دام افتاده باشند. در پدیده بزهکاری هم عامل زیستی، هم عامل روانی و هم عامل اجتماعی دخالت دارند (حیدری، پورقاز و مرزیه، ۱۳۹۹). کمبودها و نارسایی‌ها در زمینه‌های تربیتی، معنوی، آموزشی و همانندسازی‌های

حسینیان و همکاران ۹۰

غلط با همسالان از زمینه سازه‌های مهم در مورد گرایش نوجوانان به بزه است. اگرچه گرایش به جرم و ارتکاب به آن ناشی از چندین عامل است که برخی دارای منشأ فردی و درونی بوده و برخی نیز دارای منشأ اجتماعی می‌باشند؛ اما ویژگی‌های شخصی افراد و توانمندی یا ناتوانی آن‌ها در سازگاری با شرایط استرس‌زا و فشارهای روانی نقش مؤثری در بروز بزهکاری و شیوه‌های اصلاً آن‌ها دارند. یکی از خصوصیتی که نوجوانان بزهکار دارند مربوط به رفتار ناسازگارانه است به این صورت که نمی‌توانند دیدگاه دیگران را در نظر بگیرند که این مسئله منجر به ناسازگاری با محیط اجتماعی فرد می‌شود؛ پژوهش‌ها نیز نشان داده است که بین بزهکاری و سازگاری اجتماعی (مایورگا - سیرا، نوو، فرینا و سیجو^۱، ۲۰۲۰) و ناسازگاری‌های شخصی (لوی، گرانیو، میسود و بانجی^۲، ۲۰۱۹) رابطه وجود دارد.

اگرچه گرایش به جرم و ارتکاب به آن ناشی از چندین عامل است که برخی دارای منشأ فردی و درونی بوده و برخی نیز دارای منشأ اجتماعی می‌باشند؛ اما ویژگی‌های شخصی افراد و توانمندی یا ناتوانی آن‌ها در سازگاری با شرایط استرس‌زا و فشارهای روانی نقش مؤثری در بروز بزهکاری دارند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که یکی از متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری در نوجوانان و جوانان، سلامت روانی است (پالینگ و رنیرز^۳، ۲۰۱۸). سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی، اتکا و اعتماد به خود، سازگاری با فشارهای عادی زندگی و سهمیم بودن در اجتماع، قابلیت رقابت، دوست داشتن دیگری، شکوفایی استعداد و توانایی فکری و هیجانی است (بهرامی، بهرامی و چمن آرا، ۲۰۱۹). بزهکاری نوجوانان و جوانان یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی تهدیدکننده جامعه تلقی شده بررسی و مداخله در آن ضرورت دارد. مداخلات متعددی در ارتباط با نوجوانان بزهکار مطرح می‌باشد؛ یکی از این مداخلات، درمان راه‌حل محور می‌باشد. درمان راه‌حل محور رویکردی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه‌حل‌ها مبتنی است (آیان و سبانسیگولاری^۴، ۲۰۲۰؛ جاوید و همکاران، ۲۰۱۹). این رویکرد به جای مشکلات فعلی و ریشه‌های قبلی آن، به منابع جاری و امیدهای آینده می‌پردازد و آغازی برای کنار گذاشتن عادات فکری و الگوهای رفتاری پیشین می‌باشد (کیم، جردن، فرانکلین و فروئور^۵، ۲۰۱۹). در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر را در درون خود دارند. این درمان به جای محتوا بر فرایند تأکید دارد و به جای غرق شدن در گذشته و ریشه‌یابی علل مشکل، بر حال و آینده تأکید دارد.

1. Mayorga-Sierra, Novo, Fariña & Seijo
2. Levey, Garandean, Meeus & Branje
3. Pailing & Reniers
4. Ayar & Sabanciogullari
5. Kim, Jordan, Franklin & Froerer

۱۰..... اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان ... تاکنون تأثیر آموزش گروهی راه‌حل محور بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی نظیر کاهش استرس و بهبود نگرش (لی و لیو^۱، ۲۰۲۱)، افزایش خودکارآمدی کودکان (کرامی، هلسی، یوروم، لوث-هنسن، هاگلند و نتویگ^۲، ۲۰۱۰) و کاهش مشکلات هیجانی (فینالیسون، هال و جردن^۳، ۲۰۲۰) مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن در کاهش آشفتگی‌های روانی تأیید شده است، اما در جستجوی پژوهشگران مطالعه‌ای که تأثیر روش راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار را بررسی کند، یافت نشد.

در صورت روشن شدن نتایج این تحقیق، در سطح بنیادین نقش آموزش گروهی به صورتی که محتوی آن شناخت خود باشد، می‌تواند به شیوه‌ها و مکانیسم‌های متعدد در ارتقاء سطح سلامت روان منجر شود؛ و در ایجاد راه‌کارهای مؤثر در زمینه ارتقاء سلامت روان، پیشگیری اولیه (گسترش فعالیت‌های گروهی رفاه اجتماعی، تقویت و توسعه خودآگاهی فردی در تمام مقاطع زندگی، برطرف نمودن زمینه‌های فردگرائی و کمک به «خود بودن» در ارتباطات) و پیشگیری ثانویه (درمان آسیب‌های روانی اجتماعی) به‌طور مفید و مؤثری یاری کننده و حائز اهمیت باشد. در این مطالعه آموزش رویکرد راه‌حل محور این فرصت را در اختیار نمونه مورد مطالعه قرار می‌دهد تا از طریق یک تجربه سالم در زمینه احساس و شناخت رفتار خود، دانش گسترده‌تر و عمیق‌تری به دست آورند. این شناخت سبب می‌شود که فرد آسیب‌پذیری‌ها و نقاط ضعف خود را بهتر بشناسد و توانمندی این را کسب نماید که بتواند سلامت روان خود را ارتقا داده یا با ناسازگاری مقابله نماید که خود بسامدترین استفاده‌کنندگان از خدمات سرپایی بهداشت روانی را تشکیل می‌دهند و در مورد مهارت‌های بین فردی نیز بتواند تجارب سالمی کسب کند.

به جهت اینکه بازپروری ساختار شخصیتی و رفتارهای فردی و اجتماعی جوانان بزهکار و دستیابی به راهکارهای علمی و تخصصی در جهت بررسی معضلات نوجوانان، همواره اولین و اصلی‌ترین اولویت در برنامه‌های آموزشی و درمانی می‌باشد و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اصلاح و تربیت به برنامه‌های روان‌درمانی در خصوص پیشگیری و کاهش رفتارهای آسیب‌زای نوجوانان و با عنایت به کم بودن پژوهش‌های مربوط به مداخلات روان‌شناختی نظیر آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور و نقش آن در سازگاری و سلامت روان در نوجوانان بزهکار، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار مؤثر می‌باشد؟

-
1. Li & Liu
 2. Kvarme, Helseth, Sørnum, Luth-Hansen, Haugland & Natvig
 3. Finlayson, Hall & Jordan

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و یک کار آزمایشی بالینی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه را کلیه نوجوانان پسر بزهکار ۱۸-۱۴ سال (دبیرستانی) کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. در پژوهش‌هایی که از شبه آزمایشی هستند حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود. در مطالعه حاضر از بین جامعه آماری مورد نظر به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های شمول، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در طی مراحل تحقیق ۳ نفر به مرحله بخشودگی رسیدند، یک نفر به بند جوانان منتقل شد و ۱ نفر نیز جلسات مداخله را ترک نمود، بنابراین در پژوهش حاضر گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از ۲۶ در پرسش‌نامه نگرش به رفتارهای بزهکارانه، داشتن سن ۱۸-۱۴، داشتن سابقه ارتکاب بزه در آزمودنی‌ها حداقل برای یک‌بار، توانایی خواندن و نوشتن (به تشخیص پژوهشگر و مطالعه پرونده شخصی نوجوان)، عدم سابقه بستری در بخش اعصاب و روان، عدم مصرف منظم داروهای روان‌گردان، شرکت داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش هم شامل: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد روان‌گردان، تجربه فقدان در شش ماه گذشته مانند طلاق و فوت نزدیکان، عدم شرکت هم‌زمان افراد شرکت‌کننده در دوره آموزشی و خدمات روان‌شناختی بود.

ابزار

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسش‌نامه نگرش به رفتارهای بزهکارانه^۱ (ابزار غربالگری): این پرسش‌نامه توسط فضلی در سال ۱۳۸۹ باهدف سنجش نگرش به رفتارهای بزهکارانه برای نوجوانان ۱۵ الی ۱۸ سال تهیه شده است که ۲۸ گویه و ۲ خرده مقیاس نگرش مثبت و نگرش منفی دارد و بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۰ و حداکثر نمره ۱۱۲ می‌باشد؛ نمره کلی بالا در این پرسش‌نامه به معنای نگرش مثبت افراد به انجام رفتارهای بزهکارانه است. نمره برش ۲۶ است و از آن جهت غربال کردن نمونه پژوهش استفاده شد. در مطالعه فضلی (۱۳۸۹) همسانی درونی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شده است. همچنین، آلفای کرونباخ خرده مقیاس نگرش مثبت و منفی

۱۲..... اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان ...
 به رفتارهای بزهکارانه به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد. این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر به‌عنوان ابزار غربالگری برای شناسایی نوجوانان بزهکار مورد استفاده قرار گرفت از این جهت مجموع نمرات عبارت نگرش مثبت به بزهکاری مورد استفاده قرار گرفته است.

پرسش‌نامه سلامت روان^۱: این پرسش‌نامه که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) با روش تحلیل عاملی ساخته شده است، ۲۸ گویه و ۴ خرده مقیاس دارد. هر یک از این خرده مقیاس‌ها هفت سؤال دارد که چهار دسته از اختلالات شامل نشانه‌های بدنی (جسمانی)، اضطراب و بی‌خوابی، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را ارزیابی می‌کند. در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان‌دهنده سلامت و درجات بالا حاکی از نبود سلامت و وجود ناراحتی در فرد است. در این پرسش‌نامه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که به صورت ۰-۱-۲-۳ است. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری برابر با ۹۴ خواهد بود که نشان‌دهنده پایین‌ترین درجه سلامت روان است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۹) همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای دو پرسش‌نامه سلامت روان و فهرست علائم روانی، به میزان ۰/۷۸ گزارش نمودند. نائینیان، نیک‌آذین، شعیری، رجبی و سلطانی‌نژاد (۱۳۹۹) مقدار ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه، ۰/۹۶ و این ضریب برای زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه در گستره ۰/۹۶ تا ۰/۷۳ و ضریب پایانی تصنیف را ۰/۹۱ گزارش کردند. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی^۲: این پرسش‌نامه توسط مظاهری، باغبان و فاتحی زاده (۱۳۸۵) به صورت محقق ساخته تدوین شد. هدف پرسش‌نامه بررسی میزان سازگاری می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۹۰ گویه و پنج زیرمقیاس بین فردی، شخصی، تحصیلی، در ارتباطات صمیمانه و خلق است که در این پژوهش از نمره کل استفاده شده است. نمره‌گذاری آن به این صورت است که برای گزینه‌های بله تا حدودی و خیر به ترتیب نمرات ۰ و ۱ و ۲ تعلق می‌گیرد و نمره کل این پرسش‌نامه بین ۰-۱۸۰ می‌باشد. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه توسط مظاهری و همکاران (۱۳۸۵) ۰/۷۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای نمره کل سازگاری ۰/۸۲ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پژوهش حاضر با اخذ مجوزهای لازم و مراجعه به کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ آغاز شد. پس از مطالعه پرونده‌های نوجوانان ۱۴-۱۸ سال مرکز، افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش داشتند به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش

حسینیان و همکاران ۱۳

و کنترل تخصیص یافتند. هر دو گروه پیش از شروع مداخله به پرسش‌نامه سازگاری و سلامت روان پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای یک‌بار در هفته مشاوره گروهی راه‌حل محور، بر اساس پروتکل درمان راه‌حل محور (دشازر، دولان، کورمان، ترپر، مک‌کولوم و برگ، ۲۰۱۲) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه پس از انجام مداخله پرسش‌نامه‌های مذکور را مجدد تکمیل کردند.

ملاحظات اخلاقی تحقیق این‌گونه بود که در ابتدای تحقیق با توضیح صادقانه اهداف طرح به کسب رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش پرداخته شد. در اجرای پژوهش، سعی بر آن بوده است که با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها آن‌ها را از لحاظ مشکلات احتمالی (اضطراب ناشی از پاسخ دادن به آزمودنی، کاهش عزت‌نفس یا اعتماد به نفس، نگرانی آزمودنی‌ها در رابطه با تأثیر نتایج بر سرنوشت آن‌ها و ...) مورد حمایت قرار گیرد. رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب مجری و هم از جانب همکاران پژوهشگر کاملاً حفظ شده است. در صورتی که فردی، شخصاً عدم تمایل خود را برای شرکت در تحقیق نشان می‌داد، بر طبق اصول رعایت حقوق انسانی حق نداشته وی را به اجبار وارد پژوهش نماییم و در هیچ‌یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور

هدف جلسه	محتوای جلسات	تمرین گروهی یا خانگی	تغییر رفتار مورد انتظار
۱ معارفه	شرح چهارچوب گروه، بیان اصول کلی درمان راه‌حل محور، ایجاد ارتباط و توجه مثبت با سؤالات کوتاه	نگارش انتظارات خود از جلسات مشاوره	ذوب یخ‌ها و آشنایی اعضا به اهداف و منطق کار
۲ بیان مسئله و تدوین هدف	بیان مشکلات به صورت عینی، ملموس با استفاده از روش‌های کمکی (نقاشی، وانمود سازی و نمایش)	نگارش اهداف از شرکت در جلسات مشاوره و ارائه در جلسه بعد	فرمول بندی راه حل مشکلات
۳ ایجاد راه‌حل	بررسی پیشنهاد درباره کمترین تغییر برای حل مشکل موجود، کوچک‌ترین گام برای حل مشکل چه بود.	تأهفته آینده شناسایی موقعیت‌هایی بدون ویا کمتر مشکلات رفتاری	تصورآینده موردعلاقه و دنیای بهتر برای خرج از چهارچوب مشکل
۴ یافتن موارد استثنا	بیان لحظات استثنا با استفاده از نقاشی، نمایش و وانمود سازی در زندگی	درباره پرسش معجزه هر چه به ذهنشان می‌رسد مکتوب و به جلسه بیاورند.	حرف زدن در مورد آینده و کارها

۱۴ اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل‌محور بر سازگاری و سلامت روان ...

۵	استفاده از پرسش معجزه	کمک به نوجوانان تا با استفاده از چراغ و عصای جادویی به سؤال معجزه پاسخ دهند. اگر چراغ جادویی داشتید، امشب معجزه‌ای رخ دهد و مشکلات شما حل شود، چه چیزی در زندگی‌تان متفاوت خواهد بود؟	درباره متفاوت بودن با رفتارهای کنونی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.	پی بردن شرکت‌کنندگان به قابلیت‌ها و توانمندیهای خود
۶	متفاوت بودن در ابعاد رفتاری ، شناختی و عاطفی	با استفاده از تخیل و استفاده از واژه «به‌جای» متفاوت بودن را در ابعاد رفتاری، عاطفی و شناختی نشان دهند. -تمرین راه‌های دیگر و عدم تکرار مسیر درگیر شده و به بن‌بست رسیده قبلی.	برای جلسه آینده پیرامون تثبیت و تحکیم تغییرات، فکر کرده و در گروه مطرح کنند	آشنایی با فرایند حل تعارض به خصوص حل مسئله
۷	تثبیت و تحکیم تغییرات	مرور جلسات، چه تغییری کردند، مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آن‌ها اقدام کرد.	ارایه مکتوب دست آوردها و یادگیری‌های گروهی و به کارگیری آن در زندگی فکر	تحسین کردن به جای ایراد گرفتن از یکدیگر
۸	جمع‌بندی و ختم جلسات	اقدام به جمع‌بندی جلسات قبل با کمک مشاور- مرور موفقیت تک‌تک افراد و جشن گرفتن- اجرای پس‌آزمون	تشکر و قدردانی از اعضا به خاطر شرکت در جلسه	جمع‌بندی جلسات

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک عاملی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 استفاده

شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر متشکل از نوجوانان دبیرستانی پسر بود که در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی شرکت‌کننده در پژوهش ۱۵/۶۷ سال (انحراف استاندارد آن ۱/۴۳) بود. جداول زیر توصیفی از شرکت‌کنندگان در خرده مقیاس‌ها و نمره کل پرخاشگری سازگاری و مؤلفه‌های سلامت روان به تفکیک گروه‌های درمان راه‌حل‌محور و کنترل ارائه شده است. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سازگاری به تفکیک گروه این‌گونه بود که در گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون ۱۲/۸۱ و انحراف معیار ۲/۶۳ بود و میانگین پس‌آزمون ۱۳/۴۶ و انحراف معیار ۱/۹۸ بود. در درمان راه‌حل‌محور؛ میانگین پیش‌آزمون ۱۳/۶۹ و انحراف معیار ۲/۵۶ و میانگین پس‌آزمون ۹/۹۲ و انحراف معیار ۱/۹۵ بود. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که گروه‌های کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس

گروه‌ها نشان داد که گروه‌های کنترل و آزمایش از نظر واریانس همگن هستند. نتایج توصیفی بیانگر آن است که میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون از نظر متغیرهای وابسته تفاوت چندانی ندارند.

جهت بررسی همگنی گروه کنترل و گروه‌های آزمایش از لحاظ متغیر سازگاری در مرحله پیش‌آزمون از تحلیل انکوا استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری در سازگاری ($F(1, 22) = 0.41, P = 0.526$) وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیر سازگاری در مرحله پیش‌آزمون است.

جدول ۲. نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های سلامت روان به تفکیک گروه

خرده مقیاس	گروه	پیش‌آزمون میانگین	انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	گروه کنترل	۵/۵۰	۲/۳۹۳	۶/۰۸	۲/۴۲
	راه‌حل محور	۵/۷۵	۲/۴۱	۷/۵۸	۱/۸۳
اضطراب	گروه کنترل	۵/۱۶	۱/۹۹	۵/۲۵	۱/۷۱
	راه‌حل محور	۵/۴۱	۲/۲۳	۷/۸۳	۱/۵۸
سلامت	گروه کنترل	۶/۵۰	۲/۱۹	۶/۸۳	۲/۰۳
اجتماعی	راه‌حل محور	۶/۶۶	۲/۱۴	۸/۸۳	۱/۵۸
سلامت	گروه کنترل	۶/۷۵	۲/۳۰	۶/۵۴	۱/۴۴
جسمانی	راه‌حل محور	۶/۵۰	۲/۲۵	۸/۶۶	۱/۴۳

نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون متغیر گروه (گروه مداخله و کنترل) روی پس‌آزمون متغیر سازگاری حاکی از وجود اثر معنادار مداخله در گروه‌های آزمایش بود. بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بر اساس سلامت روان وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی دو گروه مداخله و کنترل از نظر مؤلفه‌های متغیر نشانگان درونی سازی در مرحله پیش‌آزمون است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در سازگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۷۰/۹۶	۱-۲۲	۷۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت گروه‌های کنترل و درمان راه‌حل محور از نظر میزان خرده مقیاس‌های سلامت

۱۶..... اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان ...

روانی استفاده شد. نتایج آزمون ام-باکس^۱ حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و اجتماعی و جسمانی، دو گروه از نظر واریانس همگن هستند. نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون مؤلفه افسردگی، اضطراب و جسمانی و متغیر گروه‌ها (راه‌حل محور و کنترل) روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌ها با استفاده از آزمون لامبدا و یلکز^۲ حاکی از وجود اثر معنادار بود.

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل هم‌پرسش روی پس‌آزمون حاکی از آن بود که میزان نمرات خرده مقیاس‌های سلامت روان گروه‌های آزمایش بعد از شرکت در دوره درمان راه‌حل محور نسبت به گروه کنترل، ارتقای معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاس شکایات افسردگی، اضطراب سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی داشته است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه‌ها در خرده مقیاس‌های سلامت روان

منبع تغییرات	خرده مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور ضریب ای‌تا
گروه	افسردگی	۱-۲۲	۲۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	اضطراب	۱-۲۲	۳۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	اجتماعی	۱-۲۲	۲۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	جسمانی	۱-۲۲	۳۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار تأثیر معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جاوید و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته و بر اساس پیش‌فرض‌های این درمان مانند تغییر تمرکز از گذشته به حال و آینده (فینالیسون و همکاران، ۲۰۲۰) و در نظر گرفتن مراجع به‌عنوان یک فرد توانمند نه یک بیمار ناتوان می‌توان گفت، این نوجوانان مشکلات را همان‌طور که همواره اتفاق می‌افتد، مجسم می‌کنند، آن‌قدر در مشکلات غرق می‌شوند که از دیدن راه‌حل‌هایی مناسب که درست در برابر آن‌ها قرار گرفته غافل می‌مانند، بنابراین با تغییر دیدگاه و تمرکز بیشتر بر راه‌حل‌ها که از اصول اساسی درمان راه‌حل محور است، زمینه مناسبی برای ایجاد تغییرات سازنده و سازگاری بیشتر فراهم می‌شود. همچنین، از آنجایی که نوجوانان بزهکار، سازگاری شخصی و اجتماعی پایین و مهارت‌های ارتباطی اندکی جهت

1. Box's M
2. Wilks' Lambda test

سازگاری مؤثر در روابط بین فردی خود دارند؛ این رویکرد می‌تواند با استفاده از فنون مختلف به این افراد کمک کند تا مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت کنند و بتوانند با استفاده از این مهارت‌ها روابط بین فردی بهتری و در نتیجه سازگاری بیشتری تجربه کنند (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). شرکت‌کنندگانی که در جلسات گروهی درمان راه‌حل محور شرکت کرده بودند بعد از طی کردن مراحل درمانی، به‌خوبی توانسته بودند در جهت رشد سازگاری خود، رویارویی مناسب با مشکلات و تغییر راهکارهای ناکارآمد خود، گام بردارند. از جمله این موارد تغییر زبان شرکت‌کنندگان از صحبت از مشکل به صحبت از راه‌حل و در واقع نوعی مثبت‌اندیشی بود که عاملی مهم در سازگاری افراد محسوب می‌شود. طریقه گفتار افراد در ارتباطات و تعاملاتی که با دیگران برقرار می‌کنند، در بروز و عدم بروز تنش بسیار مهم است. فردی که گفتار مناسبی در تعاملاتش ندارد، بروز تنش را تشدید می‌کند. همین بروز تنش در نهایت منجر به ایجاد ناسازگاری می‌شود (لی و لیو، ۲۰۲۱).

آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور به‌عنوان مهارت‌هایی که افراد را در رسیدن به سطحی از سازگاری یاری می‌کند، می‌تواند با کمک به افزایش ظرفیت‌ها و قابلیت‌های نوجوانان بزهکار موجب کاهش اثرات منفی ناشی از این اختلال در بین این افراد شود. در واقع این آموزش با افزایش سازگاری اجتماعی منجر به افزایش پذیرش اجتماعی در این افراد می‌شود که خود در بلندمدت تغییرات مثبت روانی را برای فرد به همراه می‌آورد. در همین راستا دشاژر و همکاران (۲۰۱۲) نیز معتقدند که این رویکرد را می‌توان در مورد تقریباً همه اختلالات رفتاری و در تمام الگوهای درمانی به کار گرفت و تمرکز کوتاه‌مدت آن، به‌ویژه برای اختلالات سازگاری مفید واقع می‌شود.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان گفت افرادی که در جلسات مشاوره گروهی شرکت داشتند، توانسته‌اند به‌جای درگیر شدن در مشکلات و تکرار راهکارهای ناسازگار، به دنبال راه‌حل‌های مفید و اثرگذارتر باشند و درصدد افزایش قابلیت‌های خود برای کنترل مناسب تنش‌ها و انتخاب راهکارهای مناسب برای حل مشکلاتشان برآیند و سازگارتر شوند. به نظر می‌رسد مشکلات به‌سادگی خود را حفظ و ابقا می‌کنند و چون مراجع مشکلات را همان‌طور که همواره اتفاق می‌افتد، مجسم می‌کند، آن‌قدر در مشکلات غرق می‌شود که از دیدن راه‌حلی که درست در برابر آن‌ها قرار گرفته غافل می‌ماند، بنابراین با تغییر دیدگاه مراجع و تمرکز بیشتر بر راه‌حل‌ها زمینه مناسبی برای ایجاد تغییرات سازنده فراهم می‌شود.

۱۸..... اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد راه‌حل محور بر سازگاری و سلامت روان ...

این تحقیق در مجموع نشان داد که مشاوره راه‌حل محور بر سلامت روان و سازگاری کلی نوجوانان بزهکار تأثیر مثبت گذاشته است، برای همین به دلیل مختصر و کوتاه‌مدت بودن آن و همچنین تأثیرگذاری بالای این رویکرد در محیط‌های آموزشی و درمانی، به مشاوران مدارس، مربیان پرورشی و افرادی که در زمینه تربیتی با نوجوانان بزهکار فعالیت دارند، پیشنهاد می‌شود برای کمک به رشد مناسب نوجوانان بزهکار از نتایج این پژوهش استفاده کنند؛ اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است که می‌توان به عدم پیگیری اشاره کرد و مشخص نیست تأثیرات مداخله راه‌حل محور در بلندمدت چگونه است؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری نیز اضافه شود و نتایج پژوهش با پژوهش حاضر مقایسه گردد. از دیگر محدودیت‌هایی که تعمیم‌پذیری نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار می‌دهد این است که در این پژوهش تنها پسران بزهکار مورد بررسی قرار گرفتند که تعمیم یافته‌ها به نوجوانان دختر باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل خروج شرکت‌کننده‌ها از پژوهش نتایج بر اساس حداقل نمونه قابل قبول در یک تحقیق آزمایشی انجام شد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی جهت افزایش اعتبار درونی پژوهش از تعداد نمونه بیشتر استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده مداخلات دیگری نظیر درمان متمرکز بر شفقت، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مناسب جهت استفاده در کانون‌های اصلاح و تربیت و همچنین سایر مراکز نگهداری از نوجوانان بزهکار مورداستفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران وظیفه خود میدانند از کلیه شرکت‌کنندگان که به انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی نمایند.

منابع

- حیدری، رضا؛ پورقاز، عبدالوهاب و مرزیه، افسانه. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای باورهای هوشی در رابطه بین سبک رهبری مدیران و سازگاری فردی اجتماعی دانش آموزان ایران‌شهر. *فصلنامه علمی تخصصی رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری*، ۴(۴۹)، ۶۵-۷۸.
- فضلی، وحید. (۱۳۸۹). بررسی رابطه شیوه‌های تربیتی والدین و نگرش به رفتارهای بزهکارانه در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران. *فصلنامه علمی ترویجی پیشگیری از جرم*، ۱۴(۵)، ۷۹-۱۱۲.
- مظاهری، اکرم؛ باغبان، ایران و فاتحی زاده، مریم‌السادات. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی عزت نفس بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۳(۱۶)، ۴۹-۵۶.

نائینیان، محمدرضا؛ نیک‌آذین، امیر؛ شعیری، محمدرضا؛ رجبی، مهتاب و سلطانی‌نژاد، زهرا. (۱۳۹۹). اعتبار یابی و رواسازی مقیاس بهزیستی شخصی بزرگسالان (PWI-A). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۱)، ۱۸۹-۱۹۹.

نظام زاده، بهنام؛ طیبی، صدساله؛ مالکی رستم‌آبادی، مرجان؛ اکبری، حمیدرضا و نامجو، فرهاد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس درماندگی روان‌شناختی و تحمل پریشانی در نوجوانان بزهکار. *دو فصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲(۱)، ۲۳-۱۲

- Ayar, D., & Sabanciogullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 235-245. <https://doi.org/10.1111/ppc.12554>
- Bahrami, M. A., Bahrami, D., & Chaman-Ara, K. (2019). The correlations of mental health literacy with psychological aspects of general health among Iranian female students. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0315-6>
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2012). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003125600>
- Fazli, V. (2010). Investigating the relationship between parents' educational methods and attitudes toward delinquent behaviors among adolescents aged 15 to 18 in Tehran. *Quarterly Journal of Crime Prevention*, 14 (5), 79 - 112. [Text in Persian].
- Finlayson, B. T., Hall, G. N., & Jordan, S. S. (2020). Integrating solution-focused brief therapy for systemic posttraumatic stress prevention in pediatrics. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41(2), 133-144. <https://doi.org/10.1002/anzf.1410>
- Heydari, R., Pourghaz, A., Marzieh, A. (2020). The mediating role of IQ beliefs in the relationship between leadership style of managers and individual social adjustment of Iranshahr students. *Journal of new research approaches in management and accounting*, 4 (49), 65-78. [Text in Persian].
- Hoseinian, S., Nooripour, R., & Afrooz, G. A. (2019). Effect of mindfulness-based training on aggression and empathy of adolescents at the juvenile correction and rehabilitation center. *Journal of Research and Health*, 9(6), 505-515. <https://doi.org/10.32598/jrh.9.6.505>
- Javid, N., Ahmadi, A., Mirzaei, M., & Atghaei, M. (2019). Effectiveness of solution-focused group counseling on the mental health of midwifery students. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41, 500-507. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1693741>
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462. <https://doi.org/10.1177/1049731516650517>
- Kim, J., Jordan, S. S., Franklin, C., & Froerer, A. (2019). Is solution-focused brief therapy evidence-based? An update 10 years later. *Families in Society*, 100(2), 127-138. <https://doi.org/10.1177/1044389419841688>
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørnum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1389-1396. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.001>
- Li, J., & Liu, Y. (2021). Intervention Effect of the Video Health Education Model Based on Solution-Focused Theory on Adolescents' Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Public Health*, 50(11), 2202-2210. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i11.7574>

- Levey, E. K., Garandeau, C. F., Meeus, W., & Branje, S. (2019). The longitudinal role of self-concept clarity and best friend delinquency in adolescent delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(6), 1068-1081. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00997-1>
- Mazaheri, A., Baghban, I., Fatehizadeh, M. (2006). The effect of group self-esteem training on students' social adjustment. *Journal of Daneshvar Behavior*, 13 (16), 49-56. [Text in Persian].
- Mayorga-Sierra, É., Novo, M., Fariña, F., & Seijo, D. (2020). Needs analysis for the personal, social, and psychological adjustment of adolescents at risk of delinquency and juvenile offenders. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(3), 400-407. <https://doi.org/10.6018/analesps.428631>
- Nezamzadeh, B., Taybi, S., Maleki Rostamabadi, M., Akbari, H., Namjoo, F. (2022). Predicting the tendency to high-risk behaviors based on psychological helplessness and distress tolerance in delinquent adolescents. *Biquarterly Journal of Studies and Psychological News in Adolescents and Youth*, 2 (1), 12-23. [Text in Persian].
- Nainian, M., Nikooazin, A., Shairi, M., Rajabi, M., Soltani Nejad, Z. (2020). Validation and validation of the Adult Personal Welfare Scale (PWI-A). *Clinical Psychology and Personality*, 15 (1), 189-199. [Text in Persian].
- Pailing, A. N., & Reniers, R. L. (2018). Depressive and socially anxious symptoms, psychosocial maturity, and risk perception: Associations with risk-taking behaviour. *PloS one*, 13(8), e0202423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202423>



اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها

زهرا علوی^۱، سوگند قاسم‌زاده^{۲*}، علی اکبر ارجمندنیا^۳، مسعود غلامعلی لواسانی^۳، سمیرا وکیلی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه کنترل و دو مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۰ ساله، در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ شهر تهران و مادران آنها بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ دانش‌آموز مضطرب شناسایی و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. ابزارها شامل پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجان کودک و نوجوان و شیوه‌های فرزندپروری ارجمندنیا (شفا) بود. گروه آزمایش ۱۵ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای مداخله گروهی دریافت کرد؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش استفاده از راهبرد سرکوب و افزایش به‌کارگیری راهبرد ارزیابی مجدد در مهارت تنظیم هیجان دانش‌آموزان و بهبود شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها اثر معناداری دارد. به نظر می‌رسد برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان روشی کوتاه‌مدت جهت ارتقاء مهارت تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب کودک، تنظیم هیجان، درمان فراتشخیصی، شیوه‌های فرزندپروری

^۱دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران ✉

^۳دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۴استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

اضطراب به عنوان یک هیجان زودگذر و منتشر، ناشی از یک موقعیت بالقوه مضر، با احتمال کم یا نامشخص وقوع آسیب تعریف می‌شود (گوئز، آلمیدا سوزا، مارکیورو و تکسیرا-سیلوا^۱، ۲۰۱۸). اختلالات اضطرابی^۲ شایع‌ترین اختلالات روانی دوران کودکی می‌باشند که تشخیص زودهنگام آن‌ها می‌تواند اثرات طولانی مدت‌شان را به حداقل برساند (لئونگ، یاو و یوئن^۳، ۲۰۱۹). یکی از عوامل زیربنایی در اختلالات اضطرابی ناتوانی در تنظیم هیجان می‌باشد (شفر، نائومن، هولمز، تاشن-کافی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

تنظیم هیجان^۵ به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش و یا تنظیم هیجانات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد (گراس^۶، ۲۰۱۵) و به کودکان اجازه می‌دهد تا احساسات، رفتارها و حرکات بدنی خود را مدیریت کنند و با موقعیت‌های دشوار مواجه شوند (کوئینترو، آلوارز و رستریپو^۷، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان به طور فزاینده‌ای به عنوان یک مولفه ضروری برای رشد موفق کودک در نظر گرفته می‌شود و مشخص شده است که این فرایند بر جنبه‌های مختلفی چون عزت نفس، تعاملات اجتماعی، رفتارهای مشکل‌ساز و شیوه‌های فرزندپروری^۸ تاثیر می‌گذارد و تحت تاثیر قرار می‌گیرد (پاتریتی و فیتمن^۹، ۲۰۲۲). یکی از عوامل مهم و اثرگذار بر چگونگی تنظیم هیجان کودکان، شیوه فرزندپروری والدین است؛ به گونه‌ای که طبق تحقیقات انجام شده شیوه فرزندپروری مقتدرانه^{۱۰} که با ویژگی‌هایی چون گرمی، پذیرش و محبت توصیف می‌شود؛ در تنظیم هیجان کودکان و نوجوانان نقش دارد (تانی، پاسکوزی و رافگنینو^{۱۱}، ۲۰۱۸). والدین دارای این شیوه به هنگام بروز هیجانات خوشایند و ناخوشایند در فرزندان، صحنه را خالی نمی‌کنند بلکه آن را فرصتی برای نزدیک شدن بیشتر و تعامل هیجانی با آنان تلقی می‌نمایند و از فرزندان خود می‌خواهند که درباره ماهیت واقعی هیجانات و علل ایجاد آن‌ها به تفکر پردازد. درمقابل والدین دارای شیوه‌های استبدادی^{۱۲} به دلیل اعتقاد به اطاعت بی‌چون و چرای فرزندان، از ابراز هیجان فرزندان‌شان جلوگیری می‌کنند و

1. Goes, Almeida Souza, Marchioro & Teixeira-Silva

2. Anxiety disorders

3. Leung, Yau & Yuen

4. Schafer, Naumann, Holmes & Tuschen-Caffie

5. emotion regulation

6. Gross

7. Quintero, Alvarez & Restrepo

8. parenting methods

9. Patrilli & Fitamen

10. authoritative

11. Tani, Pascuzzi & Raffagnino

12. authoritarian

اقدام به سرکوبی این هیجان‌ها می‌نمایند (بساک نژاد، یونسی و جنادله، ۱۳۹۸). بنابراین می‌توان گفت فرزندپروری مقتدرانه در بهترین حالت برای تنظیم هیجان کودک مفید و در بدترین حالت هیچ آسیبی وارد نمی‌کند (هاسلم، پونیمان، فیلوس، سومارگی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

روشهای مختلفی برای درمان اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان به کار گرفته شده است. برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی^۲ بارلو^۳ یکی از این درمان‌هاست که با توجه به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی موجود طراحی شده است (بارلو، فارچیون، بولیس، گالاگر^۴ و همکاران، ۲۰۱۷) و با وجود اینکه زمان نسبتاً کمی از معرفی آن می‌گذرد، توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده و پژوهش‌های رو به رشدی اثربخشی آن را نشان می‌دهند. به عنوان نمونه علوی، رفیعی‌نیا، مکنون و صباحی (۱۳۹۹) به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به این اختلال پرداختند. یافته‌های این مطالعه حاکی از کاهش قابل توجه نمرات علائم اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان در هر دو شرکت‌کننده در طی درمان و پس از آن بود. پژوهشی دیگری با عنوان اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان مادران و اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک توسط قاسم‌زاده و نقش (۲۰۲۰) انجام شده و نتایج بیانگر اثربخشی این درمان در کاهش اضطراب کودکان و بهبود تنظیم هیجان مادران‌شان بود. گروسمن و اهرنریش-می^۵ (۲۰۲۰) اثر درمان فراتشخیصی را بر خشم و تحریک‌پذیری جوانان بررسی کرده و پی بردند که این برنامه برای خاموش کردن احساسات شدید (مانند خشم و اضطراب) و کاهش گرایش‌های رفتاری مضر در بین جوانان سودمند و موثر است. همچنین در سال ۲۰۱۸، اسکالرا، والینته، سندین^۶، اهرنریش-می و همکاران، به بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی جهت جلوگیری از توسعه اضطراب و افسردگی پرداختند. در مجموع ۱۵۱ دانش‌آموز طی ۹ جلسه آموزشی در این پژوهش شرکت کردند که در پی آن، کاهش غیرمنتظره‌ای در سطح اضطراب و افسردگی این دانش‌آموزان مشاهده شد.

تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در درمان فراتشخیصی می‌باشد و در این درمان بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم آن‌ها تاکید می‌شود. همچنین این رویکرد به جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه

1. Haslam, Poniman, Filus & Sumargi
 2. Unified Protocol for Transdiagnostic treatment
 3. Barlow
 4. Farchione, Bullis & Gallagher
 5. Grossman & Ehrenreich-May
 6. Escalera, Valiente & Sandin

۲۴..... اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و... روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد سعی دارد به تمام مسائل مراجع، صرف‌نظر از تشخیص مطرح‌شده (پردازد(بارلو، هریس، یوستیس^۱ و فارچیون، ۲۰۲۰). از دیگر مزیت‌های این رویکرد، نگاه خانواده‌محور آن است. همه فنون موجود، در کشتزار شکل‌گیری اختلالات، جاری می‌شوند و همسو با فرزندان، والدین نیز به بازسازی هیجان‌ات و بهبود مهارت‌های فرزندپروری خود می‌پردازند(بارلو، اهرنریش-می، کندی، شرم^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸).

بنابراین با توجه به میزان شیوع اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی، اثرات مخرب آن در طول زندگی فرد و بهره‌مندی تعداد کمی از این کودکان از درمان‌های مبتنی بر شواهد(کرسول، ویت و هادسن^۳، ۲۰۲۰) و با توجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهشی در داخل کشور با عنوان اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه‌های فرزندپروری مادران آن‌ها انجام نشده است؛ بنابراین مطالعه حاضر در پی بررسی این فرضیه است: برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه‌های فرزندپروری مادران آن‌ها اثربخش است.

روش

این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه کنترل و دو مرحله پیگیری بود که جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۰ ساله، در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ شهر تهران و مادران‌شان تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین طریق که با مراجعه به یک مدرسه ابتدایی دخترانه در شهر تهران از معلمین خواسته شد تا با تکمیل سیاهه رفتاری کودک-فرم معلم (TRF) برای ۱۱۷ دانش‌آموز پایه دوم تا چهارم ابتدایی، به شکل هدفمند دانش‌آموزان دارای مشکلات اضطرابی را معرفی نمایند. در این فرایند ۵۴ دانش‌آموز شناسایی و جهت تایید این مشکلات، توسط روان‌شناس بالینی با والدین‌شان مصاحبه تشخیصی انجام شد. از این تعداد، ۳۹ نفر براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-۵ تشخیص قطعی اختلالات اضطرابی (اضطراب عمومی، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، پنیک و وسواس عملی-فکری) گرفتند. در نهایت ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که بیشترین نمره را در سیاهه رفتاری کودک-فرم معلم کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۰ ساله، دارای اختلال اضطرابی و والدینی با تحصیلات حداقل دیپلم و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام

1.Harris & Eustis
2.Kennedy & Sherman
3.Creswell, Waite & Hudson

تکالیف مشخص شده برای والدین و دانش‌آموزان و شرکت والدین در سایر جلسات آموزشی و مداخله‌ای به‌طور همزمان بود. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه تنظیم هیجان کودکان و نوجوان (ERQ-CA)^۱: این پرسش‌نامه دارای ۱۰ گویه و دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد^۲ و سرکوبی^۳ می‌باشد و به صورت یک طیف ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه احتمالی نمرات از ۱۰ تا ۵۰ متغیر است. کسب نمره بالاتر در این پرسش‌نامه به معنای تنظیم هیجان بیشتر است. گراس پایایی این پرسش‌نامه را با ضریب بازآزمایی، ۰/۶۹ برای هر دو راهبرد و روایی ملاک آن را از طریق همبستگی میان خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد و عاطفه مثبت و خرده‌مقیاس سرکوبی و عاطفه منفی به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۹ گزارش کرده است (یوانیدیس و سیگلینگ^۴، ۲۰۱۵). آلفای کرونباخ محاسبه‌شده توسط لطفی، بهرام‌پوری، امینی، فاطمی‌تبار و همکاران (۱۳۹۸) برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ و برای دو عامل گفته شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۸ است. نتایج به‌دست آمده در خصوص همبستگی میان عوامل ارزیابی مجدد و سرکوبی با عواطف مثبت و منفی (۰/۵۶ و ۰/۴۱)، نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب این پرسش‌نامه است. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۴ و برای دو عامل به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری ارجمندنی (شفا) (APMQ)^۵: این پرسش‌نامه را ارجمندنیا جهت بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین در سال ۱۳۹۳ تهیه و تدوین کرده که شامل ۲۸ گویه و ۵ خرده‌مقیاس فرزندپروری مقتدرانه^۶، همکاری با همسر در فرزندپروری^۷، نقش فامیل^۸، فرزندپروری خودخواهانه^۹ و وابستگی به والدین^{۱۰} است. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ‌وقت=۰ تا همیشه=۳) انجام می‌گیرد. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بررسی شده و آلفای کرونباخ برای این ابزار در مورد خرده‌مقیاس‌های گفته‌شده به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۱ بیان شده است. همچنین روایی ملاک از طریق محاسبه ضریب همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه و سبک‌های فرزندپروری با مریند به دست آمده است که این مقدار برای خرده‌مقیاس فرزندپروری مقتدرانه با سبک‌های مقتدرانه، سهل‌گیرانه

1. Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescence
2. Reappraisal
3. Suppression
4. Ioannidis & Siegling
5. Arjmandnia Parenting Methods Questionnaire
6. Authoritative parenting
7. cooperation with spouse in parenting
8. family role
9. egotistic parenting
10. paternal dependence

۲۶..... اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و... و مستبدانه به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۱۸- و ۰/۲۳- گزارش شده‌است. (محمدی، قاسم‌زاده و ارجمندنیا، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های گفته‌شده به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۰ به دست آمد.

تمامی جلسات مداخله به صورت گروهی، هفتگی، آنلاین (به علت شیوع ویروس کرونا)، همزمان و موازی برای دانش‌آموزان و والدین در ۱۵ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و برای ارزیابی، تمامی پرسش‌نامه‌ها در ۴ نوبت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۱ ماهه و پیگیری ۳ ماهه) اجرا شدند. ملاحظات اخلاقی مرتبط با این پژوهش شامل محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، آموزش به گروه کنترل پس از اتمام پژوهش و اجازه خروج به شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه جلسات نیز رعایت شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸)

ردیف	اهداف		محتوا	تغییر رفتار موردانتظار	تکلیف
	والد	کودک			
۱	آشنایی با درمان و شناسایی مشکلات		معرفی برنامه درمان	برانگیختن اعتماد	توجه به هیجانات
۲	رتبه‌بندی شدت هیجان‌ها	فرزندپروری هیجانی	آگاهی از هیجان‌ها	رتبه بندی هیجانات	انجام رفتارهای جدید
۳	آزمایش علمی	تقویت رفتار	استفاده از آزمایش علمی	انجام رفتار مخالف	فعالیت‌های من
۴	نشانه‌های بدنی	همدلی	نشانه‌های بدنی ما	تشخیص علائم جسمانی	یافتن سرنخ‌های بدنی
۵	تفکر منعطف و تله فکر	فرزندپروری بی ثبات	بررسی کردن افکارم	آشنایی با افکار ناسالم	شناسایی تله‌های فکر
۶	تفکر کارآگاهی	فرزندپروری کنترل / حمایت بیشینه	استفاده از تفکر کارآگاهی	بررسی سرنخ‌ها	تفکر کارآگاهی
۷	حل مسئله		حل مسئله و مدیریت تعارض	ارائه و بررسی راه حل‌ها	حل مسئله با دیگران
۸	آگاهی از لحظه		آگاهی از تجارب هیجانی	توجه به لحظه حال	آگاهی از لحظه حال
۹	مرور رفتار هیجانی و آزمایش علمی		مقدمه‌ای بر مواجهه هیجانی	استفاده از توجه، توصیف و تجربه	رفتار هیجانی
۱۰	رفتار ایمن/ اجتنابی	نردبان هیجان	مواجهه با هیجان‌ها	امتحان آزمایش من در مواجهه با هیجانات	نردبان هیجان من
۱۱ تا ۱۴	مدیریت مواجهه موقعیتی		برنامه‌ریزی برای مواجهه موقعیتی		
۱۵	مرور و تجلیل از کودک		پایان و جلوگیری از عود	-	-

یافته‌ها

با توجه به طرح پژوهش، بهترین روش آماری برای بررسی داده‌ها طرح آمیخته تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر می‌باشد. به‌علاوه جهت بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، آزمون باکس و کروویت ماکلی استفاده شده‌است.

اطلاعات حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که در میان ۳۰ نفر دانش‌آموز شرکت‌کننده در این مداخله، ۱۵ نفر متعلق به گروه آزمایش و ۱۵ نفر متعلق به گروه کنترل، شامل ۱۲ نفر کلاس دومی (۴۰٪)، ۱۳ نفر کلاس سومی (۴۳٪) و ۵ نفر کلاس چهارمی (۱۷٪) بودند، که مادران ۹ نفر از این دانش‌آموزان تحصیلات دیپلم (۳۰٪)، ۱۲ نفر تحصیلات کاردانی و کارشناسی (۴۰٪) و ۹ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و دکترا (۳۰٪) داشتند. میانگین سنی دانش‌آموزان ۹/۳ سال بود.

جدول ۲. میانگین‌های متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

پیمانه	خرده مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۱		پیگیری ۲	
			انحراف میانگین	معیار	انحراف میانگین	معیار	انحراف میانگین	معیار	انحراف میانگین	معیار
هیجان تنظیم	سرکوب	آزمایش	۱۶/۴۰	۱/۵۳	۷/۱۰	۱/۳۳	۸/۶۰	۱/۳۹	۹/۹۰	۱/۴۸
	ارزیابی	کنترل	۱۵/۶۰	۱/۸۳	۱۵/۵۰	۱/۴۳	۱۵/۱۰	۰/۹۹	۱۵/۴۰	۱/۰۷
	مجدد	آزمایش	۱۱/۳۰	۱/۲۱	۲۵/۳۰	۱/۰۳	۲۱/۹۰	۱/۴۱	۲۱/۷۰	۱/۵۹
	فرزندپروری	کنترل	۱۱/۳۰	۰/۹۴	۱۱/۲۰	۱/۲۲	۱۰/۸۰	۱/۵۴	۱۰/۹۰	۱/۱۹
فرزندپروری	خودخواهانه	آزمایش	۱۸/۲۰	۲/۵۸	۲۸/۵۰	۱/۹۰	۲۴/۱۰	۱/۵۵	۲۳/۷۰	۱/۵۲
	همکاری با همسر	کنترل	۱۸/۰۰	۱/۶۳	۱۶/۵۰	۱/۷۱	۱۶/۳۰	۱/۹۴	۱۶/۴۰	۲/۳۱
	نقش فامیل	آزمایش	۱۲/۱۰	۲/۰۲	۱۷/۴۰	۱/۲۳	۱۵/۵۰	۱/۰۵	۱۴/۶۰	۰/۸۲
	مقتدرانه	کنترل	۱۱/۸۰	۱/۱۶۱	۱۱/۰۰	۱/۷۶	۱۱/۲۰	۱/۶۱	۱۱/۷۰	۱/۷۰
فرزندپروری	وابستگی به والدین	آزمایش	۱۱/۸۰	۱/۷۰	۱۷/۵۰	۱/۰۵	۱۵/۳۰	۱/۲۱	۱۴/۶۰	۰/۸۲
	مقدار شاخص باکس M	کنترل	۱۰/۷۰	۱/۶۳	۱۱/۱۰	۱/۷۲	۱۰/۸۰	۱/۸۱	۱۱/۲۰	۱/۵۴
	مقدار شاخص باکس M	آزمایش	۶/۷۰	۱/۶۵	۱۳/۲۵	۱/۲۱	۱۲/۶۰	۱/۵۹	۱۲/۹۰	۱/۴۱
	مقدار شاخص باکس M	کنترل	۷/۷۰	۱/۱۵	۱۸/۰۰	۱/۵۶	۷/۶۰	۱/۴۲	۷/۳۰	۱/۴۹
مقدار شاخص باکس M	مقدار شاخص باکس M	آزمایش	۹/۰۰	۱/۲۹	۵/۷۰	۱/۰۳	۶/۲۰	۰/۶۱	۶/۵۰	۰/۸۲
	مقدار شاخص باکس M	کنترل	۸/۹۰	۱/۱۹	۸/۲۰	۱/۸۷	۹/۲۰	۱/۴۷	۸/۹۰	۱/۴۴

مقدار شاخص باکس M در هر دو راهبرد تنظیم هیجان (سرکوب و ارزیابی مجدد) در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نمی‌باشد.

بنابراین، ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل، همگن می‌باشند. مقدار خی دو به‌دست آمده در آزمون کروویت ماکلی

۲۸..... اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و...
 برای راهبرد سرکوب ۲۶/۲۱ و برای راهبرد ارزیابی مجدد ۱۴/۲۹ است که هر دو در سطح $P \leq 0/01$ معنادار می‌باشند. باتوجه به یکسان نبودن واریانس تفاوت بین ترکیب ماتریس واریانس-کوواریانس مربوط به این متغیرها در گروه‌های مورد بررسی، از ضریب اصلاح‌شده گیسر استفاده شده است.

مقدار F به‌دست‌آمده در خصوص تفاوت میانگین‌ها در آزمون‌های مختلف و در دو گروه (آزمایش و کنترل) برای هر دو راهبرد سرکوب و ارزیابی مجدد در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. بنابراین، بین نمرات راهبردهای تنظیم هیجان در چهار آزمون ودوگروه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تاثیر درمان بر تنظیم هیجان

خرده‌مقیاس	مشخصه آماری	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
سرکوب	آزمون	۳۳۱/۰۰	۱/۸۸	۱۷۵/۷۱	۸۲/۱۶	۰/۰۱	۰/۷۴
	درمان	۵۷۶/۶۰	۱	۵۷۶/۶۰	۱۴۳/۳۸	۰/۰۱	۰/۸۳
	آزمون*درمان	۳۰۱/۴۰	۱/۸۸	۱۵۹/۹۹	۷۴/۸۱	۰/۰۱	۰/۷۲
ارزیابی مجدد	آزمون	۷۰۸/۱۳	۲/۶۶	۳۱۲/۱۳	۱۵۴/۵۸	۰/۰۱	۰/۸۷
	درمان	۲۱۶۰/۰۰	۱	۲۱۶۰/۰۰	۶۸۱/۸۴	۰/۰۱	۰/۹۴
	آزمون*درمان	۷۶۴/۴۰	۲/۲۶	۳۳۶/۹۳	۲۱۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۸۸

مقدار شاخص باکس M در هر پنج مولفه (شیوه فرزندپروری خودخواهانه: ۲۱/۹۷ و $F/10/2$ ، همکاری با همسر: ۱۶/۷۹ و $F/36/1$ ، نقش فامیل: ۱۹/۱۵ و $F/55/1$ ، شیوه فرزندپروری مقتدرانه: ۱۰/۵۶ و $F/85/0$ ، وابستگی به والدین: ۲۳/۱۷ و $F/54/1$)، در سطح $P \leq 0/05$ معنادار نمی‌باشد. بنابراین، ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل، همگن می‌باشد.

مقدار χ^2 دو به‌دست آمده در آزمون کرویت ماخلی در خرده‌مقیاس شیوه فرزندپروری خودخواهانه: ۲۴/۰۷، همکاری با همسر: ۱۲/۴۸، نقش فامیل: ۲۰/۶۲ و شیوه فرزندپروری مقتدرانه: ۱۱/۹۷ است که این مقادیر در سطح $P \leq 0/01$ معنادار می‌باشند. بنابراین، واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های ماتریس واریانس-کوواریانس مربوط به این مقیاس‌ها در گروه‌های مورد بررسی یکسان نیست. پس باید از تصحیح گیسر و هیون-فلت می‌توان استفاده نمود که در پژوهش حاضر از تصحیح گیسر استفاده شده است. در مولفه وابستگی به والدین مقدار شاخص آماری برابر ۸/۵۲ است که معنادار نبوده و حاکی از همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس دو گروه می‌باشد.

مقدار F به دست آمده در خصوص تفاوت میانگین‌ها در آزمون‌های مختلف و دوگروه (آزمایش و کنترل) برای همه خرده‌مقیاس‌های شیوه‌های فرزندپروری والدین، در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. بنابراین، بین نمرات این خرده‌مقیاس‌ها در چهار آزمون و دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تاثیر درمان بر شیوه‌های فرزندپروری

خرده‌مقیاس	مشخصه آماری	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
فرزندپروری خرد و خراها	آزمون	۲۵۹/۲۵	۲/۰۸	۱۲۴/۶۶	۴۳/۷۱	۰/۰۱	۰/۶۱
	درمان	۱۲۴۲/۱۵	۱	۱۲۴۲/۱۵	۱۳۷/۳۹	۰/۰۱	۰/۸۳
همکاری با همسر	آزمون*درمان	۴۷۸/۹۹	۲/۰۸	۲۳۰/۳۳	۸۰/۷۶	۰/۰۱	۰/۷۴
	آزمون	۶۸/۸۵	۲/۴۳	۲۸/۳۰	۱۳/۰۲	۰/۰۱	۰/۳۱
	درمان	۳۲۲/۰۱	۱	۳۲۲/۰۱	۹۶/۲۰	۰/۰۱	۰/۷۷
	آزمون*درمان	۱۳۰/۹۸	۲/۴۳	۵۳/۸۵	۲۴/۷۸	۰/۰۱	۰/۴۷
نتیج فامیل	آزمون	۱۲۷/۴۰	۲/۱۹	۵۷/۰۹	۲۲/۱۹	۰/۰۱	۰/۴۵
	درمان	۳۹۵/۲۶	۱	۳۹۵/۲۶	۱۶۵/۹۲	۰/۰۱	۰/۸۵
فرزندپروری مقتدرانه	آزمون*درمان	۹۷/۹۳	۲/۱۹	۴۴/۵۹	۱۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۳۹
	آزمون	۱۴۹/۳۸	۲/۳۱	۶۴/۵۵	۲۷/۵۸	۰/۰۱	۰/۴۹
	درمان	۳۴۰/۸۱	۱	۳۴۰/۸۱	۱۰۹/۴۹	۰/۰۱	۰/۷۹
	آزمون*درمان	۱۵۴/۸۵	۲/۳۱	۶۶/۹۱	۲۸/۵۹	۰/۰۱	۰/۵۰
وابستگی به والدین	آزمون	۵۵/۰۰	۳	۱۸/۳۳	۱۳/۴۱	۰/۰۱	۰/۳۲
	درمان	۱۰۱/۴۰	۱	۱۰۱/۴۰	۶۹/۹۳	۰/۰۱	۰/۷۱
	آزمون*درمان	۳۸/۷۳	۳	۱۲/۹۱	۹/۴۴	۰/۰۱	۰/۲۵

مقایسه‌های دو به دو در خصوص تفاوت درون‌گروهی، با استفاده از نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد که درمان یکپارچه فراتشخیصی بر کاهش استفاده از راهبرد سرکوب و افزایش ارزیابی مجدد اثر معنادار دارد و این اثر در طول آزمون‌های پیگیری، حفظ شده‌است. همچنین این درمان بر تمامی خرده‌مقیاس‌های شیوه‌های فرزندپروری اثر معنادار دارد اما این اثر فقط برای خرده‌مقیاس فرزندپروری مقتدرانه و کاهش وابستگی به والدین در طول آزمون‌های پیگیری حفظ شده‌است.

جدول ۵. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو درون گروه آزمایش در شیوه‌های فرزندپروری و راهبردهای تنظیم هیجان)

پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	مقایسه‌ها	خرده‌مقیاس	پیچیدگی
پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۱ پیگیری	۱ پیگیری	۲ پیگیری	۲ پیگیری	۱ پیگیری	۱ پیگیری	۲ پیگیری

۳۰..... اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و...

فرزندپروری	تفاوت میانگین‌ها	۶/۵۵	۵/۹۰	۶/۲۰	-۰/۶۵	-۰/۳۵
مقتدرانه	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۳۱
وابستگی به والدین	تفاوت میانگین‌ها	-۳/۳۰	-۲/۸۰	-۲/۵۰	۰/۵	۰/۸۰
فرزندپروری	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۱۶
خودخواهانه	تفاوت میانگین‌ها	۱۰/۳۰	۵/۹۰	۵/۵۰	-۴/۴۰	-۴/۸۰
همکاری با همسر	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۲
نقش فامیل	تفاوت میانگین‌ها	۵/۳۰	۳/۴۰	۲/۵۰	-۱/۹۰	-۲/۸۰
سرکوب	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۱۹	۰/۰۲
ارزیابی مجدد	تفاوت میانگین‌ها	۵/۷۰	۳/۵۰	۲/۸۰	-۲/۲۰	-۲/۹۰
	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۱
	تفاوت میانگین‌ها	-۹/۳۰	-۷/۸۰	-۶/۵۰	۱/۵۰	۲/۸۰
	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۱۲
	تفاوت میانگین‌ها	۱۴/۰۰	۱۰/۶۰	۱۰/۴۰	-۳/۴۰	-۳/۶۰
	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۹

شیوه‌های فرزندپروری

تنظیم هیجان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و شیوه فرزندپروری مادران آن‌ها انجام شد. یافته اول پژوهش حاکی از اثر معنادار درمان بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان مضطرب بود. این یافته از مدل فراتشخیصی اختلالات هیجانی حمایت می‌کند و با نتایج سایر مطالعات (علوی و همکاران، ۱۳۹۹؛ قاسم زاده و نقش، ۲۰۲۰ و اسکالرا و همکاران، ۲۰۱۸) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یک برنامه درمانی به تفکیک جلسات است که در آن هر یک از حوزه‌های افکار، احساسات و رفتارها مورد بررسی تفصیلی قرار می‌گیرند و به طور خاص برروشن کردن راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد که فرد در طول زمان در هر یک از این حوزه‌ها ایجاد کرده؛ تمرکز می‌کند و به او مهارت‌های تنظیم هیجان سازگارانه را آموزش می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۲۰).

درباره تغییر و بهبود نمرات تنظیم هیجان دانش‌آموزان مضطرب شرکت‌کننده در این پژوهش، می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها یا مهارت‌های آموزش داده‌شده در جلسات درمانی اشاره نمود. به عنوان مثال طی جلسات درمانی تلاش می‌گردد تا این دانش‌آموزان، الگوهای اجتناب از هیجانات را بیاموزند، با تاثیر آن‌ها بر تجارب هیجانی‌شان آشنا شوند، اثرات متناقض این اجتناب را درک و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را جایگزین روش‌های ناسازگارانه کنند.

یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌هایی چون "آگاهی از لحظه حال" است. آگاهی از لحظه حال مهارتی است شامل تمرکز هدفمند فرد در مورد احساسات، عواطف و تجربیاتی که در اینجا و اکنون، در حال رخ دادن هستند. دانش‌آموزان اضطرابی می‌آموزند که توجه به آنچه که در حال حاضر، رخ می‌دهد؛ مهم‌تر از توجه به موضوعات گذشته‌ای است که رخ داده‌اند و قابل دسترسی و تغییر نیستند و یا موضوعات آینده‌ای که هنوز اتفاق نیفتاده‌اند. این امر باعث می‌شود که این دانش‌آموزان کمتر روی نگرانی‌هایشان تمرکز کنند و از بخش‌های کنونی تجارب هیجانی خود آگاه‌تر شوند و یاد بگیرند که احساسات می‌آیند و می‌روند اما هیچ‌کدام از به خودی خود خطرناک نیستند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸).

از دیگر مهارت‌هایی که در جلسات درمانی به دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود؛ "مواجهه موقعیتی" با هیجان‌ات شدید است. بدین ترتیب که با تشویق کودکان برای نزدیک شدن تدریجی به هیجان‌ات شدید و ناخوشایند و همنشینی با آنها، بدون این که کاری برای سرکوب این هیجان‌ات و یا اجتناب از آنها انجام دهند؛ به آنها کمک می‌شود که مقابله موثرتری با هیجان‌ات داشته باشند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). با آموزش همه این مهارت‌ها به شرکت‌کنندگان در این پژوهش به اصلاح عادات نادرست تنظیم هیجان آنها پرداخته شد که این موضوع منجر به بهبود تنظیم هیجان و برگرداندن هیجان‌ات به سطح کارکردی‌شان گردید. یافته دوم پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر شیوه‌های فرزندپروری مادران و همسو بودن این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون هسلم و همکاران (۲۰۲۰)، تانی، پاسکوزی و رافگنینو (۲۰۱۸) و بساک نژاد، یونسی و جنادله (۱۳۹۸) است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که نگاه خانواده‌محور درمان فراتشخیصی، باعث می‌شود همسو با فرزندان، والدین نیز به بازسازی هیجان‌ات و بهبود مهارت‌های فرزندپروری خود بپردازند. بنابراین آنها در تمامی جلسات درمان شرکت می‌کنند تا علاوه بر یادگیری همان مهارت‌هایی که فرزندشان می‌آموزد (جهت تعمیم مهارت‌ها به محیط طبیعی کودک در غیاب درمانگر)، رفتارهای ناسازگارانه‌ای که ممکن است در آن درگیر باشند و باعث تداوم مشکلات فرزندشان شود را شناسایی کنند. راهبردهای آموزش داده شده در این جلسات به والدین کمک می‌کند که با رفتارهای فرزندپروری سالم آشنا شوند و یاد بگیرند چگونه به هیجان‌ات کودک خود پاسخ دهند تا از شدت و مدت ماندگاری آنها کاسته شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸).

۳۲..... اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان کودک مضطرب و...
 طبق برنامه تدوین‌شده در این درمان، طی جلسات آموزشی، والدین با چهار نوع رفتار فرزندپروری هیجانی آشنا می‌شوند. رفتارهایی که علی‌رغم اثرگذاری‌شان در کوتاه‌مدت، می‌توانند در درازمدت تاثیر منفی بر افکار، هیجانات و رفتارهای فرزندشان داشته باشند. این والدین می‌آموزند که چگونه با به‌حداقل رساندن تقویت و تنبیه‌های تصادفی و به حداکثر رساندن پاداش‌های درست و به‌موقع در قبال رفتارهای مطلوب فرزندشان، کمک کنند تا او کاری خلاف آنچه که عواطفش می‌گوید انجام دهد؛ همچنین می‌آموزند به جای نادیده گرفتن یا سرکوب هیجانات فرزندشان، چگونه از طریق مهارت همدلی، درک کنند که کودک‌شان چه احساسی دارد و چرا ممکن است چنین احساسی داشته باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸).

اطمینان جویی یکی از رفتارهای کودکان اضطرابی است که باعث انعطاف کمتر آن‌ها در برابر مشکلات‌شان می‌شود و در نتیجه اعتماد به توانایی خود برای انجام کارها را از دست می‌دهند. از جمله مهارت‌هایی که در این برنامه درمانی به والدین آموزش داده می‌شود؛ استفاده از تکنیک "حل مسئله" جهت مقابله با این رفتار در فرزندانشان است. این تکنیک کمک می‌کند، که هم والدین و هم کودکان در مورد حل مسائل، منعطفانه‌تر بیاندیشند تا بتوانند مفیدترین راه را انتخاب کنند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی، ۱۳۹۸). رفتارهایی چون تشویق کودک برای مواجهه با موقعیت‌های هیجانی به جای تایید اجتناب و کناره‌گیری او از آن موقعیت‌ها، دادن استقلال بیشتر به او، حفظ انتظارات و ایجاد قوانین ساده و محدود در خانه، کاهش رفتارهای بیش‌حمایتی و بیش‌محافظتی نسبت به او، در کنار مهارت‌های اشاره شده در بالا، همگی مصداق‌هایی از رفتارهای فرزندپروری سالم‌اند که در بهبود مهارت‌های فرزندپروری والدین و تعامل‌شان با کودکان موثر است. بنابراین برنامه آموزشی ویژه والدین با ارائه اطلاعاتی درباره شناخت و مدیریت هیجانات در موقعیت‌های مختلف؛ به‌ویژه در برخورد با فرزندانشان و آموزش مهارت‌های فرزندپروری سالم، توانست در بهبود شیوه فرزند پروری مادران مؤثر واقع شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب شرکت‌کنندگان از جامعه دختران، دوره تحصیلی و منطقه جغرافیایی محدود (ابتدایی و شهر تهران) اشاره نمود. بهتر است پژوهش‌هایی مشابه در سایر نقاط کشور، با پسران از گروه‌های سنی مختلف انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد. از آنجا که این برنامه از حضور همزمان والدین هم می‌تواند استفاده کند؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تغییرات عملکردی پدران در مقایسه با مادران مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به اثربخشی درمان، متخصصان حوزه کودک می‌توانند از این مداخلات جهت ارتقاء مهارت‌های تنظیم هیجان کودکان و بهبود شیوه‌های فرزندپروری والدین استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه افرادی که پژوهشگران را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

- بارلو، دیوید، اهرنریش-می، ژیل، کندی، سارا، شرمین، جمیه و بیلک، امیلی (۲۰۱۸). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان، ترجمه سوگند قاسم زاده و لیلا سالک ابراهیمی (۱۳۹۸)، تهران، ابن سینا.
- بساکنزاد، س.، یونسی، ع.، و جنادله، خ (۱۳۹۸). رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و راهبردهای مقابله به واسطه‌گری سبک‌های هیجانی در مادران پسران نوجوان. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۱۵): ۴۱-۵۶.
- علوی، م.، رفیعی‌نیا، پ.، مکوند، ش.، و صباحی، پ (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان: مطالعه تک موردی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲): ۷-۲۴.
- لطفی، م.، بهرام پوری، ل.، امینی، م.، فاطمی تبار، ر.، بیرشک، ب.، انتظاری، م.، و شیاسی، ی (۱۳۹۸). انطباق پرسش‌نامه تنظیم هیجان برای کودکان و نوجوانان به زبان فارسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹(۱۷۵): ۱۱۷-۱۲۸.
- محمدی، ع.، قاسم‌زاده، س و ارجمندنیا، ع.ا (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس شفا در والدین کودکان دارای آسیب بینایی. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۲(۳): ۲۳۵-۲۵۴.
- Alavi, m., Rafieinia, P., Makvand, SH., & Sabahi, P. (2020). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on social anxiety symptoms and difficulty in emotion regulation: Single-subject design. *Psychological Studies*, 2(16): 7-24. [Text in Persian]
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19(2)245-246.
- Barlow, D. H., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., & Bilek, E. L. (۲۰۱۸). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., & Bilek, E. L. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (therapist guide)*. Translated by: Ghasemzadeh, S., & Salek, L. (2019). Tehran: Ebnesina publications. [Text in Persian]
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 74(9): 875-884.
- Bassak Nejad, S., Yunesi, E., & Jenadeleh, KH. (2020). The relationship between parenting styles and stress coping with the intermediating role of emotional styles among mothers of male adolescent. *Psychological Studies*, 4(15):41-56. [Text in Persian]
- Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020) Anxiety disorders in children and young people: Assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (6): 628-643.
- Escalera, J. G., Valiente, R. M., Sandin, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2018). Adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Journal of Behavior Therapy*, 51(3): 461-473.
- Ghasemzadeh, S., & Naghsh, Z. (2020). Effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment in emotion regulation of mothers and anxiety of children with type I diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 22(11): 145. [Text in Persian]

- Goes, T. C., Almeida Souza, T. H., Marchioro, M., & Teixeira-Silva, F. (2018). Excitotoxic lesion of the medial prefrontal cortex in wistar rats: Effects on trait and state anxiety. *Brain Research Bulletin*, 142: 313-319.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 1(26):1-26.
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2): 184-201.
- Haslam, D., Poniman, C., Filus, A., Sumargi, A., & Boediman, L. (2020). Parenting style, child emotion regulation and behavioral problems: The moderating role of cultural values in Australia and Indonesia. *Marriage and Family Review*, 56(4): 320-342.
- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the emotion regulation questionnaire. *Frontier in Psychology*, 6: 247-257.
- Leung, G. S., Yau, K. C., & Yuen, S. Y. (2019). Validation of the preschool anxiety scale-traditional Chinese (PAS-TC) in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 14(2): 359-373.
- Lotfi, M., Bahrapouri, L., Amini, M., Fatemitabar, R., Birashk, B., Entezari, M., & Shiasy, Y. (2019). Persian adaptation of emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(175):117-128. [Text in Persian]
- Mohammadi, A., Ghasemzadeh, S., & Arjmandnia, A., A. (2021). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the shafa scale in parents of visually impaired children. *Applied Psychological Research*, 12(3): 235-254. [Text in Persian]
- Patrilli, L., Fitamen, C. (2020). The quality of friendships correlates positively with emotional regulation skills: Study on 49 Ticino children aged 8 to 11 years old. *Journal of Cortica*, 1(1):4-16
- Quintero, J., Alvarez-Perez, P. A., & Restrepo-Escobar, S. M. (2020). The self control skills and age self-regulation preschool. *Journal of Neuroeducation*, 2(2): 66-75.
- Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46: 261-276.
- Tani, F., Pascuzzi, D., & Raffagnino, R. (2018). The relationship between perceived parenting style and emotion regulation abilities in adulthood. *Journal of Adult Development*, 25: 1-12.



اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت

خواب مردان سالمند

همایون هارون رشیدی^{۱*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری سالمندان مرد شهر دزفول در سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر مرد سالمند (۶۰ تا ۷۰ سال) بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی ۸ هفته و ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک متغیری و چندمتغیری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بطور معناداری باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان گردید. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به عنوان یک روش کارا جهت بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان پیشنهاد داد.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری شناختی، ذهن‌آگاهی، سالمند، کیفیت خواب.

مقدمه

سالمندی یک پدیده حیاتی و فرآیندی است که تمام موجودات زنده، از جمله انسان را در بر می‌گیرد و در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (نظری، هنرمند و هوشیار بادانش، ۱۳۹۸). در ایران بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ جمعیت ۶۰ سال و بالاتر، ۹/۳ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهد (هارون‌رشدی و بحیرایی، ۱۳۹۹) که توجه به مسائل مختلف سالمندان را برجسته می‌کند.

یکی از عواملی که با سلامت روانی سالمندان ارتباط دارد، کیفیت خواب^۱ این افراد است. زیرا افزایش سن مهمترین علت افزایش شیوع اختلالات خواب است. خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که به حفظ و تجدید انرژی جسمی و روانی کمک می‌نماید و هرگونه اختلال در روند طبیعی خواب، باعث کاهش کارایی فرد و افزایش مشکلات جسمی و روانی فرد می‌گردد (بیکر، دیجسوس، ویستو، استوبائوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). کیفیت خواب پایین بعد از سردرد و اختلال‌های گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد سالمند قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد سالمند به پزشکان و روان‌شناسان است (آکمن، یاوزسن، سوگان، الیدوکوز^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که خواب بدون کیفیت یا ناکافی داشته باشند، در طی روز احساس ضعف، کسالت و خستگی خواهند داشت. آن‌ها به سرعت خشمگین و بدخلق می‌شوند و از این رو روابط بین‌فردی مخدوشی خواهند داشت. در مقابل، سالمندان با کیفیت خواب مناسب، سازگاری اجتماعی مؤثرتر و بیشتری را گزارش می‌کنند و در گروه‌های هم‌سن خود فعال‌تر هستند و مشارکت بیشتری در امور خیریه دارند (لالوکا، سیورتسن، کرنهلم، سان‌بین^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهشی میرزایی، غلام‌رضایی، بیدکی، فلاح‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) کیفیت خواب سالمندان شهر یزد را نامطلوب گزارش کردند. بنابراین طراحی مداخله‌های مناسب جهت بهبود کیفیت خواب سالمندان و جلوگیری از عوارض احتمالی و جانبی دارودرمانی، و روی آوردن به روش‌های ایمن و کارآمد برای ارتقاء کیفیت خواب سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

-
1. Sleep quality
 2. Becker, De Jesus, Viseu, Stobaus
 3. Akman, Yavuzsen, Sevgen and Ellidokuz
 4. Laloka, Sivertsen, Kronholm and Sun Bin

یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی که می‌تواند منجر به بهبود سلامت روانی سالمندان شود، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ است (امینی، دهقانی‌چم‌پیری، صالحی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۸). میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط را انعطاف‌پذیری شناختی تعریف کرده‌اند، که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف متغیر است (دنيس و واندروال^۲، ۲۰۱۰). افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیه‌های جایگزین استفاده کرده، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و از نظر شناختی در برابر افراد انعطاف‌ناپذیر برده‌بارترند (فلیس^۳، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری شناختی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون احساس تنهایی (امینی و همکاران، ۱۳۹۸)، اضطراب مرگ (بشرپور، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۸) رابطه منفی و با سلامت اجتماعی (آقاجانی و صمدی‌فر، ۱۳۹۷) و بهزیستی هیجانی (مارشال و بروکمن^۴، ۲۰۱۶) رابطه مثبت دارد. بنابراین شناخت این قابلیت‌ها در دوره سالمندی می‌تواند کمک شایانی به توسعه و افزایش کارایی آن‌ها کند.

از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشد و کم‌تر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ است. در این روش، تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالارفتن هوشیاری لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق آنها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را به صورت غیرقضاوتی بپذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقاء سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌تواند کمک‌کننده باشد (کارسون، اسپکا، پاتل و گودی^۶، ۲۰۰۴). پژوهش حناچی و عبدی (۱۳۹۷) نشان داد مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. همچنین پژوهش‌ها از اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی سالمندان (مالیا و فیوکو^۷، ۲۰۱۶)،

-
1. psychological flexibility
 2. Dennis and Vanderwall
 3. Phillips
 4. Marshall and Brockman
 5. Mindfulness-based stress reduction
 6. Carlson, Speca, Patel and Goodey
 7. Malia and Fiucco

۳۸..... اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی...

تاملینسون، یوسف، ویترسو و جونز^۱ (۲۰۱۸)، افسردگی (لیندایانی، هندرا، جانیارانی و نوردینا^۲، ۲۰۲۰)، عملکرد روان‌شناختی (کریاکاس، الیوت و لامرس^۳، ۲۰۲۱) حکایت دارد.

توجه به اثرات عمیقی که کیفیت خواب بر سلامت روانی و جسمی سالمندان دارد و نظر به اهمیت انعطاف‌پذیری شناختی در حیطه‌های مختلف زندگی سالمندان، بحث پیرامون روش‌های افزایش کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری شناختی در سالمندان ضروری می‌نماید. نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌های دارای سالمند، مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و سراهای سالمندی تلویحات کاربردی داشته باشد. آنان بر اساس نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه می‌توانند برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی سالمندان، آنان را در کارگاه‌های آموزشی و درمانی مداخله‌های ذهن‌آگاهی ثبت‌نام نمایند و از آنجا که یکی از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی است و با توجه به جمعیت روزافزون سالمندان و پژوهش‌های اندک درباره اثربخشی این مداخله در سالمندان، فرضیه پژوهش بدین صورت است: مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مردان سالمند بالای ۶۰ سال شهر دزفول بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۱۳۴۵۳ نفر برآورد شدند. از بین جامعه آماری ۲۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس ۳۰ نفر از مردان سالمند که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و بالاتر از ۵ در پرسشنامه کیفیت خواب، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن نقص عضو، نداشتن اختلالات شناختی حاد و تمایل جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، امتناع از تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۶۵/۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۶۴/۸ بود. در گروه آزمایش، ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳ درصد)

1. Tomlinson, Yousaf, Vitterso and Jones
2. Lindayani, Hendra, Juniarni and Nurdina
3. Kriakous, Elliott and Lamers

مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند. در گروه کنترل، ۶ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و ۳ نفر (۲۰ درصد) مدرک تحصیلی فوق لیسانس داشتند. در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

شاخص کیفیت خواب پترزبورگ^۱: شاخص کیفیت خواب توسط بویس، ریموند، موند، برمن^۲ و همکاران (۱۹۸۹) در موسسه پترزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون گویه ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. برای نمره‌گذاری پرسشنامه باید ابتدا به این ۱۹ گویه سه نوع نمره بدهید. سوالات ۱ و ۳ به یک صورت، سوالات ۲ و ۴ به یک صورت دیگر و سوالات ۵ تا ۹ به صورتی دیگر نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل شاخص از صفر تا ۲۱ دامنه دارد که نمرات بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت پایین خواب است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند و اظهار کردند که این شاخص به خوبی توانایی تشخیص افراد با کیفیت خواب مطلوب را از افراد با کیفیت خواب ضعیف را دارد. در نسخه ایرانی پایایی آن را با استفاده از آزمون مجدد ۰/۸۹ و روایی محتوایی آن بررسی و تایید شده است (حسین‌آبادی، نوروزی، پوراسماعیلی، کریملو و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمده است. **پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۳:** این پرسشنامه توسط دنیس و واندروال (۲۰۱۰) ساخته شد و دارای ۲۰ گویه است. شرکت‌کننده به هر یک از سؤال‌ها توسط یک مقیاس ۷ ارزشی از (۷ کاملاً موافقم) تا (۱ کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهد. به گونه‌ای که دامنه احتمالی نمره‌ها از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر است. دنیس و واندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آوردند. در ایران کهندانی و ابوالمعانی حسینی (۱۳۹۶) همسانی درونی این پرسشنامه را در یک نمونه ۲۴۰ نفری ۰/۸۹ بدست آوردند و روایی همزمان آن را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۶۶- گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ بدست آمده است.

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
2. Buysse, Reynolds, Monk and Berman
3. Cognitive Flexibility Inventory

۴۰..... اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی...

روش اجرا: ابتدا به افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پرسشنامه‌های کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان پیش‌آزمون، توسط تمامی سالمندان دارای ملاک ورود به پژوهش پاسخ داده شد. سپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کلاس‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط پژوهشگر در یک کلینیک خصوصی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌های کیفیت خواب و انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، درمان برای گروه گواه نیز اجرا شد. همچنین تلاش شد تمام موازین اخلاقی رعایت شود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس یک متغیری و چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

پروتکل درمانی: محتوای جلسه درمانی که از بسته درمانی آدونوهو و فیشز (۲۰۱۲) اقتباس شده، برای ۸ جلسه طراحی شده است. هدف و محتوای جلسات در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات آموزشی؛ هدف و محتوای کلی آن (آدونوهو و فیشز، ۲۰۱۲)

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار موردنظر	تکلیف خانگی
۱	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی، انجام پیش‌آزمون	ارائه اطلاعات لازم درباره دوره آموزشی، اهداف و ویژگی‌ها و ارزیابی	آگاهی از هر لحظه	انجام سه بار تنفس در روز
۲	تمرکز بیشتر بر بدن و کنترل بیشتر وقایع	تمرین وارسی بدنی- تمرین افکار و احساسات- ثبت وقایع خوشایند	مقابله با موانع	ثبت گزارش روزانه از تجربه‌های خوشایند
۳	تمرین تنفس و کشش	قدم زدن با حضور ذهن- تهیه فهرست وقایع ناخوشایند	حضور ذهن روی تنفس	شناسایی و ثبت تجارب ناخوشایند، تکرار مرحله ۱
۴	آموزش ذهن آگاهی تنفس	آشنایی با روش ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیزدیگر	ماندن در زمان حال	ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه.
۵	پذیرش، اجازه/ مجوز حضور	آموزش توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی.	واکنش دهی به احساس و افکار	مراقبه نشسته و تکرار مرحله ۱
۶	ایجاد آگاهی از تنفس و بدن	تمرین خلق‌ها، افکار، تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین	تأثیر تنفس بر بدن	تکرار مرحله ۳

۷	ارائه بهترین روش مراقبت	پی بردن به روابط فعالیت و خلق	کنار آمدن به خلق	تکرار مرحله ۴
۸	تمرین منظم و حضور ذهن و حفظ تعادل	تمرین واریسی بدنی - بازنگری کل برنامه، مراقبه نشسته، تشکر از اعضاء، ارایه خلاصه‌ای از مطالب جلسات به اعضاء، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون	ذهن آگاهی و افزایش تمرکز جهت عملکرد	تکرار مرحله ۳

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس اطلاعات جدول ۲، دو گروه پژوهش در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب تغییرات محسوسی داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی $[F_{(1,28)} = 1/595 \quad P = 0/213 > 0/05]$ ، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی $[F = 0/174 \quad P = 0/780 > 0/05]$ و کیفیت خواب $[F = 2/37 \quad P = 0/130 > 0/05]$ بود. جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح $0/05$ معنی‌دار نمی‌باشد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
انعطاف‌پذیری شناختی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۷۵/۶۷ (۱۰/۸۱)	۹۸/۶۰ (۱۱/۳۴)	۷۷/۴۰ (۱۲/۵۹)	۷۸/۳۰ (۱۰/۷۹)
کیفیت خواب	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۱۳/۰۶ (۳/۲۶)	۳/۶۵ (۰/۹۸)	۱۳/۶۵ (۳/۱۹)	۱۲/۹۷ (۳/۴۳)

۴۲..... اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی...

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی‌داری همه‌آزمون‌ها، بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) پس از آزمون متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	P	Eta
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۲	۳۱/۸۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳

از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، بنابراین به ارائه نتایج در جدول ۴ پرداخته شد. بر اساس جدول ۴، آماره F انعطاف‌پذیری شناختی در پس‌آزمون ۱۴۳/۳۹ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۷۶۵ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. با توجه به این یافته فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

همچنین بر اساس نتایج جدول ۴ آماره F کیفیت خواب در پس‌آزمون ۸۷/۷۳ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان بهبود کیفیت خواب تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۱۲ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. با توجه به این یافته فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب دو گروه

متغیرهای وابسته	منبع	SS	Df	MS	F	P	Eta
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۹۴۳/۴۱	۱	۹۴۳/۴۱	۱۴۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۹
	عضویت گروهی	۵۹۱/۶۲	۱	۵۹۱/۶۲	۱۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	خطا	۱۸۲/۲۱	۲۷				
کیفیت خواب	پیش آزمون	۷۴۲/۳۷	۱	۷۴۲/۳۷	۱۲۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	عضویت گروهی	۶۰۷/۷۹	۱	۶۰۷/۷۹	۸۷/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
	خطا	۲۲۷/۶۹	۲۷				

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب مردان سالمند انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان تاثیر دارد، این نتایج با یافته‌های حناچی و عبدی (۱۳۹۷)، تاملینسون و همکاران (۲۰۱۸)، لیندایانی و همکاران (۲۰۲۰) و کریاکاس و همکاران (۲۰۲۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن

آگاهی، به افراد آموزش می‌دهد تا افکار و موقعیت‌ها را غیرواکنشی، بدون قضاوت و پذیرشی مشاهده کنند. ذهن‌آگاهی قابلیت مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این همان انعطاف‌پذیری است. در واقع فرد ذهن‌آگاه، شیوه‌فراشناختی پردازش را به کار می‌گیرد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش می‌دهد. همچنین تمرین‌های مداخله‌گاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب می‌شود تا افراد از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند. در واقع، این نوع درمان با افزایش انعطاف‌پذیری‌شناختی در افراد، موجب بهبود خلق آن‌ها می‌شود. اگر فرد قادر باشد موقعیت‌های سخت را کنترل‌شدنی در نظرگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه را داشته باشد، از استرس و فشارهای روانی، رهایی پیدا خواهد کرد. از این رو این روش می‌تواند نقش مهمی در انعطاف‌پذیری‌شناختی ایفا کند. همچنین، جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی می‌گردد و در صورتی که مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن‌آگاهی بدست آید، باعث افزایش انعطاف‌پذیری‌شناختی سالمندان می‌شود.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب سالمندان تاثیر دارد. این نتایج با یافته‌های حناچی و عبدی (۱۳۹۷)، تاملینسون و همکاران (۲۰۱۸)، لیندایانی و همکاران (۲۰۲۰) و کریاکاس و همکاران (۲۰۲۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله‌گاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرایندی درمانی همراه با پذیرش تجارب و اعتراف به آن و زیستن در لحظه است و از میزان هشیاری محدود شده و رفتارهای پریشان‌کننده به‌گونه‌ی معناداری می‌کاهد و فرد را به کاهش درگیری با افکار و احساسات ترغیب می‌نماید. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به جای آن‌که درگیر گذشته یا آینده باشد جذب لحظه کنونی همان‌طور که هست، شود و اهداف فوری آینده را کنار بگذارد. ذهن‌آگاهی ارادی است و وقتی فردی آن را پرورش می‌دهد از واقعیت کنونی و گزینه‌های در دسترس بیشتر آگاه می‌شود؛ همچنین ذهن‌آگاهی غیرقضاوتی است و باعث می‌شود فرد شرایط را همان‌گونه که هست، درک کند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشد و از آن لذت ببرد و از مزاحمت افکار ناامیدکننده و اضطراب انگیز در امان باشد. به واسطه انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی، فرد نسبت به کارکردهای خودکار ذهن و فعالیت‌های

۴۴..... اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی...

روزمرة آگاهی یافته و زمینه لازم جهت آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و به تبع کنترل آن‌ها فراهم می‌گردد. همچنین تهیه لیست افکار و خواسته‌های غیرمنطقی نیز به شناخت آگاهانه‌تر افکار ایجادکننده اضطراب و استرس کمک می‌کند. شناخت این گونه افکار غیرمنطقی و به چالش کشیدن آن‌ها، به بررسی منطقی‌تر و واقع بینانه‌تر این افکار منتهی می‌شود که خود باعث کاهش افکار منفی و استرس می‌شود. از آنجا که کیفیت خواب با استرس همبستگی دارد، انتظار می‌رود با انجام تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس و کنترل هیجان ایجاد شود و در نهایت، منجر به بهبود کیفیت خواب سالمندان گردد.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر است؛ بنابراین این مداخله به عنوان درمانی مؤثر در جهت افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود کیفیت خواب سالمندان کاربرد دارد و می‌توان با اجرای آن به بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت خواب سالمندان کمک کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیر این مداخله از نتایج آن به صورت عملی در مراکز مشاوره و مراکز درمانی استفاده شود، به طوری که در این مراکز، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای سالمندان و درمانگران در نظر گرفته شود. از محدودیت‌های این پژوهش این بود که فاقد مرحله پیگیری بود. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تک‌جنسیتی بودن جامعه و محدود شدن جامعه پژوهش به شهر دزفول از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها انجام و نتایج آن با نتایج این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد. علاوه بر این، پژوهش مشابهی در مورد زنان می‌تواند زمیظ مقایسه نتایج زنان و مردان سالمند را فراهم سازد. همین‌طور در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز استفاده شود تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردها در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود کیفیت خواب مردان سالمند فراهم گردد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی

می‌نماییم.

منابع

- امینی، سعیده؛ دهقانی چم‌پیری، اکرم؛ صالحی، اعظم؛ و سلطانی‌زاده، محمد. (۱۳۹۸). نقش سرمایه‌های روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۵(۱): ۷۷-۸۸.
- آقاجانی، سیف‌الله؛ و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی، نارسایی هیجانی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی سالمندان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰(۴): ۶۹-۶۲.
- بشرپور، سجاد؛ رحیمی، سعید؛ و صداقت، مهرناز. (۱۳۹۸). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سبک‌های پردازش هیجان در پیش‌بینی اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۵(۲): ۱۴۱-۱۳۱.
- حسین‌آبادی، رضا؛ نوروزی کیان؛ پوراسماعیلی رضا؛ کریملو مسعود؛ و مداح، سادات‌سیدباقر. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر ماساژ نقاط فشاری بر کیفیت خواب سالمندان. *مجله توانبخشی*، ۹(۲): ۱۴-۸.
- حناچی، نفیسه و عبدی، احد. (۱۳۹۷، مهرماه) تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، دومین کنفرانس ملی تحقیقات کاربردی در علوم انسانی و روانشناسی، تهران.
- کهندانی، مهدیه و ابوالمعانی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۸(۳): ۷۰-۵۳.
- میرزایی، مسعود؛ غلام‌رضایی، انسیه؛ بیدکی، رضا؛ فلاح‌زاده، حسین؛ و روایی، جعفر. (۱۳۹۶). بررسی کیفیت خواب و روش‌های مقابله با اختلالات خواب در سالمندان شهر یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۵(۶): ۴۷۵-۴۶۷.
- نظری، شهرام؛ هنرمند، پیمان؛ و هوشیار بادانش، مژده. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر یک دوره تمرینات یوگا و پیلاتس بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان سالمند غیرفعال. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۲): ۱۱۶۹-۱۱۶۱.
- هارون رشیدی، همایون و بحیرایی، محمدرحیم. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی و توانمندی منش در مردان سالمند. *روانشناسی پیری*، ۶(۲): ۱۸۹-۱۷۹.

Aghajani, S., & Samadifard, H.R. (2019). The Role of Cognitive Failures, Alexithymia and Cognitive Flexibility in Predicting the Social Health of Elderly. *Advances in Cognitive Sciences*, 20(4), 62-69 [Text in Persian].

Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A. U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh sleep Quality index. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 553- 559.

Amini, S., & Dehghani, A., Salehi, A., & Soltanizadeh, M. (2019). The Role of psychological capital and psychological flexibility in predicting loneliness in elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(1), 77-88.

Becker, N. B., de Jesus, S. N., Viseu, J. N., Stobäus, C. D., Dieter, C., & Domingues, R. B. (2018). Depression and sleep of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 8-17.

Basharpour, S., Rahimi, S., & Sedaghat, M. (2019). The Role of psychological flexibility and emotional processing styles in predicting death anxiety in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(2), 131-141[Text in Persian].

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.

Carlson L.E., Specia, M., Patel, K.D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, and symptoms of stress and levels of cortisol, dehydro epiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*; 29(4), 448-474.

Dennis J. P., & Vanderwal J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*; 34(3), 241-253.

- Kohandani, M., Abolmaali Alhosseini, K. (2017). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Methods and Models*; 8(29), 53-70[Text in Persian].
- Kriakous, S.A., Elliott, K.A., Lamers, C. (2021). The Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: a systematic review. *Mindfulness*, 12, 1–28.
- Hanachi, N and Abdi, A. (2018). The effect of mindfulness-based stress reduction program on psychological well-being of the elderly, Second National Conference on Applied Research in Humanities and Psychology, Tehran. [Text in Persian].
- Haroon Rashidi, H., & Bahiraei, M.R. (2020). The Effectiveness of positivism training on the life satisfaction and character strengths in the elderly men. *Journal of Aging Psychology*, 6(2), 179-189. [Text in Persian].
- Hossein-Abadi, R., Nowrouzi, K., Pouresmaili, R., Karimloo, M., Maddah, S.S.B. (2008). acupoint massage in improving sleep quality of older adults. *jrehab*; 9 (2) :8-14[Text in Persian].
- Lallukka, T., Sivertsen, B., Kronholm, E., Sun Bin, Y., & Glozier, N. (2018). Association of sleep duration and sleep quality with the physical, social, and emotional functioning among Australian adults. *Sleep Health*, 4(2), 194-200.
- Lindayani, L., Hendra, A., Juniarni, L., & Nurdina, G. (2020). Effectiveness of mindfulness based stress reduction on depression In Elderly: A systematic review. *Journal of Nursing Practice*, 4(1), 8-12.
- Mallya, S., & Fiocco, A. J. (2016). Effects of mindfulness training on cognition and well-being in healthy older adults. *Mindfulness*, 7, 453–465.
- Marshall, E.J., & Brockman, R.N. (2016). The Relationships between psychological flexibility, self-Compassion, and emotional well-being. *Journal Cognitive Psychother*, 30(1), 60-72.
- Mirzaei, M., Gholamrezaei, E., Bidaki., R, Fallahzadeh, H., & Ravaei, J. (2017). Quality of sleep and methods of management of sleep disorders in elderly of Yazd city in 2016. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 25(6), 467-475 [Text in Persian].
- Nazari, S., Honarmand, P., & Hoshyar Badanesh, M. (2019). Comparison of the effect of yoga and pilates training on mental health and quality of life of disabled elderly women. *Journal Psychological Science*, 82(18), 117-1165. [Text in Persian].
- O'Donohue, W. T., & Fisher, J. E. (Eds.). (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Core principles for practice*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Phillips, E.L. (2011). *Resilience mental flexibility and cortisol response to the montreal imaging stress task in unemployed men* (Dissertation). Michigan: The University of Michigan.
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vitterso, A. D. and Jones. L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review, *Mindfulness*, 9(1): 23-43.



رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای ترس از خود

آذر سادات طباطبایی^۱، محمود نجفی*^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای ترس از خود در رابطه بین حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب در دانشجویان انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) و جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰۰ دانشجو از طریق فراخوان اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس تجدید نظر شده وسواس فکری عملی، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ، پرسشنامه حساسیت اخلاقی و پرسشنامه ترس از خود بود. برای ارزیابی مدل پیشنهادی از روش معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین حساسیت اخلاقی، علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب رابطه مستقیم و معناداری وجود داشت. همچنین ترس از خود در رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب نقش واسطه‌ای داشت و مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. در نتیجه، حساسیت اخلاقی زمانی با مشکلات خواب و علائم وسواس فکری-عملی رابطه دارد که ترس از خود بالا بوده است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد در درمان مشکلات خواب و کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی، به نقش ترس از خود و حساسیت اخلاقی نیز توجه شود.

کلیدواژه‌ها: ترس از خود، حساسیت اخلاقی، مشکلات خواب، وسواس فکری-عملی

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۲نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران ✉

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ اختلال روانی شایع است که با افکار، تصاویر یا عقاید مزاحم (وسواس) و همچنین رفتارهای اجباری، تکراری و اغلب آیینی (اجبار) مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). وسواس یا اجبارهای مکرر در عملکرد فردی، شغلی، فعالیت‌های اجتماعی معمول یا روابط میان فردی تداخل ایجاد می‌کنند (شارما^۳، ۲۰۱۹). همچنین، گاهی این اختلال با آسیب‌های روانی دیگر نیز همراه است، به طوری که بسیاری از افراد مبتلا، از تغییر الگوی خواب، مانند خواب آشفته، کابوس‌ها، بیداری‌های شبانه، تأخیر در زمان به خواب رفتن و کیفیت پایین خواب شکایت دارند (سگالس، لبالد، سلوات-پوجل، ریل^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه اختلالات خواب از جمله ویژگی‌های اصلی اختلال وسواس فکری-عملی نیستند، اما مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات خواب در افراد مبتلا به این اختلال شایع است (کاکس، پارمار و اولاتونجی^۵، ۲۰۲۰).

گروهی از افراد که مشکلات خواب ناشی از وسواس را تجربه می‌کنند، دانشجویان هستند (آلبور و شاهین^۶، ۲۰۲۱). براساس پژوهش لی، ژانگ، راندهو و مدیگان^۷ (۲۰۲۰) مشکلات خواب در بین دانشجویان شایع است و موفقیت تحصیلی آن‌ها را به شدت مختل می‌کند. توجه به نقش مشکلات خواب به دلیل اینکه خواب نامناسب باعث نقص در کارکردهای روزانه شده و در بلندمدت به عنوان یکی از اولین نشانه‌های اختلالات روانی بروز پیدا می‌کند، حائز اهمیت است.

اگرچه افراد وسواسی مشکلات رفتاری و شناختی مختلفی را نشان می‌دهند، اما حساسیت اخلاقی^۸ یکی از چشمگیرترین مشکلات در این افراد شناخته شده است. حساسیت اخلاقی به توانایی شناخت و درک مسائل اخلاقی و مقابله با تعارضات به صورت همدلانه و ارزیابی نتایج اعمال اشاره دارد (حسینی‌زاده، اژدهاکوش و ولی‌بیگی، ۲۰۲۰). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد وسواسی غالباً در مسائل اخلاقی قضاوت‌های غیرمعارفی نسبت به افراد سالم دارند و اغلب به جای دستیابی به بهترین نتایج، بر انجام عمل صحیح تمرکز می‌کنند (کاکس و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظریات شناختی وسواس، این قضاوت اخلاقی بیش از حد حساس که در جمعیت سالم دیده نمی‌شود، فرآیندهای شناختی مختل شده را در افراد وسواسی منعکس می‌کند. افزون بر این، حساسیت اخلاقی با مشکلات خواب نیز رابطه دارد؛ برای مثال، پژوهش انجام شده در مبتلایان به

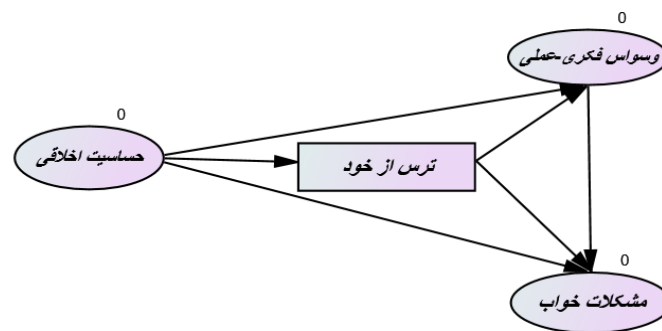
-
- 1 . Obsessive-compulsive Disorder (OCD)
 2. American Psychiatric Association
 3. Sharma
 - 4 . Segalàs, Labad, Salvat-Pujol & Real
 5. Cox, Parmar & Olatunji
 - 6 . Albqoor & Shaheen
 - 7 . Li, Zhang, Randhawa & Madigan
 - 8 . Ethical Sensitivity

بی‌خوابی، نشان داد افرادی که حساسیت اخلاقی بیشتری دارند از کارایی خواب کمتری بهره‌مندند و هنگام خواب زمان بیشتری در بستر بیدار می‌مانند (ژیو، تن، زیو، کائو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱؛ یانگ، بارنس و لی^۲، ۲۰۱۸). به‌طور کلی، در رویکرد شناختی، فعالیت‌های ذهنی بیش از حد هنگام خواب عامل کلیدی در بروز مشکلات خواب است. از طرفی، حساسیت اخلاقی توانایی تشخیص یک موضوع اخلاقی است و از طریق این فرد به مشکلات اخلاقی پی می‌برد یا موقعیت اخلاقی را برای تصمیم‌گیری مناسب تفسیر می‌کند؛ لذا می‌تواند زمینه‌ساز ترس از خود نیز باشد. در این صورت با در نظر گرفتن معیارهای اخلاقی بالایی برای خود احساس ترس از خود افزایش می‌یابد (ژیو و همکاران، ۲۰۲۱).

موضوع دیگری که در اختلال وسواس فکری-عملی نقش مهمی ایفا می‌کند، مضامین یا ساختارهای مرتبط با خود^۳ است؛ زیرا محتواهای وسواس به مضامین خود مانند ترس از خود^۴ مربوط می‌شود (آردما، مولدینگ، ملی، رادومسکی^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). جیگیر، مولدینگ، انگلیم، آردما^۶ و همکاران (۲۰۲۱) در یک پژوهش فراتحلیل از ۹۹ مقاله در خصوص تاثیر عوامل مرتبط با خود بر علائم وسواس فکری-عملی نشان دادند که خود از نظر اخلاقی دارای نقص یا ترس است و در بروز نگرانی‌های وسواسی مرتبط با رفتارهای اجباری نقش دارد. آگیلار، گارسایاسوریانو، رونکرو، بارادا^۷ و همکاران (۲۰۱۹) نیز دریافتند که ۱۹ درصد از تغییرات رفتارهای اجباری و ۳۶ درصد از تغییرات افکار وسواسی توسط ترس از خود تبیین می‌شود. در همین راستا، اودت، وانگ، رادومسکی و آردما^۸ (۲۰۲۰) و ریسکیند، رایت و اسکات^۹ (۲۰۱۸)، رابطه بین ترس از خود و افکار مزاحم در وسواس را تایید کردند. این یافته‌ها با مطالعات بالینی کرایوس، وانگ، اومرا^{۱۰}، آردما و همکاران (۲۰۲۰) و وانگ، ملی، اودت^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت دارد. افزون بر این، پژوهش پرزپیوک، بلاچینو و سیو^{۱۲} (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که سازه‌های مرتبط با خود نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری مشکلات خواب دارد.

-
- 1 . Xu, Tan, Zou, Cao & Tan
 - 2 . Yuan, Barnes & Li
 3. Self-domains
 4. Fear of Self
 5. Aardema, Moulding, Melli, Radomsky
 6. Jaeger, Anglim
 - 7 . Aguilar, García-Soriano, Roncero, Barrada
 - 8 . Audet, Wong, Radomsky
 9. Riskind, Wright & Scott
 10. Krause, Wong, O'Meara
 11. Wong, Audet
 - 12 . Przepiórka, Błachnio & Siu

۵۰..... رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای... از آنجا که اختلال وسواس فکری-عملی شیوع بالایی در دانشجویان دارد، اکثر تلاش‌های تحقیقاتی به عوامل زیربنایی این اختلال پرداخته‌اند. از این رو، با توجه به نقش بهداشت خواب، حساسیت اخلاقی و ترس از خود در بروز و درمان این اختلال و کمبود پژوهش در این زمینه‌ها، به خصوص در ایران، به نظر می‌رسد تعیین رابطه بین متغیرهای مشکلات خواب، حساسیت اخلاقی و ترس از خود با نشانگان وسواس فکری-عملی در جمعیت غیربالینی حائز اهمیت است. با توجه به آنچه گفته شد و اهمیتی که اختلال وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب در عملکرد تحصیلی، رفتاری و اجتماعی دانشجویان دارد، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای ترس از خود در رابطه بین حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب بود. بر این اساس فرضیات پژوهش عبارتند از: حساسیت اخلاقی بر ترس از خود، علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب اثر مستقیم دارد. ترس از خود بر علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب اثر مستقیم دارد. همچنین حساسیت اخلاقی بر علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب به واسطه‌ی ترس از خود اثر غیرمستقیم دارد.



شکل ۱. مدل فرضی پژوهش

روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی (معادلات ساختاری) بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه سمنان بودند که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. با توجه به حجم جامعه آماری این پژوهش و براساس جدول مورگان تعداد نمونه ۳۷۵ نفر در نظر گرفته شد. برای اجتناب از ریزش احتمالی افراد، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه و به روش در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تمایل و رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال، عدم ابتلا به اختلال جسمانی و روانی خاص (طبق گزارش شخصی)، دانشجویان مقطع کارشناسی و بالاتر و ملاک‌های خروج عبارت بود از: عدم پاسخدهی کامل. به منظور جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ها آماده و به صورت آنلاین طراحی شد و از طریق فراخوان اینترنتی بین دانشجویان در یک مرحله توزیع و جمع‌آوری شد. در نهایت با

طباطبایی و نجفی ۵۱

حذف پرسشنامه‌های مخدوش، ۳۷۶ پرسشنامه با نرم‌افزارهای SPSS²⁶ و AMOS²²، با استفاده از روش آماری معادلات ساختاری تحلیل شد.

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان با شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1399.235 مصوب گردیده است.

ابزار

پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-عملی^۱: این پرسشنامه دارای ۱۸ گویه است که توسط فوا، هاپرت، لیبرگ، لانگر^۲ و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (از هیچوقت تا بیشتر اوقات) تنظیم شده است که هر یک از گویه‌ها به صورت (۰، ۱، ۲، ۳ و ۴) نمره‌گذاری می‌گردند. کل نمره فرد از صفر تا ۷۲ متغیر خواهد بود و نمره بالاتر بیانگر حضور بیشتر نشانگان وسواس است. این ابزار دارای زیرمقیاس‌های شستشو^۳، وسواس فکری^۴، نظم‌دهی^۵، وارسی^۶ و خنثی‌سازی ذهنی^۷ است. هان، سیو، چنگ، وونگ و فوا^۸ (۲۰۱۹) همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی با روش آزمون-بازآزمون را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط محمدی، زمانی و فتی (۱۳۸۷) هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ به دست آمده است. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ^۹: این پرسشنامه توسط بایس، رینالدز، مونک، برمان^{۱۰} و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده است و دارای ۱۸ گویه است که گویه‌ها در طیف لیکرت از صفر (هیچ) تا ۳ (سه بار یا بیشتر در هفته) نمره‌گذاری شده است. هفت زیرمقیاس دارد که شامل: کیفیت ذهنی خواب^{۱۱}، تاخیر در به خواب رفتن^{۱۲}، طول مدت خواب^{۱۳}، کارایی خواب^{۱۴}، اختلالات

- 1 . Obsessive-compulsive Disorder- revision (OCD-R)
- 2 . Foa, Huppert, Leiberg & Langner
- 3 . Washing
- 4 . Obsessing
- 5 . Ordering
- 6 . Checking
- 7 . Mental Neutralizing
- 8 . Hon, Siu, Cheng, Wong & Foa
- 9 . Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
- 10 . Buysse, Reynolds, Monk, Berman
- 11 . Subjective sleep quality
- 12 . Sleep latency
- 13 . Sleep duration
- 14 . Sleep efficiency

۵۲..... رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای... خواب^۱، اختلال عملکرد روزانه^۲ و مصرف داروهای خواب‌آور^۳ است. نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۲۱ است و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (بایس و همکاران، ۱۹۸۹). رانتی، والزک، اسچارتز، آلن تریندر^۴ (۲۰۱۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۳ و همبستگی آن را با مقیاس افسردگی (r=۰/۵۸) و اضطراب (r=۰/۴۵) مطلوب گزارش نمودند. بساک‌نژاد، آقاجانی‌افجندی و زرگر (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۷۸ گزارش دادند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت اخلاقی^۵: این پرسشنامه توسط تیری و نوکلین^۶ (۲۰۰۷) جهت سنجش حساسیت اخلاقی ساخته شد و نسخه کوتاه شده آن در ایران توسط تیری و غلامی (۲۰۱۲) با ۱۶ گویه اعتباریابی شده و چهار بعد مراقبت از طریق ارتباط با دیگران^۷، اتخاذ دیدگاه دیگران^۸، درک مسائل اخلاقی^۹ و شناسایی پیامدهای اعمال^{۱۰} را شامل می‌شود. این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. تیری و نوکلین (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ گزارش نمودند. همچنین غلامی و تیری (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ به دست آوردند. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه ترس از خود^{۱۱}: این پرسشنامه توسط آردما، مولدینگ، رادومسکی، دورون^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۳) ساخته شده است؛ دارای ۸ گویه است که در یک طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای از ۱ (به شدت مخالف) تا ۶ (به شدت موافق) می‌توان به آن پاسخ داد. نمره کل از طریق محاسبه نمره هر یک از گویه‌ها محاسبه می‌شود و بین ۸ تا ۴۸ قرار دارد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشانگر بالاتر بودن سطح صفت مورد اندازه‌گیری است. آردما و همکاران (۲۰۱۳) این پرسشنامه را در نمونه غیربالینی (۶۲۹ نفر) و نمونه بالینی (۷۹ نفر) هنجاریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۹ و همبستگی آن را با مقیاس پریشانی

-
- 1 . Sleep disturbances
 - 2 . Day time dysfunction
 - 3 Use of sleep medications
 - 4 . Raniti, Waloszek, Schwartz, Allen & Trinder
 5. Ethical Sensitivity Scale Questionnaire (ESSQ)
 - 6 . Tirri & Nokelainen.
 7. Caring by connecting to others
 8. Taking the perspectives of others
 9. Perception of moral issues
 10. Identifying the consequences of actions and options
 11. fear of self-questionnaire (FSQ)
 12. Moulding, Radomsky, Doron

طباطبایی و نجفی ۵۳

روانی ($r=0/61$) و وسواس فکری ($r=0/61$) مطلوب گزارش نمودند. برای اجرا ابتدا پرسشنامه را دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردند. سپس ترجمه برگردان انجام شد و پس از نظرخواهی و رفع و معادل‌سازی برخی از لغات، نسخه نهایی پرسشنامه برای اجرا آماده شد. به منظور محاسبه پایایی در یک مطالعه مقدماتی از دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده شد. در روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه پرسشنامه دو بار در یک گروه ۴۰ نفری از دانشجویان اجرا شد. ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب $0/83$ و $0/80$ به دست آمد. به منظور بررسی روایی این پرسشنامه همبستگی نمرات آن با پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب $0/62$ ، $0/56$ و $0/52$ به دست آمد. همچنین همبستگی آن با پرسشنامه وسواس فکری فوا و همکاران (۲۰۰۲) $0/51$ محاسبه شد. در کل نمونه پژوهش حاضر آلفای کرونباخ $0/81$ به دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۲۰ تا ۴۵ سال با میانگین سنی $28/16 \pm 6/14$ بود. از ۳۷۶ شرکت‌کننده تعداد ۱۳۳ نفر ($35/4\%$) مرد و ۲۴۲ نفر ($64/4\%$) زن بودند. همچنین تعداد ۲۶۹ نفر ($71/5\%$) دانشجوی کارشناسی، تعداد ۹۴ نفر (25%) دانشجوی کارشناسی ارشد و تعداد ۱۳ نفر ($3/5\%$) دانشجوی مقطع دکتری بودند. به علاوه، $61/4\%$ و $38/6\%$ افراد، به ترتیب مجرد و متأهل بودند.

پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدلیابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی فرضیه نرمال بودن توزیع تک متغیری از آزمون کالموگراف-اسمیرنوف و به منظور ارزیابی مفروضه هم‌خطی بودن عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ استفاده شد. مطابق جدول ۱ در تمام متغیرها توزیع نرمال است و مقادیر به دست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خود همبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن $1/98$ به دست آمد. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه ($0/87$) (KMO) و کرویت بارتلت ($df=153$ و $p < 0/01$) حاکی از برآورده شدن ملاک‌ها برای انجام تحلیل بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و مفروضات مدلیابی معادلات ساختاری

1. Variance Inflation Factors (VIF)
2. Tolerance

۴ کارآیی خواب	**۱۱	۸۰	**۲۰	۱
۵ اختلالات خواب	**۳۱	**۰۱	**۳۸	۱
۶ اختلال عملکرد روزانه	**۵۱	۲۰	**۰۲	۱
۷ مصرف داروهای خواب‌آور	**۳۱	۷۰	**۶۱	۱
۸ درک هیجانات	**۵۱	**۳۸	**۶۱	۱
۹ مراقبت در ارتباط با دیگران	۵۰	**۲۱	**۹۶۱	۱
۱۰ اتخاذ دیدگاه دیگران	۵۰-	**۸۱	**۶۱	۱
۱۱ پیامدهای اعمال	**۱۱	**۱۱	**۶۱	۱
۱۲ ترس از خود	**۲۵	**۰۱	**۰۳	۱
۱۳ شستشو	**۰۱	۶۰	**۷۱	۱
۱۴ وسواس فکری	**۶۳	**۰۱	**۸۱	۱
۱۵ خنثی‌سازی	**۶۱	**۳۱	**۰۳	۱
۱۶ نظم‌دهی	**۰۲	۳۰	**۵۱	۱
۱۷ واریسی	**۵۱	**۱۱	**۵۱	۱

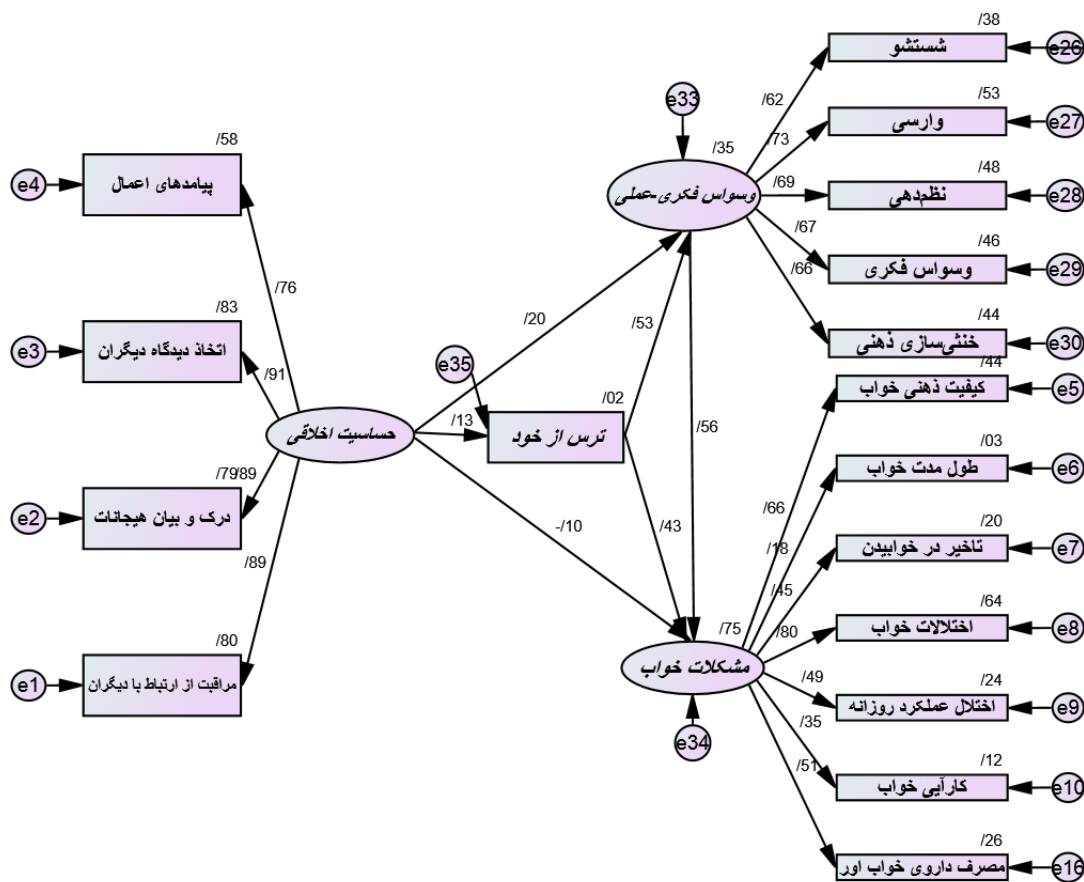
کلیه ضرایب در عدد ۱۰۰ ضرب شده است، ** $P < 0.01$ و * $P < 0.05$

به منظور بررسی مدل مفهومی از روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS22 استفاده شد. با توجه به مدل ارائه شده انتظار می‌رود که حساسیت اخلاقی از طریق ترس از خود با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب رابطه دارد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است که بر اساس معیار هو و بتلر (۱۹۹۹) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	X ²	d.f	X ² /df	P	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	RMSEA
معیار پیشنهادی	-	-	≤ ۳	≤ ۰/۰۵	۰/۹۰ ≤	۰/۹۰ ≤	۰/۹۰ ≤	۰/۹۰ ≤	۰/۹۰ ≤	≤ ۰/۰۸
مقدار گزارش شده	۳۴۰/۸۰	۱۱۴	۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۰۷

نتایج حاصل از تحلیل‌ها در شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که برازش مناسبی بین داده‌ها با مدل وجود دارد.



شکل ۲. مدل پژوهش

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم

نتیجه	P	C.R	خطای استاندارد	ضریب T	ضریب استاندارد	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تایید	۰/۰۱*	۲/۴۲	۰/۰۹	۰/۲۲	۰/۱۳	ترس از خود	حساسیت اخلاقی

تایید	۰/۰۰۱**	۳/۷۶	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۲۰	وسواس فکری- عملی	حساسیت اخلاقی
تایید	۰/۰۰۲*	-۲/۲۳	۰/۰۰۶	-۰/۰۱	-۰/۱۰	مشکلات خواب	حساسیت اخلاقی
تایید	۰/۰۰۱**	۸/۷۲	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۵۳	وسواس فکری- عملی	ترس از خود
تایید	۰/۰۰۱**	۷/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۰۴	۰/۴۳	مشکلات خواب	ترس از خود
تایید	۰/۰۰۲**	۷/۲۵	۰/۰۳	۰/۲۴	۰/۵۶	مشکلات خواب	وسواس فکری- عملی

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

طبق نتایج جدول ۵ همه مسیرهای مدل تأیید شد و حساسیت اخلاقی به واسطه ترس از خود تبیین کننده نشانگان وسواس فکری-عملی است.

جدول ۵. آزمون بوت استراپ اثرات غیرمستقیم

سطح معناداری	حد پایین	حد بالا	خطای استاندارد	اثر غیرمستقیم	مسیرها
۰/۰۰۱**	۰/۱۲	۰/۳۲	۰/۰۵	۰/۰۶	حساسیت اخلاقی ← ترس از خود ← وسواس فکری-عملی
۰/۰۰۲**	۰/۰۸	۰/۴۱	۰/۳۳	-۰/۰۵	حساسیت اخلاقی ← ترس از خود ← مشکلات خواب

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای ترس از خود در رابطه بین حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب در دانشجویان انجام گرفت. اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده رابطه مستقیم حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی بود که با نتایج حسینی‌زاده و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. مرور پژوهش‌ها در این حیطه نشان‌دهنده این است که افراد وسواسی افکار مزاحمی را که در شرایط استرس‌زا ایجاد می‌شوند، غیراخلاقی تلقی می‌کنند و معتقدند برای پیشگیری از رخ دادن آن، لازم است به اجتناب و رفتارهای اجباری بپردازد که این فعالیت‌ها به نوبه خود ثبات تصورات ناکارآمد و میزان بروز آن‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج بیانگر تاثیر مستقیم حساسیت اخلاقی بر ترس از خود بود که با نتایج پژوهش جیگیر و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. افراد با حساسیت اخلاقی بالا که معتقدند حتی حضور یک فکر مخرب درباره خود از

۵۸..... رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای...

نظر اخلاقی مشابه فعالیت‌ها و رفتارهای ناشی از آن فکر می‌باشد، ترس از خود بالایی را تجربه می‌کنند. بنابراین ترس از خود می‌تواند ناشی از سلطه حساسیت اخلاقی باشد که از رفتار غیراخلاقی ناشی می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که حساسیت اخلاقی با مشکلات خواب رابطه مستقیم دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش یانگ و همکاران (۲۰۱۸) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، حساسیت اخلاقی شروع خواب را به تاخیر می‌اندازد و موجب استرس و فعالیت سیستم سمپاتیک در فرد می‌گردد که این شرایط در تناقض با شرایطی است که باعث ورود فرد به مراحل خواب می‌شود. درواقع، افرادی که دچار بی‌خوابی هستند افکار بیهوده مربوط به خواب بیشتری دارند (ژیو و همکاران، ۲۰۲۱) که این فعالیت ذهنی بر باورها و نگرش‌های نامطلوب خواب تمرکز داشته و موجب تداوم بی‌خوابی و بروز مشکلات خواب می‌شود. بنابراین افکار اخلاقی در بروز و تداوم اختلال بی‌خوابی موثر است.

علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد ضریب مسیر ترس از خود بر علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب معنی‌دار است. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی مبنی بر رابطه بین ترس از خود با علائم وسواس فکری-عملی (جیگیر و همکاران، ۲۰۲۱؛ اودت و همکاران، ۲۰۲۰؛ کرایوس و همکاران، ۲۰۲۰؛ آردما و همکاران، ۲۰۱۹؛ آگیلار و همکاران، ۲۰۱۹؛ ریسکیند و همکاران، ۲۰۱۸) و نقش ترس از خود بر مشکلات خواب (پرزیپورک و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است. در تبیین رابطه ترس از خود با علائم وسواس فکری-عملی می‌توان گفت افراد مبتلا به وسواس اغلب از آنچه که ممکن است در مورد شخصیت‌شان نشان دهند، می‌ترسند که نیروهای اصلی در پشت وسواس و اجبارها است. ترس از اینکه فرد ممکن است به کسی دیگر تبدیل شود، باعث ایجاد وسواس شناختی در این حوزه می‌شود و در نهایت فرد با هدف کاهش ترس از خود اجبارهایی را تجربه می‌کند. در خصوص رابطه ترس از خود و مشکلات خواب نیز می‌توان گفت، تفسیر منفی و شناخت‌های سرزده در حوزه‌های حساس خود فرد و وقایعی از زندگی که فرد در آن خلا و اعتماد به نفس ضعیفی دارد، رخ می‌دهد؛ در این صورت افراد سطح بالاتری از تردید و اضطراب را تجربه می‌کنند که عاملی موثر در ایجاد و تداوم مشکلات خواب به‌شمار می‌رود.

همچنین نتایج حاکی از آن است که علائم وسواس فکری-عملی تأثیر مستقیم معناداری بر مشکلات خواب دارد. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش سگالس و همکاران (۲۰۲۱)، کاکس و همکاران (۲۰۲۰) و شارما (۲۰۱۹) همسو است. افراد با علائم وسواس فکری-عملی معمولاً باورهای وسواسی از قبیل؛ مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی و اهمیت دادن به افکار را تجربه می‌کنند

(شماره، ۲۰۱۹) که در کیفیت خواب آن‌ها نقش دارد. بنابراین، افکار پریشان‌کننده و ناخواسته تکراری در اختلال وسواس- اجبار می‌تواند در ایجاد اختلال خواب از طریق تداخل با شروع و حفظ خواب مشارکت داشته باشند.

درنهایت، یافته‌های فعلی نشان می‌دهد که حساسیت اخلاقی به تنهایی جزء مهمی از آسیب‌پذیری در برابر بروز علائم وسواسی و مشکلات خواب نبوده است و ترس از خود در این رابطه ضروری است؛ زیرا حساسیت اخلاقی در صورتی با علائم وسواسی و مشکلات خواب رابطه دارد که ترس از خود بالا باشد. افرادی که اخلاق را برای ارزشمندی خود بسیار مهم می‌دانند، اما به طور همزمان نسبت به توانایی خود در پابندی به این اعتقادات و ارزش‌های اخلاقی احساس ترس می‌کنند، احتمال دارد که علائم وسواسی-جبری بیشتری را تجربه کنند و وقتی چنین اعتقادی وجود دارد، نگرانی فرد افزایش می‌یابد و اختلال بی‌خوابی تداوم می‌یابد. به‌طور کلی، ترکیب افکار مزاحم و حساسیت نسبت به مسائل اخلاقی به همراه ترس از خود در دوره قبل از خواب می‌تواند منجر به افزایش بیش‌برانگیختگی و پرورش نشانه‌های بی‌خوابی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری شود. بنابراین مدل مفروض واسطه‌گری ترس از خود در رابطه بین حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب برازش مطلوبی با داده‌ها دارد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. باتوجه به اینکه نتایج پژوهش از نمونه غیربالینی به‌دست آمده است، تعمیم نتایج آن به جمعیت‌های بالینی باید با احتیاط انجام شود. همچنین نمونه، سایر گروه‌های سنی و شغلی را در برنگرفته است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جمعیت بالینی و گروه‌های سنی متفاوت نیز انجام شود. در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت، تمرکز بر حساسیت اخلاقی و ترس از خود در فرآیند درمان و نیز آموزش نحوه مقابله با آن به افراد از طریق برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌هایی برای دانشجویان جهت پیشگیری از مشکلات مطرح شده ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی: در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بساکنزاد، سودابه؛ آقاجانی افجدی، اعظم و زرگر، یدالله. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر، *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۱۸(۲)، ۹۸-۱۱۸.
- محمدی، ابوالفضل؛ زمانی، رضا؛ فتی، لادن. (۱۳۸۷). اعتباریابی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی وسواسی اجباری-بازنگری‌شده در جمعیت دانشجویی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱(۲۱)، ۶۶-۷۸.

- ۶۰ رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای...
- Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S., & Purcell-Lalonde, M. (2018). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 19-29.
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315.
- Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G., & Baraby, L. P. (2019). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 327-341.
- Aguilar, S. L., García-Soriano, G., Roncero, M., Barrada, J. R., & Aardema, F. (2019). Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10.1002/cpp.2565.
- Albqoor, M. A., & Shaheen, A. M. (2021). Sleep quality, sleep latency, and sleep duration: A national comparative study of university students in Jordan. *Sleep and Breathing*, 25(2), 1147-1154.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Associations, 235.
- Audet, J. S., Wong, S. F., Radomsky, A. S., & Aardema, F. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared-self perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, [10.1016/j.jocrd.2020.100537](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100537)
- Bassak Nejad, S., Aghajani Afjadi, A., & Zargar, Y. (2002) The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. *Psychological Achievements*, 18(2), 98-118. (Text in Persian).
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Cox, R. C., Parmar, A. M., & Olatunji, B. O. (2020). Sleep in obsessive-compulsive and related disorders: A selective review and synthesis. *Current Opinion in Psychology*, 10.1016/j.copsyc.2019.08.018
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485.
- Gholami, K., & Tirri, K. (2012). The cultural dependence of the ethical sensitivity scale questionnaire: The case of Iranian Kurdish teachers. *Education Research International*. [10.1155/2012/387027](https://doi.org/10.1155/2012/387027)
- Hon, K., Siu, B. W., Cheng, C. W., Wong, W. C., & Foa, E. B. (2019). Validation of the Chinese version of obsessive-compulsive inventory-revised. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(4), 103-111.
- Hosseinzadeh, M., Azhdehakosh, E., & Valibeygi, A. (2020). Moral judgments in obsessive-compulsive disorder: A narrative mini-review. *Neuroscience Research Notes*, 3(1), 11-23.
- Jaeger, T., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). The role of fear of self and responsibility in obsessional doubt processes: A Bayesian hierarchical model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(10), 839-858.
- Krause, S., Wong, S., O'Meara, M. G., Aardema, F., & Radomsky, A. S. (2020). It's not so much about what you touch: Mental contamination mediates the relationship between feared self-perceptions and contact contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. [10.1016/j.jocrd.2020.100507](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100507)

- Li, C., Zhang, Y., Randhawa, A. K., & Madigan, D. J. (2020). Emotional exhaustion and sleep problems in university students: Does mental toughness matter? *Personality and Individual Differences*, 163, 110046. [10.1016/j.paid.2020.110046](https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110046)
- Mohammadi, A., zamani, R., & Fata, L. (2015). Validation of the Persian version of the compulsory obsessive-compulsive questionnaire-revised in the student population. *Psychological Research*, 1 (21), 66-78. (Text in Persian).
- Przepiórka, A., Błachnio, A., & Siu, N. Y. F. (2019). The relationships between self-efficacy, self-control, chronotype, procrastination and sleep problems in young adults. *Chronobiology International*, 36(8), 1025-1035.
- Raniti, M. B., Waloszek, J. M., Schwartz, O., Allen, N. B., & Trinder, J. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index in community-based adolescents. *Sleep*, 41(6), zsy066.
- Riskind, J. H., Wright, E. C., & Scott, M. (2018). Anticipated criticism/rejection and negative self-appraisals: do they independently predict OCD symptoms and the negative significance of intrusive thoughts? *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 4-16.
- Segalàs, C., Labad, J., Salvat-Pujol, N., Real, E., Alonso, P., Bertolín, S., ... & Soria, V. (2021). Sleep disturbances in obsessive-compulsive disorder: influence of depression symptoms and trait anxiety. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-10.
- Sharma, V. (2019). Role of sleep deprivation in the causation of postpartum obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 10.1016/j.mehy.2018.10.016.
- Tirri, K., & Nokelainen, P. (2007). Comparison of academically average and gifted students' self-rated ethical sensitivity. *Educational Research and Evaluation*, 13(6), 587-601.
- Xu, W., Tan, C. C., Zou, J. J., Cao, X. P., & Tan, L. (2020). Sleep problems and risk of all-cause cognitive decline or dementia: an updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(3), 236-244.
- Yuan, Z., Barnes, C. M., & Li, Y. (2018). Bad behavior keeps you up at night: Counterproductive work behaviors and insomnia. *Journal of Applied Psychology*, 103(4), 383.



اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری کووید-۱۹


سیده ناهید حسینی نژاد^۱، حمید رضائیان فرجی^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری کووید-۱۹ انجام شد. پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نوع روش آمیخته (کمی، کیفی) بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان و زنان بالای ۱۸ سال در شهر شیراز بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد افرادی که بیش از ۴ ماه از تجربه سوگ آنان گذشته و با اجرای پرسشنامه تجربه سوگ، نمره بالای ۶۸ را کسب نمودند به عنوان نمونه انتخاب شدند پس از انجام مصاحبه و تحلیل کیفی به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل از پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب وجودی گود استفاده شد. نتایج آماره یومان ویتنی و ویل کاکسون نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری کووید-۱۹ اثربخشی معناداری داشته است. بر اساس نتایج به دست آمده درمان شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب وجودی در بستگان قربانی کرونا مؤثر است. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای مشکلات مورد استفاده قرار گیرد و باعث ارتقاء سلامت روانی و واکنش‌های مؤثر و سازگارانه افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، تجربه سوگ، درمان شناختی-رفتاری، کووید-۱۹.

^۱دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران 

مقدمه

یکی از بیماری‌های نوظهور عصر حاضر، کووید ۱۹ ویروسی از خانواده کرونا ویروس‌هاست که پیش‌تر به عنوان سندرم تنفسی حاد و سندرم تنفسی خاورمیانه شناخته می‌شد و باعث دو مورد از همه‌گیری‌های شدیدتر در سال‌های اخیر شده است (هانگ، وانگ، لی، رن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). آسیب این ویروس تنها به فوت یک فرد ختم نمی‌شود، بلکه مسأله مهم دیگر، خانواده افراد متوفی است که به دلیل نوع پاندمی و قابلیت سرایت بالای آن، اجازه مراسم سوگواری، تخلیه هیجانات و ابراز غم و ناراحتی را نداشته و تا مدت‌ها بعد از مرگ عزیز از دست رفته قرنطینه‌اند و نمی‌توانند با خویشاوندان دیگر ارتباط داشته باشند. همچنین خانواده این افراد در زمانی که باید سوگواری کنند، امکان سوگواری ندارند یا ممکن است در طی دوران قرنطینه دچار نشخوار فکری شوند (آگیار، پینتو و دوارت^۲، ۲۰۲۰). همین امر موجب می‌شود تا بازماندگان دچار مشکلاتی همچون افسردگی و اضطراب نیز گردند (امسال، دیکسون و نریا^۳، ۲۰۲۱).

این در حالی است که انسان به عنوان یک موجود اجتماعی، پیوندهای دلبستگی^۴ عمیقی را ایجاد می‌کند و پس از قطع این پیوندها به وسیله جدایی طولانی مدت و یا مرگ، تمایل به سوگواری^۵ دارد (اوزل و اوزکان^۶، ۲۰۲۰). پدیده سوگ^۷ از نظر واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از مرگ عزیزان ایجاد می‌کند، حایز اهمیت است (مکلور، هوکر، اتکینز، اتاناسیو^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). ضمن طبیعی و فراگیر بودن پدیده سوگ در تمام جوامع انسانی، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف واقعیت فقدان و داغیدگی و پیامدهای آن را به شیوه‌های متفاوتی می‌پذیرند (هانایر^۹، ۲۰۲۱) و حتی گاهی سوگ منجر به ایجاد مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب و واکنش‌های هیجانی می‌شود (هاروتونیان^{۱۰}، ۲۰۲۱). با این حال همانگونه که گفته شد شرایط فعلی جامعه جهانی و پاندمی کووید-۱۹، سوگواری را با مشکلاتی همراه کرده است.

-
1. Huang, Wang, Li & Ren
 2. Aguiar, Pinto & Duarte
 3. Amsalem, Dixon & Neria
 4. attachment
 5. mourning
 6. Özel & Özkan
 7. grief
 8. McIvor, Hooker, Atkins & Athanasiou
 9. Hanauer
 10. Harootunian

همچنین افسردگی^۱ یک اختلال روان‌شناختی شایع است که ممکن است به دنبال از دست‌دادن عزیزی، افراد بازمانده را درگیر خود کند (لی، تندو و استروبی^۲، ۲۰۱۹). اختلال افسردگی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. در واقع، افراد مبتلا به افسردگی، نه تنها از نشانه‌های این اختلال، رنج می‌برند بلکه کیفیت زندگی‌شان نیز آسیب جدی می‌بینند که این عامل، باعث افزایش رنج ناشی از افسردگی برای خودشان و نیز پیامدهای منفی برای خانواده و جامعه خواهد شد (سامپونگا، فانیا، ماسترونی، فوساری^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در بیشتر موارد، افسردگی و اضطراب به صورت توأما بروز می‌کند (جاکسون و نیومن^۴، ۲۰۱۷).

اضطراب بنابر علت بروز آن، انواع گوناگونی دارد که یکی از آنها اضطراب وجودی^۵ است. اغلب بازماندگان سوگ عزیز با این نوع از اضطراب روبه‌رو می‌شوند چرا که به دنبال یافتن هدف زندگی برمی‌آیند (تستونی، فرانکو، پالازو، ایکونا^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب وجودی سراسر زندگی را در بر می‌گیرد و درباره‌سه عامل مرگ و نیستی، تهی شدن زندگی از معنا و احساس گناه و تقصیر است (توماسزک و موچاکا-سیمرمن^۷، ۲۰۲۰) و در کاهش سلامت نقش دارد و معمولاً از ناامیدی، بیگانگی و احساس پوچی نشات می‌گیرد (گاسیوروسکا، زالوسوز و کسبیر^۸، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که اضطراب وجودی رابطه مستقیمی با افسردگی دارد (شارپ، کوران، بوتاو و تویز^۹، ۲۰۱۸). مشکلات افراد پس از سوگ اگر درمان نگردد و مورد توجه قرار نگیرد، ادامه پیدا کرده و به سوگ طولانی یا پیچیده^{۱۰} تبدیل می‌شود که درمان آن سخت‌تر پیامدهای روان‌شناختی آن شدیدتر خواهد بود.

شواهد تجربی حاکی از آن است که مدل شناختی رفتاری به خوبی ساختار و فرآیند افسردگی و اضطراب را تبیین و می‌تواند مداخلاتی بسیار کارآمد در کاهش افسردگی و اضطراب با اثرات ماندگار و طولانی مدتی باشد (لئونیدو و پانایوتو^{۱۱}، ۲۰۱۸؛ آلمن^{۱۲}، ۲۰۲۱). از این رو یکی از پرکاربردترین درمان‌هایی که برای طیف وسیعی از اختلالات افراد سوگ دیده به کار می‌رود، درمان شناختی رفتاری^{۱۳} است. تاکید این شیوه درمانی بر تعلیم مهارت‌های شناختی یا اصلاح فرایند شناختی است و به افراد

-
1. depression
 2. Li, Tendeiro & Stroebe
 3. Sampogna, Fania, Mastroeni & Fusari
 4. Jacobson & Newman
 5. existential anxiety
 6. Testoni, Franco, Palazzo & Iacona
 7. Tomaszek, & Muchacka-Cymerman
 8. Gasiorowska, Zaleskiewicz & Kesebir
 9. Sharpe, Curran, Butow & Thewes
 10. Prolonged & complicated
 11. Leonidou, & Panayiotou
 12. Almén
 13. cognitive behavioral therapy

۶۶..... اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان...

کمک می‌کند تا از تفسیر افکار خودکار، آگاهی پیدا کنند (هافمن و هیز^۱، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری با کمک به درک معنای زندگی، توانایی بالا بردن روابط بین‌فردی، انعطاف‌پذیری و منبع کنترل درونی ایجاد می‌کند (زانگ، چن، یی و والانتین^۲، ۲۰۲۰؛ فاوا و تومبا^۳، ۲۰۰۹). پژوهش‌های مختلف از تاثیر این نوع از درمان بر افسردگی و اضطراب ناشی از کرونا (آلکسون، هسر، اندرسون و جاتسون^۴، ۲۰۲۰) حمایت کرده است.

به نظر می‌رسد می‌توان از این نوع مداخله برای بهبود نشانگان سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانیان بیماری کووید-۱۹ نیز بهره گرفت چرا که اگر دوره سوگ زودتر و به حالت طبیعی سپری نشود تبدیل به اختلال سوگ می‌شود و از طرفی افراد سوگوار در برابر مشکلات نیاز به کمک و به یک سری مهارت‌هایی دارند که بتوانند آن‌ها را در برابر این مشکلات ایمن سازد، این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ برای دو موضوع زیر است:

- روایت بستگان قربانیان بیماری کووید ۱۹ از تجربه سوگ چگونه است؟
- درمان شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب در بستگان قربانی کرونا اثربخش است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آمیخته (کیفی، کمی) است. در بخش کیفی روایت‌نگری بود و جهت تحلیل روایت‌ها و استخراج مولفه‌ها روش تحلیل مضمون استفاده شد. در بخش کمی نیز از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی مردان و زنان بالای ۱۸ سال در شهر شیراز بود که دارای تجربه سوگ در اثر بیماری کووید-۱۹ از طرف بستگان درجه یک (شامل همسر، پدر و مادر، برادر و خواهر) بودند که برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد، افرادی در دامنه سنی ۳۵ تا ۶۰ سال که بیش از ۴ ماه از تجربه سوگ آنان گذشته و با اجرای پرسشنامه تجربه سوگ، نمره بالای ۶۸ را کسب نمودند، تعداد افراد واجد شرایط محدود و ۸ نفر بود که به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و قبل از مداخله، مصاحبه و پرسشنامه‌های پژوهش (پیش‌آزمون) برای هر دو گروه انجام شد سپس مداخله اجرا و پس از آن برای هر دو گروه پس‌آزمون انجام گرفت. برای اجرای پژوهش ابتدا با آزمودنی‌ها مصاحبه صورت گرفت و طبق تحلیل کیفی، مضامین مهم از نظر افراد دچار سوگ در اثر بیماری کرونا استخراج شد. پس از انجام

1. Hofmann & Hayes
 2. Zhang, Chen, Ye & Volantin
 3. Fava & Tomba
 4. Axelsson, Hesser, Andersson & Ljótsson

حسینی نژاد و رضائیان فرجی ۶۷

مصاحبه و تحلیل کیفی به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل از پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب وجودی گود استفاده شد. سپس بر اساس این مضامین پروتکل شناختی رفتاری مناسب تهیه شد. جایگزینی تصادفی نمونه در دو گروه ۴ نفره آزمایش و کنترل صورت پذیرفت. سپس با دعوت از آنان، بیان اهداف و جلب حمایت، گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه با تواتر هفته‌ای دو جلسه مورد درمان شناختی رفتاری پروتکل تهیه شده توسط خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹) قرار گرفتند. درمان توسط پژوهشگر و در کلینیک درمانی انجام شد. بعد از اتمام درمان مجدداً پرسشنامه‌ها ارائه و تکمیل و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش رضایت کامل آزمودنی، عدم اعتیاد به مخدر و الکل و همچنین عدم سابقه اختلالات روان‌شناختی خصوصاً افسردگی و اضطراب بود. همچنین معیار خروج از پژوهش عدم رضایت آزمودنی و ناتوانی در شرکت در جلسات در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تجربه سوگ^۱: این پرسشنامه توسط بارت و اسکات (۱۹۹۸) به منظور سنجش واکنش‌های سوگ، در ۵۵ گویه در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای (۵ کاملاً موافقم و ۱ کاملاً مخالفم) طراحی و ساخته، سپس به وسیله بیلی، دونهام و کرال^۲ (۲۰۰۰) اصلاح شد. در مطالعه بارت و اسکات ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط مهدی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) در ایران هنجاریابی و نتایج تحلیل مولفه‌های اصلی نشان‌دهنده ۷ عامل (احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، ترک/طرد، قضاوت شخص یا دیگران، خجالت/شرمندگی، بدنامی^۳) و ۳۴ گویه است کاهش گویه‌ها از ۵۵ به ۳۴، به دلیل عدم توزیع نرمال گویه‌های حذف شده بوده است. عوامل این پرسشنامه روایی همگرایی مناسبی با دو خرده مقیاس افسردگی و جسمانی‌سازی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۴ ($P < 0/01$) و پرسشنامه سلامت عمومی^۵ ($P < 0/01$) نشان دادند، از طرفی ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ (فتحی، ۱۳۹۴) گزارش و همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

1. Grief Experience Questionnaire
2. Bailley & Dunham
3. guilt, trying to justify and cope, somatic reaction, abandonment/rejection, judgment of the person or others, shame/embarrassment, stigmatization
4. Symptom Checklist (SCL-25)
5. General Health Questionnaire (GHQ -28)

۶۸..... اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان...

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۱: پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم یک شاخص خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). پرسشنامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) است. نمره کل با جمع کردن نمره‌های گویه‌ها (از صفر تا ۶۳) به دست می‌آید و نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است، کاسپی^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی‌درونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش حمیدی و همکاران، (۱۳۹۳) روایی آن به روش اعتبار همگرا با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۸۰ (P<۰/۰۰۱) گزارش شده است. همسانی-درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب وجودی^۳: پرسشنامه اضطراب وجودی لورنس گود و کاتریتا گود (۱۹۷۴) شامل ۳۲ گویه است که میزان اضطراب وجودی آزمودنی را در یک مقیاس دو ارزشی (صحیح نمره ۱ و غلط نمره ۲) اندازه‌گیری می‌کند. مجموع نمرات هر فرد اضطراب وجودی او را نشان می‌دهد و دامنه نمره‌ها، بین ۳۲ تا ۶۴ قرار می‌گیرد. هر چقدر نمره بالاتر باشد، فرد اضطراب بیشتری را تجربه خواهد کرد. روایی ابزار از طریق همبسته‌کردن گویه‌ها با کل آزمون به طور متوسط ۰/۴۹ و قابل قبول و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد (فریاس^۴ و همکاران، ۲۰۱۶) و در ایران شیرالی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۸) روایی ابزار را توسط ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. همسانی‌درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

تحلیل داده بر روی هشت نفر با استفاده از تحلیل مضمون؛ تحت مضامین پایه (۳۱ مضمون)، سازمان‌دهنده (۷ مضمون) و فراگیر (۲ مضمون) مشخص شد. این مصاحبه قبل از انجام مداخله شناختی-رفتاری انجام شد.

جدول ۱. از مضامین پایه‌ای به مضامین سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر در دو گروه

مضمون	مضمون سازمان -	مضمون	فراوانی مرحله اول	فراوانی مرحله دوم
پایه	دهنده	فراگیر	آزمایشی کنترل	آزمایشی کنترل

1. Beck Depression Inventory- I I
2. Kapci
3. good's Existential Anxiety Inventory (EAI)
4. Farias

				بیمه‌های درونی		
					احساس خلا داشتن - ضربه روحی شدید	
۱۴	۶	۲۴	۲۱	احساس غم و اندوه	احساس ناراحتی - احساس تنهایی	از دست دادن حامی
					غمگین بودن - احساس افسوس	سخت و دردناک بودن واقعه
					از دست دادن روحیه	عذاب وجدان درباره گذشته
۵	۲	۴	۶	عذاب وجدان	دیدار بیشتر متوفی	عدم مراقبت بیشتر به متوفی
					کنسل کردن دید باز دیدها	رعایت بیشتر پروتکل‌های بهداشتی
۶	۳	۹	۶	تغییر سبک زندگی	احترام به بستگان و اطرافیان	مرگ برای دیگران نیست
					قدردانی بیشتر از نعمت زندگی	توجه بیشتر به مرگ
					احساس بیمار شدن	زیاد شدن شستشو
۹	۵	۱۴	۱۳	ترس بیمارگونه	ترس از عدم رعایت پروتکل‌ها	احساس پوچی و بیهودگی
					نگرانی از ابتلای افراد خانواده به کرونا	عدم باور به فوت متوفی
۳	۱	۴	۵		ناراحتی ناشی از تنها بودن	برگزاری مراسم مجازی
					طرد شدن از طرف دیگران	مقصد دانستن متوفی توسط دیگران
۴	۱	۷	۴		طرد شدن توسط اطرافیان	مقصد دانستن رعایت نکردن پروتکل‌ها
					مقصد دانستن دیگران	مقصد دانستن کادر درمان کادر درمان
۶	۲	۹	۷			
۴۷	۲۰	۷۱	۶۲		مجموع	

در ادامه جهت بررسی اینکه آیا پروتکل درمان شناختی رفتاری در کاهش تجربه سوگ در بازماندگان از دست دادن عزیز به خاطر بیماران کرونا موثر بوده است یا خیر از آزمون خی دو استقلال استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

۷۰..... اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان...

همانگونه که در جدول ۲ نشان داده شده است با توجه به مقدار χ^2 دو بدست آمده (۴/۵۰) با یک درجه آزادی و نیز معنی داری بدست ($P < ۰/۰۵$) بین فراوانی بدست آمده در دو مرحله قبل از اجرای پروتکل و پس از آن در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. روش محاسبه پایایی بین کدگذاری‌های انجام گرفته توسط محقق در دو فاصله زمانی و نیز توافق دو کدگذار (ارزیاب) در یک زمان انجام شد و پایایی باز آزمون مصاحبه‌های انجام گرفته در این تحقیق، برابر ۸۷ درصد و پایایی بین دو کدگذار ۷۱ درصد است که با توجه به میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد (کولا، ۱۹۹۶)، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید شد.

جدول ۲. نتایج آزمون χ^2 دو استقلال در مقایسه فراوانی‌های دو گروه کنترل و آزمایشی

خی دو	درجه آزادی	P
۴/۵۰	۱	۰/۰۳

بخش کمی

میانگین و انحراف معیار متغیرهای تجربه سوگ (ابعاد ۷ گانه)، افسردگی و اضطراب وجودی در گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. در بخش یافته‌های استنباطی پرسش پژوهش با عنوان " مداخله شناختی رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانی کرونا اثر دارد " مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله آزمون

متغیر	مرحله	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه ۱	پیش آزمون	۱۶/۷۴	۲/۸۰	۱۷/۵۰	۳/۷۶
احساس گناه ۲	پس آزمون	۹/۸۹	۲/۵۷	۱۷/۲۹	۲/۱۴
تلاش برای توجیه ۱	پیش آزمون	۱۴/۳۸	۲/۴۳	۱۲/۴۶	۳/۶۸
تلاش برای توجیه ۲	پس آزمون	۸/۷۲	۲/۷۱	۱۲/۱۴	۵/۲۰
واکنش‌های بدنی ۱	پیش آزمون	۱۶/۱۸	۳/۳۷	۱۵/۷۰	۴/۹۳
واکنش‌های بدنی ۲	پس آزمون	۸/۲۶	۲/۴۱	۱۳/۰۹	۲/۷۴
احساس ترک شدن ۱	پیش آزمون	۱۴/۵۲	۲/۲۹	۱۴/۳۸	۲/۳۵
احساس ترک شدن ۲	پس آزمون	۶/۴۳	۱/۶۹	۱۱/۴۷	۰/۹۷

۱/۵۷	۱۴/۴۹	۳/۸۶	۱۳/۶۷	پیش‌آزمون	قضایات شخص یا دیگران ۱
۲/۱۶	۱۰/۳۳	۲/۱۳	۷/۸۵	پس‌آزمون	قضایات شخص یا دیگران ۲
۲/۰۴	۱۴/۱۹	۱/۹۶	۱۳/۱۱	پیش‌آزمون	خجالت/شرمندگی ۱
۱/۶۴	۱۳/۱۰	۱/۵۸	۸/۲۰	پس‌آزمون	خجالت/شرمندگی ۲
۳/۴۷	۱۴/۸۹	۱/۸۷	۱۴/۰۳	پیش‌آزمون	بدنامی ۱
۱/۸۹	۱۱/۸۵	۱/۹۹	۹/۰۳	پس‌آزمون	بدنامی ۲
۵/۷۴	۴۰/۷۴	۴/۵۱	۳۳/۶۰	پیش‌آزمون	افسردگی
۹/۸۰	۳۷/۸۱	۷/۳۰	۲۰/۸۱	پس‌آزمون	
۷/۵۱	۴۷/۵۷	۹/۴۳	۴۴/۷۹	پیش‌آزمون	اضطراب وجودی
۱۰/۰۳	۴۲/۹۶	۶/۶۰	۳۱/۲۰	پس‌آزمون	

۱ عدد یک به معنای پیش‌آزمون در دو گروه و عدد دو به معنای پس‌آزمون دو گروه می‌باشد که جهت اختصار با عدد ۱ و ۲ نشان داده شده است.

همانگونه که نتایج آزمون یومان‌ویتی در جدول ۴ نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایشی در هیچ یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری در سطح آلفای ۰/۰۵ وجود ندارد. ولیکن در مرحله پس‌آزمون بجز دو بعد متغیر تجربه سوگ (تلاش برای توجیه و قضایات شخص با دیگران)، در مابقی متغیرها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در سطح آلفای ۰/۰۵ وجود دارد. در نتیجه می‌توان پروتکل درمانی موجب کاهش معنی‌دار در متغیرهای افسردگی، اضطراب وجودی و پنج بعد متغیر تجربه سوگ گردیده است.

جدول ۴. نتایج آزمون یومان‌ویتی و ویلکاکسون برای مقایسه دو گروه کنترل و آزمایشی در متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌ها	آماره یومان‌ویتی	آماره ویلکاکسون	Z	P
تجربه سوگ	احساس گناه ۱	۱۰	۲۵	-۰/۵۲	۰/۶۰
	تلاش برای توجیه ۱	۸	۲۳	-۰/۹۴	۰/۳۵
	واکنش‌های بدنی ۱	۱۲	۲۷	-۰/۱۰	۰/۹۲
	احساس ترک‌شدن ۱	۱۲	۲۷	-۰/۱۰	۰/۹۲
	قضایات شخص یا دیگران ۱	۱۱	۲۶	-۰/۳۱	۰/۷۵
اضطراب	خجالت/شرمندگی ۱	۱۰	۲۵	-۰/۵۲	۰/۶۰
	بدنامی ۱	۸	۲۳	-۰/۹۴	۰/۳۵
	افسردگی ۱	۳	۱۸	-۱/۹۶	۰/۰۵
	اضطراب وجودی ۱	۱۰	۲۵	-۰/۵۲	۰/۶۰
	احساس گناه ۲	۰	۱۵	-۲/۶۱	۰/۰۱
تجربه سوگ	تلاش برای توجیه ۲	۵	۲۰	-۱/۵۷	۰/۱۲

۷۲..... اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان...

۰/۰۳	-۲/۱۹	۱۷	۲	واکنش‌های بدنی ۲	
۰/۰۱	-۲/۶۱	۱۵	۰	احساس ترک شدن ۲	
۰/۰۸	-۱/۷۸	۱۹	۴	قضاوت شخص یا دیگران ۲	
۰/۰۱	-۲/۶۱	۱۵	۰	خجالت/شرمندگی ۲	
۰/۰۵	-۱/۹۸	۱۸	۳	بدنامی ۲	
۰/۰۳	-۲/۱۹	۱۷	۲	افسردگی ۲	افسردگی
۰/۰۵	-۱/۹۸	۱۸	۳	اضطراب وجودی ۲	اضطراب

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانی بیماری کووید-۱۹ انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب بستگان قربانی کرونا گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

یافته اول پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده بستگان قربانی کرونا گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ تجربه سوگ تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با مطالعاتی همچون هاناپر (۲۰۲۱) همسو است. نتایج مصاحبه و بررسی کیفی نشان داد که بستگان قربانی کرونا بعد از دست دادن عزیز، خود را در مرگ وی مقصر می‌دانستند و احساس گناه در آنها زیاد بود. درمان شناختی-رفتاری با مکانیزم در نظر گرفتن ویژگی‌های شناختی بازماندگان از جمله باورها و انگاره‌های ذهنی راجع به فرد از دست‌رفته، به بازسازی شناختی آنان کمک می‌نماید و با درک مشکل در یک فرایند مشاوره‌ای همدلانه، عواطف مرتبط با داغ دیدگی را کاهش و نیز به فرد کمک می‌کند تا به زندگی طبیعی برگردد. بطور کلی مدل درمان شناختی-رفتاری بر این عقیده متمرکز است که تغییر در شناخت‌ها منتج به تغییر در عواطف و احساسات می‌شود و چرخه آگاهی شناختی به منظور تغییر عواطف و پیامد رفتار بازسازی شناختی را مورد توجه قرار می‌دهند. لذا عواطف و هیجانات منفی فرد سوگوار ریشه در باورها و طرحواره‌هایی دارد که پس از رویارویی با فقدان فعال شده است و درمان شناختی-رفتاری با تعدیل باورها و تسهیل شناخت و معنای جدید به کاهش علائم هیجانی منفی ناشی از سوگ کمک خواهد کرد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به کاهش قابل توجه افسردگی در بازماندگان سوگ از دست دادن عزیز به خاطر کرونا در گروه آزمایش شده بود. این یافته با یافته‌های آکسون و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت از دست دادن یک عزیز به دلیل بیماری، فرد را با یک شوک ناگهانی مواجه و تعادل روانی فرد را بر

هم می‌زند. لذا با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار فرد در مواقع برخورد با سوگ، همچنین طرح درمان و درگیری مراجع در انجام فعالیت‌ها و موفقیت‌های او در انجام این فعالیت‌ها می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش افسردگی در بازماندگان سوگ دیده شود. با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تاکید بر عوامل شناختی، هیجانی، رفتاری و همچنین آموزش افراد سوگ‌دیده برای تشخیص افکار خودکار، به نظر منطقی می‌رسد که این درمان بر کاهش علائم افسردگی ناشی از سوگ مؤثر باشد.

یافته سوم پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش قابل توجهی در اضطراب وجودی بستگان قربانی کرونا گروه آزمایش شده بود. این یافته با پژوهش زانگ و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. نتایج مصاحبه‌های کیفی نشان داد که بستگان قربانی کرونا بعد از مرگ عزیزشان دچار حالت‌هایی نظیر احساس بی‌بودگی و پوچی شده و به مرگ بیشتر فکر می‌کنند. درمان شناختی رفتاری فرصتی برای حمایت متقابل و ابزاری مفید برای مقابله موثر با استرس و اضطراب است و بازماندگان سوگ دیده در نتیجه درمان شناختی رفتاری درمی‌یابند که غم‌واندوه، کم‌بودها، از دست‌دادن عزیز اجتناب‌ناپذیر هستند و می‌توانند طرز برخورد خود را با مشکلات تغییر دهند. لذا با توجه به تمرکز درمان شناختی رفتاری بر اصلاح شناخت‌های ناکارآمد و یافتن هدف و برنامه‌ریزی منسجم برای رسیدن به آن، افراد درگیر فرایندی خواهند شد که از پس آن معنا و هدف زندگی خود را کشف و از خودسرزنی و احساس گناه دوری کنند و به جای آن به فعالیت‌های معنادار بپردازند. بنابراین منطقی است که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب وجودی اثربخش باشد.

در کل نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر تجربه سوگ، افسردگی و اضطراب وجودی در بستگان قربانی کرونا مؤثر است. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای مشکلات مورد استفاده قرار گیرد و باعث ارتقاء سلامت روانی و واکنش‌های مؤثر و سازگارانه افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی شود. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود؛ از جمله این که مرحله پیگیری پس از درمان وجود نداشت که بهتر است در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد، همچنین روش نمونه‌گیری این پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس بود. پیشنهاد می‌شود مداخله شناختی رفتاری در شهرهای مختلف به خاطر تفاوت‌های فرهنگی مورد بررسی و همچنین به عنوان یک شیوه کارآمد در جهت کاهش اثرات سوگ در افراد مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان اعلام نشده است.

تشکر و قدردانی: از تمام افرادی که در انجام این پژوهش همکاری کردند تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

- حمیدی، رزگار، فکری زاده، زهره، آزاد بخت، مجتبی، گرمارودی، غلامرضا، طاهری تنجانی، پریسا، فتحی زاده، شادی، قیسوندی، الهام. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) در سالمندان ایرانی. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*, ۲۲ (۱), ۱۸۹-۱۹۸.
- شیرالی، شیرین، و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). تاثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرآنگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری های قلبی عروقی بیمارستان مهرشهر اهواز در سال ۱۳۹۷. *سلامت جامعه*, ۱۳ (۴), ۱-۱۱.
- فتحی، داوود. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر هوش هیجانی، افسردگی و اضطراب مرگ سالمندان دارای تجربه سوگ. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.
- مهدی پور، سمیه، و شهیدی، شهریار، و روشن، رسول، و دهقانی، محسن. (۱۳۸۸). تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) در نمونه ایرانی. *دانشور رفتار*, ۱۶ (۳۷) (روان شناسی بالینی و شخصیت ۱۳), ۳۵-۴۸.
- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta medica portuguesa*, 33(9), 543-545.
- Almén, N. (2021). A cognitive behavioral model Proposing that clinical burnout may maintain itself. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3446.
- Amsalem, D., Dixon, L. B., & Neria, Y. (2021). The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak and mental health: current risks and recommended actions. *JAMA psychiatry*, 78(1), 9-10.
- Axelsson, E., Hesser, H., Andersson, E., Ljótsson, B., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Mediators of treatment effect in minimal-contact cognitive behaviour therapy for severe health anxiety: A theory-driven analysis based on a randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102172.
- Bailey, S. E., Dunham, K., & Kral, M. J. (2000). Factor structure of the grieve experience questionnaire (GEQ). *Death Studies*, 24, 721 – 738. Taylor & Francis.
- Bennett, S. M., Ehrenreich-May, J., Litz, B. T., Boisseau, C. L., & Barlow, D. H. (2012). Development and preliminary evaluation of a cognitive-behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 161-173.
- Diaz, K., & Murguia, E. (2015). The philosophical foundations of cognitive behavioral therapy: Stoicism, Buddhism, Taoism, and Existentialism. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1).
- Farias, M., Newheiser, A. K., Kahane, G., & de Toledo, Z. (2013). Scientific faith: Belief in science increases in the face of stress and existential anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1210-1213.
- Fathi, D. (2014). *Effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional intelligence, depression and death anxiety of the elderly with bereavement experience*. Master's thesis. Mohaghegh Ardabili University [persian].
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77(6), 1903-1934.

- Gasiorowska, A., Zaleskiewicz, T., & Kesebir, P. (2018). Money as an existential anxiety buffer: Exposure to money prevents mortality reminders from leading to increased death thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology*, 79, 394-409.
- Good, L. R., & Good, K. C. (1974). A preliminary measure of existential anxiety. *Psychological Reports*, 34(1), 72-74.
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125.
- Hamidi, R., Fekrizadeh, Z., Azadbakht, M., Garmaroudi, G., Taheri Tanjani, P., Fathizadeh, S., Ghisvandi, E. (2015). Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(1), 189-198 [persian].
- Hanauer, D. I. (2021). Mourning writing: A poetic autoethnography on the passing of my father. *Qualitative Inquiry*, 27(1), 37-44.
- Harootunian, H. (2021). 8. Memory, Mourning, and National Morality: Yasukuni Shrine and the Reunion of State and Religion in Postwar Japan. In *Nation and Religion* (pp. 144-160). Princeton University Press.
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & Menzies, R. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 209-234.
- Hofmann, S., & Hayes, SC. (2018). Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland, CA: New Harbinger.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1155.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety*, 25, 104-110.
- Kvale, S. (1996). *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Leonidou, C., & Panayiotou, G. (2018). How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model. *Journal of Psychosomatic Research*, 111,(Augst) 100-115.
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4), 454-461.
- McIvor, D. W., Hooker, J., Atkins, A., Athanasiou, A., & Shulman, G. (2021). Mourning work: Death and democracy during a pandemic. *Contemporary Political Theory*, 20(1), 165-199.
- Mehdipour, S., & Shahidi, S., & Roshan, R., & Dehghani, M. (2009). The Validity Aad Reliability Of "Grief Experience Questionnaire" In an Iranian Sample. *Daneshvar Raftar, (Special Edition on Clinical Psychology & Personality)*, 16 (37) 35-48 [persian].
- Murphy, R., Calugi, S., Cooper, Z., & Dalle Grave, R. (2020). Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13.
- Özel, Y., & Özkan, B. (2020). Psychosocial approach to loss and mourning. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*, 12(3), 352-367.
- Rajabi, G., Karju Kasmai, S. (2012). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. *Quarterly of Educational Measurement*, 3(10), 139-158.

- Sampogna, F., Fania, L., Mastroeni, S., Fusari, R., Napolitano, M., Ciccone, D., ... & Abeni, D. (2020). Correlation between depression, quality of life and clinical severity in patients with hidradenitis suppurativa. *Acta Dermato-Venereologica*, 100(18), 1-6.
- Sharpe, L., Curran, L., Butow, P., & Thewes, B. (2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2559-2565.
- Shirali, S., DashtBozorgi, Z. (2019). Effect of Acceptance and Commitment-based Group Therapy on Existential Anxiety, Distress Tolerance, and Meta-worry in Elderly Women with Cardiovascular Disease in Mehr Hospital of Ahvaz City in 2018. *Community Health Journal*, 13(4), 1-11 [persian].
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 595.
- Testoni, I., Franco, C., Palazzo, L., Iacona, E., Zamperini, A., & Wieser, M. A. (2020). The endless grief in waiting: a qualitative study of the relationship between ambiguous loss and anticipatory mourning amongst the relatives of missing persons in Italy. *Behavioral Sciences*, 10(7), 110.
- Tomaszek, K., & Muchacka-Cymerman, A. (2020). Thinking about my existence during COVID-19, I feel anxiety and awe—The mediating role of existential anxiety and life satisfaction on the relationship between PTSD symptoms and post-traumatic growth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7062.
- Zhang, Y. Y., Chen, J. J., Ye, H., & Volantin, L. (2020). Psychological effects of cognitive behavioral therapy on internet addiction in adolescents: A systematic review protocol. *Medicine*, 99(4).




اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گرهه مقابله‌ای" در درمان اختلال اضطراب جدایی

علی پروندی^{۱*}، اسماء مرادی^۲، مریم امیریان^۳، عزت‌اله احمدی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گرهه مقابله‌ای" در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله بود. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۸ تا ۱۰ ساله با نشانگان اختلال اضطراب جدایی شهرستان سنقر در سال ۱۴۰۱ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۶ کودک انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸) قرار گرفتند. پس از اجرای مقیاس اضطراب جدایی (نسخه والدین)، به عنوان پیش‌آزمون، گروه آزمایش ۱۶ جلسه درمان دریافت کرد. پس از مداخله، پس‌آزمون انجام شد و ۲ ماه بعد آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌ها، با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، کاهش معناداری داشته است. همچنین، دستاوردهای درمانی در مرحله پیگیری دو ماهه حفظ شده بود. می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گرهه مقابله‌ای" می‌تواند نشانگان اختلال اضطراب جدایی در کودکان را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود در درمان اختلال اضطراب جدایی مورد استفاده روان‌درمانگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب جدایی، برنامه گرهه مقابله‌ای، درمان شناختی رفتاری.

^۱نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران 
^۲کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
^۳دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران
^۴دانشیار روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

مقدمه

فراگیری مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی و رشد استقلال یک نیاز بنیادین برای هر کودک است. شروع مدرسه رفتن، معمولاً همراه است با حال و هوای دلنشین و شاد برای اکثر کودکانی که مدرسه رفتن را آغاز می‌کنند. ولی در این میان، کودکانی هستند که از رفتن به مدرسه خوشحال نیستند و به روش‌های مختلف می‌خواهند از آن اجتناب کنند (پروندی، ۱۴۰۰). بعضی از این کودکان تا مدرسه می‌آیند ولی به محض مشاهده فضای مدرسه و سایر دانش‌آموزان، دچار ترس و اضطراب می‌شوند و شروع به گریه کردن و داد زدن می‌کنند. بعضی‌ها در تمام طول شبانه روز کابوس رفتن به مدرسه دارند و معمولاً از آمدن به مدرسه امتناع می‌کنند و تلاش و ترفند والدین کفایت نمی‌کند. اینها قبل از آمدن به مدرسه اظهار می‌کنند که سردرد یا شکم درد دارند یا بهانه‌ای می‌آورند که والدین بی‌خیال مدرسه رفتن‌شان شوند. این افراد علائم اختلال اضطراب جدایی^۱ را نشان می‌دهند که رایج‌ترین اختلال اضطرابی دوران کودکی است (وایوگان، کودینگتون، احمد و ارتل^۲، ۲۰۱۷). ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب بیش از حد و بی‌تناسب با سطح رشدی فرد در رابطه با جدایی از خانه یا افراد مورد دلبستگی^۳ است. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ ویرایش پنجم^۴، تشخیص اختلال اضطراب جدایی، مستلزم وجود حداقل سه نشانه از نشانگان زیر می‌باشد که به مدت حداقل ۴ هفته وجود داشته، به طوری که از نظر بالینی موجب پریشانی قابل توجه و اختلال در عملکرد روزمره فرد شده باشد: ۱- پریشانی زیاد به هنگام جدا شدن از منزل یا افراد مورد دلبستگی. ۲- نگرانی مفرط و مداوم درمورد از دست دادن یا آسیب دیدن احتمالی (بیماری، تصادف یا مرگ) افراد مورد دلبستگی. ۳- نگرانی مفرط و مداوم درمورد واقعه‌ای ناخواسته (مانند گم شدن، ربوده شدن، تصادف کردن، بیمار شدن) که موجب جدا شدن از فرد مورد دلبستگی گردد. ۴- امتناع مداوم از بیرون رفتن، دور شدن از منزل، مدرسه رفتن، سرکار رفتن یا هر جای دیگر به دلیل ترس از جدایی. ۵- بی‌میلی مستمر و شدید از این که بدون حضور افراد مورد دلبستگی در خانه یا مکان‌های دیگر تنها بماند. ۶- امتناع مداوم از خوابیدن دور از خانه یا اینکه در منزل نمی‌خواهد مگر اینکه کنار فرد مورد دلبستگی اصلی باشد. ۷- کابوس‌های شبانه مکرری که موضوع آنها جدایی است. ۸- شکایات مکرر جسمی مانند سردرد، درد معده، تهوع و استفراغ در هنگام جدایی از اشخاص مهمی که به آن‌ها دلبسته است (هالچین و ویتبورن^۵، ۱۴۰۰).

-
- 1 . separation anxiety disorder
 - 2 . Vaughan, Coddington, Ahmed & Ertel
 - 3 . attachment
 - 4 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
 - 5 . Halgin & Whitbourne

از آنجا که اختلال اضطراب جدایی، اغلب در سال‌های پیش‌دستانی و دبستان شروع می‌شود (پروندی، ۱۴۰۰)، سبب اجتناب از مدرسه رفتن، تخریب روال طبیعی تحصیل و استقلال کودک می‌شود (وایوگان^۱، ۲۰۱۷) و ممکن است در بزرگسالی با پیامدهای منفی گوناگونی از قبیل کاهش چشمگیر کارکردهای فرد در زمینه‌هایی مثل زندگی مستقل، ترک خانه پدری، رفتن به مسافرت و تنها خوابیدن همراه باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اضطراب جدایی، روابط اجتماعی کودک را محدود می‌کند، بر عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و باعث مشکلاتی برای حضور در مدرسه می‌شود. علائم اضطراب جدایی و ترس از مدرسه به شدت با هم مرتبط هستند (مندز، اسپادا، اورتیگوسا و گارسیا-فرناندز^۳، ۲۰۲۲). شناسایی زودهنگام و درمان مؤثر اختلال اضطراب جدایی می‌تواند به کودکان کمک کند تا اضطراب ناشی از این جدایی‌ها کنار بیایند و بتوانند به طور طبیعی عملکرد روزمره خود را به خصوص تحصیل و استقلال تدریجی نشان دهند (بلاند، وردیون و رویز^۴، ۲۰۲۲).

نظریه‌های یادگیری و شناختی، دیدگاه‌های نوینی را در سبب‌شناسی اختلال اضطراب جدایی مطرح کرده‌اند. مطرح‌ترین نظریه یادگیری در زمینه ترس‌ها، نظریه راجمن^۵ (۱۹۹۱) است که برای فراگیری ترس سه گذرگاه^۶ اصلی ارائه کرد: شرطی شدن کلاسیک^۷ (که یک محرک خنثی در اثر همراهی با یک محرک شرطی ترس‌آور، می‌تواند خود پاسخ شرطی مثل ترس را ایجاد کند)، الگوبرداری یا یادگیری جانشینی^۸ (به پدیده‌ای اشاره دارد که ترس با مشاهده واکنش ترسناک شخص دیگر به یک محرک یا موقعیت شکل می‌گیرد) و ترسی که از طریق انتقال اطلاعات تهدید کلامی به دست می‌آید و به این ایده خلاصه می‌شود که کودکان ممکن است با شنیدن یا خواندن اینکه یک محرک یا موقعیت ممکن است خطرناک باشد، دچار ترس شوند (موریس و فیلد^۹، ۲۰۱۰). انگاره اصلی در مدل‌های شناختی، این است که آن چه مسئول ایجاد هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب است، خود رویدادها نیستند، بلکه خودگویی‌های منفی، انتظار، تفسیر و باورهای ناکارآمد افراد از آن رویدادها است (بک^{۱۰}، ۲۰۲۰). بنابراین طبق نظریه شناختی رفتاری، اختلال اضطراب جدایی، از طریق یادگیری و شرطی شدن و شناخت‌های ناکارآمد شکل

-
- 1 . Vaughan
 - 2 . American Psychiatric Association
 - 3 . Méndez, Espada, Ortigosa & García-Fernández
 - 4 . Bolan, Verdiun & Ruiz
 - 5 . Rachman
 - 6 . pathway
 - 7 . classical conditioning
 - 8 . modeling or vicarious learning
 - 9 . Muris and field
 - 10 . Beck

۸۰..... اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای" در درمان اختلال ...

می‌گیرد. بنابراین، منطقی است که درمان آن، با توجه به ریشه‌های آن، بازسازی شناختی و تغییر الگوهای یادگیری باشد (شرودر و اسمیت-بویدستون^۱، ۲۰۱۷).

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه " گره مقابله‌ای"^۲، یک برنامه درمانی است که توسط کندال و هتکه^۳ (۲۰۰۶) برای درمان کودکان (۸ تا ۱۳ ساله) با نشانگان اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده است. این برنامه، پروتکل درمانی خود را دو بخش آموزش مهارت‌های شناختی (شناسایی احساس اضطراب و واکنش‌های بدنی، آموزش آرمیدگی، اصلاح خودگویی‌های اضطراب‌زا و آموزش چالش با افکار، حل مسأله، ارزیابی عملکرد و پاداش دادن به خود) و مهارت‌های رفتاری (تمرین مواجهه سلسله مراتبی با موقعیت‌های با اضطراب کم تا موقعیت‌های با اضطراب شدید) و دو جلسه آموزش والدین ارائه می‌دهد (شرودر و اسمیت-بویدستون، ۲۰۱۷). برتری برنامه گره مقابله‌ای نسبت به درمان شناختی رفتاری، این است که در این برنامه نقش والدین و آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان مورد توجه قرار گرفته است و متناسب با شرایط سنی کودکان مضطرب طراحی شده است به طوری که درک برنامه و اجرای آن توسط کودک آسان شده است (کندال و هتکه، ۲۰۰۶).

جیانی، کاپوتی، فورسی، میشلینی و همکاران^۴ (۲۰۲۱) در " ارزیابی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب جدایی " به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری استاندارد طلایی برای کاهش اختلال اضطراب جدایی است. حاج محمدی، حاجی علیزاده و آیینی (۲۰۲۱) در "اثربخشی برنامه گره مقابله‌ای بر علائم اختلالات اضطرابی در مدارس ابتدایی"، به این نتیجه رسیدند که این مداخله، در کاهش اختلال‌های اضطرابی تأثیر معنادار داشته است. شکری میرحسینی، علیزاده و فرخی (۱۳۹۷) در تأثیر برنامه درمانی گره مقابله‌گر بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان، به این نتیجه رسیدند که این مداخله، در کاهش اختلال‌های اضطرابی کودکان تأثیر معنادار داشته و اثرات در دوره پیگیری یک ماهه، پایدار بوده است. هرچند درمان شناختی رفتاری در کنار دارو درمانی، بهترین درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلالات اضطرابی دوران کودکی از جمله اختلال اضطراب جدایی است؛ ولی تقریباً ۲۰ تا ۳۵ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی به این درمان پاسخ نمی‌دهند (بلاند و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی، اگرچه اغلب اختلالات اضطرابی دوران کودکی با گذشت زمان

1. Schroeder & Smith-Boydston
2. Cognitive-Behavioral Treatment for Child and Adolescent Anxiety: Coping Cat Program
3. Kendall & Hedtke
4. Giani, Caputi, Forresi, Michelini, et al

کاهش می‌یابد، ولی امتناع از مدرسه رفتن مرتبط با اختلال اضطراب جدایی، یک اورژانس روانپزشکی است (توبون، رید، تیلور و بلوخ^۱، ۲۰۱۸)، از طرف دیگر بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد تاکنون هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گربه مقابله‌ای" بر اختلال اضطراب جدایی در کودکان نپرداخته است. بنابراین، با عنایت به پیامدهای ناخوشایند اختلال اضطراب جدایی، پیش‌آگهی بدتر در صورت عدم درمان و نیز فقدان پژوهش‌های کافی در این زمینه، هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه‌ی "گربه مقابله‌ای" در درمان اختلال اضطراب جدایی بود. بنابراین، فرضیه پژوهش به این صورت است: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه‌ی "گربه مقابله‌ای" بر اختلال اضطراب جدایی تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۸ تا ۱۰ ساله به تعداد ۶۶ نفر با نشانگان اختلال اضطراب جدایی شهرستان سنقر در سال ۱۴۰۰ بود. پس از کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش، با مراجعه به مدارس ابتدایی و شناسایی کودکان با نشانگان اختلال اضطراب جدایی، یک جلسه‌ی گردهمایی با حضور ۵۰ نفر از والدین دارای کودک با نشانگان اختلال اضطراب جدایی برگزار شد. در این جلسه، پس از بیان هدف پژوهش، ۴۰ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. در نهایت بر اساس مصاحبه بالینی، دریافت شرح حال و ملاک‌های ورود و خروج، ۳۶ کودک (۲۰ پسر و ۱۶ دختر) با تشخیص اختلال اضطراب جدایی، به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر: ۱۰ پسر و ۸ دختر) و کنترل (۱۸ نفر: ۱۰ پسر و ۸ دختر) گماشته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: محدوده سنی ۸ تا ۱۰ ساله، دریافت تشخیص اختلال اضطراب جدایی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌های مورد نظر (توسط مادر) و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: مصرف همزمان داروهای ضد اضطراب، عدم ادامه جلسات درمان (بیش از دو جلسه) و داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلالات همبود بود. پس از اجرای مقیاس اضطراب جدایی (نسخه والدین)، به عنوان پیش‌آزمون، گروه آزمایش ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (طبق پروتکل مداخله)، هفته‌ای دو جلسه، طی ۲ ماه تحت درمان قرار

۸۲..... اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای" در درمان اختلال ...

گرفتند. بعد از مداخله، پس‌آزمون انجام شد و ۲ ماه بعد نیز آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و با نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اضطراب جدایی (نسخه والدین)^۱: این مقیاس ۳۴ گویه‌ای توسط هان، هاجیلینان، ایسن، وندر و همکاران^۲ (۲۰۰۳) برای ارزیابی اضطراب جدایی تهیه و هنجاریابی شده و توسط والدین تکمیل می‌شود. والدین، فراوانی نشانه‌های اضطراب جدایی در هریک از ماده‌های مقیاس را بر مبنای طیف ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی می‌کنند. این مقیاس، ابعاد خاص اضطراب جدایی دوران کودکی را بر اساس ملاک‌های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ اندازه‌گیری می‌کند (طلایی نژاد، ۱۳۹۷). چهار بعد اصلی این مقیاس، ترس از تنها ماندن^۴، ترس از رها شدن^۵، ترس از بیماری جسمی^۶ و نگرانی درباره‌ی حوادث خطرناک^۷ است. نمره کلی مقیاس، از جمع نمره‌های تمام گویه‌ها بدست می‌آید. مندز و همکاران^{۲۰۲۲} در اعتباریابی مقیاس اضطراب جدایی کودکان (نسخه والدین)، اعتبار این مقیاس را از طریق بازآزمایی، ۰/۷۲ گزارش کردند. داشیف و ویور^۸ (۲۰۰۸) روایی مقیاس اضطراب جدایی (نسخه والدین)، را از طریق همسانی درونی ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. اعتبار این مقیاس، در پژوهش طلایی نژاد، مظاهری، قنبری و عسگری (۱۳۹۵)، از طریق همسانی درونی، ۰/۶۲ تا ۰/۷۴ گزارش شده است. در این پژوهش، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۷۱ محاسبه شد.

برنامه مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای": این برنامه مداخله، طی ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود و شامل کتاب راهنمای درمانگر (ترکیبی از راهبردهای رفتاری و شناختی) و کتاب کار کودک است. در کتاب کار، قهرمان داستان گره‌ای است که داستانی شبیه کودکان با اضطراب جدایی داشته است و تجربیات، مراحل تغییر و مقابله‌ای شدن خود را با موقعیت‌های اضطراب‌زا را گام به گام از طریق آموزش و انجام تکلیف به زبان کودک آموزش می‌دهد و به این دلیل گره

-
- 1 . Separation Anxiety Assessment Scale (Parent Version)
 - 2 . Hahn, Hajinlian, Eisen, Winder, et al
 - 3 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision, (DSM-IV-TR)
 - 4 . fear of being alone
 - 5 . fear of abandonment
 - 6 . fear of physical illness
 - 7 . worry about calamitous events
 - 8 . Dashiff & Weaver

مقابله‌ای نامیده شده است. در ابتدای جلسات، تکلیف جلسه قبل مرور می‌شود. هدف و محتوای جلسات برنامه مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات و محتوای برنامه مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای"

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف منزل
جلسه ۱	ایجاد ارتباط با کودک، آشنایی کودک با برنامه و اهداف درمان و شناخت موقعیت‌های اضطراب‌زا	عدم تمرکز بر اضطراب کودک. تشخیص موقعیت‌های اضطراب‌زا و واکنش کودک. تشویق مشارکت کودک. ارائه تکلیف ساده با عنوان « من می‌توانم ». در پایان جلسه به یک فعالیت لذت‌بخش به انتخاب کودک پرداخته می‌شود.	---
جلسه ۲	آشنایی با احساسات مختلف از جمله اضطراب و تظاهرات فیزیکی آن	آموزش احساسات مختلف- برای تفاوت قائل شدن احساس اضطراب و نگرانی از سایر احساسات. تهیه نردبان ترس.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد داده می‌شود
جلسه ۳	شناسایی واکنش‌های بدنی به اضطراب	آموزش کودک برای تشخیص نحوه‌ی واکنش بدنی‌اش به اضطراب.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود.
جلسه ۴	آموزش والدین (جلسه اول)	توضیح نیمه اول برنامه مداخله برای والدین و به پاسخ به سوالات آنان. بررسی موانع پیشرفت درمان . درمانگر ، اطلاعات بیشتری در مورد گذشته، حال و موقعیت‌هایی که کودک را مضطرب می‌کند به دست می‌آورد. والدین تشویق می‌شوند با برنامه درمان همکاری کنند.	همکاری با کودک جهت انجام تکلیف « من می‌توانم »
جلسه ۵	آموزش آرمیدگی	مفهوم آرمیدگی معرفی و تکنیک‌های آن از طریق الگوسازی و ایفای نقش آموزش داده می‌شود.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود
جلسه ۶	شناسایی و به چالش کشیدن خودگویی‌های اضطراب‌زا و آموزش خودگویی‌های مثبت	معرفی خودگویی‌ها در اضطراب و موقعیت‌های اضطراب‌زا. استفاده از تصاویری با "باب‌های فکری خالی" برای تولید افکاری که با احساسات مختلف رخ دهد. معرفی و تمرین خودگویی‌های سازگارانه.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود.
جلسه ۷	آشنایی با نگرش‌ها و اقداماتی که سبب احساس بهتر می‌شود!	آموزش مفهوم خودگویی‌های اضطراب‌زا و سازگارانه و آموزش حل مسأله. آشنایی با نحوه تغییر واکنش به اضطراب.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود
جلسه ۸	آشنایی کودک با مفهوم ارزیابی عملکرد و پاداش دادن به خود برای تلاش	بحث در مورد مفهوم خودارزیابی و رضایت از تلاش. کودک و درمانگر در لیستی از پاداش‌ها همکاری می‌کنند (مثلاً رفتن به سینما با دوستان) و مشخص می‌کنند که برای به دست آوردن پاداش چه چیزی لازم است.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود

جلسه ۹	آموزش والدین (جلسه دوم)	ارائه اطلاعات تکمیلی در مورد نیمه دوم برنامه مداخله. تشویق تداوم همکاری والدین. کسب اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت کودک. ارائه راهکارهایی برای مشارکت بیشتر والدین در نیمه دوم درمان.	همکاری با کودک جهت انجام تکلیف « من می‌توانم »
جلسه ۱۰-۱۱	تمرین مواجهه در موقعیت- های با اضطراب کم	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌های با اضطراب کم و تمرین آرمیدگی.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود.
جلسه ۱۲-۱۳	تمرین مواجهه در موقعیت- های با اضطراب متوسط	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌های با اضطراب متوسط و مرور تمرین آرمیدگی.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود.
جلسه ۱۴-۱۵	تمرین مواجهه در موقعیت- های با اضطراب زیاد	مواجهه تجسمی و سپس مواجهه واقعی در موقعیت‌های با اضطراب زیاد و مرور تمرین آرمیدگی.	تکلیف « من می‌توانم » جلسه بعد تعیین می‌شود.
جلسه ۱۶	تمرین مواجهه در موقعیت- های با اضطراب زیاد و ختم درمان	اجرای تکلیف مواجهه واقعی نهایی در موقعیت‌هایی که اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند. برنامه درمانی مرور و خلاصه می‌شود. از درمانجو بازخورد گرفته می‌شود و جلسات درمانی خاتمه داده می‌شود	---

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب جدایی گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین اضطراب جدایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری داشته است و این وضعیت در مرحله پیگیری حفظ شده است، در حالی که در گروه کنترل تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه کنترل		گروه آزمایش		مرحله	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱۰/۴۱	۷۵/۶۱	۹/۳۹	۷۷/۱۱	پیش‌آزمون	اضطراب جدایی
۸/۷۲	۷۲/۰۵	۱۲/۶۸	۵۳/۸۳	پس‌آزمون	
۸/۴۵	۷۱/۰۵	۱۱/۱۵	۵۲/۳۸	پیگیری	

جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها، نتایج آزمون لون^۱ در جدول ۳ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، مقادیر F به دست آمده در سه مرحله ارزیابی اضطراب جدایی با درجات آزادی (۳۴ و ۱ df) معنادار نیست ($p > 0.05$). در نتیجه تفاوت معنی‌داری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیر	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اضطراب جدایی	پیش آزمون	۰/۶۱	۱	۳۴	۰/۴۴
	پس آزمون	۰/۴۵	۱	۳۴	۰/۵۰
	پیگیری	۰/۵۲	۱	۳۴	۰/۴۷

جهت بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته نتایج آزمون ام باکس ($F = 0.89$ ، $sig = 0.49$)، $Mbox = 0.94$ نشان داد که از سطح معناداری 0.001 بزرگتر است. در نتیجه داده‌ها از مفروضه برابری ماتریس کوواریانس تخطی نکرده‌اند. بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده کرد.

برای بررسی این که آیا تغییر یکسانی در نمرات دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) در طول زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) وجود دارد یا نه؟ نتایج آزمون لامبدای ویلکز آزمون‌های چندمتغیره در جدول ۴ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، اثر زمان و اثر تعامل زمان * گروه برای متغیر اضطراب جدایی در سطح 0.001 معنادار است. بنابراین نتایج حاکی از آن است که نمرات در طول زمان و همچنین تعامل زمان و گروه معنادار هستند.

جدول ۴. نتایج لامبدای ویلکز تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در دو گروه برای اثر اصلی و تعاملی

متغیر	آزمون	اثر	ارزش	F	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اضطراب جدایی	زمان	زمان	۰/۳۳۹	۳۲/۱۶	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	لامبدای ویلکز	زمان * گروه	۰/۵۶۹	۱۲/۴۸	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳

برای بررسی معناداری اثر اصلی برای گروه، نتایج تحلیل واریانس اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، اثر اصلی برای گروه معنادار است ($p > 0.05$)؛ بنابراین تفاوت معناداری در نمرات اضطراب جدایی برای

۸۶..... اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گربه مقابله‌ای" در درمان اختلال ...

دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. مقدار مجذور اتا هم نشان می‌دهد اندازه اثر بین آزمودنی‌ها مطلوب است بدین معنا که تفاوتی در اثربخشی مداخله وجود داشته است.

جدول ۵. تحلیل واریانس بین گروهی

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
	گروه	۱	۱۵۷۹/۳۴	۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳
اضطراب	تعامل	۱	۶۳۲۱۹۶/۰۰	۲۵۱۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶
جدایی	خطا	۳۴	۲۵۱/۴۹			

نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها، در جدول ۶ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p=0/001$). بنابراین، فرضیه پژوهش که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه‌ی "گربه مقابله‌ای" بر اختلال اضطراب جدایی تأثیر دارد، بود تایید می‌شود.

جدول ۶. آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
	پیش آزمون - پس آزمون	۱۳/۴۱	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۱۴/۲۷	۱/۰۴	۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	پس آزمون - پیگیری	۰/۸۶	۰/۲۹۲	۰/۰۱۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گربه مقابله‌ای" بر نشانگان اختلال اضطراب جدایی بود. نتایج نشان داد که برنامه مداخله، اثربخشی معناداری بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب جدایی کودکان دارد؛ به طوری که نمرات اضطراب جدایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری داشت و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری ۲ ماهه نیز پایدار بود، در حالی که در نمرات گروه کنترل، تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد.

یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های جیانی و همکاران (۲۰۲۱)، حاج‌محمدی و همکاران (۲۰۲۱) و شکری میرحسینی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت از آنجا که اختلال اضطراب جدایی در کودکان عمدتاً به سبب شرطی‌شدن، شکل‌گیری باورهای منفی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی اضطراب شکل می‌گیرد

و تداوم می‌یابد، تا زمانی که افکار ناسازگار و اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌زا وجود دارد، علائم اختلال اضطراب جدایی نیز پایدار خواهند بود (بلاند و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره‌مقابله‌ای"، سبب ایجاد افکار و خودگویی‌های سازگار در نظام شناختی کودک می‌شود که به دنبال آن کودک یاد می‌گیرد افکار و نگرانی‌های او مساوی با واقعیت نیستند و جدایی، هیچ خطری برای او ندارد. همچنین، کودک یاد می‌گیرد برخی موقعیت‌ها، به دلیل شرطی شدن، ماشه‌چکان نشانه‌های اضطراب او هستند و اجتناب از این موقعیت‌ها، سبب تداوم و تقویت اضطراب‌اش می‌شود. در مقابل، بهبودی، زمانی امکان‌پذیر است که به جای اجتناب، با موقعیت برانگیزاننده‌ی اضطراب، مواجهه شود. بنابراین، علاوه بر آموزش روانی، لازم است "واقعیت‌سنجی" موقعیت و تأیید این‌که هیچ اتفاق خطرناکی رخ نمی‌دهد در سطح هیجانی انجام شود؛ این هدف از طریق بخش دوم برنامه مداخله یعنی مواجهه قابل دستیابی است.

مواجهه تجسمی و واقعی شرایطی را فراهم می‌کند که کودک به تدریج با موقعیت‌های اضطراب‌زا روبه‌رو شود. این زمینه را برای پردازش عاطفی مجدد فرایند ترس و تغییر باورهای اضطراب‌زا فراهم می‌کند و به دنبال آن، شرطی‌زدایی نسبت به این موقعیت‌ها اتفاق می‌افتد به طوری که کودک موقعیت‌های اضطراب‌زا را بدون حضور مراقب تحمل کند، بدون اینکه خطری برای او یا مراقب رخ دهد.

والدین کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، نقش مهمی در بروز، تداوم و یا کاهش نشانگان اختلال دارند. وقتی کودکی درگیر اضطراب جدایی است، والدین اغلب، با رفتار ناخواسته مثل اطمینان دادن به کودک یا تنبیه کردن، اضطراب فرزندشان را تقویت می‌کنند. لذا، در دو جلسه آموزش با والدین، یاد می‌گیرند که چگونه برخورد آنها با کودک، سبب تداوم و تشدید نشانگان می‌شود. به آنها آموزش داده می‌شود که با رفتار و نگرانی فرزندان خود به گونه‌ای کارآمد و درست پاسخ دهند.

بنابراین، کودک در نتیجه مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره‌مقابله‌ای"، به هنگام جدایی از افراد مورد دلبستگی به ویژه مادر، دچار پریشانی نمی‌شود، درمورد از دست دادن یا آسیب دیدن احتمالی افراد مورد دلبستگی نگران نمی‌شود و اگر هم نگران شود کم و موقتی است، درمورد این‌که واقعه‌ای ناخواسته مانند گم‌شدن یا ربوده‌شدن که موجب جدایی‌اش از فرد مورد دلبستگی گردد، نگرانی مفرط و پریشان‌کننده ندارد و در نهایت از مدرسه رفتن و ماندن در کلاس که باعث جدایی او از مادر می‌شود امتناع نمی‌کند و لذا می‌تواند بدون نگرانی و اضطراب، مهارت‌های تحصیلی، اجتماعی و کسب استقلال را فراگیرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره‌مقابله‌ای"، در کاهش نشانگان اختلال اضطراب

۸۸..... اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای" در درمان اختلال ...

جدایی مؤثر است، لذا می‌توان از آن برای کمک به کودکانی که عمدتاً به خاطر شرطی‌شدن، باورهای منفی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب دچار این اختلال شده‌اند، بهره گرفت.

پژوهش حاضر، دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این که پژوهش فقط بر روی کودکان با تشخیص اختلال اضطراب جدایی ۸ تا ۱۰ ساله شهرستان سنقر صورت گرفته است، لذا در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها باید احتیاط شود. عدم تفکیک جنسیتی، نمونه‌گیری هدفمند و پیگیری کوتاه مدت از دیگر محدودیت‌ها بود.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود درمانگرانی که در حیطه درمان اضطراب کودکان فعالیت دارند از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "گره مقابله‌ای"، به منظور کاهش اضطراب جدایی کودکان به همراه سایر شیوه‌های درمانی بهره ببرند. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود در صورت امکان از روش تصادفی برای انتخاب افراد نمونه استفاده کنند؛ برای مطالعه دوام و ثبات درمان، زمان بیشتری نیز برای مرحله پیگیری در نظر گرفته شود و تفکیک جنسیتی نیز در برنامه درمانی صورت گیرد تا تفاوت تأثیرپذیری هر دو جنس مشخص گردد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری آنها، انجام پژوهش میسر گردید، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

- پروندی، علی (۱۴۰۰). اختلال اضطراب جدایی؛ سبب شناسی و درمان از دیدگاه تحولی. *مجله پیوند*، ۵(۴۳): ۲۷-۲۴.
- شکری میرحسینی، هانیه؛ عزیزاده، حمید و فرخی، نورعلی (۱۳۹۷). تأثیر برنامه درمانی گره مقابله گر بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۵ (۲): ۱۳-۱.
- طلایی نژاد، نعیمه (۱۳۹۷). مقیاس سنجش اضطراب جدایی (فرم والدین): روش اجرا و نمره گذاری (نسخه فارسی). *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۴(۵۵): ۳۴۶-۳۴۳.
- طلایی نژاد، نعیمه؛ قنبری، سعید؛ مظاهری، محمدعلی و عسگری، علی (۱۳۹۵). ویژگی‌های مقدماتی مقیاس سنجش اضطراب جدایی (فرم والدین). *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۲(۴۷): ۲۳۵-۲۲۵.
- کندال، فیلیپ و هتکه، کریستینا (۲۰۰۶). *درمان شناختی رفتاری برای اضطراب کودکان: گره سازگار (راهنمای درمانگر)*. ترجمه دکتر زهرا شهرپور و فیروزه ضرغامی (۱۳۹۴). تهران، نشر ارجمند.
- هالچین، ریچارد و ویتبورن، سوزان کراس (۲۰۱۳). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۴۰۰)، جلد ۱ ویراست نهم، تهران، نشر روان.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5*. American Psychiatric Publication, Washington, DC, London.
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea Gower, P., Tosunlar, L., Corrigan, E., Thomas, P.W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1):19-37.
- Beck, J.S. (2020). *Cognitive behavior therapy basics and beyond*. Guilford Press
- Boland, R., Verdiun, M., Pedro, R. (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12th Edition). Wolters Kluwer Health publication.
- Dashiff, C.J., Weaver, M. (2008). Development and testing of a scale to measure separation anxiety of parents of adolescents. *Journal of Nursing Measurement*, 16 (1):61-80.
- Giani, L., Caputi, M., Forresi, B., Michelini, G., & Scaini, S. (2021). Evaluation of cognitive-behavioral therapy efficacy in the treatment of separation anxiety disorder in childhood and adolescence: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Cognitive Therapy*, 15, 57-80.
- Hajmohammadi, Z., Haji Alizadeh, K., Aeni, B. (2021). The effectiveness of a coping cat program on symptoms of anxiety disorders in primary schools. *International Journal of Pediatrics*, 9(11), 14801-14811.
- Halgin, R.P., & Whitburn, S. C. (2022). *Psychopathology*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi (9 Edition). Tehran: Ravan Publication. (Text in Persian)
- Kendall, P.c., & Hedtke, K. A (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Translated by Zahra Shahrivar and Firoozeh Zarghami. Tehran, Arjmand Publishing. (Text in Persian)
- Méndez, X., Espada, J.P., Ortigosa, J.M., García-Fernández, J.M. (2022). Validation of the children's separation anxiety scale (parent version). *Frontiers in Psychology*, 5, 13: 783943.
- Motabi, F. (2022). *On becoming a cognitive behavioral therapist*. Tehran, Danjeh Publication. (Text in Persian)
- Muris, P., Field, A.P. (2010). The role of verbal threat information in the development of childhood fear. "Beware the Jabberwock!". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 129 –150.
- Palant, J. (2016). *Spss survival manual*. Translated by Akbar Rezaei. (2021). Tehran, Arjmand Publication. (Text in Persian)
- Parvandi, A. (2022). Separation anxiety disorder; Etiology and treatment from a growth perspective. *Journal of Payvand*, 5(35):24-27. (Text in Persian)
- Schroeder, C. S., & Smith-Boydston, J. M (2017). *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide* (3rd Edition). Guilford Press
- Shokri Mirhosseini, H., Alizade, H., & Farrokhi, N. (2018). The impact of coping cat program on symptoms reduction in children with anxiety disorders . *Journal of Child Mental Health*, 5 (2):1-13. (Text in Persian)
- Talaeinejad, N., Ghanbari, S., Mazaheri, M., Asgari, A. (2016). Preliminary properties of separation anxiety assessment scale (Parent Version). *Journal of Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 12(47), 235-225. (Text in Persian)
- Talaeinejad, N. (2018). Separation anxiety assessment scale (parent version): Instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 14(55), 343-346. (Text in Persian)
- Tobon, A.I., Reed, M.O., Taylor, J.H., Bloch MH. (2018). A Systematic Review of Pharmacologic Treatments for School Refusal Behavior. *Journal of Child Adolesc Psychopharmacol*, 28(6):368-378.

- Vaughan, J., Coddington, J, A., Ahmed, A.H., Ertel, M. (2017). Separation anxiety disorder in school-age Children: What health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(4):433-440.
- Zarghami, F., Heidari Nasab, L., Shaeiri, M., Shahrivar, Z. (2015). A study in the impact of coping-cat-based cognitive-behavior therapy (CBT) on reduced anxiety in the children aged 8 to 10 with anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*, 5(19), 183-202. (Text in Persian)



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال

نارسایی توجه/بیش‌فعالی


سیده زهرا سید نوری^۱، عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه*^۲، عباس ابوالقاسمی^۳، ایرج شاکری نیا^۴

چکیده

بدکارکردی هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سازش‌یافتگی آنها را به‌خطر می‌اندازد. پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی کودکان ۹ تا ۱۲ ساله با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر رشت بودند که در سال ۱۴۰۰ به مراکز درمانی مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۲۶ کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی از جامعه آماری ذکر شده بود که با روش دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. کودکان گروه آزمایش و مادران آنها هرکدام برنامه مداخله‌ای موردنظر را طی ۱۰ جلسه دریافت کردند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس درجه‌بندی کانرز و چک‌لیست تنظیم هیجان بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد، آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی بر بهبود تنظیم هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر بود. تلفیق آموزش کنش‌های اجرایی گرم و سرد و مداخله در سطوح کودک-والد، در ارتقاء تنظیم هیجان کودکان با این اختلال نقش داشت؛ بنابراین استفاده از مداخلات چندبعدی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تنظیم هیجان، کنش‌های اجرایی گرم و سرد، کودکان، والد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران 

^۳ آستاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی^۱، اختلالی روان‌پزشکی است که بر عملکرد کودکان تأثیر می‌گذارد. در تشخیص علائم این اختلال، پژوهش‌ها به سه نشانه بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توجه کردند (مگنوس، نذیر، آنیلکومر و شبان^۲، ۲۰۲۱). در حالی که علائم هیجانی یکی از ویژگی‌های اصلی این کودکان است (بهشتی، چاونون و کریستین، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان^۳ به معنای استفاده از تمام راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی ناشی از واکنش‌های عاطفی و کمک به آگاهی و توانایی فرد برای درک و پذیرش احساسات و مهار رفتارهای تکانشی است (کمالی، واقعی و امامی، ۲۰۱۸). چشم‌اندازهای بالینی و علم اعصاب، بی‌ثباتی و مشکلات تنظیم هیجان را چالشی اساسی برای کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی می‌دانند (سلسستین وستریچ^۴ و سلسستین، ۲۰۱۳؛ بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰). فراتحلیلی نشان داد افراد با این اختلال از بدتنظیمی هیجانی و جنبه‌های خاص آن همچون بی‌ثباتی عاطفی، پاسخ‌های احساسی و تشخیص احساسات رنج می‌برند (بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰). برخی بیان کردند مشکلات مربوط به تشخیص احساسات چهره، به دلیل نارسایی‌های اجرایی در این افراد است (سانچزلاویگن، رومرو و السگیو^۵، ۲۰۱۹؛ جنسن، هویک، مونسن و اگن^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). کنش‌های اجرایی دوبعد دارد: بعد سرد که به جنبه‌های شناختی آن اطلاق می‌شود مانند فراشناخت، انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری، حافظه کاری و حل مسئله (نمث و چوستز^۷، ۲۰۲۰) و بعد گرم که به جنبه‌های احساسی شناخت اشاره دارد مثل تنظیم رفتار، احساسات، تصمیم‌گیری. هردو جنبه باید یکپارچه شوند و بدون چنین توسعه‌ای، بدتنظیمی هیجانی رخ می‌دهد (نمث و چوستز، ۲۰۲۰). پردسکو، سیپوز، کوستسکو، سیوکان^۸ و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند بین راهبردهای تنظیم هیجان و کنش‌های اجرایی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارتباط وجود دارد، کودکانی که عملکرد خوبی از لحاظ کنش‌های اجرایی دارند، ممکن است از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار استفاده کنند اما کودکانی که کنش‌های اجرایی ضعیفی دارند بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان نامناسب استفاده می‌کنند. با توجه به نقش کنش‌های اجرایی در تنظیم هیجان، آموزش

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Magnus, Nazir, Anilkumar & Shaban
3. Emotion regulation
4. Celestin-Westreich
5. Sánchez, Lavigne, Romero & Elósegui
6. Jensen, Høvik, Monsen & Eggen
7. Nemeth & Chustz
8. Predescu, Sipos, Costescu & Ciocan

کنش‌های اجرایی می‌تواند رویکردی امیدوارکننده باشد. ایکسی، لینگ و فن^۱ (۲۰۲۱) نشان دادند آموزش کنش‌های اجرایی شناختی، تنظیم‌هیجان کودکان را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهش خوش‌روش، عاشقی و یعقوبی (۱۳۹۸) نشان‌دهنده تأثیر این آموزش بر بهبود توانایی برنامه‌ریزی و توجه انتخابی و کاهش نارسایی هیجانی در این کودکان بود. پژوهش ایکسو، وو، چنگ و زویو^۲ (۲۰۱۸) تأیید کرد آموزش حافظه کاری، تنظیم‌هیجان را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهش لی، لیو، یین و فنگ^۳ (۲۰۲۰) بیانگر اثربخشی آموزش کنش‌های اجرایی بر کفایت عاطفی کودکان بود. برخی شواهد نشان داد مشارکت والدین رویکردی مؤثر برای آموزش کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است (دوپول، کرن، بلک و کوستر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان‌های چندوجهی درمانگران را قادر می‌سازد تا آسیب‌ها را مستقیماً در حوزه‌های مختلف برطرف کنند و همکاری والدین، اثرات مضاعفی را امکان‌پذیر می‌سازد (داوسن، ویلمز، مارشال، مایتون^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). نتیجه پژوهش شویی، دالی، وانگ، ژانگ^۶ و همکاران (۲۰۱۷) که اثربخشی کنش‌های اجرایی و آموزش روانشناختی به والدین در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را بررسی کردند، نشان‌دهنده بهبود عملکرد کودکان بود. پژوهش تام، اپستین، لورن، بکر^۷ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد فعالیت‌های مبتنی بر بازی که جنبه‌های خودتنظیمی و روابط والد-فرزند را هدف می‌گیرد تأثیر مطلوبی بر عملکرد کودک دارد. پژوهش‌های قبلی بیشتر بر بعد سرد کنش‌های اجرایی تکیه کردند و بعد گرم آن را نادیده گرفتند درحالی‌که برای عملکرد بهینه، هر دو بعد ضروری است. بیشتر مداخلاتی که انجام‌شد، کودک‌محور بود و مداخله هم‌زمان روی کودک و والد، محدود بود؛ ازسویی دیگر والدین چون با نحوه آموزش و مدیریت رفتارهای این کودکان در منزل مشکلات زیادی دارند، مداخله چندوجهی در سطوح والد-کودک حائز اهمیت است؛ درنتیجه باتوجه به خلاء پژوهشی و ضرورت مداخلات هم‌زمان در سطوح مختلف، پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد برتنظیم‌هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد.

روش

1. Xie, Liu & Fang
2. Xiu, Wu, Chang & Zhou
3. Li, Liu, Yan & Feng
4. DuPaul, Kern, Belk, & Custer
5. Dawson, Wymbs, Marshall, Mautone & Power
6. Shuai, Daley, Wang & Zhang
7. Tamm, Epstein, Loren & Becker

۹۴..... تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال ...

طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی کودکان ۹ تا ۱۲ ساله با اختلال نارسایبی توجه/بیش‌فعالی از مراجعین به مراکز درمانی (دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی و کلینیک‌های روان‌پزشکی اطفال) شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه پژوهش ۲۶ کودک از جامعه آماری ذکر شده بود که براساس مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین، مصاحبه بالینی و نظر روان‌شناس مراکز درمانی، تشخیص اختلال را دریافت کردند. انتخاب افراد نمونه به شیوه در دسترس و جایگزینی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل به شیوه تصادفی بود. کودکان گروه آزمایش و مادران آنها هرکدام برنامه مداخله‌ای موردنظر را طی ۱۰ جلسه دریافت کردند. ملاک‌های ورود: علاوه بر موارد بالا، دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال، جنسیت پسر، بهره هوشی متوسط (از یک انحراف زیر میانگین تا دو انحراف بالای میانگین براساس آزمون وکسلر مندرج در پرونده و معاینات بالینی کلینیک)، رضایت کتبی والد و رضایت شفاهی کودک، تحصیلات والد حداقل دیپلم و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از ۲ جلسه برای کودک و والد بود. اصول اخلاقی در پژوهش با بیان اهداف برای والد، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم پرداخت هزینه‌ای جهت شرکت در دوره درمان و محق بودن در ترک پژوهش هرزمان مایل بودند رعایت شد.

ابزار

مقیاس درجه‌بندی کانرز^۱ (فرم والدین): این مقیاس توسط کانرز (۱۹۹۹) طراحی و شامل ۴۸ گویه و خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلوک^۲، مشکلات اجتماعی^۳، اضطراب خجالتی^۴ و روان‌تنی^۵ است. در قالب طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت ۰ (به‌ندرت) تا ۳ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا نشان‌دهنده یک مشکل رفتاری شدید است. روایی ابزار تأیید و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این مقیاس ۰/۹۳۲ است (لین، لین، چن، لی^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش موسی‌زاده‌مقدم، ارجمندنیا، افروز و غباری‌بناب (۱۳۹۹) ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ و ضریب درستی محتوایی ۰/۷۶ به‌دست آمد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۱ بود.

1. Canners Parent Rate Scale
2. Conduct problems
3. Social problems
4. Anxiety-shyness
5. Psychosomatic
6. Lin, Lin, Chen & Li

چک‌لیست تنظیم هیجان^۱: در سال ۱۹۹۷ توسط شیلدز و سیجیتی ایجاد شد و با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= هرگز و ۴=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. شامل ۲۲ گویه و دو خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی^۲ و تنظیم هیجان^۳ است. نمرات بالاتر به ترتیب نشان‌دهنده بی‌ثباتی منفی‌گرایی بیشتر و تنظیم هیجان بهتر است (بزخورت‌یوکسن^۴ و دمیرکگلو، ۲۰۲۰؛ میلوجویش، ماچلین، و شریدن^۵، ۲۰۲۰). در پژوهش شفیع‌تبار و همکاران (۱۳۹۹) روایی مقیاس تأیید و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۶۹ و در پژوهش میلوجویش و همکاران (۲۰۲۰)، هم روایی آن تأیید و آلفای کرونباخ بی‌ثباتی منفی‌گرایی ۰/۸۷ و تنظیم هیجان ۰/۸۲ بود. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای بی‌ثباتی منفی‌گرایی ۰/۷۳ و تنظیم هیجان ۰/۷۷ بود.

روش اجرا: مطابق با شواهد پژوهشی بازداری، حافظه فعال، سازماندهی و برنامه‌ریزی به عنوان کنش‌های اجرایی سرد و تصمیم‌گیری و مهار هیجان به عنوان کنش‌های اجرایی گرم در نظر گرفته شد. مداخله در سطح کودک، طی ۱۰ جلسه یک ساعته با آموزش رایانه‌ای و غیررایانه‌ای انجام شد. آموزش کنش‌های اجرایی سرد با استفاده از رایانه از بازی‌های شناختی مغز من و برای تصمیم‌گیری از الاغ گرسنه شرکت روان‌شناسی سینا استفاده شد. آموزش غیررایانه‌ای براساس منابعی چون (حکیمی‌راد، افروز، به‌پژوه، غباری‌بناب، و ارجمندنیان، ۱۳۹۲؛ حسینی دشت‌بیاض، جناآبادی، و فرنام، ۱۳۹۸؛ رضایی، افتخاری صغادی، حافظی و حیدرئی، ۱۳۹۸؛ عزیزیان، ۱۳۹۷؛ زلازو^۶، ۲۰۱۶؛ آندرزو موسیومی^۷، ۲۰۱۵) و نظر متخصصان بود که در جدول ۱ ارایه شد. مداخله در سطح والد در قالب ۱۰ جلسه یک ساعته انجام شد که براساس برنامه ذکرشده مقاله اصغری‌نکاح و عابدی (۱۳۹۳) بود که جلسات دوتاهفت برای کنش‌های اجرایی سرد به‌کار رفت. تکالیف برخی جلسات مطابق با مبحث آموزش جابه‌جا و مطابق با شرایط پژوهش برخی بازی‌ها، حذف و برخی دیگر از مقاله اصغری‌نکاح (۱۳۸۸) و نظر متخصصان اضافه شد. برای کنش‌های اجرایی گرم از مقالات محب و بهروش (۱۳۹۲) و رومرو ایویو، آلكانترا وایزکویز، آلمناراگارسیا، نونزکاماررو و همکاران^۸ (۲۰۲۰) و زلازو (۲۰۱۶) و نظر متخصصان استفاده شد و در جدول ۲ ارایه گردید.

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای در سطح کودک

جلسه	هدف	محتوا	تمرین	تغییر رفتار مورد انتظار
1.				Emotion Regulation Checklist
2.				Emotional lability/negativity
3.				Emotion regulation
4.				Bozkurt Yükcü & Demircioğlu
5.				Milojevich, Machlin, & Sheridan
6.				Zelazo
7.				Andrews & Moussaumai
8.				Romero-Ayuso, Alcántara-Vázquez, Almenara-García & Nuñez-Camarero

۱	معارفه و آشنایی، ارزیابی‌های مقدماتی	ارتباط بین کودک و درمانگر	نقاشی، داستان، شوخی	آشنایی و تسهیل ارتباط
۲	بازداری/ حافظه فعال	بازی رایانه‌ای	پیروی از دستورات آزمونگر بعد از شنیدن واژه معینی، به کار بردن دستورات به طور مستقیم و برعکس	بهبود بازداری و حافظه فعال
۳	بازداری/ حافظه فعال	بازی رایانه‌ای	بازی جفت‌های متضاد، کارت‌های حافظه	بهبود بازداری و حافظه فعال
۴	بازداری/ حافظه فعال	بازی رایانه‌ای	رعایت نوبت در بازی خانه‌سازی، چیدن کارت‌های رنگی به ترتیب خواسته شده	بهبود بازداری و حافظه فعال
۵	سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی	بازی رایانه‌ای	چیدن قطعات جورچین	بهبود سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی
۶	سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی	بازی رایانه‌ای	بازی طبقه‌بندی	بهبود سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی
۷	سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی	بازی رایانه‌ای	بازی خرید کردن، ساخت داستان کوتاه از جملات به هم ریخته	بهبود سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی
۸	تصمیم‌گیری و مهار هیجان	بازی رایانه‌ای	شناسایی هیجان مناسب با موقعیت و برخورد مناسب از طریق ایفای نقش	بهبود تصمیم‌گیری و مهار هیجان
۹	تصمیم‌گیری و مهار هیجان	بازی رایانه‌ای	آموزش تصمیم‌گیری مناسب با موقعیت عاطفی از طریق ایفای نقش (با دادن یا گرفتن ژتون)	بهبود تصمیم‌گیری و مهار هیجان
۱۰	تصمیم‌گیری و مهار هیجان	بازی رایانه‌ای	توجه به افکار، احساسات و نیت رفتار (عملدی یا غیرعملدی بودن) از طریق ایفای نقش	بهبود تصمیم‌گیری و مهار هیجان

جدول ۲. برنامه مداخله‌ای در سطح والد

جلسه	هدف	محتوا	تمرین	تغییر رفتار مورد انتظار
۱	آشنایی	معرفی برنامه	تعیین اهداف	آگاهی در مورد اهداف و برنامه
۲	بازداری/حافظه فعال	ایستگاهی بازی	فعالیت‌هایی با محوریت ایجاد بازداری پاسخ و درنگ، توقف پاسخ به محرك‌های جاری در طول بازی، فعالیت‌هایی با محوریت تقویت حافظه کاری کودک	بهبود بازداری/حافظه کاری کودک
۳	بازداری/حافظه فعال	بازی ایستگاهی، مجسمه‌بازی	فعالیت‌های بازی محور نظیر پرپر کدام پر، تکلیف یادیار	بهبود بازداری/ حافظه کاری کودک

از کودکان خواسته شد جملات یا متنی کوتاه را بدون به کار بردن حرف ب بنویسند، قصه چوپان دروغ گو را بدون به کار بردن کلمه (بعد) تمرین کنند، بازی هب، هب	بازی ایستگاهی	بازداری/حافظه فعال	۴
بازی نمایش خلاق و ایفای نقش با محوریت شناسایی مشکل و شناسایی مراحل برنامه ریزی و بیان خاطره هایی از خود که در آن دچار مشکل شدند و برنامه ریزی برای حل مشکل آن	جورچین	سازمان دهی و برنامه ریزی	۵
ارائه تکلیفی با همین هدف به کودک رفع اشکالات برجسته کودکان از طریق فعالیت های بازی محور، آموزش نحوه برخورد صحیح با مشکلات و سازمان دهی و برنامه ریزی درست جهت رفع مشکل	یه قل دو قل، (جورچین)	سازمان دهی و برنامه ریزی	۶
ارائه سناریوهای مختلف خانوادگی، عاطفی و اجتماعی، شناسایی احساسات و حالات بدنی و پرسیدن سوالاتی در این زمینه از کودک	یه قل دو قل	سازمان دهی و برنامه ریزی	۷
بازی با کلمات احساسی	بازی چراغ راهنما	تصمیم گیری و مهار هیجان	۸
بازی زنگ ساعت، کیب ۱۰ ژتون در صورت بازی درست و از دست دادن ۱ ژتون در صورت انجام فعالیت دیگر ایفای نقش، آموزش تصمیم گیری و حل مسئله در موقعیت های اجتماعی و عاطفی	بازی زنگ ساعت. بازی حباب سازی	تصمیم گیری و مهار هیجان	۹
بازی زنگ ساعت، کیب ۱۰ ژتون در صورت بازی درست و از دست دادن ۱ ژتون در صورت انجام فعالیت دیگر ایفای نقش، آموزش تصمیم گیری و حل مسئله در موقعیت های اجتماعی و عاطفی	بازی زنگ ساعت. بازی حباب سازی	تصمیم گیری و مهار هیجان	۱۰

یافته ها

در جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد و نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شد. براساس جدول ۳، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای مختلف از پیش آزمون به پس آزمون تغییر یافته و آماره شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنی دار نیست و توزیع متغیرها

۹۸..... تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال ...
 نرمال است. جهت آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی بر تنظیم هیجان کودکان، مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بررسی شد. نتایج آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی در گروه آزمایش و کنترل نشان داد آماره F آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان در دو گروه ($F = 1/736$) معنی دار نیست ($P > 0/05$). بنابراین شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل برابر است. به منظور بررسی یکسانی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شد و فرض همگنی خطاهای هر دو گروه آزمایش و کنترل برای مؤلفه‌های تنظیم هیجان تأیید شد ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد آماره ام‌باکس $4/795$ و مقدار F آزمون ام‌باکس ($F = 1/454$) معنی دار نیست ($P > 0/05$). بنابراین ماتریس کوواریانس در دو گروه آزمایش و کنترل برابر است. همچنین آزمون خی دو بارتلت معنی دار است ($P < 0/05$).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	s-w	p
پیش‌آزمون	آزمایش	۳۹/۲۳	۲/۰۲۸	۰/۹۲۶	۰/۳۰۵	
	کنترل	۳۹/۷۷	۲/۵۲۲	۰/۹۵۹	۰/۷۳۸	
پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۷۸	۲/۰۸۸	۰/۹۶۶	۰/۸۴۹	
	کنترل	۳۹/۱۵	۲/۱۱۵	۰/۸۸۹	۰/۰۹۵	
پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۰۱	۱/۳۵۴	۰/۹۲۸	۰/۳۱۷	
	کنترل	۸/۱۵	۱/۴۶۳	۰/۹۰۱	۰/۱۴	
تنظیم هیجان	آزمایش	۱۰/۵۴	۱/۶۶۴	۰/۹۱۷	۰/۲۲۶	
	کنترل	۸/۴۶	۱/۷۱۳	۰/۹۲۹	۰/۳۲۷	

با توجه به جدول ۴، مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های تنظیم هیجان ($F = 121/26$) در سطح کمتر از یک صدم معنی دار است ($P < 0/01$). بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های تنظیم هیجان در پس‌آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به مؤلفه‌های تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه DF	DF خطا	سطح معنی دار	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۲	۱۲۱/۲۶	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱

۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۲۱	۲	۱۲۱/۲۶	۰/۰۸	ویلزلامبدا
۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۲۱	۲	۱۲۱/۲۶	۱۱/۵۵	اثرهتلینگ
۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۲۱	۲	۱۲۱/۲۶	۱۱/۵۵	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

باتوجه به جدول ۵، مقدار F برای مؤلفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی (۱۴۴/۳۷) و تنظیم‌هیجان (۳۱/۸۶) در سطح کمتر از یک صدم معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$) و بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی این که میانگین کدام‌یک از گروه‌ها در پس‌آزمون هر یک از مؤلفه‌های تنظیم‌هیجان بیشتر است، از تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین‌ها استفاده شد. در مؤلفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی میانگین گروه آزمایش (۳۳/۹۷۹)، میانگین گروه کنترل (۳۸/۹۴۴) و تفاوت میانگین این دو گروه (۴/۹۶۵-) است در مؤلفه تنظیم‌هیجان میانگین گروه آزمایش (۱۰/۵۹۶) و میانگین گروه کنترل (۸/۴۰۴) و تفاوت میانگین این دو گروه (۲/۱۹۲) است که در سطح کمتر از یک صدم معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین برنامه تلفیقی آموزش کنش‌های اجرایی باعث کاهش مؤلفه بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و افزایش مؤلفه تنظیم‌هیجان در این کودکان می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل‌واریانس تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل در مؤلفه‌های تنظیم‌هیجان

شاخص مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات آزمایشی	مجموع مجذورات خطا	مربع میانگین آزمایشی	مربع میانگین خطا	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر آماری	توان
بی‌ثباتی/منفی‌گرایی	۱۵۷/۸۲	۲۴/۰۵	۱۵۷/۸۲	۱/۰۹۳	۱۴۴/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸	۱
تنظیم هیجان	۳۰/۷۶	۲۱/۲۴	۳۰/۷۶	۰/۹۶	۳۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲	۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم‌هیجان کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی انجام شد. نتایج نشان داد آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی، تنظیم‌هیجان گروه آزمایش را بهبود بخشید. نتایج پژوهش حاضر با نتیجه پژوهش‌های خوش‌روش و همکاران، ۱۳۹۸؛ ایکسو و همکاران، ۲۰۱۸؛ لی و همکاران، ۲۰۲۰) همپوشانی دارد. افراد مبتلا به این اختلال، به‌دلیل بدکارکردی‌های اجرایی، از راهبردهای تنظیم‌هیجان ناسازگارانه‌تری نسبت به افراد عادی استفاده کرده و نرخ بالاتری از بی‌ثباتی/منفی‌گرایی هیجانی را نشان می‌دهند (پردسکو و همکاران، ۲۰۲۰؛ بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰). بدکارکردی‌های اساسی در کارکردهای عصب‌شناختی مثل بازداری، حافظه کاری و برنامه‌ریزی سبب می‌شود

۱۰۰..... تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال ...

آنها در طراحی و کنترل رفتار خود دچار مشکل شده (اصغری نکاح و عابدی، ۱۳۹۳) و لحظه‌ای، تکانشی و بدون عاقبت‌اندیشی عمل کنند. بنابراین، بهبود کنش‌هایی اجرایی همچون برنامه‌ریزی و سازماندهی می‌تواند سبب ارتقای خودتنظیمی این کودکان و کاهش بی‌ثباتی/منفی‌گرایی شود. پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد بازداری کنترل می‌تواند توانایی شایستگی عاطفی این کودکان به‌ویژه تنظیم هیجانی را توضیح دهد چراکه تنظیم هیجان و بیان هیجانی، به توانایی کنترل بازداری نیازمندند مثلاً کودک برای مدیریت احساساتش باید هیجان‌های منفی خود را در طول تعامل با دیگران کنترل کند (لی و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع بازداری کنترل به خودهدایتی رفتار کمک می‌کند و سبب می‌شود فرد در موقعیت‌های اجتماعی درنگ کرده، هیجان‌های منفی خود را کنترل و پاسخ مناسب‌تری دهد. مشخص شد آموزش حافظه فعال، منفی‌گرایی هیجان را کاهش داده و می‌تواند تنظیم هیجان را بهبود بخشد (ایکسو و همکاران، ۲۰۱۸). آموزش حافظه کاری سبب کاهش فعالیت در اینسولای خلفی چپ در طول انجام تکالیفی شد که هیجان‌های منفی را برمی‌انگیخت همچنین فعالیت در ناحیه پیشانی چپ را کاهش داد. در واقع آموزش کنش‌های اجرایی به‌طور مؤثری حافظه فعال، بازداری کنترل و راهبردهای تنظیم هیجان را ارتقا داده و منفی‌گرایی/بی‌ثباتی هیجان را کاهش می‌بخشد چراکه با افزایش ظرفیت بازداری کنترل، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار را تنظیم می‌کند. در پژوهشی که با تصویربرداری روزنانس مغناطیسی کارکردی انجام شد هر، و همکاران (۲۰۰۹) تأیید کردند تصمیم‌گیری بهینه، مستلزم خودکنترلی است و تمرینات خودکنترلی سبب افزایش فعالیت در منطقه قشر پیش‌پیشانی پشتی می‌شود که با پیش‌پیشانی قدامی ارتباط دارد. به نظر می‌رسد کنش‌های اجرایی در توانایی کودکان برای بیان احساسات به‌شیوه‌ای سازگار اهمیت دارد و مشکلات کنش‌های اجرایی می‌تواند سطوح بالاتری از بی‌ثباتی و بدکارکردی هیجانی را پیش‌بینی نماید (جنسن و همکاران، ۲۰۱۸؛ بهشتی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین آموزش کنش‌های اجرایی می‌تواند سبب کاهش هیجان‌های منفی و بهبود تنظیم هیجان شود و تمرین مکرر کلید بهبود کنش‌های اجرایی و در نتیجه کاهش هیجان‌های منفی و ارتقای تنظیم هیجانی است (دوپول و همکاران، ۲۰۱۸؛ آزادفر، بدری گرگری، فتحی‌آذر، صبوری‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۰؛ ایکسی و همکاران، ۲۰۲۱).

مشارکت والدین هم نقش مؤثری در درمان کودک دارد. پژوهش تام و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد آموزش کنش‌های اجرایی سبب بهبودهایی در خرده‌مقیاس کنترل عاطفی مقیاس بریف والدین شد. خرده‌مقیاس کنترل عاطفی تأثیر مشکلات کنش‌های اجرایی بر بیان احساس را اندازه می‌گیرد و توانایی کودک را برای تعدیل یا کنترل واکنش‌های احساسی که جزء مهمی از خودتنظیمی است ارزیابی می‌کند. به نظر می‌رسد فعالیت‌های مبتنی بر بازی که جنبه‌های خودتنظیمی و روابط والد-فرزند را

سید نوری و همکاران ۱۰۱

هدف می‌گیرد هنگامی که به صورت ساختارمند توسط والدین اداره می‌شود می‌تواند رویکردی امیدوارکننده برای بهبود عملکرد کودک باشد (تام و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش شویی و همکاران (۲۰۱۷) هم نشانگر اثربخش بودن برنامه کنش‌های اجرایی و مشارکت والدین بر بهبود کنش‌های اجرایی و تنظیم هیجان کودکان بود. به نظر می‌رسد تنظیم هیجان و مهارت‌های ادراک اجتماعی، کفایت عاطفی و اجتماعی کودکان را افزایش داده و به آن‌ها احساس تعلق و پذیرش اجتماعی می‌دهد (شویی، ۲۰۱۷). مشارکت والدین در درمان کودکان به آنها این احساس را منتقل می‌کند که آن‌ها برای والدین مهم و ارزشمند هستند. این حس سبب تقویت انگیزه کودک برای انجام بهتر تمرینات و پیگیری آن با جدیت و ارتقای رابطه والد فرزند می‌شود. اکثر پژوهش‌هایی که صورت گرفته برکنش‌های اجرایی سرد تمرکز داشته درحالی‌که هردو جنبه باید در کودکان سالم پرورش یابد و بدون این ادغام، مهارت‌های تنظیم رفتار دچار مشکل می‌شود. (نمٹ و چوستز، ۲۰۱۹). این پژوهش در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ۹ تا ۱۲ ساله انجام شد بنابراین در تعمیم به سایر رده‌های سنی باید احتیاط شود. به دلیل مشکلات ناشی از شرایط کوید ۱۹، امکان اجرای پیگیری فراهم نشد؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، مرحله پیگیری اجرا شود، این برنامه روی گروه‌های سنی دیگر و سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه انجام شود، اثربخشی این درمان با سایر مداخلات مقایسه و این مداخله علاوه بر سطوح والد-کودک در سطح معلمان و هم‌سالان نیز اجرا شود.

از دانش‌آموزان عزیز و مادرانشان که در این پژوهش با ما همکاری کردند تشکر می‌نمایم

منابع

- اصغری نکاح، محسن، عابدی، زهره. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر بهبود بازداری پاسخ، برنامه‌ریزی و حافظه کاری کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۲ (۱): ۴۱-۵۱.
- اصغری نکاح، محسن. (۱۳۸۸). کاربردهای آموزشی-ترمیمی بازی‌های بومی ایران در آموزش و توان‌بخشی کودکان دارای نیازهای ویژه. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲ (۹۰): ۳-۱۵.
- آزادفر، نجمه؛ بدری‌گرگری، رحیم؛ فتحی‌آذر، اسکندر؛ صبوری‌مقدم، حسن؛ و هاشمی، تورج. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی بسته آموزشی کارکردهای اجرایی سرد در هیجان‌ات تحصیلی دانش‌آموزان عادی پایه ششم ابتدایی. *نوآوری‌های آموزشی*، ۲۰ (۲): ۱۳۹-۱۵۴.
- حسینی دشت‌بیاض، غلامحسین؛ جناآبادی، حسین؛ و فرنام، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر عملکرد استدلال کمی، دانش و استدلال سیال در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری پایه‌های اول و دوم ابتدایی. *راهنمای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۲ (۶): ۲۸-۳۵.
- حکیمی‌راد، الهام؛ افروز، غلامعلی؛ به‌پژوه، احمد؛ غباری‌بناب، باقر؛ و ارجمندنیا، علی اکبر. (۱۳۹۲). اثربخشی برنامه‌های آموزش بازداری پاسخ و حافظه فعال بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۹ (۴): ۹-۳۰.

- ۱۰۲..... تأثیر آموزش تلفیقی کنش‌های اجرایی گرم و سرد بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال ...
- خوش‌روش، وحید؛ عاشقی، آرزو؛ و یعقوبی، فاطمه. (۱۳۹۸). تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در کاهش نارسایی هیجانی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی. *مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی*، ۲(۲۰): ۱-۱۳.
- رضایی، صدیقه؛ افتخاری‌صعادی، زهرا، حافظی، فریبا؛ و حیدرئی، علیرضا. (۱۳۹۸). تدوین برنامه مداخله بهنگام مبتنی بر کارکردهای اجرایی و بررسی اثربخشی آن بر بهبود عملکرد عصب‌شناختی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۲(۱-۴): ۱۹۹-۲۱۲.
- شفیعی‌تبار، مهدیه؛ اکبری‌چرمهینی، صغری؛ و مولایی‌یساولی، مهدی. (۱۳۹۹). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تنظیم‌هیجانی نسخه والدین. *فصلنامه سلامت‌روان کودک*. ۷(۳): ۸۰-۹۵.
- عزیزیان، مرضیه. (۱۳۹۷). مداخله‌های آموزشی کارکردهای اجرایی برای کودکان با نارسایی شناختی. *تعلیم و تربیت/استثنایی*. ۱(۱۵۰): ۶۳-۷۱
- محب، نعیمه؛ امیری، شاهرخ؛ و بهروش، عاطفه. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی کوتاه‌مدت ساختاری بر علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی. *آموزش و ارزشیابی*، ۶(۲۲): ۲۷-۴۳.
- موسی‌زاده مقدم، حدیث؛ ارجمندنیا، علی‌اکبر؛ افروز، غلامعلی؛ غباری‌بناب، باقر. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه آینده‌نگر بر میزان توجه کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. *فصلنامه سلامت‌روان کودک*. ۷(۴): ۲۴۸-۲۶۳.
- Andrews, G., & Moussaumai, J. (2015). Improving children's affective decision making in the children's gambling task. *Journal of Experimental Child Psychology*. DOI: 10.1016/j.jecp.2015.05.005
- Asgari Nekah, S.M, & Abedi, Z. (2014). The Effectiveness of executive functions based play therapy on improving response inhibition, planning and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 2 (1):41-51. (Text in Persian).
- Asgari Nekah, S.M. (2009). Educational - Restorative applications of Iranian indigenous games in education and rehabilitation of children with special needs. *Journal of Exceptional Education*.2(90): 3-15. (Text in Persian).
- Āzādfar, N., Badri Gargari, R., Fathi Āzar, E., Saboori Moghadam, H., Hāshemi, T. (2021). Effectiveness of the training package of cool executive functions on normal primary school sixth grade students' classroom excitement. *Educational Innovations*, 20(2):139-154. (Text in Persian).
- Azizian M. (2018). Educational Interventions in Executive Functions in Children with Cognitive Disabilities. *Journal of Exceptional Education*. 1 (150): 63-71. (Text in Persian).
- Beheshti, A., Chavanon, M.L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1): 1-11.
- Bozkurt Yükcü, S., & Demircioğlu, H. (2020). Examining the predictor effect of parents' emotional literacy level on the emotion regulation and social problem-solving skills of children. *Early Child Development and Care*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1720671>.
- Celestin-Westreich, S., & Celestin, L.P. (2013). Emotion regulation in ADHD children in face-perspective: from theory through research to facilitating adjustment of cognition and emotion. *InTech*. DOI:10.5772/50252.
- Dawson, A.E., Wymbs, B.T., Marshall, S.A., Mautone, J.A., & Power, T.J. (2016). The Role of Parental ADHD in Sustaining the Effects of a Family-School Intervention for ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3): 305-19.
- DuPaul, G.J., Kern, L., Belk, G., Custer, B., Hatfield, A., Daffner, M., & Peek, D. (2018). Promoting Parent Engagement in Behavioral Intervention for Young Children with ADHD: Iterative Treatment Development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 38(1): 42-53.

- Ghobari-Bonab, B., Beh-Pajoo, A., Afrooz, G., Hakimi Rad, E., & Arjmandnia, A. (2013). The effects of response inhibition and working memory training programs on improving social skills in children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 9(4): 9-30. (Text in Persian).
- Hare, T.A., Camerer, C.F., & Rangel, A. (2009). Self-control in decision-making involves modulation of the vmPFC valuation system. *Science*, 324(5927):646-8.
- Hosseinidashtbayaz, G.H., Jenaabadi, H., & Farnam, A. (2020). Effectiveness of training of executive functions on the performance of quantitative reasoning, knowledge, and fluid reasoning among students with learning disabilities in the first and second grades of elementary school. *Education Strategies Medical Sciences*, 12 (6): 28-35. (Text in Persian).
- Jensen, D. A., Høvik, M. F., Monsen, N., Eggen, T. H., Eichele, H., Adolfsdottir, S., Plessen, K. J., & Sørensen, L. (2018). Keeping Emotions in Mind: The Influence of Working Memory Capacity on Parent-Reported Symptoms of Emotional Lability in a Sample of Children with and Without ADHD. *Frontiers in psychology*. doi: [10.3389/fpsyg.2018.01846](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01846)
- Kamali, A., Vaghee, S., & Aemmi, S. (2018). Effect of Mother's Emotion Regulation Strategies Training on the Symptoms of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *International Journal of Pediatrics*, 6(12): 8737-8744.
- Khoshravesh, V., Asheghi, A., & Yaghubi, F. (2019). The effect of play-based play therapy on reducing emotional dysfunction in children with ADHD. *Journal of New Achievements in Humanities Studies*, 2(20): 1-13. (Text in Persian).
- Li, Q., Liu, P., Yan, N., & Feng, T. (2020). Executive Function Training Improves Emotional Competence for Preschool Children: The Roles of Inhibition Control and Working Memory. *Frontiers in psychology*, doi: [10.3389/fpsyg.2020.00347](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00347)
- Lin, Z. L., Lin, D. R., Chen, J. J., Li, J., Li, X. Y., Wang, L. S., Liu, Z. Z., Cao, Q. Z., Chen, C., Zhu, Y., Chen, W. R., Liu, Y. Z., & Lin, H. T. (2019). Increased prevalence of parent ratings of ADHD symptoms among children with bilateral congenital cataracts. *International journal of ophthalmology*, 12(8): 1323–1329.
- Magnus, W., Nazir, S., Anilkumar, A.C, & Shaban, K. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Milojevich, H., Machlin, L., & Sheridan, M. (2020). Early adversity and children's emotion regulation: Differential roles of parent emotion regulation and adversity exposure. *Development and Psychopathology*, 32(5): 1788-1798.
- Mohebb, N., Amiri, S., & Behraves, A. (2013). The effectiveness of Short time structured play therapy on attention –deficit Hyperactivity disorder in pre-school children (six years). *Journal of Instruction and Evaluation*, 6(22): 27-43. (Text in Persian).
- Musazadeh Moghaddam, H., Arjmandnia, A.A, Afrooz, G.A, & Ghobari-Bonab, B. (2021). Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program Based on Prospective Memory on the Attention Rate in the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Child Mental Health*, 7 (4):248-263. (Text in Persian).
- Nemeth, D. G., & Chustz, K. M. (2020). *Understanding "hot and cold" executive functions in children and adolescents*. In D. G. Nemeth & J. Glozman (Eds.), *Evaluation and treatment of neuropsychological compromised children*. Elsevier Academic Press, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819545-1.00007-2>
- Predescu, E., Sipos, R., Costescu, C. A., Ciocan, A., & Rus, D. I. (2020). Executive Functions and Emotion Regulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Intellectual Disability. *Journal of clinical medicine*, 9(4): 1-15.

- Rezaei, S., Eftekhari Saadi, Z., Hafezi, F., & Heydarei, A. (2019). Development of Early Intervention Program Based On Executive Functions and its effectiveness on improving the neurological function of Children with Intellectual Disability. *Medical Journal of mashhad university of medical sciences*, 62(1-4): 199-212. (Text in Persian).
- Romero-Ayuso, D., Alcántara-Vázquez, P., Almenara-García, A., Nuñez-Camarero, I., Triviño-Juárez, J. M., Ariza-Vega, P., Molina, J. P., & González, P. (2020). Self-Regulation in Children with Neurodevelopmental Disorders "SR-MRehab: Un Colegio Emocionante": A Protocol Study. *International Journal of environmental research and public health*, 17(12): 4198.
- Sánchez, M., Lavigne, R., Romero, J. F., & Elósegui, E. (2019). Emotion Regulation in Participants Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Before and After an Emotion Regulation Intervention. *Frontiers in psychology* doi: 10.3389/fpsyg.2019.01092
- Shafietabar, M., Akbari Chermahini, S., & Molaei Yasavoli, M. (2020). Factorial Structure and Psychometric Properties of the Emotion Regulation Checklist – Parent Form. *Journal of Child Mental Health*, 7 (3):80-95. (Text in Persian).
- Shuai, L., Daley, D., Wang, Y. F., Zhang, J. S., Kong, Y. T., Tan, X., & Ji, N. (2017). "Executive function training for children with attention deficit hyperactivity disorder". *Chinese medical Journal*, 130(5): 549-558.
- Tamm, L., Epstein, J.N., Loren, R.E.A., Becker, S.P., Brenner, S.B., Bamberger, M.E., Peugh, J., & Halperin, J.M. (2017). Generating attention, inhibition, and memory: A pilot randomized trial for preschoolers with executive functioning deficits. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. DOI:10.1080/15374416.2016.1266645
- Xie, J., Liu, S., & Fang, P. (2021). Cognitive training improves emotion regulation in Chinese preschool children. *Pediatrics International*, Accepted Article. <https://doi.org/10.1111/ped.14661>.
- Xiu, L., Wu, J., Chang, L., & Zhou, R. (2018). Working Memory Training Improves Emotion Regulation Ability. *Scientific Reports*, DOI: 10.1016/j.physbeh.2015.12.004
- Zelazo, Ph. (2016). Executive Functions: They Can Be Hot or Cool. *Reflection Scinces*, <https://reflectionsociences.com/wp-content/uploads/2016/12/December-2016-Q4-v1.3.pdf>



اثربخشی توانبخشی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان

دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی

سارا نجاتی فر^۱، قاسم نوروزی*^۲، مهدیه باباریع^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی توانبخشی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود. روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل تمام کودکان پسر ۸-۱۲ سال دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بود که به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت دو ماه و طی ۸ جلسه یک ساعته درتوانبخشی روانی دوساهو شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کانرز فرم والدین، آزمون برو-نرو و آزمون عملکرد پیوسته کانرز استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی تأثیر دارد. براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت از آنجایی که تمرین‌های دوساهو تأثیر مثبت و معناداری بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی دارد، می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، بازداری پاسخ، توانبخشی روانی دوساهو، توجه پایدار

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.



مقدمه

۱۰۶..... اثربخشی توانمندی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال ...

اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی^۱ از شایع‌ترین اختلال‌های رشدی است که با کاهش توجه، افزایش تکانشگری و بیش‌فعالی همراه است. شیوع این اختلال در بیشتر فرهنگ‌ها تقریباً ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد بزرگسالان تخمین زده شده است (وانگ، ژانگ، چن، وانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه تشخیص اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بر اساس نشانه‌های رفتاری است، اما تحقیقات نشان داده‌اند زیربناهای عصبی و شناختی که مختص به این اختلال باشد نیز وجود دارد؛ تحول قطعه پیشانی در این کودکان با تأخیر همراه است و منجر به ناکارآمدی کارکردهای اجرایی می‌شود. نقص در بازداری پاسخ یکی از مشکلات شناختی افراد دارای این اختلال می‌باشد (اوپننر، ون‌درمیر، مارسمن، فورد^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

بازداری پاسخ به توانایی متوقف کردن افکار، اعمال و احساسات اطلاق می‌شود و به کودکان کمک می‌کند تا پاسخ با درنگ دهند. آسیب در بازداری پاسخ، افزون بر بروز رفتارهای تکانشی، به اختلال در حیطه‌های شناختی، رشدی، تحصیلی و اجتماعی نیز منجر شده و احتمال وجود اختلال‌هایی از قبیل اختلال سلوک، روابط اجتماعی ضعیف و عملکرد تحصیلی پایین را افزایش می‌دهد (هوانگ، مفرت، پارسلی، تایلر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

مؤلفه دیگری که جزء بزرگ‌ترین آسیب‌های عصب‌شناختی مرتبط با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی محسوب می‌شود، نارسایی در توجه پایدار^۵ است. کودکانی که در این بُعد توجه دچار نارسایی هستند فقط می‌توانند برای چند ثانیه یا دقیقه پاسخ خود را حفظ کنند و در مدت زمان کوتاهی نوسانات چشمگیری در توجه پایدار دارند (هوانگ-پولاک، رتکلیف، مک‌کون، رول^۶ و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان‌های اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی به دو بخش دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود اما از آنجایی که بعضی افراد به دارو پاسخ نمی‌دهند و همچنین به خاطر عوارض جانبی دارو، محققان به دنبال گزینه‌های درمانی جایگزین هستند. در سال‌های اخیر، گرایش به استفاده از رویکردهای نوین درمانی برای کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی افزایش یافته است (درچسلا، برم، براندیس، گرونبلات^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). ارتباط تنگاتنگ بین رشد بسترهای مغزی مسئول هماهنگی حرکتی و

-
1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
 2. Wang, Zhang, Chen and Wang
 3. Openneer, van der Meer, Marsman and Forde
 4. Hwang, Meffert, Parsley and Tyler
 5. Sustained Attention
 6. Huang-Pollock, Ratcliff, McKoon and Roule
 7. Drechsler, Brem, Brandeis and Grunblatt

نجاتی فر و همکاران ۱۰۷

کارکردهای اجرایی، موجب شده است توجه ویژه‌ای به تأثیر مداخلات فعالیت بدنی بر عملکردهای شناختی کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی شود و اخیراً درمان‌های جدیدی مانند توانبخشی روانی دوساهو^۱ که شامل دو بخش روانشناختی (شامل اراده و تلاش) و فیزیولوژیکی (شامل وضعیت بدنی و حرکتی) بر این اساس مطرح شده است. (آذری، کاظمی زهرانی و محمدی خاشوئی، ۲۰۱۷).

در راستای اثربخشی دوساهو، فوجینو^۲ (۲۰۱۷) تأثیر آن را بر سطوح سازگاری، رفتارهای ناسازگار و مشکلات درونی شده جوانان سندروم‌داون، نجاتی فر و باباربیع (۱۴۰۰) تأثیر معنادار مداخله دوساهو را بر بهبود مشکلات خواب و یزدخواستی و شهبازی (۱۳۹۲) تأثیر آن را بر تعاملات اجتماعی و علائم بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه نشان دادند. برخی پژوهش‌ها تأثیر مثبت فعالیت بدنی بر عملکرد شناختی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی را نشان می‌دهند؛ چو و هوانگ^۳ (۲۰۱۷) تأثیر معنادار ۱۲ هفته تمرین یوگا را بر کارکردهای اجرایی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، جرایا، واگنر، جرایا و انگل^۴ (۲۰۱۹) تأثیر این مداخله را بر بهبود توجه بینایی و دقت بینایی - حرکتی کودکان پیش‌دستانی و کاهش رفتار بی‌توجهی و بیش‌فعالی، مورییا، آوکی و ساکاتانی^۵ (۲۰۱۶) تأثیر مثبت تمرینات بدنی بر حافظه فعال و عملکرد قشر پیش‌پیشانی، کوتس و تربلنج^۶ (۲۰۱۷) تأثیر فعالیت‌های حرکتی بر ارتقای عملکرد شناختی و جسمانی، لوپرنیزی، فریس، ادواردز، سنگ^۷ و همکاران (۲۰۱۸) و بو، لی، تائو، جی^۸ و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر معنادار فعالیت‌های ورزشی بر بهبود عملکرد شناختی حافظه، آدلند، اموندسن، اندرسون، برونیک^۹ و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر تمرینات حرکتی بر بهبود کارکردهای اجرایی نشان دادند. نتایج پژوهش پیندوس، درولت، اسکودر، خان^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که شش ماه فعالیت بدنی، تغییر معناداری در بازداری رفتار کودکان ایجاد نکرده است.

از آنجایی که توانبخشی دوساهو یکی از رویکردهای نوین درمانی است و پژوهش‌های معدودی اثربخشی آن را بر نقایص

شناختی کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بررسی کرده‌اند، لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی توانبخشی

1. Dohsa- Hou
2. Fujino
3. Chou & Huang
4. Jarraya, Wagner, Jarraya and Engel
5. Moriya, Aoki and Sakatani
6. Coetsee and Terblanche
7. Loprinzi, Frith, Edwards and Sng
8. Bo, Lei, Tao and Jie
9. Aadland, Ommundsen, Anderson and Bronnick
10. Pindus, Drollette, Scudder and Khan

۱۰۸..... اثربخشی توانمندی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال ...

دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی است. فرضیه‌های مطالعه حاضر به صورت زیر است:

-توانبخشی دوساهو بر بازداری پاسخ کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر است.

-توانبخشی دوساهو بر توجه پایدار کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی مؤثر است.

روش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان پسر ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی بودند. مراحل انتخاب نمونه با رجوع به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی ناحیه ۸، ۹ و ۱۰ شهر اصفهان این کودکان شناسایی، و جهت حصول اطمینان از تشخیص اختلال، مصاحبه بالینی انجام شد. پرسشنامه کانرز (فرم والد) به وسیله ۷۰ نفر از والدین تکمیل گردید. سپس از ۳۰ کودک که ضعیف‌ترین عملکرد را از پرسشنامه کانرز داشتند، آزمون برو-نرو و عملکرد پیوسته کانرز به عنوان پیش‌آزمون گرفته شد و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی در طول دو ماه، ۸ جلسه (هر جلسه یک ساعت یکبار در هفته) مداخله را دریافت کردند که محتوای آن در جدول یک آمده است. نسخه اصلی مداخله دوساهو توسط ناروسه در سال ۱۹۶۷ ابداع شده اما در این پژوهش از پروتکل پورکمالی، یزدخواستی، عریضی و چیت‌ساز (۱۳۹۶) که از نسخه اصلی اقتباس شده و دارای اعتبار کافی است، استفاده گردید. میزان پایایی این پروتکل در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به‌دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS انجام شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، محرمانه و بی‌نام بودن، شرکت آزادانه در جلسه‌های آموزشی و عدم ضرر و زیان مالی و جانی به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. ملاک‌های انتخاب شامل تشخیص اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی، عدم مصرف دارو حداقل به مدت یک ماه، رضایت و همکاری کودکان و والدین آن‌ها و معیارهای حذف شامل قرارگرفتن تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی و یا مصرف داروهای محرک و غیرمحرک در حین آموزش، غیبت بیش از یک جلسه مداخله بود.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات دوساهو (پورکمالی و همکاران، ۱۳۹۶)

جلسه	هدف	محتوا	روش
۱	نرم کردن بدن، ریلکسیشن بدن و تعامل راحت با مراجع	کوکانونه‌پنری	در حالت درازکش رو به پهلو، به ترتیب هر شانه را نزدیک به زمین کرده و تنفس عمیق انجام می‌گیرد.

<p>کاتاآگه: حرکت شانه‌ها به حالت نیم‌دایره به سمت عقب همراه با تنفس عمیق، حرکت هر دو شانه و در نهایت شانه چپ و راست به طور جداگانه به سمت بالا تا رسیدن به گوش / هر دو تکنیک اجرا می‌شود و سپس بازخورد گرفته می‌شود.</p>	<p>روانی و سیالی ذهنی و جسمی، آرمیدگی و افزایش آگاهی نسبت به خود و وضعیت بدن</p> <p>۲ کوکانوهینری، کاتاآگه</p>
<p>سه سورا سه: باز شدن قفسه سینه با حرکت شانه هر سمت به طرف عقب، با تمرکز بر شانه‌ای که پا پشت آن قفل شده است. سپس حرکت نیم‌دایره‌ای همزمان هر دو شانه به عقب به همراه تنفس عمیق. / هر دو تکنیک اجرا می‌شود و سپس بازخورد گرفته می‌شود.</p>	<p>تقویت اراده فرد که منجر به تلاش و حرکت طبق فرایند (تلاش، اراده و حرکت) می‌باشد.</p> <p>۳ کوکانوهینری، سورا سه</p>
<p>هر سه تکنیک اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.</p>	<p>آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و سازماندهی</p> <p>۴ کوکانوهینری، کاتاآگه</p>
<p>زای: بالا بردن و جلو کشیدن دست‌ها، جلوگیری از قوز کردن و کمک گرفتن از ناحیه کمر برای برخاستن، استفاده از ناحیه کمر به جای کتف‌ها برای بالا و پایین بردن کمر و حرکت ناحیه لگن، جلو کشیدن مجدد دست‌ها و سپس انعطاف به سمت چپ و راست در حد کشیده شدن ناحیه پهلو. هر سه تکنیک در این جلسه اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود.</p>	<p>آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و سازماندهی</p> <p>۵ کوکانوهینری، سورا سه، زای</p>
<p>هیزاتاچی: ایستادن در حالت دو زانو، تصحیح حالت بدن هنگام نشستن و بلند شدن و تقسیم نیروی وزن بدن بر هر پا. این تکنیک و سه تکنیک دیگر در این جلسه اجرا می‌شود و بازخورد گرفته می‌شود</p>	<p>آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p> <p>۶ کوکانوهینری، سورا سه، هیزاتاچی</p>
<p>ریتسوی: تصحیح حرکات بدن و لگن هنگام انتقال وزن بدن از سمت چپ به وسط بدن و از وسط به سمت راست و بالعکس. هوکو: راه رفتن بر روی یک خط فرضی مستقیم و تصحیح راه رفتن و حرکات لگن. ریلکسیشن: انتقال وزن تمام بدن به ترتیب روی پنجه، پاشنه، قسمت‌های داخلی و قسمت‌های خارجی پا و در نهایت پخش شدن وزن بدن بر روی تمام سطوح کف پا.</p>	<p>آرمیدگی و افزایش توجه و تمرکز و افزایش تعادل، تقویت اراده و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p> <p>۷ کوکانوهینری، سورا سه، زای، ریتسوی، هوکو، ریلکسیشن</p>
<p>همه تکنیک‌ها اجرا شده و سپس بازخورد گرفته می‌شود</p>	<p>آرمیدگی و رها شدن و افزایش توجه و تمرکز، افزایش تعادل و تقویت اراده و سازماندهی و آگاهی فرد نسبت به وضعیت بالا و پایین بدن</p> <p>۸ کوکانوهینری، کاتاآگه، سورا سه، زای، ریتسوی، هوکو، ریلکسیشن</p>

۱۱۰..... اثربخشی توانمندی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال ...

ابزار

پرسشنامه کانرز فرم والد^۱: کانرز در سال ۱۹۷۳ مقیاس ۹۳ گویه‌ای ویژه والدین را معرفی کرد؛ امروزه برای تشخیص کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی از فرم اصلاح شده پرسشنامه که شامل ۲۷ گویه است استفاده می‌شود. دامنه نمرات هر گویه از صفر تا ۳ متغیر است که مقیاس‌ها به صورت ۱) اصلاً درست نیست (هرگز)، ۲) فقط کمی درست (گاهگاهی)، ۳) نسبتاً درست (اغلب) و ۴) کاملاً درست (خیلی زیاد) تشکیل شده است. کانرز (۱۹۹۹) پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش نموده است. ضریب پایایی بازآزمایی در بازه زمانی بعد از ۴ تا ۶ هفته برای نمره کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۳ و روایی همگرا آن ۰/۸۴ است که ۳ عامل رفتار مقابله‌ای^۲، بیش‌فعالی^۳ و نارسایی توجه^۴ را اندازه‌گیری می‌کند. (شهائیان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶). همچنین ضریب پایایی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

آزمون برو/نرو^۵: این آزمون در سال ۱۹۸۴ به وسیله هافمن و برای اندازه‌گیری بازداری رفتار استفاده می‌شود (ودکا، مارک‌ماهون، بلنکنر، گیدلی لارسون^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). این آزمون شامل دو دسته محرک است (برو) و (نرو) است. از آنجایی که تعداد محرک‌های «برو» معمولاً بیشتر از محرک‌های «نرو» است آمادگی برای ارائه پاسخ در فرد بیشتر است (وربروگن و لوگان^۷، ۲۰۰۸). عدم بازداری مناسب یا خطای ارتکاب به معنی انجام پاسخ حرکتی در هنگام ارائه محرک غیرهدف است. در این آزمون محرک «برو» به شکل مثلث و در بین دیگر اشکال هندسی (نرو) در وسط صفحه مانیتور ۱۶ اینچ در فاصله ۶۰ سانتی متری از چشم آزمودنی به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود و آزمودنی باید پس از مشاهده، هرچه سریع‌تر با فشار دکمه فاصله‌گذار صفحه کلید پاسخ دهد و در صورت مشاهده دیگر اشکال هندسی نباید پاسخ دهد. در ابتدا چند کوشش به صورت تمرینی و سپس ۱۰۰ کوشش اصلی ارائه می‌شود که ۷۰ مورد از آن‌ها محرک «برو» است تا بتواند پاسخ نیرومندی را ایجاد کند. در مطالعه قدیری، جزایری، عشایری و قاضی طباطبایی (۱۳۸۴) اعتبار این آزمون ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با روش بازآزمایی در بازه زمانی یک روزه ۰/۸۹ به دست آمد.

1. Canners Parent Rate Scale (CPRS)
2. Coping behavior
3. Hyper activity
4. Attention Deficit
5. Go/Nogo
6. Wodka, Mark Mahone, Blankner and Gidley Larson
7. Verbruggen and Logan

آزمون عملکرد پیوسته کانرز^۱: این آزمون توسط کانرز (۲۰۰۴) و برای ارزیابی توجه پایدار استفاده می‌شود. در طی اجرا شرکت کننده با یک سری محرک‌های خسته کننده مواجه شده و باید ضمن حفظ توجه فقط به محرک‌های هدف پاسخ داده و از پاسخ به محرک‌های غیر هدف خودداری کند. در پژوهش حاضر از نسخه رایانه‌ای این آزمون استفاده شد. در زمان اجرا ۱۴ دقیقه‌ای روی صفحه نمایشگر حروف الفبای انگلیسی به عنوان محرک‌ها ظاهر می‌شود، که شرکت کننده باید به جز حرف X، با سرعت دکمه درست را بفشارد. ضریب بازآزمایی این آزمون در بازه زمانی یک ماهه قسمت‌های مختلف در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (کانرز، ۲۰۰۴). همسانی درونی ابزار مذکور در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان گروه کنترل سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی و ۶۰ درصد از تعداد کل مشارکت‌کنندگان، تک‌فرزند بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به ترتیب در گروه آزمایش ۱۰/۷۵±۱/۴۹ و در گروه کنترل ۱۰/۲۵±۱/۸۵ بود. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه ارائه شده است. همان‌طور که در نتایج جدول دو مشاهده می‌شود، نمره‌های گروه آزمایش در متغیر بازداری پاسخ و توجه پایدار با نمرات پس‌آزمون و نمرات گروه کنترل تفاوت بسیاری داشته است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱- عملکرد پیوسته خطای ارائه پاسخ	آزمایش	۵/۸۲	۴/۰۵	۲/۹۰	۲/۴۳
	کنترل	۵/۰۵	۲/۳۹	۵/۱۳	۴/۴۶
پاسخ حذف	آزمایش	۴/۵۹	۴/۳۵	۰/۷۵	۰/۹۲
	کنترل	۴/۰۵	۲/۵۳	۳/۰۵	۳/۳۷
پاسخ صحیح	آزمایش	۱۳۹/۵۰	۵/۴۲	۱۴۸/۳۰	۲/۸۳
	کنترل	۱۴۰	۳/۰۸	۱۴۰/۷۶	۷/۴۵
زمان واکنش	آزمایش	۶/۲۸	۷/۵۸	۵/۷۵	۶/۸۰
	کنترل	۶/۱۴	۹/۵۲	۶/۱۹	۶/۶۰
۲. برو نرو					
پاسخ صحیح- برو	آزمایش	۵۴/۸۲	۵/۴۷	۵۹/۲۱	۵/۰۶

۵/۷۰	۵۷/۵۹	۶/۰۴	۵۵/۹۰	کنترل	
۵/۱۳	۹/۹۵	۵/۴۷	۱۵/۱۳	آزمایش	پاسخ غلط - برو
۵/۷۰	۱۲/۳۶	۶/۰۴	۱۴/۰۵	کنترل	
۲/۴۳	۲۴/۳۶	۲/۷۵	۲۱/۰۵	آزمایش	پاسخ صحیح - نرو
۲/۹۴	۲۱/۹۵	۲/۷۲	۲۰/۹۰	کنترل	
۲/۴۳	۵/۵۹	۲/۷۵	۸/۹۰	آزمایش	پاسخ غلط - نرو
۲/۹۴	۷/۹۵	۲/۷۲	۹/۰۵	کنترل	
۲۶/۸۵	۴۰۷	۳۵/۵۱	۴۳۲/۹۵	آزمایش	زمان واکنش صحیح
۲۷/۳۹	۴۲۰	۳۱/۱۹	۴۳۱/۹۸	کنترل	
۲۱/۸۴	۳۷۵	۲۵/۳۶	۳۷۵/۹۰	آزمایش	زمان واکنش خطا
۲۸/۶۳	۳۵۷/۳۰	۳۹/۷۰	۳۵۵/۹۳	کنترل	

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن داده‌های بازداری پاسخ و توجه پایدار از طریق آزمون شاپیرو-ویلک^۱ ($P > 0/05$) و همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین^۲ ($P > 0/05$) تأیید شد. نتایج آزمون لوین ($F = 18/3, P = 0/004$) حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک‌راهه برقرار می‌باشد که نتایج آن در جدول سه گزارش شده است. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در آزمون برو نرو نشان داد که مداخله تأثیر معناداری بر نمرات این آزمون داشته است، $\{F = 16/5, P = 0/002, \lambda = 0/343, \text{ویلکز}, 0/657 = \text{ضریب اتا}\}$. ضریب اتا در این آزمون برابر با ۰/۶۵ و نشان می‌دهد که مداخله می‌تواند ۶۵ درصد از واریانس نمرات آزمون کارکرد اجرایی بازداری پاسخ را توضیح دهد.

نتایج جدول سه نشان داد مداخله دوساهو بیشترین تأثیر را بر پاسخ صحیح نرو و پاسخ غلط نرو و بعد از آن، به ترتیب بر زمان واکنش خطا، زمان واکنش صحیح، پاسخ صحیح برو و پاسخ غلط برو داشته است ($P < 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در آزمون عملکرد پیوسته نشان داد که توانبخشی روانی دوساهو تأثیر معناداری بر نمره‌های آزمون توجه پایدار داشته است. $\{F = 18/3, P = 0/004, \lambda = 0/486, \text{ویلکز}, 0/514 = \text{ضریب اتا}\}$. ضریب اتا برابر با ۰/۵۱ است که بیانگر این است که توانبخشی روانی دوساهو می‌تواند ۵۱ درصد از واریانس نمرات آزمون عملکرد پیوسته را توضیح دهد. از آزمون تعقیبی

1. Shapiro Wilk
2. Leven

تحلیل واریانس یک‌راهه برای مشخص شدن میزان تأثیر توانبخشی روانی دوساهو بر مولفه‌های آزمون عملکرد پیوسته استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در خرده‌مقیاس‌های آزمون برو نرو

توان آزمون	ضریب تأثیر	سطح معناداری	F	درجه آزادی	آزمون برو نرو
۰/۵۶۰	۰/۱۹۶	۰/۰۳۵	۴/۹۰	۱	پاسخ صحیح برو
۰/۵۱۰	۰/۱۸۰	۰/۰۴۸	۴/۳۹	۱	پاسخ غلط برو
۰/۹۷۵	۰/۴۶۹	۰/۰۰۱	۱۷/۹۹	۱	پاسخ صحیح نرو
۰/۹۷۵	۰/۴۶۹	۰/۰۰۱	۱۷/۹۹	۱	پاسخ غلط نرو
۰/۶۸۰	۰/۲۴۵	۰/۰۱۵	۶/۵۰	۱	زمان واکنش صحیح
۰/۸۱۰	۰/۳۰۸	۰/۰۰۵	۸/۹۰	۱	زمان واکنش خطا

نتایج جدول چهار نشان می‌دهد که توانبخشی روانی دوساهو به ترتیب بیشترین اثر را بر زمان واکنش، پاسخ حذف، پاسخ صحیح و در نهایت بر خطای ارائه پاسخ داشته است ($P < 0/05$).

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در خرده‌مقیاس‌های آزمون عملکرد پیوسته

توان آزمون	ضریب تأثیر	سطح معناداری	F	درجه آزادی	آزمون عملکرد پیوسته
۰/۵۸۰	۰/۲۰۵	۰/۰۳۱	۵/۲۰	۱	خطای ارائه پاسخ
۰/۷۴۰	۰/۲۷۰	۰/۰۱۱	۷/۶۴	۱	پاسخ حذف
۰/۷۳۵	۰/۲۶۹	۰/۰۱۲	۷/۴۰	۱	پاسخ صحیح
۰/۹۴۴	۰/۴۰۸	۰/۰۰۱	۱۳/۸۵	۱	زمان واکنش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی توانبخشی دوساهو بر بازداري پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی انجام گرفت. نتایج نشان داد توانبخشی دوساهو بر بازداري پاسخ و توجه پایدار تأثیر معناداری داشته است. به این ترتیب فرضیه‌های پژوهش تأیید شد. این نتیجه با پژوهش‌های فوجینو (۲۰۱۷)، نجاتی فر و باباربع (۱۴۰۰) و یزدخواستی و شهبازی (۱۳۹۲) مبنی بر تأیید اثربخشی روش دوساهو و با پژوهش‌های چو و هوانگ (۲۰۱۷)، جرایا و همکاران (۲۰۱۹)، موریای و همکاران (۲۰۱۶)، کوتس و ترلنچ (۲۰۱۷)، لورپرنیزی و همکاران (۲۰۱۸)، آدلند و همکاران (۲۰۱۹) و بو و همکاران (۲۰۱۹) در راستای تأثیر معنادار فعالیت‌های حرکتی بر عملکردهای شناختی همسو می‌باشد.

۱۱۴..... اثربخشی توانمندی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال ...

در راستای اثربخشی مداخله دوساهو بر بازداری رفتار می‌توان گفت تمرینات دوساهو مغز را تحریک و لوب پیشانی را تقویت می‌سازد؛ و در اثر جنبش و حرکت، مغز متحمل تغییراتی می‌شود که برای کارکرد شناختی بهینه لازم و مطلوب می‌باشد. این یافته با پژوهش پیندوس و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر عدم اثربخشی فعالیت‌های بدنی بر بازداری رفتار ناهمسو می‌باشد که در تبیین آن می‌توان گفت در تمرینات هوازی، فرد از تنش‌های بدنی خود آگاهی نمی‌یابد و صرفاً به انجام فعالیت‌های حرکتی ارائه شده اکتفا می‌کند؛ به تبع آن تغییر توجه و کنترل تکانه‌ها نیز اتفاق نمی‌افتد.

مداخله دوساهو با آرام‌سازی و تعدیل عضلات، آگاهی افراد را نسبت به خود و دیگران افزایش می‌دهد و توانایی کودک را در تغییر توجه که از ضروریات بازداری از رفتارهای تکانشگرانه است، تقویت می‌نماید (نجاتی‌فر و باباربع، ۱۴۰۰). در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با انجام تمرین‌های آرام‌سازی و تعدیل عضلات نسبت به تنش‌هایی که در قسمت‌های مختلف بدن به‌وجود آمده است، آگاهی پیدا کرده و سپس با آرام‌سازی و حرکات بدنی با عمده‌ترین تنش‌های بدنی خود یا رفتارهای ناسازگارانه مقابله کردند.

در تبیین دیگر یافته پژوهشی فوق می‌توان گفت از آنجایی که در مداخله دوساهو افراد به عنوان صاحب بدن، فعالیت‌های خود را تحت کنترل قرار می‌دهند، اعتماد به نفس‌شان افزایش می‌یابد. افزایش اعتماد به نفس در اثر تغییر تصویر بدن در کودک از جهتی باعث کاهش تکانشگری، افزایش توجه و کنترل تکانه‌ها می‌گردد (فوجینو، ۲۰۱۷). همچنین می‌توان گفت بهبود بازداری پاسخ مشارکت‌کنندگان می‌تواند ناشی از افزایش خودکنترلی و آرامش باشد که این یافته با نتایج پژوهش فوجینو (۲۰۱۷) مبنی بر کاهش رفتارهای ناسازگارانه و بهبود رفتارهای سازگارانه در خصوص اثربخشی دوساهو، همسو می‌باشد. در مداخله دوساهو، افراد در فرآیند درمانی، نقش فعال دارند که به تبع آن خودکنترلی و خودکارآمدی کودک تقویت می‌شود، در وهله بعدی هیجانات مثبتی برای فرد به وجود می‌آید و این امر آرامش جسمانی و روانی کودک را تقویت می‌نماید.

در راستای اثربخشی مداخله دوساهو بر توجه پایدار می‌توان گفت اجرای تکنیک‌های دوساهو به صورت انفرادی باعث افزایش توجه کودک به تمرینات شده، از طرفی درمانگر به‌طور مداوم با تشویق‌های کلامی به کودک بازخورد می‌دهد و وی را به ادامه کار تشویق می‌کند و باعث تقویت انگیزه انجام فعالیت در وی می‌شود؛ در نتیجه تمرکز بر فعالیت بیشتر می‌گردد (یزدخواستی و شهبازی، ۱۳۹۲). در این مداخله، درمانگر انتظار تغییرات اصلی در فرد را ندارد بلکه از طریق درک او و همکاری بین درمانگر و مددجو انجام می‌شود. درمانگر با تشویق مددجو به تلاش در جهت تغییرات مثبت بالینی در ضمیر خویش

می‌پردازد. همچنین انجام تکنیک‌ها و افزایش تماس بدنی و الگودهی، موجب افزایش تمرکز، افزایش تماس چشمی و افزایش آگاهی فرد نسبت به بدن خود می‌گردد. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت تأثیر حرکت و تمرین بدنی، همانند تأثیر درمان دارویی (ریتالین) است و هر دو درمان، باعث افزایش آرامش حرکتی، افزایش هوشیاری و توجه در مبتلایان می‌شود (آدلند و همکاران، ۲۰۱۹).

در تبیین دیگر این یافته پژوهش می‌توان گفت زمانی که کودک خواهان حرکت اندام‌ها است، ادراک بدنی آن طبق قصد و اراده وی صورت می‌گیرد، اگر کوشش انجام شده مناسب انجام حرکت باشد حرکت موردنظر درک می‌شود و به وقوع می‌پیوندد. فرآیند مذکور یک حرکت روانی هدف‌دار در جهت منطبق ساختن یک الگوی شناخته شده حرکتی در بدن با الگوی حرکتی اراده شده است. مسئله فوق فعالیت خودتنظیمی حرکات بدن و توجه پایدار را در انجام تکنیک‌ها نشان می‌دهد. در نتیجه خودتنظیمی و توجه پایدار کودک در اجرای حرکات بدنی، پختگی در کنترل تکانشگری‌های رفتاری نیز ایجاد می‌گردد (نجاتی‌فر و باباربیع، ۱۴۰۰).

این پژوهش در میان پسران ۸-۱۲ سال دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی اصفهان انجام شد و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. عدم مقایسه مداخله دوساهو با سایر مداخلات حرکت‌محور، تقویت اثر هاله‌ای به خاطر درمانگر بودن پژوهشگر، محدودیت زمان و حجم نمونه، عدم نمونه‌گیری تصادفی و عدم امکان مشاهده‌های پیگیری برای بررسی پایداری نتایج از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، در نظر گرفتن دوره پیگیری، مقایسه تأثیر مداخله دوساهو با سایر مداخلات حرکتی، آموزش توسط افرادی غیر از پژوهشگر، استفاده از تصویربرداری عصبی و نمونه‌گیری خونی برای تبیین مکانیسم‌های دخیل در تأثیرات مثبت تمرینات بدنی لحاظ گردد. در مجموع از یافته‌های پژوهش حاضر چنین استنباط می‌شود که توانبخشی روانی دوساهو بدون در نظر گرفتن درمان‌های دارویی می‌تواند مؤثر واقع شود و پیشنهاد می‌شود کودکان دارای اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی با شرکت در جلسات توانبخشی دوساهو در کنار بهره‌مندی از مزایای جسمانی و حرکتی، عملکرد شناختی آن‌ها نیز بهبود می‌یابد.

تشکر و قدردانی: از مدیریت مراکز مشاوره اصفهان و همچنین از تمامی کودکان و خانواده‌هایی که با ما مشتاقانه و صبورانه همراه شدند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- ۱۱۶..... اثربخشی توانمندی دوساهو بر بازداری پاسخ و توجه پایدار کودکان دارای اختلال ...
- پورکمالی، طاهره، یزدخواستی، فریبا، عریضی، حمیدرضا و چیت‌ساز، احمد. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی روش دوساهو و ماساژ درمانی در افزایش شادی، سازگاری اجتماعی، امید، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به پارکینسون. *روانشناسی سلامت*، ۶ (۲)، ۱۴۵-۱۶۲.
- شهبانیان، آمنه، شهیم، سیما، بشاش، لیلا و یوسفی، فریده. (۱۳۸۶). هنجاریابی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شیراز. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۳ (۳)، ۹۷-۱۲۰.
- قدیری، فاطمه، جزایری، علیرضا، عشایری، حسن و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۵). نقایص کنش اجرایی در بیماران اسکیزو-وسواسی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۸ (۱۱)، ۱۱-۲۴.
- نجاتی‌فر، سارا و باباربیع، مهدیه. اثربخشی توانبخشی روانی دوساهو بر بهبود مشکلات خواب کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۲ (۴)، ۱۴-۲۵.
- یزدخواستی، فریبا و شهبازی، محبوبه. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر دوسا در کاهش علائم بیش‌فعالی، نقص توجه و افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه ۶ تا ۱۱ سال. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۸ (۵)، ۸۷۷-۸۸۷.
- Aadland, K. N., Ommundsen, Y., Anderssen, S. A., Brønneck, K. S., Moe, V. F., Resaland, G. K., Skrede, T., Stavnsbo, M., & Aadland, E. (2019). Effects of the active smarter kids (ASK) physical activity school-based intervention on executive functions: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 63(2), 214-228.
- Azari A, Kazemi-Zahrani H, Mohammadi Khashouei M. (2017). The effectiveness of Dohsa psychomotor rehabilitation method on fatigue severity, sleep quality, and resilience promotion of patients with multiple sclerosis (MS). *Global Journal of Health Science*, 9(2), 201-7.
- Bo, W., Lei, M., Tao, S., Jie, L. T., Qian, L., Lin, F. Q., & Ping, W. X. (2019). Effects of combined intervention of physical exercise and cognitive training on cognitive function in stroke survivors with vascular cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(1), 54-63.
- Chou, C. C., & Huang, C. J. (2017). Effects of an 8-week yoga program on sustained attention and discrimination function in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Peer Reviewed Journal*, doi: 10.7717/peerj.2883. eCollection 2017
- Coetsee, C., & Terblanche, E. (2017). The effect of three different exercise training modalities on cognitive and physical function in a healthy older population. *European Review of Aging and Physical Activity*, 14(1), 1-10.
- Conners C. (1999). Conners' rating scales: revised technical manual. North Tonawanda (NY); Multi-Health Systems, [online]. Available from URL: <http://www.mhs.com> [Assessed 2008 Mar 3].
- Conners, C. K. (2004). Continuous Performance Test II (CPT II Ver. 5). Toronto, ON Canada: Multi-Health Systems.
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335.
- Fujino, H. (2017). Psychological support for young adults with down syndrome: Dohsa- Hou program for maladaptive behaviors and internalizing problems; *Front. Psychol.* 01 September. /<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01504>.
- Ghadiri, F., Jazayeri, A. R., Ashayeri, H., & Ghazi Tabatabaei, M. (2006). Executive dysfunctions in schizo-obsessive-compulsive patients. *Journal of Advances in cognitive Sciences*, 8(11), 11-24. (Text in Persian).
- Huang-Pollock, C., Ratcliff, R., McKoon, G., Roule, A., Warner, T., Feldman, J., & Wise, S. (2020). A diffusion model analysis of sustained attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 34(6), 641-653.
- Hwang, S., Meffert, H., Parsley, I., Tyler, P. M., Erway, A. K., Botkin, M. L., Pope, K., & Blair, R. (2019). Segregating sustained attention from response inhibition in ADHD: An fMRI study. *NeuroImage Clinical*, <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101677>
- Jarraya, S., Wagner, M., Jarraya, M., Engel, F. A. (2019). 12 weeks of kindergarten based yoga practice increases visual attention, visual motor precision and decreases behavior of inattention and

- hyperactivity in 5-years old children. *Frontiers in Psychology*, 10, 796. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00796>
- Konno, Y. (1983). On the comparison of training processes in volitional arm movement control training among autistic children: hyperactive children and learning aisabled children. *Annual Report of the Faculty of Education*, Bonkyo University, 17, 38-50.
- Konno, Y. (2003). Establishing joint attention and communication in a child with autism through therapeutic touch: Including a sense of melting: experience: Dohsa method. *The Japanese Journal of Special Education*, 40 (6), 701-711.
- Loprinzi, P. D., Frith, E., Edwards, M. K., Sng, E., & Ashpole, N. (2018). The effects of exercise on memory function among young to middle-aged adults: systematic review and recommendations for future research. *American Journal of Health Promotion*, 32(3), 691-704.
- Moriya, M., Aoki, C., & Sakatani, K. (2016). Effects of physical exercise on working memory and prefrontal cortex function in post-stroke patients. In *Oxygen Transport to Tissue XXXVIII* (pp. 203-208). Springer, Cham.
- Naruse, G. (1997). The clinical Dohsa-hou as psycho-therapy. *Clinical Dohsalog*, 3, 1-10.
- Nejatifar, S., Babarabi, M. (2021). The effectiveness of psycho-rehabilitation Dohsa-hou on improving sleep problems in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Empowering Exceptional Children*, 12(4), 14-25. (Text in Persian).
- Openner, T., van der Meer, D., Marsman, J. C., Forde, N. J., Akkermans, S., Naaijen, J., Buitelaar, J. K., Hoekstra, P. J., & Dietrich, A. (2021). Impaired response inhibition during a stop-signal task in children with Tourette syndrome is related to ADHD symptoms: A functional magnetic resonance imaging study. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 22(5), 350-361.
- Pindus, D. M., Drollette, E. S., Scudder, M. R., Khan, N. A., Raine, L. B., Sherar, L. B., et al. (2016). Moderate to vigorous physical activity, indices of cognitive control, and academic achievement in preadolescents. *The Journal of Pediatrics*, 173, 136-142.
- Pourkamali, T., Yazdkhasti, F., Oreizi, H. R., & Chitsaz, A. (2017). Compare the effectiveness of Dosahou treatment and Massage Therapy on improvement of happiness, social adjustment, hope, mental health and quality of life in patients with Parkinson's disease. *Journal of Health Psychology*, 6(2), 145-162. (Text in Persian).
- Shahaeian, A., Shahim, S., Bashash, L., & Yousefi, F. (2007). Standardization, factor analysis and reliability of short form for parents of Conners Grading Scale for Children 6 to 11 Years Old in Shiraz. *Journal of Psychological Studies*, 3(3), 97-120. (Text in Persian).
- Verbruggen, F., & Logan, G. D. (2008). Response inhibition in the stop signal paradigm. *Trends in Cognitive sciences*, 12(11), 418-424.
- Visser, SN., Zablotsky, B., Holbrook, JR., Danielson, ML., Bitsko, Rh. (2015). Diagnostic Experiences of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Natl Health Stat Report*, 3, (81), 1-7.
- Wang, L., Zhang, Y., Chen, L. et al. (2021). Psychosocial and behavioral problems of children and adolescents in the early stage of reopening schools after the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study in China. *Translational Psychiatry*, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01462-z>
- Wodka, E. L., Mark Mahone, E., Blankner, J. G., Gidley Larson, J. C., Fotedar, S., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). Evidence that response inhibition is a primary deficit in ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(4), 345-356.
- Yazdkhasti, F., & Shahbazi, M. (2012). The effect of Dohsa-hou psychic rehabilitation on reduction of attention deficit hyperactivity disorder and increase of social skills among students with ADHD age 6 to 11. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 8(5), 877-887, (Text in Persian).



اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران

روان‌تنی پوستی

سهیلا امینی زاده^۱، قاسم عسکرزاده^۲، مسعود باقری^{۳*}


چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی انجام شد. این پژوهش در قالب طرح شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری شامل تمام بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود که به کلینیک‌های پوستی این شهر مراجعه کردند. تشخیص بیماری روان‌تنی توسط مصاحبه تشخیصی روان‌شناس و ارزیابی متخصص پوست صورت گرفت. تعداد ۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش ۱۶ جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده از پرسشنامه علائم روان‌شناختی، مقیاس دشواری تنظیم هیجان و مقیاس کیفیت زندگی بیماری پوستی استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر کاهش علائم روان‌شناختی بالینی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری روان‌تنی پوستی تأثیرگذار بوده است و توانست مشکلات تنظیم هیجان این بیماران را کاهش دهد. روان‌درمانگران و متخصصان پوست می‌توانند از روان‌درمانی بین‌فردی پویشی برای بهبود علائم بیماران پوستی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجانی، روان‌تنی پوستی، روان‌درمانی پویشی، علائم روان‌شناختی، کیفیت زندگی

^۱دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

^۲دانشیار، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

^۳نویسنده مسئول: دانشیار، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران 

مقدمه

تعداد قابل توجهی از بیماران پوستی در کنار مشکلات پوستی، نشانه‌ها و شکایات روان‌شناختی ابراز می‌کنند. همچنین موارد متعددی از بیماران پوستی مقاوم به درمان‌های معمول پزشکی وجود دارند که پس از دریافت روان‌درمانی شدت علائم پوستی‌شان کاهش یافته است. در واقع این بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی پوست^۱ هستند. اختلال روان‌تنی به معنای اختلال جسمی است که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و شدت آن تا حد زیادی نقش دارد و نشانه‌های بدنی با وجود عوامل روان‌شناختی مرتبط است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مهم‌ترین ویژگی ناتوان‌کننده این بیماری همراهی آن با علائم روان‌شناختی است و تاثیر عوامل روان‌شناختی در گسترش، تحول و کنترل این بیماری محرز شده است. بیماران روان‌تنی پوستی به شدت تحت تاثیر آشفتگی‌های روانی هستند و این عوامل موجب افزایش شدت بیماری و کاهش عملکرد بیماران می‌شود. شدت بیماری روان‌تنی بر شدت این علائم تاثیرگذار است و متقابلاً شدت این علائم موجب تشدید بیماری روان‌تنی می‌شود (توحید، شنفلت، برنی و عقیل^۳، ۲۰۱۹). پژوهش‌هایی که بر عوامل روان‌شناختی در بیماری‌های روان‌تنی پوستی متمرکز بوده‌اند سطوح بالای اضطراب، افسردگی، ترس‌ها، روان‌پریشی و در مجموع علائم بالینی روان‌شناختی را تایید کرده‌اند (بیدیا، دی و موهانتی^۴، ۲۰۲۱).

در بیشتر این بیماران اختلالات هیجانی دیده می‌شود که بر مقابله با بیماری تأثیرات منفی به جا می‌گذارد (کون، فراید، نوسری، ریچلین و همکاران^۵، ۲۰۱۸) و هرچه بیماران در شناسایی و توصیف هیجان‌اتشان مشکل بیشتری داشته باشند، تنش و خلق منفی بیشتری تجربه می‌کنند (گریفیتز، فاوا، میلر، راسل^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). ناتوانی در شناخت هیجان‌ها با افزایش احتمال شکایات بدنی و ادراک مغشوش و نادرست وضعیت جسمی همراه است که نشان‌دهنده رابطه تنظیم هیجان با انواع بیماری پوستی است (لطفی، علیپور، ترخان، فرزاد و همکاران^۷، ۲۰۱۷). افراد با آگاهی هیجانی کاهش یافته اغلب در تجربه برانگیختگی

-
1. Psychodermatologic disease
 2. American Psychiatric Association
 3. Tohid, Shenefelt, Burney and Aqeel
 4. Baidya, Dey and Mohanty
 5. Kwon, Fried, Nousari and Ritchlin
 6. Griffiths, Fava, Miller and Russell
 7. Lotfi, Alipoor, Tarkhan, Farzad and Maleki

عاطفی شکست می‌خورند و این برانگیختگی در ایجاد و حفظ بیماری روان‌تنی نقش جدی دارد (کنستانتینسکو^۱، ۲۰۲۱؛ تورادو، اوسیبو و اواکینین^۲، ۲۰۱۸). حفظ این وضعیت در مجموع موجب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد.

بخش مهمی از ارزیابی شدت و تاثیر بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی توسط قضاوت شناختی آگاهانه بیمار صورت می‌گیرد که در واقع مفهوم کیفیت زندگی را می‌سنجد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به دنبال سنجش آثار بیماری و اثربخشی درمان بر حوزه‌های بین‌فردی، شغلی و عاطفی است و یکی از اهداف هر مداخله درمانی ارتقاء آن است. تاثیر بیماری بخصوص در ظاهر فرد و نگرانی از قضاوت دیگران، احساس ارزشمندی پایین و کاهش روابط بین‌فردی، کاهش عزت‌نفس و کناره‌گیری از جامعه احساس نارضایتی و ناخشنودی زیادی ایجاد می‌کند (صفایی و آتش‌پور^۳، ۲۰۲۱). این مشکلات بین‌فردی و آشفتگی روان‌شناختی، هیجان‌های منفی و خلق آشفته موجب استرس و کیفیت زندگی نامناسب می‌شود، بنابراین لازم است این بیماران از مداخلات روان‌شناختی بهره ببرند (لایتن و فوناگی^۴، ۲۰۲۰؛ مک‌گیری، مک‌گیری و نیبیتی^۵، ۲۰۱۸).

روان‌درمانی شناختی رفتاری و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روند بهبودی بیماری پوستی اثرگذار بوده و موجب تنظیم هیجان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی آن‌ها شده است (بیالوهینا، بلوگینا، آزارووا و سیاتکوفسکایا^۶، ۲۰۱۷؛ فونتا، آدامزیک، توین، کربی و همکاران^۷، ۲۰۱۹). یکی از رویکردهای درمانی که اخیراً برای درمان اختلالات مرتبط با بدن در سطح محدود استفاده شده، درمان بین‌فردی پوی^۸ است. اعتبار این رویکرد درمانی یکپارچه در کارآزمایی‌های بالینی تایید شده است. کانون اصلی در این درمان تسریع فرایند پردازش ذهنی‌سازی و تمرکز عاطفی بین‌فردی و هدف آن رشد عملکرد انعکاسی، آگاهی از هیجان‌ها، ساختن روایتی درباره خود و افزایش آگاهی در مورد تعارض‌های روانی زیربنایی می‌باشد (لایتن و فوناگی، ۲۰۲۰). از آن‌جا که این درمان متمرکز بر کلامی‌سازی هیجان‌هایی است که بیمار آن‌ها را در سطوح عمیق‌تر روان تجربه می‌کند و با پرداختن به مسائل بین‌فردی و الگوهای روابط، برانگیختگی و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد، به نظر می‌رسد ظرفیت بالقوه مناسبی برای بهبود مشکلات اساسی بیماران روان‌تنی داشته باشد. همچنین اینکه اثربخشی آن در اختلالات جسمی بررسی شده اما در خصوص بیماری روان‌تنی پوستی مورد مطالعه قرار نگرفته است و با توجه به شیوع بالای بیماری‌های

1. Constantinescu
2. Torrado, Eusebio and Ouakinin
3. Safaei and Atashpor
4. Luyten and Fonagy
5. McGeary, McGeary and Nabity
6. Bialuhina, Belugina, Azarova and Siatkovskaia
7. Founta, Adamzik, Tobin and Kirby
8. Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)

۱۲۲..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

روان‌تنی پوستی، اقدامات درمانی منحصر بر دارودرمانی و تاثیر زیاد این بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران نیاز به اقدامات درمانی متمرکز بر متغیرهای روان‌شناختی ضروری می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی این فرضیه که روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی اثرگذار می‌باشد اجرا شد.

روش

این پژوهش در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه‌آزمایی شامل تمام بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به کلینیک‌های پوستی این شهر مراجعه کرده بودند. کلینیک یاس سفید (بزرگترین کلینیک پوستی شهر کرمان) از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. تشخیص بیماری روان‌تنی پوست مبتنی بر معاینه پزشک متخصص پوست و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ برای تشخیص بیماری روان‌تنی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) صورت گرفت. از میان افرادی که این تشخیص را دریافت کرده بودند، تعداد ۳۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری، یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان قرارگرفتند. ملاک‌های ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، سابقه حداقل یک‌سال از زمان شروع بیماری، عدم دریافت درمان دارویی روانپزشکی یا مخدر، نداشتن تاریخچه اختلال‌های شدید روان‌شناختی مانند اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی (که طی فرایند مصاحبه بالینی روان‌شناختی ارزیابی شد)، عدم وجود آسیب مغزی، عدم اعتیاد به الکل، مواد یا دارو به گزارش خود فرد، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی همزمان با مشارکت در پژوهش و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی بود. کلیه بیماران منتخب از نظر هدف پژوهش توجیه، محرمانه بودن اطلاعاتشان تضمین، و مختار به خروج از پژوهش در هر زمان شدند و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ها و بسته مداخله‌ای مبتنی بر درمان بین‌فردی پویشی بود.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V

پرسشنامه^۱ SCL-90-R: این ابزار تشخیص علائم روان‌شناختی بالینی شامل ۹۰ گویه و دارای طیف پاسخ پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره است. این پرسشنامه نه بعد شکایات جسمانی^۲، وسواس فکری - عملی^۳، حساسیت میان‌فردی^۴، افسردگی^۵، اضطراب^۶، پرخاشگری^۷، فوبیا^۸، افکار پارانوئیدی^۹ و روان‌پریشی^{۱۰} را می‌سنجد. نتایج ابزار شامل مجموع نمرات هر بعد، شاخص علایم کلی^{۱۱}، شاخص جمع علایم مثبت^{۱۲} و شاخص علایم مثبت ناراحتی^{۱۳} می‌باشد. دامنه ضرایب پایایی و روایی هریک از ابعاد نه‌گانه این آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است (دروگاتیس، و آنگر، ۲۰۱۰). در جامعه ایرانی ضرایب روایی همگرا در زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و ضرایب پایایی سازه بالاتر از ۰/۹۰ بود (اردکانی، ثقه الاسلام، هابیل، جمیعی و همکاران، ۲۰۱۶). در این مطالعه نیز ضرایب آلفا شاخص‌های نه‌گانه بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۳ بود.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (15DERS): این مقیاس ۳۶ گویه‌ای سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از یک تا پنج در شش زمینه تحلیل عامل شده به نام‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی^{۱۴}، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند^{۱۵}، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی^{۱۶}، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان^{۱۷}، فقدان آگاهی هیجانی^{۱۸} و فقدان شفافیت هیجانی^{۱۹} می‌سنجد. از مجموع نمره زیرمقیاس‌های آزمون، نمره کل محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هریک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۹۳ بوده است (گراتز و رومر^{۲۰}، ۲۰۰۴). ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مقیاس فارسی از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و میزان روایی همگرا ۰/۸۶ بود (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ بود.

1. Symptom Checklist-90-R
2. Somatization
3. Obsessive- compulsive
4. Interpersonal sensitivity
5. Depression
6. Anxiety
7. Hostility
8. Phobic anxiety
9. Paranoid ideation
10. Psychoticism
11. Global Severity Index (GSI)
12. Positive Symptom Total (PST)
13. Positive Symptom Distress (PSDI)
14. Derogatis and Unger
15. Difficulties in Emotion Regulation Scale
16. Nonacceptance of emotional responses
17. Difficulty engaging in goal-directed behaviour
18. Impulse control difficulties
19. Limited access to emotion regulation strategies
20. Lack of emotional awareness
21. Lack of emotional clarity
22. Gratz and Roemer

۱۲۴..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

شاخص کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی (DLQI)^۱: این شاخص ده‌گویه‌ای تأثیر بیماری پوستی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را می‌سنجد. پاسخ به این ابزار در اندازه‌های چهار نمره‌ای از صفر تا سه انجام می‌شود. نمره کل از جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و نمره بالاتر در این شاخص به معنای کیفیت زندگی پایین‌تر است. این مقیاس با پایایی بازآزمایی ۰/۹۹ یکی از پرکاربردترین ابزارهای خودگزارشی است (فینلای و خان^۲، ۱۹۹۴). در ایران ضرایب پایایی این ابزار با روش همسانی درونی در دامنه ۰/۶۷-۰/۹۹ و ضرایب روایی همگرای آن در دامنه ۰/۵۵-۰/۹۹ گزارش شده است (آقایی، صدیقی، جعفری و مظاهری نیا، ۲۰۰۴). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۱ به دست آمد.

بسته مداخله‌ای مبتنی بر درمان بین‌فردی پوششی^۳: مجموعه‌ای برای روان‌درمانی بین‌فردی پوششی کوتاه‌مدت است که در ابتدا برای درمان بیماران افسرده تدوین شد اما عناصر اصلی درمان برای بیشتر اختلالات و بیماری‌ها قابل اجرا می‌باشد. درمان شامل سه فاز ابتدایی، میانی و پایانی است (شن، اینجنیتو، کن، نریگ و آبراهام^۴، ۲۰۱۹). برنامه مداخله بدون هیچگونه تغییری نسبت به بسته اصلی اجرا شد. خلاصه پروتکل مداخله‌ای به تفکیک فازهای مداخله در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه برنامه جلسات روان‌درمانی بین‌فردی پوششی

فاز درمان	اهداف	محتوی	تغییر موردانتظار
فاز ابتدایی درمان جلسات ۱-۵	درگیرکردن بیمار در فرایند درمان و گوش دادن به داستان او، یافتن الگوی روابط، مدیریت خطرات احتمالی و موارد خودآسیب رسان، تمرکز بین‌فردی -عاطفی، فرمول‌بندی و حرکت براساس فرمول بندی، استفاده از تعابیر و استعاره‌های بیمار، دخالت انتقال و انتقال متقابل در فرمول‌بندی	دادن اطلاعات در مورد اهداف درمان، بازخورد محتوای جلسات به بیمار- توضیح معنی تمرکز بین‌فردی-عاطفی و بررسی تجارب بیمار در این حوزه، دادن تعابیر ابتدایی برای به اشتراک گذاشتن الگوی بین فردی-عاطفی، به اشتراک گذاشتن فرمول‌بندی بین‌فردی-عاطفی با بیمار	معنادهی به الگوی روابط، مهار رفتارهای تکانشی یا خودآسیب رسان، کاهش برانگیختگی هیجانی و افزایش تمرکز بر تجارب عاطفی
فاز میانی درمان جلسات ۶-۱۱	کار بر روی انتقال و استفاده از انتقال به‌عنوان پلی برای تغییر، کار با مکانیزم‌های دفاعی گوش کردن با گوش سوم، توجه به موارد ضروری در جلسه در برابر حفظ سفت و سخت چهارچوب، تکنیک‌های بیانگر و کاوشگرانه، تمرکز بر عواطف، رویکرد حمایتی، تکنیک‌های ذهنی‌سازی، تکنیک‌های هدایت‌گرایانه مستقیم، کار بر روی مقاومت	پرداختن به الگوهای بین‌فردی و تمرکز بر این الگوها، فعال کردن الگوی بین فردی-عاطفی و استفاده از انتقال برای کاوش بیشتر آن، دادن تعبیر روی انتقال حمایت از بیمار برای تجربه شکل جدیدی از رفتار در روابط	افزایش توانایی ذهنی سازی و سطح خود آگاهی، آگاهی از هیجان‌ها و شناخت دفاع‌های ناسازگار

1. Dermatology Life Quality Index
2. Finlay and Khan
3. Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)
4. Chen, Ingenito, Kehn, Nehrig and Abraham

فاز پایانی	
روشن کردن و دادن تعبیر روی معانی که	بررسی پاسخ بیمار به پایان درمان
توانایی مدیریت روابط	آماده کردن بیمار برای پایان درمان
بین فردی و معناداری به	
روابط	
به مفاهیم روان‌شناختی بیمار برای رفتن	
از جلسات	
	۱۲-۱۶

این مطالعه با اخذ تأییدیه کمیته اخلاق با کد E.A.00.03.02.01 از دانشگاه شهید باهنر کرمان اجرا شد. بیماران پس از پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بعد از اجرای پیش‌آزمون برای رعایت اصول اخلاق علمی به بیماران شرکت‌کننده در گروه آزمایش تأکید شد که برای جلسات روان‌درمانی آزادانه تصمیم بگیرند و در صورت وخامت علائم، موارد را اطلاع دهند تا ضمن توقف دوره برای فرد موردنظر، اقدامات درمانی انجام شود. گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفت. جمع‌آوری داده در دو مرحله قبل از دریافت روان‌درمانی و سه ماه پس از اتمام درمان انجام شد. در طی درمان ۴ بیمار درمان را ادامه ندادند و تعداد ۳۰ نفر در نهایت باقی ماندند. درمان در کلینیک روان‌درمانی شکوفا و در بازه زمانی تیرماه تا آذرماه ۱۴۰۰ انجام شد. هرکدام از اعضای گروه آزمایش به صورت فردی ۱۶ جلسه هرهفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی بین‌فردی پوشی قرار گرفتند. فرایند و درمان مجموعاً برای هر بیمار بین ۴ تا ۵ ماه طول کشید و درمانگر حین اجرای پژوهش تحت نظارت^۱ روان‌درمانگری پوشی قرار داشت. تحلیل داده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس (آنکوا و مانکوا) انجام شد.

یافته‌ها

تحلیل داده نشان داد دو گروه از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معناداری نداشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۵/۶۶ بود که در سطح خطای ۰/۰۵ تحت آزمون t مستقل اختلاف معناداری بین گروه آزمایش و کنترل دیده نشد ($p=0/750$). ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان زن (۵۷٪) و ۱۳ نفر (۴۳٪) مرد بودند و توزیع فراوانی دو گروه تحت آزمون کاسکوار همگن بود ($p=0/713$). توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی نیز تحت آزمون دقیق فیشر همگن بود ($p=0/462$). وضعیت اشتغال در دو گروه نیز تحت آزمون کاسکوار اختلاف معناداری را نشان نداد ($p=0/296$).

نتایج یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود اگرچه هر دو گروه در نمرات پیش‌آزمون متغیرها تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم ندارند اما میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در گروه آزمایش

۱۲۶ اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

نسبت به پیش‌آزمون تغییر محسوس‌تری داشته است که در گروه کنترل چنین تغییری دیده نمی‌شود. جهت بررسی معنی‌داری اثربخشی نیاز به بررسی مفروضه تحلیل کوواریانس چندمتغیری و یک‌متغیری بود که نتایج بررسی نرمال بودن توزیع مقادیر متغیرها نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ تحت آزمون شاپیرو-ویلک این مفروضه برقرار است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش (M±sd)		کنترل (M±sd)		شاپیرو-ویلک	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شکایت‌های جسمانی	۰/۷۲±۰/۳۴	۰/۴۳±۰/۳۰	۰/۶۹±۰/۳۱	۰/۷۵±۰/۲۷	۰/۹۳	۰/۹۵
وسواس و اجبار	۰/۷۱±۰/۴۴	۰/۴۳±۰/۲۹	۰/۷۵±۰/۲۹	۰/۸۱±۰/۲۹	۰/۹۷	۰/۹۷
حساسیت در روابط بین‌فردی	۰/۸۱±۰/۴۱	۰/۵۴±۰/۳۹	۰/۷۹±۰/۵۴	۰/۷۹±۰/۵۱	۰/۹۴	۰/۹۵
افسردگی	۰/۷۷±۰/۴۵	۰/۵۹±۰/۳۹	۰/۵۱±۰/۳۲	۰/۵۶±۰/۴۰	۰/۹۶	۰/۹۴
اضطراب	۰/۵۸±۰/۳۵	۰/۳۷±۰/۲۴	۰/۳۹±۰/۲۴	۰/۴۱±۰/۲۲	۰/۹۵	۰/۹۵
پرخاشگری	۰/۵۳±۰/۲۸	۰/۳۳±۰/۲۴	۰/۶۱±۰/۲۹	۰/۵۹±۰/۳۵	۰/۹۳	۰/۹۴
فوبیا	۰/۵۰±۰/۱۹	۰/۳۳±۰/۲۷	۰/۴۹±۰/۲۰	۰/۵۳±۰/۲۴	۰/۹۴	۰/۹۴
افکار پارانوئیدی	۰/۸۰±۰/۳۶	۰/۴۶±۰/۲۱	۰/۷۸±۰/۲۸	۰/۷۴±۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۹۴
روان‌پریشی	۰/۵۳±۰/۲۶	۰/۳۱±۰/۲۱	۰/۴۴±۰/۲۶	۰/۴۵±۰/۲۴	۰/۹۵	۰/۹۵
GSI	۶۸/۰۷±۲۴/۵۵	۴۴/۰۰±۲۱/۴۸	۶۱/۱۱±۱۳/۲۰	۶۳/۶۳±۱۵/۰۴	۰/۹۸	۰/۹۵
PST	۳۷/۳۳±۱۴/۵۲	۳۱/۲۷±۱۳/۹۷	۳۶/۸۰±۸/۰۴	۴۲/۲۰±۹/۱۲	۰/۹۸	۰/۹۵
PSDI	۱/۸۸±۰/۴۳	۱/۳۸±۰/۲۲	۱/۶۸±۰/۲۸	۱/۵۲±۰/۲۰	۰/۹۷	۰/۹۳
عدم‌پذیرش هیجان منفی	۱۲/۴۰±۳/۵۰	۸/۷۳±۲/۶۰	۱۱/۰±۲/۶۵	۱۱/۷۲±۳/۰۸	۰/۹۴	۰/۹۴
دشواری در رفتار هدفمند	۱۳/۴۰±۲/۹۰	۱۰/۳۳±۳/۱۱	۱۲/۰±۲/۵۶	۱۲/۲۰±۲/۳۱	۰/۹۷	۰/۹۵
دشواری مهار رفتار تکانشی	۱۴/۲۷±۴/۱۵	۱۱/۰۷±۳/۷۷	۱۳/۴۷±۳/۷۲	۱۳/۳۳±۲/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۷
فقدان آگاهی هیجانی	۲۴/۰۷±۳/۳۳	۱۷/۶۷±۳/۷۷	۲۴/۵۳±۲/۴۲	۲۳/۰۷±۲/۳۱	۰/۹۵	۰/۹۳
راهبرد تنظیم هیجان محدود	۱۸/۶۰±۴/۸۱	۱۶/۰۷±۳/۱۷	۱۶/۵۳±۳/۷۴	۱۶/۹۳±۴/۲۳	۰/۹۶	۰/۹۶
فقدان شفافیت هیجانی	۱۳/۱۳±۲/۵۳	۱۰/۸۷±۲/۶۴	۱۲/۸۰±۲/۹۶	۱۳/۰۰±۲/۶۷	۰/۹۷	۰/۹۴
دشواری تنظیم هیجان (کل)	۹۵/۹۳±۱۰/۱۳	۷۴/۷۳±۱۰/۰۰	۹۰/۳۳±۷/۳۰	۹۰/۲۷±۸/۰۶	۰/۹۷	۰/۹۶
کیفیت زندگی	۲۲/۴۷±۳/۱۱	۱۸/۴۰±۳/۲۵	۲۲/۴۰±۱/۸۸	۲۳/۲۷±۱/۸۷	۰/۹۵	۰/۹۸

فرض همگنی واریانس تحت آزمون لون و شیب خط رگرسیون به‌عنوان یکی دیگر از مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس برقرار بود. همچنین مفروضه وجود رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون F با مقادیر احتمال ($P < 0/05$) تأیید گردید و نیز تحت بررسی فاصله ماه‌آلانوویس در مشاهدات مقادیر پرت مشاهده نشد. نتایج آزمون M-BOX نیز دلالت

بر همگنی ماتریس کوواریانس در ابعاد SCL-90 ($M-BOX=65/80, P=0/576$)، در ابعاد دشواری تنظیم هیجان ($P=0/859$)، $(M-BOX=15/58)$ و در متغیرهای اصلی تحقیق ($P=0/457, M-BOX=6/46$) داشت. بنابراین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد اثربخشی همزمان روی ابعاد SCL-90 ($\eta^2 = 0/95, P < 0/001, F_{1,11} = 21/90$)، F_9 و ابعاد دشواری تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0/88, P < 0/001, F_{6,17} = 21/05$) معنی دار بوده است. همچنین اثربخشی همزمان درمان در این سه متغیر نیز موثر بوده به طوری که می توان نتیجه گرفت ۹۰ درصد تفاوت در نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش مرتبط با تأثیر روان درمانی است. از طرفی توان آماری برابر با ۱ دلالت بر کفایت حجم نمونه و عدم امکان خطای نوع دوم نیز دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بروی میانگین نمرات پس آزمون

متغیر	شاخص ویلکز	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
ابعاد SCL90	۰/۰۵	۲۱/۹۰	(۹ و ۱۱)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
ابعاد دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۱	۲۱/۰۵	(۶ و ۱۷)	< ۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
متغیرهای اصلی (SCL90، دشواری تنظیم هیجان و کیفیت زندگی)	۰/۱۰	۶۵/۱۱	(۳ و ۲۳)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱

به منظور بررسی تفاوت های معنادار در هر کدام از متغیرها به تنهایی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم روان شناختی، دشواری های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان در تمام متغیرهای مربوط به ابعاد روان شناختی به جز افسردگی ($\eta^2 = 0/07, P = 0/162, F_{1,27} = 2/06$) ملاحظه می گردد. در واقع درمان با توجه به نسبت میانگین نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل موجب کاهش معنادار علائم روان شناختی به جز افسردگی شده است. در بین ابعاد تنظیم هیجان نیز ملاحظه شد که ۴۶ درصد از تغییرات نمره عدم پذیرش هیجان های منفی، ۳۲ درصد از نمره دشواری در رفتارهای هدفمند، ۵۰ درصد از نمره دشواری در مهار رفتار تکانشی، ۵۸ درصد از نمره فقدان آگاهی هیجانی، ۱۳ درصد از نمره محدودیت راهبردهای تنظیم هیجان، ۶۷ درصد نمره فقدان شفافیت هیجانی و ۸۱ درصد از نمره کل دشواری تنظیم هیجان ناشی از تأثیر متغیر مستقل یعنی روان درمانی بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت قابل ملاحظه ای وجود دارد و درمان موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران شده، به نحوی که ۶۹ درصد از نمره کیفیت زندگی تحت تأثیر روان درمانی می باشد ($\eta^2 = 0/69, P < 0/001, F_{1,27} = 60/81$).

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان
شکایت‌های جسمانی	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۱۴/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۵
وسواس و اجبار	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۲۱/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
حساسیت در روابط بین‌فردی	۰/۵۲	۱	۰/۵۲	۱۱/۸۰	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
افسردگی	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۲/۰۶	۰/۱۶۲	۰/۰۷	۰/۲۸
اضطراب	۰/۵۰	۱	۰/۵۰	۱۷/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۸
پرخاشگری	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۷/۹۱	۰/۰۰۹	۰/۲۳	۰/۷۷
فوییا	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۹/۶۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۸۵
افکار پارانوئیدی	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۱۹/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
روان‌پریشی	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۳۴/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
GSI	۷۴۶۱/۵۸	۱	۷۴۶۱/۵۸	۸۰/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
PST	۹۷۱/۶۶	۱	۹۷۱/۶۶	۲۳/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
PSDI	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴
عدم‌پذیرش هیجان منفی	۱۰۶/۲۵	۱	۱۰۶/۲۵	۲۲/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
دشواری در رفتار هدفمند	۵۵/۲۸	۱	۵۵/۲۸	۱۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴
دشواری مهار رفتار تکانشی	۶۱/۹۳	۱	۶۱/۹۴	۲۷/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
فقدان آگاهی هیجانی	۱۸۹/۳۲	۱	۱۸۹/۳۲	۳۷/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
راهبرد تنظیم هیجان محدود	۳۱/۷۵	۱	۳۱/۷۵	۴/۲۷	۰/۰۴۹	۰/۱۴	۰/۵۱
فقدان شفای هیجانی	۴۴/۳۷	۱	۴۴/۳۷	۵۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
دشواری تنظیم هیجان(کل)	۲۸۲۱/۰۱	۱	۲۸۲۱/۰۱	۱۱۶/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
کیفیت زندگی	۱۸۱/۴۷	۱	۱۸۱/۴۷	۶۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی بود. نتایج بیانگر این بود که بین نمرات نهایی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای علائم روان‌شناختی، دشواری تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود داشت. یعنی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی با کاهش علائم روان‌شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجان و همچنین افزایش کیفیت زندگی یک مداخله اثربخش در این بیماران بود.

نتایج این مطالعه با نتایج فونتا و همکاران (۲۰۱۹) که نشان داد بیماران روان‌تنی پوستی از مداخلات روان‌شناختی در کاهش

علائم روان‌شناختی بهره بردند همسو است. شکایت‌های جسمانی، وسواس و اضطراب علائم همانندی هستند که روان‌درمانی

با کاهش تمرکز فرد بر بیماری جسمی، تشخیص و تمرکز بر عوامل راه‌اندازنده یا افزایش‌دهنده علائم خلقی، کاهش تنش، به‌رسمیت شناختن رنج بیمار، توانمندسازی شناختی و تنظیم عواطف موجب کاهش آن‌ها شد. این نتیجه در اثرپذیری شاخص‌های کلی، روان‌پریشی و افکار پارانوئیدی نیز مشاهده شد که مشابه نتایج توحید و همکاران (۲۰۱۹) است. به‌نظر می‌رسد نازنده‌سازی خود و احساس عدم‌کنترل زندگی در این بیماران با بازسازی روایت زندگی و افزایش بیش در روان‌درمانی کاهش یافته است. تأثیر بیماری در ظاهر بیماران، ترس از قضاوت دیگران و طرد منجر به تشکیل الگوهای معیوب روابط، ترس و پرخاشگری می‌شود. رابطه درمانی موجب بهبود رابطه بیمار با خودش و دیگران شده و درمان با شناخت الگوهای بین‌فردی معیوب، تغییر باورهای بیمار درمورد خود و توانمندسازی شناختی موجب کاهش پرخاشگری و حساسیت بین‌فردی می‌گردد. یافته‌ها نشان داد که برای کاهش علائم افسردگی زمان بیشتری از درمان نیاز است. نتیجه عدم تأثیر درمان بر کاهش علائم افسردگی این پژوهش همسو با مطالعه گریفیتز و همکاران (۲۰۱۷) است. درمیان بیماران با علائم معنادار افسردگی احساساتی از جمله گناه، شرم و انزجار بسیار غالب هستند که مقاومت درمانی زیادی ایجاد می‌کنند (کون و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین به‌نظر می‌رسد این بیماران نیازمند جلسات بیشتر روان‌درمانی برای حصول نتیجه هستند. همچنین با کاهش روابط اجتماعی و احساس خودارزشمندی، خلق منفی پایداری در این بیماران شکل گرفته است که تغییر آن نیازمند زمان بیشتری است. همچنین می‌توان با ارزیابی اولیه افسردگی این بیماران را تشخیص داده و درمان متمرکز بر افسردگی نیز برای آن‌ها اضافه شود.

طبق یافته‌های این پژوهش، دشواری تنظیم هیجان با شدت علائم روان‌تنی تجربه‌شده در افراد ارتباط دارد. این یافته در راستای بسیاری از یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه است (لایتن و فوناگی، ۲۰۲۰). در این پژوهش روان‌درمانی موجب بهبود تنظیم هیجان و افزایش آگاهی و شفافیت هیجانی شد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش لطفی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. درواقع روان‌درمانی با تمرکز بر هیجان‌ها و شناخت هرچه بیشتر روایت‌های مربوط به آن‌ها موجب شناسایی و توصیف بهتر هیجان می‌شود. به‌هرمیزان که فرد قادر به شناسایی و ارتباط برقرارکردن با هیجان‌ات خود و تفکیک آن‌ها از تحریکات بدنی نباشد، علائم روان‌تنی بیشتری تجربه می‌کند (کنستانتینسو، ۲۰۲۱). در موقعیت بالینی دیده می‌شود که این بیماران در شناسایی موقعیت هیجانی خود و دیگران مشکل دارند و رفتارهای هیجانی ناسازگاری نشان می‌دهند. روان‌درمانی با افزایش شناخت بیمار از هیجان‌ها و دستیابی به الگوی آن‌ها و تنظیم صحیح هیجان در موقعیت‌ها موجب رفتارهای هدفمند و مهار رفتار تکانشی می‌گردد. توانایی ذهنی‌سازی احساسات بدنی این بیماران دچار نقص است، به‌ندرت علائم جسمانی خود را در ارتباط

۱۳۰..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

با حالت‌های هیجانی منفی تعبیر می‌کنند و گرایش زیادی به کنترل احساسات و عواطف خود نشان می‌دهند که این موضوع نشان‌دهنده ناتوانی در پذیرش هیجان منفی است. روان‌درمانی با پرداختن به خاطرات با بار هیجانی منفی، کمک به ایجاد پیوند بین حالات جسمانی و هیجانی و شناخت محتوای هیجانی که به کلام نمی‌آید، آگاهی هیجانی را افزایش می‌دهد. خلق بازنمایی آگاهانه از حالت هیجانی و کاهش ابراز تلویحی هیجان نشان‌دهنده افزایش پذیرش هیجان‌های منفی در این بیماران است (تورادو و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی تکنیک‌های آزادسازی هیجانی با تغییر شناخت بیمار در مورد هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها موجب فراگیری راهبردهای تنظیم هیجان بیشتری می‌شود و الگوی محدود راهبردهای تنظیم هیجان را تغییر می‌دهد.

نتایج نشان داد این درمان موجب افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود که همسو با نتایج پژوهش‌های مشابه است (بیالوهینا، و همکاران، ۲۰۱۷). با تاثیر روان‌درمانی کیفیت زندگی که برابندی از میزان عاملیت و اثربخشی در حوزه‌های متفاوت زندگی است به میزان قابل توجهی ارتقا پیدا کرد. این درمان بر فضای عاطفی و بین‌فردی بیمار تمرکز دارد. اینکه درک فرد از خود، بیماری‌اش و نگاه دیگران به آن چیست و چه عواطفی این تجارب را به هم پیوند می‌زند. در تمام جلسات تمرکز بر تجربه اینجا و اکنون است که به بیمار در تمرکز بر احساسات حال حاضر در جلسات کمک می‌کند و نیازمند ردیابی حالت‌های هیجانی مرتبط با روابط بین‌فردی در طول جلسات است. بنابراین درک بیمار از ارتباط بین ناراحتی‌های موجود با الگوهای روانی ناهشیار افزایش یافته و مدیریت مسائل مربوط به بیماری و بین‌فردی تشویق می‌گردد. به این صورت با تغییر افکار و باورها، تنظیم عواطف، ایجاد امید و احساس عاملیت در روند بهبود بیماری نگرش بیمار نسبت به آن تغییر کرده و افزایش کیفیت زندگی را در پی داشته است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه آماری اشاره کرد که منحصر به بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود و ممکن است تاثیر عوامل فرهنگی در علائم روان‌شناختی یا الگوهای تنظیم هیجان بیماران در نظر گرفته نشده باشد. با اینکه رابطه تنگاتنگی بین عوامل روان‌شناختی و علائم پوستی وجود دارد اما بیماران پوستی معمولاً به روان‌درمانگران ارجاع داده نمی‌شوند. با توجه به تأثیر روان‌درمانی پوششی بین‌فردی در بهبود جنبه‌های روان‌شناختی بیماران روان‌تنی، پیشنهاد می‌گردد روان‌درمانگرانی که با بیماران پوستی کار می‌کنند از این روان‌درمانی که بر علائم بالینی و کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار است استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مراتب قدردانی خود را از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش و همچنین سرکار خانم دکتر حسینی و سرکار خانم دکتر تابع که در انجام این پژوهش یاری‌گر بی‌دریغ بودند اعلام می‌دارند.

منابع

- بشارت، محمد علی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۴ (۸۴) ۶۱-۷۰.
- فلاح دوست، مژگان. (۱۳۹۹). تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال علامت جسمی و اثربخشی درمان بین فردی پویایی. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, N., & Finlay, A. Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: Reliability and validity of the Persian version. *BioMed Central Dermatology*, 4(1), 1-5.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Ardakani, A., Seghatoleslam, T., Habil, H., Jameei, F., Rashid, R., Zahirodin, A., & Arani, A. M. (2016). Construct validity of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. *Iranian Journal of Public Health*, 45(4), 451.
- Baidya, S., Dey, P., & Mohanty, R. (2021). Assessment of quality of life in vitiligo patients attending a tertiary care hospital-A cross sectional study. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 62.
- Besharat, M.A., & Bazzazian, S. (2015). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*. 24(84), 61-70. (Text in Persian).
- Bialuhina, V., Belugina, I., Azarova, L., Siatkovskaia, N., Siatkovski, V., & Jagovdik, N. (2017). The role of psychotherapy in improving the quality of life and social rehabilitation of patients with psoriasis. *European Psychiatry*, 41(1), 773-773.
- Chen, C. K., Ingenito, C. P., Kehn, M. M., Nehrig, N., & Abraham, K. S. (2019). Implementing brief dynamic interpersonal therapy (DIT) in a VA medical center. *Journal of Mental Health*, 28(6), 613-620.
- Constantinescu, N. (2021). Attachment and emotion regulation among adults with versus without somatic symptom disorder. *International Journal of Medical and Health Sciences*, 15(12), 320-325.
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-2.
- Falahatdoost, M. (2021). Emotion regulation in patients with somatic symptoms and effectiveness of dynamic interpersonal therapy. A doctoral dissertation of clinical psychology. Tehran. University of Social Welfare and Rehabilitation. (Text in Persian).
- Finlay, A. Y., & Khan, G. (1994). Dermatology life quality index (DLQI)—A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210-216.
- Founta, O., Adamzik, K., Tobin, A. M., Kirby, B., & Hevey, D. (2019). Psychological distress, alexithymia and alcohol misuse in patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26(2), 200-219.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Griffiths, C. E., Fava, M., Miller, A. H., Russell, J., Ball, S. G., Xu, W., & Rapaport, M. H. (2017). Impact of ixekizumab treatment on depressive symptoms and systemic inflammation in patients with moderate-to-severe psoriasis: An integrated analysis of three phase 3 clinical studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 260-267.
- Kwon, C. W., Fried, R. G., Nousari, Y., Ritchlin, C., & Tausk, F. (2018). Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clinics in Dermatology*, 36(6), 698-703.
- Lotfi, R., Alipoor, A., Tarkhan, M., Farzad, V. A., & Maleki, M. (2017). Relation of attachment styles and cognitive emotion regulation strategies to depression in patients with chronic skin diseases. *Journal of Research and Health*, 7(5), 1021-1029.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2020). Psychodynamic psychotherapy for patients with functional somatic disorders and the road to recovery. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 125-130.
- McGeary, D., McGeary, C., & Nabity, P. (2018). Treating patients with somatic symptom and related disorders. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 499–514). The Guilford Press.
- Safaei M, Atashpor H. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on quality of Life in patients with psoriasis skin disease. *International Journal of Medical Investigation*. 2021 Dec 10;10(4):114-21.
- Tohid, H., Shenefelt, P.D., Burney, W.A. and Aqeel, N., 2019. Psychodermatology: An association of primary psychiatric disorders with skin. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 48(1), pp.50-57.
- Torrado, M., Eusébio, S., & Ouakinin, S. (2018). Alexithymia and illness: Towards a psychosomatic perspective of emotion regulation deficits. In R. J. Teixeira, B. Bermond, & P. P. Moormann (Eds.), *Current Developments in Alexithymia: A Cognitive and Affective Deficit* (pp. 173–194). Nova Science Publishers.



داوران این شماره

Morteza Tarkhan	Associate Professor of Payame Noor University	دانشیار دانشگاه پیام نور	مرتضی ترخان
Shaghayegh Zahraei	Assistant Professor Al-Zahra University	استادیار دانشگاه الزهرا	شقایق زهرایی
Seyedeh Monavar Yazdi	Professor Al-Zahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Abbas Abilghasemi	Professor of the University of Guilan	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی
Siamak Khodaei Khiavi	Lecturer at Farhangian University	مدرس دانشگاه فرهنگیان	سیامک خدائی خیابوی
Mahmoud Najafi	Associate Professor of Semnan University	دانشیار دانشگاه سمنان	محمود نجفی
Mandana Niknam	Assistant Professor of Khatam University	استادیار دانشگاه خاتم	ماندانا نیکنام
Mohammad Ghamari	Associate Professor of Abhar Branch, Islamic Azad University	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر	محمد قمری
Mahmoud Borjali	Assistant Professor of Kharazmi University	استادیار دانشگاه خوارزمی	محمود برجعلی
Ghazal Zandkarimi	Assistant Professor of Alzahra University	استادیار دانشگاه الزهرا	غزال زندکریمی
Abbas Ali Hosseinkhanzadeh	Associate Professor of Guilan University	دانشیار دانشگاه گیلان	عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه
Mahsima Pourshahriari	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه‌سیمما پور شهریار
Asghar Jafari	Assistant Professor of Kashan University	استادیار دانشگاه کاشان	اصغر جعفری
Ezat Deyreh	Assistant Professor of Bushehr branch, Islamic Azad University	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر	عزت دیره
Simin Hosseinian	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیمین حسینیان
Abbas Abolghasemi	Professor of Guilan University	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی

In the name of
Quarterly Journal of *QOJ*
Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 18, No.2, Summer 2022, Serial No.67
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajoo

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemiyani.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

professor of Shahid Chamran University of Ahvaz

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghaki

Professor of Shiraz University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Aylin Mardanpour

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

GholamReza Dehshiri

Associate Professor, Alzahra University

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Fatemeh Vaziri

Layout Designer

Fatemeh Vaziri

Cover Designer

Parisa Shad Ghazvini

Associate Professor, Alzahra University

Publication Frequency

Quarterly

Publication Permit No.

124/1274

Peer Review Permit No.

3/2910/1069

Circulation

1,000

Address

3rd floor, Faculty of Education

And Psychology, Alzahra

University, Vanak,

Tehran, Iran

P.O. Box

19935/663

TeleFax

+98 (21) 88041463

Home page:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

E-mail

psychstudies@alzahra.ac.ir

Journal of Psychological studies is indexed in ISC, Iran Journal and has been allocated an impact factor by ISC.

Abstracts

- Effectiveness of Group Counseling Based on Solution-Oriented Approach on Adjustment and Mental Health of Juvenile Delinquents** 7-20
Simin Hosseinian; Roghieh Nooripour; Nasser Abbasi; Nikzad Ghanbari; Gholam Ali Afrouz; Hossein Ilanloo
- The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation in Anxious Pupils and Parenting Methods of Their Mothers** 21-34
Zahra Alavi; Sogand Ghasemzadeh; Ali Akbar Arjmandnia; Masoud Gholamali Lavasani; Samira Vakili
- The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Cognitive Flexibility and Sleep Quality in the Elderly Men** 35-46
Homayoon Haroon Rashidi
- Relationship Between Ethical Sensitivity with Obsessive-Compulsive Symptoms and Sleep Problems: The Mediating Role of Fear of Self** 47-61
Azar Sadat Tabatabayi; Mahmoud Najafi
- The Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Treatment on the Experience of Grief, Depression and Anxiety by Bereft Families of Covid-19 Victims** 63-76
Nahid Hoseininezhad; Hamid Rezaeian Faraji
- Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on "Coping Cat" Program in Treatment of Separation Anxiety Disorder** 77-90
Ali Parvandi; Asma Moradi; Maryam Amirian; Ezzatolah Ahmadi
- The Effect of Integrated Training of Executive Functions Hot and Cool on Emotion Regulation in Children with ADHD** 91-104
Seyyedeh Zahra Seyyed Noori; Abbas Ali Hossein Khanzadeh Firozjah; Abbas Abolghasemi; Iraj Shakerinia
- Effectiveness of Dohsa-Hou Rehabilitation on Response Inhibition and Sustained Attention in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder** 105-117
Sara Nejatifar; Ghasem Norouzi; Mahdiyeh Babarabi
- The Effectiveness of Dynamic Interpersonal Psychotherapy on Psychological Symptoms, Emotion Regulation and Quality of Life of Psychodermatologic Patients** 119-132
Soheila Aminizadeh; Ghasem Askarizadeh; Masoud Bagheri



Effectiveness of Group Counseling Based on Solution-Oriented Approach on Adjustment and Mental Health of Juvenile Delinquents

Simin Hosseinian¹, Roghieh Nooripour*², Nasser Abbasi³, Nikzad Ghanbari⁴,
Gholam Ali Afrouz⁵, Hossein Ilanloo⁶

Abstract

Adolescence is a critical period of life, and delinquent adolescents are exposed to many psychological traumas. This study aimed to evaluate the effectiveness of solution-based treatment on adjustment and mental health of juvenile delinquents in Tehran. The research method was quasi-experimental with a pre-test post-test design with the control group. The study's statistical population included juvenile delinquents aged 14-18 years in Tehran Correction and Rehabilitation Center in 2018-2019; so 24 were selected by available sampling method and then randomly in two experimental and control groups (12 people in each group) were replaced. Mental health, adjustment, and delinquency attitude questionnaires were used to collect information. The experimental group underwent a solution-oriented group consultation for eight sessions of 90 minutes once a week, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that solution-oriented treatment significantly affects delinquent adolescents' adjustment and mental health. Present study results can be used theoretically and practically by counselors, psychologists, and relevant organizations.

Keywords: Solution-focused therapy, mental health, adaptation, juvenile delinquents

¹Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

²Corresponding author: Ph.D. of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran ✉

³Master student of family counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁴Ph.D. of Clinical Psychology (Prevention and Treatment of Addiction) Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University (SBU), Tehran, Iran

⁵Distinguished Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Education and psychology, University of Tehran, Iran

⁶Ph.D. candidate of counselling, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran



The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation in Anxious Pupils and Parenting Methods of Their Mothers

Zahra Alavi¹, Sogand Ghasemzadeh*², Ali Akbar Arjmandnia³, Masoud Gholamali Lavasani³, Samira Vakili⁴

Abstract

The current study aimed to investigate the effect of the unified protocol for transdiagnostic treatment on emotion regulation in anxious pupils and parenting methods of their mothers. This study was a quasi-experimental with pretest-posttest design, control group and two follow-up stages. The statistical population included all girl pupils aged 8 to 10 years in the academic year 1399-1400 in Tehran and their mothers. Using purposeful sampling method, 30 anxious pupils were identified and randomly divided into two groups of 15 (control and experimental). The instruments included Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents and Arjmandnia Parenting Methods Questionnaire. The experimental group received 15 sessions, 60 minutes of group intervention, but the control group did not receive any intervention. Data analysis was performed by ANOVA with repeated-measures. The results showed that the unified protocol for transdiagnostic treatment had a significant effect on reducing the use of suppression strategy and increasing the use of reappraisal strategy in pupils' emotion regulation skill and improve parenting method of their mothers. It seems that the unified protocol for transdiagnostic treatment can be used as a short-term method to improve the emotion regulation skill of anxious pupils and parenting methods of their mothers.

Keywords: Child anxiety, emotion regulation, parenting methods, transdiagnostic treatment

¹Ph.D. Student of Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran ✉

³Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

⁴Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran



The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Cognitive Flexibility and Sleep Quality in the Elderly Men

Homayoon Haroon Rashidi^{ID}*¹

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction as one of the effective and new methods in improving cognitive flexibility and sleep quality in the elderly. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical population of the study included all elderly men in Dezful in 2018. The samples of this study consisted of 30 men elderlies (60-70 Ages) who were selected through available sampling and according to inclusion criteria. The experimental group received eight ninety-minute sessions during two months while the control group didn't receive this intervention during conducting the study. The applied questionnaires in the study included ¹ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Cognitive Flexibility Scale. Data were analyzed using univariate analysis of covariance. The findings showed that mindfulness-based stress reduction could significantly improve cognitive flexibility and sleep quality. based on the findings, it can be concluded that mindfulness-based stress reduction can be considered as an effective intervention to improve cognitive flexibility and sleep quality in the elderly men.

Keywords: Cognitive flexibility, elderly, mindfulness, sleep quality.

¹Corresponding Author: Assistant Professor Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran



Relationship Between Ethical Sensitivity with Obsessive-Compulsive Symptoms and Sleep Problems: The Mediating Role of Fear of Self

Azar Sadat Tabatabayi¹, Mahmoud Najafi*²

Abstract

The aim of this study was to determine the mediating role of fear of self in the relationship between ethical sensitivity with obsessive-compulsive symptoms and sleep problems in students. The research method was correlational (structural equations) and the statistical population of the study was all students of Semnan University in the academic year 2019-2020. Using the available sampling method, 400 students participated in the research through on the university social network. The instruments used include the Obsessive-compulsive Disorder- revision, Pittsburgh Sleep Quality Index, Ethical Sensitivity Scale and Fear of Self Questionnaire. Structural equation method were used to evaluate the proposed model. Findings showed that ethical sensitivity had a direct relationship with symptoms of obsessive-compulsive and sleep problems and fear of self had a mediating role in the relationship between ethical sensitivity and symptoms of obsessive-compulsive and sleep problems and the model had a good fit. Ethical sensitivity is associated with sleep problems and symptoms of obsessive-compulsive when fear of self had high. It is suggested that in treating sleep problems and reducing the symptoms of obsessive-compulsive, the role of fear of self and ethical sensitivity should also be considered.

Keywords: Ethical sensitivity, fear of self, obsessive-compulsive, sleep problem

¹M.A in Clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

²Corresponding author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran ✉



The Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Treatment on the Experience of Grief, Depression and Anxiety by Bereft Families of Covid-19 Victims

Seyyede Nahid Hosseininezhad¹, Hamid Rezaeian Faraji*²

Abstract

The present research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive-behavioral intervention on the grief experience, depression and anxiety of relatives of Covid-19 victims. In terms of objective, the research was an applied one and used the mixed methodology (quantitative and qualitative). The statistical population included men and women over 18 years old in the city of Shiraz. The research used the non-random sampling technique. The people whose grief experience lasted over 4 months and scored above 68 were selected as samples. Following the interview and qualitative analysis, the control and experimental groups were compared using Beck's depression questionnaire and Good's existential anxiety questionnaire. The results of Mann-Whitney U test and Wilcoxon test showed that cognitive-behavioral therapy had a significant effect on the grief experience, depression and anxiety of the relatives of the victims of Covid-19. According to the results, the cognitive-behavioral therapy had an effect on the experience of grief, depression and anxiety by the families of the Covid-19 victims. This method can be used individually and in groups to deal with problems and can promote mental health and cause effective and adaptive reactions by people to traumatic life events.

Keywords: Anxiety, depression, experience of grief, cognitive-behavioral therapy, Covid-19.

¹Ph.D Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

²Corresponding author: Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran ✉



Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on "Coping Cat" Program in Treatment of Separation Anxiety Disorder

Ali Parvandi^{*1}, Asma Moradi², Maryam Amirian³, Ezzatolah Ahmadi⁴

Abstract

The purpose of the present study was evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on "coping cat" program in treatment of separation anxiety disorder (SAD) in aged 8-13 children. The research design was quasi-experimental, pretest-posttest, follow-up with the control group. The statistical population included all students aged 8-13 (boys and girls) with SAD symptoms at schools in Songhor city in 2022. By purposeful sampling method, 36 children were selected and assigned equally to experimental and control groups. After performing the separation anxiety scale (parental version), as pre-test, the experimental group received 16 sessions one-hour of treatment two sessions per week. Then, post-test was performed and 2 months later, follow-up test was performed. Data were analyzed by mixed analysis of variance with repeated measure. The results showed that experimental group scores, compared with the control group, had a significant decrease in the post-test stage. Also, therapeutic gains had maintained in the follow-up stage. It can be concluded that cognitive-behavioral therapy based on "coping cat" program can reduce the symptoms of SAD in children. It is recommended to be used by psychotherapists in the treatment of SAD.

Keywords: Coping cat program, cognitive behavioral therapy, separation anxiety disorder.

¹Corresponding Author: PhD student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran✉

²M.A in General Psychology, Department of psychology and counseling, Kermanshah Branch Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

³M.A student in General Psychology, Department of psychology and counseling, Kermanshah Branch Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

⁴Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University. Tabriz. Iran.



The Effect of Integrated Training of Executive Functions Hot and Cool on Emotion Regulation in Children with ADHD

Seyyede Zahra Seyyed Noori¹, Abbas Ali Hossein Khanzadeh Firozjah*², Abbas Abolghasemi³, Iraj Shakerinia⁴

Abstract

Emotional dysfunction in children with ADHD jeopardizes their adaptation. The present study aimed to investigate the effect of integrated training of executive functions hot and cool on emotion regulation in children with ADHD. This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest control group design. The statistical population of the present study consisted of all 9 to 12-year-old children with ADHD in Rasht who referred to medical centers in 2021. The sample consisted of 26 children with ADHD who were selected through convenience sampling. They were then equally assigned to two control and experiment groups. The children in the experimental group and their mothers each received the intervention program in 10 sessions. The instruments used included demographic questionnaire, Canners Parent Rate Scale, Emotion Regulation Checklist. Data were analyzed using analysis of covariance. The results showed that Integrated Training of Executive Functions improved emotion regulation in children with ADHD. The combination of training in hot and cold executive actions and intervention at the child and parent levels played a role in promoting the regulation of emotions in children with this disorder; Therefore, the use of multidimensional interventions is recommended.

Keywords: ADHD, children, emotion Regulation, hot and cool executive functions, parent.

¹Ph. D Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

²Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran ✉

³Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

⁴Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran



Effectiveness of Dohsa-Hou Rehabilitation on Response Inhibition and Sustained Attention in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Sara Nejatifar¹, Ghasem Norouzi*², Mahdiyeh Babarabi¹

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of Dohsa-Hou rehabilitation on response inhibition and sustained attention in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The method of this study was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population included all boys aged 8-12 years with ADHD who had referred to counseling centers and psychological services in Isfahan in 2020. Participants were selected by convenience sampling method and randomly divided into experimental and control groups (n =15 each). The experimental group participated in psycho-rehabilitation Dohsa-Hou for 8 months during 8 one-hour sessions and the control group did not receive any intervention. The Conners Parent Form Questionnaire, Go- No Go Test and the Conners Continuous Performance Test were used to collect data. The results of multivariate analysis of covariance showed that psycho-rehabilitation Dohsa-Hou had an effect on improving response inhibition and sustained attention in children with ADHD. Based on the results of the present study, it can be said that since Dohsa-Hou exercises have a positive and significant effect on response inhibition and sustained attention in children with ADHD, it can be used as a complementary therapeutic approach with other psychological interventions.

Keywords: ADHD, psycho-rehabilitation Dohsa-Hou, response inhibition, sustained attention

¹PhD student, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

²Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran ✉



The Effectiveness of Dynamic Interpersonal Psychotherapy on Psychological Symptoms, Emotion Regulation and Quality of Life of Psychodermatologic Patients

Soheila Aminizadeh ¹, Ghasem Askarizadeh ², Masoud Bagheri* ³

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Dynamic Interpersonal Therapy on psychological symptoms, emotion regulation, and quality of life in these patients. This research was conducted in a quasi-experimental design with two experimental and control groups and pre-test and post-test stages. The statistical population included all psychodermatologic patients in Kerman who had been referred to the dermatology clinics. The diagnosis of psychodermatology disease was done by psychologist's diagnosis interview and dermatologist assessment. 30 participants were selected through convenience sampling and randomly divided into two groups of 15 experimental and control. Experimental group participants received sixteen 45-minute psychotherapy sessions. The Psychological Symptoms Questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Dermatology Life Quality Index were used to collect data. Data were analyzed by analysis of covariance. Results showed that Dynamic Interpersonal Therapy was in reducing clinical psychological symptoms and improving the quality of life of patients with psychodermatologic disease and was able to reduce the emotion regulation problems of these patients. It is suggested that psychologists and dermatologists use dynamic interpersonal psychotherapy for reducing psychodermatologic symptoms.

Keywords: Dynamic psychotherapy, emotional regulation, psychodermatologic, psychological symptoms, quality of life

¹Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

²Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

³Corresponding author: Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran 