



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۸، دوره ۱۸، شماره ۳، پاییز 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، آیتم، 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 باید 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 (درحد 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 نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای شکست عاطفی
عصمت مسیبی دورچه؛ علی عیسی زادگان؛ اسماعیل سلیمانی
- ۲۱-۳۳ اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به اختلال اضطراب
فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی
فاطمه موحدی؛ شهناز خالقی پور
- ۳۵-۴۹ تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت
نوع یک، (مطالعه موردی)
غزال زندکریمی؛ صغرا قهرمانی
- ۵۱-۶۲ مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با
و بدون اضافه وزن
فاطمه جوشن؛ علی زاده محمدی
- ۶۳-۷۷ نقش میانجی گری مکانیسم های دفاعی در پیش بینی استرس ادراک شده بر اساس سبک های
دل بستگی بیماران مبتلا به کووید -۱۹
وحید اسمعیلی؛ سعید آریاپوران؛ حسن امیری
- ۷۹-۹۱ تاثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه
شهریز نعمتی؛ میرمحمود میرنسب؛ محمد باردل؛ وحیده ابراهیمی
- ۹۳-۱۰۴ اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا
شیوا هوشمند فرزانه؛ مرتضی ترخان
- ۱۰۵-۱۱۸ اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان در فرزندان
شاهد و اینارگر
عاطفه قوتی؛ مینا دلربا؛ مسعود آهوان؛ حمیدرضا آقا محمدیان شعرباف؛ مریم فرنوش
- ۱۱۹-۱۳۲ مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری دانش آموزان دارای
نقص توجه/بیش‌فعالی
رسول اسمعیلی؛ مهناز استکی؛ منصوره شهریاری احمدی

نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش‌بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای شکست عاطفی

عصمت مسیبی دورچه^{۱*}، علی عیسی زادگان^۲، اسماعیل سلیمانی^۳

چکیده

امروزه وقوع شکست عاطفی در افراد می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد آن‌ها در حیطه‌های گوناگون شود از این رو در این پژوهش نقش طرح‌واره‌های هیجانی در پیش‌بینی بروز نشانگان ضربه عشق در افراد با تجربه شکست عاطفی مدنظر قرار گرفت روش پژوهش از نوع توصیفی - پس رویدادی که با استفاده از روش همبستگی (رگرسیون) انجام گرفت. ابتدا پرسشنامه‌های طرحواره‌های هیجانی لیهی و نشانگان ضربه عشق با استفاده از فرم‌نگار به صورت آنلاین تدوین گردید و از طریق لینک برای افراد با تجربه شکست عاطفی در بازه سنی ۱۸ تا ۳۸ سال به صورت هدفمند در سال ۹۹-۱۴۰۰ در شهر اصفهان ارسال شد سپس، ۸۹ نفر از افراد در سه سطح گروه‌بندی شدند و نمرات آنان در نشانگان ضربه عشق به عنوان متغیر ملاک و نمراتشان در طرحواره‌های هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بینی‌کننده با روش تحلیل تشخیصی مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از دستیابی به دو تابع تشخیصی بود که تنها تابع تشخیصی اول به طور معناداری با میزان مقادیر ویژه مطلوبی توانست واریانس گروه‌های تشکیل‌شده را تبیین نماید. از بین سازه‌های طرحواره‌های هیجانی؛ احساس فقدان کنترل، ساده‌انگاری هیجان و احساس شرم/گناه، به ترتیب بیشترین میزان ضریب ساختاری را در پیش‌بینی بروز نشانگان ضربه عشق در افراد دارای تجربه شکست عاطفی داشتند. نتایج این پژوهش نشان داد که افراد با تجربه شکست عاطفی دارای طرحواره‌های هیجانی بیشتری هستند که این خود مانع حل و فصل تجربه شکست عاطفی می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: شکست عاطفی، طرحواره‌های هیجانی، نشانگان ضربه عشق

^۱ نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

یکی از پرچالش‌ترین مسائلی که امروزه می‌تواند برای افراد در طول زندگیشان اتفاق بیافتد تجربه شکست عاطفی^۱ است، که عمدتاً همراه با پیامدهای منفی گوناگونی است و حتی می‌تواند تجربه نشانگان ضربه عشق^۲ را در فرد رقم بزند (کارتز، نوکس و هال، ۲۰۱۹). این نشانگان که توسط راس^۳ (۱۹۹۹) معرفی شد منجر به رکود شخصی در عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی می‌گردد و به ترس حل نشده از شکست عاطفی اشاره دارد که مجموعه علائمی همچون اختلالات خواب، نگرانی، خشم، تعارض، ناراحتی، مشکلات تمرکز و ناامیدی درباره آینده را به همراه دارد (دل پاسیو، گوالنز، کلارک و سولیوان^۴، ۲۰۱۷). تجربه این نشانگان می‌تواند موجب بی‌میلی به ارتباط و عدم احساس امنیت شود (رجبی، جوکار و علیمزادی، ۱۳۹۷). در معنابخشی به زندگی و خود بهینه^۵ (لاسینو و ورت^۶، ۲۰۱۷) مشکل ایجاد کند و ماشه چکانی برای افسردگی و عامل خطری برای افکار خودکشی باشد (قدرتی و تکلوی، ۱۳۹۸). بروز این علائم به طور کلی سیر بهبودی مبتلایان را به تاخیر می‌اندازد و عملکرد ایشان را مختل می‌نماید (میکاران، رایان، مکمان، بردلی^۷ و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد تجربه احساس تنهایی پس از شکست عاطفی بسیار شایع است و فرد به دلیل احساس طردشدگی در از سرگیری روابط بین فردی یا حفظ آن با نارسایی مواجه است (آسایش، قاضی نژاد، و باهنر، ۱۳۹۹) همچنین به دلیل عدم پذیرش اجتماع و ترس از عدم تایید، این افراد از سمت نزدیکان حمایتی نیز دریافت نمی‌کنند که منجر به کناره‌گیری بیشتر و بروز احساس گناه/ شرم در آنان می‌گردد (بنو^۸، ۲۰۲۰). در همین راستا یکی از عوامل مهمی که می‌تواند یاری رسان باشد، شیوه کنار آمدن با هیجان‌های نشأت گرفته از این بحران است (رجبی و نیک پور، ۲۰۱۷).

مطالعات نشان می‌دهد نحوه کنار آمدن با هیجان‌ها به طور موثر می‌تواند آسیب‌های ناشی از فقدان را کاهش دهد و این درحالی است که اغلب افراد دچار شکست عاطفی در کنار آمدن با هیجان‌های ناشی از جدایی مشکل دارند (مصباحی، امیرمجد، قمری و بزازیان، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها حاکی از آن است که شیوه‌های درک هیجان (هوش هیجانی) و شیوه پاسخگویی به آن (تنظیم

-
1. Emotional failure
 2. love trauma syndrome
 3. Carter, Knox, & Hall
 4. Rosse
 5. del Palacio-González, Clark and O'Sullivan
 6. optimal self
 7. Luciano, & Orth
 8. McKiernan, Ryan, McMahon, Bradley, & et al
 9. Benau

هیجان) با طرحواره‌های هیجانی مرتبط است و در آن ریشه دارد (لیهی، ۲۰۱۲). طرحواره‌های هیجانی به شیوه‌هایی که افراد هیجان‌های خود را تجربه می‌کنند و باورهایی که به محض برانگیخته شدن هیجان‌های ناخوشایند نسبت به رفع و اقدام درباره آن راه‌اندازی می‌شوند اشاره دارد (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی، ۱۳۹۷).

به طور طبیعی هر انسانی در شروع، حین و اتمام روابط بین فردی همچون روابط عاطفی هیجان‌های مختلفی نظیر غم، خشم، ترس، یا شرم را تجربه می‌نماید، اما اینکه چه چیزی موجب می‌شود تا یک هیجان تداوم یابد به تفسیر فرد از هیجان و راهبردهایی که وی برای تنظیم و مقابله با آن به کار می‌گیرد وابسته است (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی ۱۳۹۷). در واقع تفسیرها و پاسخ‌های فرد به هیجان‌های دردناک است که مشخص می‌کند فرد از دل این تجربه هیجانی (شکست عاطفی) با آسیب روانی (به ویژه افسردگی) بیرون خواهد آمد یا خیر. بر همین اساس طرحواره‌های هیجانی یک مدل اجتماعی-شناختی از هیجان و تنظیم هیجان است که طبق آن افراد از لحاظ ارزیابی هیجان (پذیرفتنی بودن، شرم، کنترل، تداوم، ادراک خطر، تناسب) با یک دیگر متفاوت هستند (لیهی، ۲۰۱۲). از این رو تفسیرهای مربوط به هیجان یعنی "باورهایی درباره هیجان خود و دیگران، و نحوه تنظیم آن" محتوای مرکزی طرحواره‌های هیجانی‌اند و به همین دلیل طرحواره‌های هیجانی می‌توانند باورهای مربوط به هیجان‌ها و چگونگی عمل آن‌ها را بسنجند. یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که در مورد بازداری، کنترل، اجتناب، پذیرش و تحمل آشفتگی مرتبط با هیجان‌ها مشکل دارند، راهبردهای مقابله ناکارآمد همچون، نشخوارفکری، نگرانی بیش از حد، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و غیره را به کار می‌گیرند (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی ۱۳۹۷). بنابراین می‌توان گفت راهبردهای تنظیم هیجان هم در کیفیت رابطه و هم در کنار آمدن با جدایی نقش دارند (بابایی گرمخانی، کسای، زهراکار و اسدپور، ۱۳۹۸؛ جانسون، ۲۰۱۹). با در نظر گرفتن این موضوع که طرحواره‌های هیجانی هم با اجتناب تجربه‌ای، نشانگان اضطرابی و افسردگی مرتبط می‌باشد و هم زیربنای تنظیم هیجانی است (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی ۱۳۹۷) و این موارد اغلب در افراد دچار شکست عاطفی وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره‌های هیجانی احتمالاً در شکست عاطفی تاثیر دارند.

از این جهت باتوجه به وسعت مشکلات پس از شکست عاطفی و گسترش آن در جامعه، بررسی دقیق‌تر عوامل تاثیرگذار بر بهبود آن و نیز شناسایی عوامل تشدیدکننده آن، حائز اهمیت است. علی‌رغم آنکه پیشینه پژوهش عمدتاً بر مداخلات درمانی پس از شکست عاطفی تمرکز داشته است (توسلی، اقامحمدیان شهرباف، سپهری شاملو و شهسواری، ۱۳۹۷)، و جای پژوهش‌هایی که

۱۰..... نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای ...

به عوامل تاثیرگذار پردازد خالی است؛ به همین منظور این پژوهش در قالب یک فرضیه به بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی در تفکیک افراد دارای شکست عاطفی برحسب سطوح تجربه نشانگان ضربه عشق پرداخته است و درصدد تعیین سهم تفکیک‌کنندگی این مولفه‌ها با استفاده از روش تحلیل تشخیصی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی (رگرسیون) می‌باشد که با استفاده از روش تحلیل تشخیصی (تمیز) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد دارای تجربه شکست عاطفی ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که از طریق فراخوان در شبکه‌های اجتماعی دعوت به شرکت در پژوهش گردیدند به جهت اجرای پژوهش پرسشنامه‌های طرحواره‌های هیجانی لیهی (۲۰۱۲) و نشانگان ضربه عشق (راس، ۱۹۹۹) با استفاده از فرم نگار به صورت آنلاین تدوین شد و سپس از طریق لینک و شبکه‌های اجتماعی، برای افراد داوطلب (۱۳۵ نفر) در بازه سنی ۱۸ تا ۳۸ به صورت هدفمند ارسال گردید. بدین منظور ابتدا برای افرادی که اعلان داوطلبی شرکت در پژوهش کرده بودند یک فرم دموگرافیک ارسال شد که حاوی چند سوال مرتبط با اعلام رضایت در پژوهش، اعلام زمان تجربه شکست عاطفی در سه سال اخیر، و همچنین اعلان شماره تلفن جهت دریافت لینک پرسشنامه بود. بنابراین برای متقاضیان، پرسشنامه‌ها به صورت لینک ارسال شد، و پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص ۸۹ نفر از افراد باقی مانده برحسب نمراتشان در پرسشنامه نشانگان ضربه عشق در سه سطح گروه بندی شدند به طوری که نمرات ایشان در این پرسشنامه به عنوان متغیر ملاک و نمراتشان در طرحواره‌های هیجانی به عنوان متغیر پیش‌بینی کننده عضویت گروهی مدنظر قرار گرفت و با نرم افزار **spss22** تحلیل شد.

ابزار پژوهش

مقیاس طرحواره‌های هیجانی (LESS-II)^۱: این مقیاس توسط لیهی (۲۰۰۲)، در ابتدا جهت سنجش طرحواره‌های هیجانی با ۵۰ گویه تهیه شد و در سال ۲۰۱۲ مجدد مورد بازنگری قرار گرفت و تعداد آن به ۲۸ گویه تقلیل یافت (لیهی، ۲۰۱۲). در این مقیاس فرد نمره کلی در طرحواره‌های هیجانی، و ابعاد چهارده‌گانه آن؛ تایید طلبی^۲، قابلیت درک^۳، احساس گناه/شرم^۴، ساده

1. Leahy Emotional Schema Scale
2. Validation
3. Comprehensibility
4. Guilt/Shame

انگاری هیجان‌ها^۱، ارزش‌های والاتر^۲، فقدان کنترل^۳، کرحتی^۴، عقلانیت^۵، تداوم احساس^۶، هوشیاری ضعیف^۷، عدم پذیرش احساسات^۸، نشخوار فکری^۹، ابراز کم احساسات^{۱۰} و سرزنش دیگران^{۱۱} کسب می‌نماید. این مقیاس دارای طیف لیکرت است و از یک تا شش (کاملاً غلط تا کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۸ تا ۱۶۸ قرار می‌گیرد که متوسط نمرات ۸۴ می‌باشد؛ هرچه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد فرد طرحواره‌های منفی بیشتری را دارد. روایی و پایایی این مقیاس توسط لیهی (۲۰۰۲) مورد بررسی قرار گرفته به طوری که ضریب همبستگی روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه افسردگی ۰/۶۶ و اضطراب بک ۰/۶۴ تایید و پایایی نمره کل آن ۰/۸۱ گزارش شد. در ایران نیز روایی همگرای این مقیاس با سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک (II) مورد تایید قرار گرفت. پایایی کل این مقیاس نیز با روش بازآزمایی ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ گزارش گردیده است (خانزاده، ادیسی، محمد خانی و سعیدیان، ۱۳۹۲). ضریب همسانی درونی برای نمره کل مقیاس در این پژوهش ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌ها ان ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه ضربه عشق^{۱۲} (LTI): این پرسشنامه توسط راس (۱۹۹۹) برای سنجش شدت ضربه عشق تهیه کرده و دارای ۱۰ گویه، و ۴ گزینه ای است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بین ۰ تا ۳ می‌باشد و سوالات ۱ و ۲ نمره‌گذاری معکوس می‌گیرند. دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۳۰ قرار دارد که در سه طبقه کمتر از ۹، بین ۱۰ تا ۱۹، و ۲۰ به بالا دسته بندی می‌گردد. نمره ۲۰ در این پرسشنامه به‌عنوان نقطه برش (بالینی) در نظر گرفته شده است و نمرات آن می‌تواند یک ارزیابی کلی از میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری فراهم آورد (راس، ۱۹۹۹). ضریب همبستگی روایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۷۴ و پایایی آن نیز به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (راس، ۲۰۰۷). در ایران روایی آن از طریق ضریب همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۴ و پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ تایید شد (دهقانی، ۱۳۸۹). در این پژوهش نیز پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ بدست آمد.

1. Simplistic View of Emotion
2. Higher Values
3. Uncontrollability
4. Numbness
5. Rational
6. Duration
7. Consensus
8. Acceptance of Feelings
9. Rumination
10. Expression
11. Blame
12. Love Trauma Inventory Questionnaire

۱۲..... نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای ...

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد شرکت‌کننده از لحاظ بازه سنی بین ۱۸ تا ۳۸ سال قرار داشتند که میانگین (انحراف معیار) سنی آنان برابر با ۲۸/۳۲ (۷/۱۱) سال و میانگین تحصیلات آنان برابر با ۱۵/۲۰ (۲/۷۶) سال بود در این بین ۷۴ نفر آنان زن و ۱۳ نفر مرد و ۲ نفر نیز جنسیت خود را مشخص ننموده‌اند. ۵۹ نفر مجرد و ۳۰ نفر متأهل بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار افراد شرکت‌کننده در پژوهش برحسب نمره افراد در مقیاس ضربه عشق در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی برای پاسخگویان برحسب میزان نمرات افراد در مقیاس ضربه عشق

ملاک	فاقد شکست عاطفی		دارای شکست عاطفی با قابلیت بهبود		دارای شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی		کل
	انحراف میانگین معیار	میانگین	انحراف میانگین معیار	میانگین	انحراف میانگین معیار	میانگین	
تایید طلبی	۲/۳۰	۶/۵۱	۲/۲۰	۵/۷۲	۳/۰۸	۶/۲۶	۲/۴۱
قابلیت درک	۲/۱۴	۶/۲۷	۲/۲۵	۷/۹۴	۲/۶۲	۶/۳۴	۲/۴۳
احساس گناه/شرم	۱/۸۴	۵/۸۳	۲/۵۵	۸/۰۵	۳/۱۸	۶/۴۳	۲/۶۸
ساده‌انگاری	۱/۹۱	۸/۶۸	۱/۳۳	۱۰/۵۵	۱/۵۸	۹/۴۵	۱/۶۰
ارزش والاتر	۲/۵۹	۴/۵۶	۲/۱۶	۵/۶۶	۲/۷۰	۵/۲۸	۲/۳۵
فقدان کنترل	۲/۱۸	۵/۳۷	۲/۴۶	۹/۰۵	۲/۸۷	۶/۹۸	۲/۷۴
کرختی	۱/۸۱	۶/۰۲	۲/۳۷	۵/۶۶	۲/۱۴	۵/۴۵	۲/۲۳
عقلانیت	۱/۹۹	۸/۹۵	۲/۱۴	۷/۸۸	۲/۵۸	۸/۵۰	۲/۲۱
تداوم احساس	۱/۸۱	۶/۳۶	۲/۰۷	۶/۵۰	۲/۰۰	۶/۹۱	۲/۰۳
هوشیاری ضعیف	۲/۸۹	۶/۶۴	۲/۳۷	۵/۶۱	۲/۶۳	۵/۷۷	۲/۵۳
عدم پذیرش احساس	۱/۶۹	۶/۷۰	۱/۴۹	۶/۵۵	۲/۳۰	۶/۲۴	۱/۷۲
نشخوار فکری	۲/۳۲	۷/۹۳	۲/۰۵	۸/۶۱	۲/۲۷	۸/۰۲	۲/۱۴
ابراز کم احساس	۱/۷۳	۵/۰۷	۱/۶۸	۵/۱۶	۲/۳۰	۵/۲۲	۱/۸۱
سرزنش دیگران	۱/۷۱	۴/۶۵	۲/۲۰	۵/۶۶	۲/۹۱	۵/۵۰	۲/۲۹
نمره کل طرحواره هیجانی	۹/۶۹	۹۱/۰۹	۹۱/۴۲	۱۲/۱۲	۹۹/۰۰	۱۴/۴۵	۹۲/۸۹

در ادامه به جهت آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره‌های هیجانی می‌توانند افراد دارای شکست عاطفی (تجربه نشانگان ضربه عشق) را از افراد فاقد آن/یا افراد با قابلیت بهبود برحسب نشانگان ضربه عشق تفکیک نمایند. ابتدا پیش فرض‌های

آن(همچون نداشتن چندهمخطی، پایین بودن همخطی متغیرهای پیش‌بین، عدم وجود عضویت گروهی همزمان و رعایت همبستگی درون گروهی) بررسی شد و نتایج نشان داد که داده‌ها از نظر عدم وجود عضویت گروهی همزمان رعایت شده‌است به طوری که ۸۹ نفر افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مجزایی عضویت گروهی یافته‌اند. همچنین بررسی داده‌ها از نظر عدم چندهمخطی و هم خطی پایین بین متغیرهای پیش‌بین نشان داد که هر ۱۴ سازه طرحواره‌های هیجانی از نظر تولرانس (تایید طلبی: ۰/۷۹، قابلیت درک: ۰/۶۲، احساس گناه/شرم: ۰/۵۰، ساده‌انگاری: ۰/۶۱، ارزش والاتر: ۰/۷۲، فقدان کنترل: ۰/۵۶، کرختی: ۰/۷۲، عقلانیت: ۰/۶۹، تداوم احساس: ۰/۷۰، هوشیاری ضعیف: ۰/۶۲، عدم پذیرش احساسات: ۰/۶۸، نشخوار فکری: ۰/۶۹، ابراز کم احساس: ۰/۷۸، و سرزنش دیگران: ۰/۷۰) از مقادیر کمی برخوردارند (<۰۵). بنابراین پیش شرط عدم وجود چند همخطی و احراز همخطی پایین رعایت شده است.

در ادامه مقادیر آزمون Box's M جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس به میزان آماره ۴۴۳/۷۱ ($P < ۰/۰۵$) بدست آمد که نشان‌دهنده عدم برقراری این پیش فرض می‌باشد اما با توجه به رعایت تمامی پیش فرض‌های دیگر همچنان می‌توان از این آزمون جهت تحلیل داده‌ها بهره برد (مولوی، ۱۳۸۶: ۹۵). همچنین همانطور که یافته‌های جدول (۲) در رابطه با پیش فرض ماتریس همبستگی درون گروهی نشان می‌دهد همبستگی خیلی بالایی بین متغیرها مشاهده نمی‌شود (<۰/۹)، از این رو متغیرهای مستقل دارای تفکیک قابل قبولی از یکدیگر هستند. بنابراین می‌توان از تحلیل تشخیصی برای پیش‌بینی میزان تفکیک گروه‌ها برحسب کد تشخیصی (دارای شکست عاطفی و فاقد آن) استفاده کرد.

جدول ۲: بررسی ماتریس همبستگی درون گروهی

ردی	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱	تایید طلبی	-*													
۲	قابلیت درک		۸												
۳	احساس گناه/ شرم			۳۲											
۴	ساده انگاری				۲۱										
۵	ارزش والاتر					۳۳									
۶	فقدان کنترل						۲								
۷	کرختی							۸	۲۳						
۸	عقلانیت									۱۴					
۹	تداوم احساس										۱۶				

۱۴..... نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای ...

۱۰	هوشیاری ضعیف	-۳	۷	-۹	۰/۱	-۲۵	۰/۱	۲۶	۳۲	۲۶	۰/۱	-	۲۶
۱۱	عدم پذیرش احساس	-۱۳	۲۴	۳۹	-۷	۹	-۷	۳۶	۲۰	۲۰	-۰/۴	۱	۸
۱۲	نشخوارفکری	۰/۳	۴	۲۳	۱۴	-۱۲	۱۴	۲۶	۲۷	۲۶	-۱۲	۲۱	۲۱
۱۳	ابراز کم احساس	۱۸	۲۴	-۱۰	-۹	۵	-۹	-۱	۳	-۱	۵	-۱	۸
۱۴	سرزنش دیگران	۱۴	۹	۶	۱۸	۱۶	۱۸	۱۳	۱۵	۱۳	۱۶	۸	۲۶

* = اعداد در ۱۰۰ ضرب شده اند

در ادامه همانطور که یافته‌های مرتبط با تابع‌های تشخیصی در جدول (۳) نشان می‌دهد اجرای تحلیل تشخیصی توانست دو تابع تشخیصی کانونی را شناسایی کند. مقدار ویژه برای این دو تابع به میزان ۰/۶۲ و ۰/۲۳ بدست آمد؛ با توجه به این مقادیر می‌توان گفت تابع اول از قدرت تفکیک مطلوبی برخوردار است. این تابع توانسته ۷۳ درصد از واریانس گروه‌ها و به عبارتی میزان پخش میانگین‌های سه گروه را تبیین نماید. مقدار آماره χ^2 دو برای تابع اول برابر با ۵۴/۷۵ می‌باشد و در سطح $p \leq ۰/۰۵$ معنادار می‌باشد اما مقادیر آن برای تابع دوم؛ ۱۶/۴۲ معنادار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه‌ها در سه گروه افراد با شکست عاطفی (قابل تحمل و نیاز به درمان) و فاقد آن متفاوت می‌باشد که حاکی از معناداری عضویت گروهی آنان می‌باشد. با توجه به مقدار آماره لامبدا و یلکز می‌توان گفت ۵۰٪ از واریانس‌های متغیرهای حاضر در پژوهش مربوط به تفاوت بین سه گروه است بنابراین ۵۰٪ از واریانس گروه‌ها از طریق تابع اول قابل تبیین می‌باشد.

جدول ۳: خلاصه نتایج تابع تشخیصی

تابع	مقادیر ویژه	درصد تبیین شده واریانس	درصد تجمعی	ضریب همبستگی کانونی
۱	۰/۶۲	۷۳/۰۰	۷۳/۰۰	۰/۶۱۸
۲	۰/۲۳	۲۷/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۴۳

ویلکز لامبدا				
تابع	آماره لامبدا و یلکز	آماره χ^2 دو	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	۰/۵۰	۵۴/۷۵	۲۸	۰/۰۰۲
۲	۰/۸۱	۱۶/۴۲	۱۳	۰/۲۲

در ادامه میزان سهم متغیرهای پژوهش برای تفکیک گروه‌ها از یک دیگر در جدول (۴) ماتریس ساختاری ارائه شده است. برحسب این مقادیر می‌توان متغیرهایی که بیشترین سهم را در تابع تشخیصی دارند را شناسایی کرد. همانطور که یافته‌های این جدول نشان می‌دهد متغیرهای فقدان کنترل، ساده انگاری و احساس گناه/ شرم، بیشترین همبستگی را در بین متغیرهای حاضر

در پژوهش با عضویت گروهی افراد دارد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت این متغیرها به میزان بالایی می‌توانند سه گروه را از یک دیگر تفکیک نمایند.

جدول ۴: ضرایب ماتریس ساختاری

ردیف	متغیر	تابع ۱	تابع ۲
۱	فقدان کنترل	*۰/۶۰	ضریب -۰/۰۴
۲	ساده انگاری	*۰/۵۱۹	۰/۰۳
۳	احساس گناه / شرم	*۰/۳۹۱	۰/۲۰۵
۴	نمره کل طرحواره هیجانی	^b ۰/۳۰۱	۰/۱۹۷
۵	عقلانیت	*-۰/۱۹۹	۰/۰۰۵
۶	نشخوار فکری	*۰/۱۵۵	۰/۱۴۷
۷	تایید طلبی	*-۰/۱۴۵	-۰/۰۵۵
۸	قابلیت درک	۰/۳۷۵	*۰/۴۳۷
۹	تداوم احساس	-۰/۰۴۱	*-۰/۳۹۲
۱۰	عدم پذیرش احساس	۰/۰۲۸	*۰/۳۶۹
۱۱	ابراز کم احساس	-۰/۱۵۶	*۰/۳۱۲
۱۲	کرختی	۰/۰۱۵	*۰/۳۰۰
۱۳	سرزنش دیگران	۰/۱۳۱	*-۰/۲۹۹
۱۴	هوشیاری ضعیف	-۰/۱۲۱	*۰/۲۸۱
۱۵	ارزش‌های والاتر	۰/۱۶۴	*۰/۱۷۲

* بیشترین میزان همبستگی خالص هر یک از متغیرها با تابع تشخیصی مورد نظر. ^b متغیر مورد نظر در تحلیل فوق به کار برده نشد.

در ادامه مهمترین جدول پیش‌بینی عضویت افراد در گروه‌های متغیر وابسته براساس نمراتشان در حول مراکز ثقل گروهی (افراد دارای شکست عاطفی نیازمند کمک: ۱/۴۰؛ افراد با شکست عاطفی با قابلیت بهبود خود بخودی: ۰/۱۶-؛ و فاقد شکست عاطفی: ۱/۰۱-) برحسب تابع اول تشخیصی به صورت اصلی در جدول (۵) آورده شده است.

همانطور که یافته‌های این جدول نشان می‌دهد ۱۰ نفر از افراد به درستی در گروه افراد فاقد شکست عاطفی، ۳۵ نفر به درستی در گروه افراد با شکست عاطفی با قابلیت بهبود و همچنین ۱۴ نفر نیز به درستی در گروه افراد با شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی قرار گرفتند. برحسب این یافته‌ها تابع تشخیصی توانسته به درستی ۶۲/۵ درصد افراد را در گروه افراد فاقد شکست عاطفی و ۶۳/۶ از افراد را در گروه افراد با شکست عاطفی با قابلیت بهبود خودبخودی و ۷۷/۸ درصد از افراد را نیز به درستی

۱۶..... نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای ...

در گروه افراد با شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی جای‌دهی کند. بنابراین می‌توان گفت که دقت طبقه‌بندی برحسب تابع تشخیصی (باسازه‌های فقدان کنترل، ساده‌انگاری و احساس گناه/ شرم) بدست آمده برای گروه افراد با شکست عاطفی نیاز به درمان بیشتر از گروه افراد با شکست عاطفی قابل بهبود و افراد فاقد شکست عاطفی است. در انتها با توجه به مقدار ضریب همبستگی کانونی (جدول خلاصه نتایج تحلیل تشخیصی) به میزان ۰/۶۱۸ می‌توان گفت که گروه‌بندی به شیوه اصلی به میزان ۶۱/۸ درصد به درستی صورت گرفته است.

جدول ۵: پیش‌بینی عضویت گروهی برای افراد شرکت کننده

کل	پیش‌بینی شده			گروه‌ها	تعداد اصلی
	شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی	شکست عاطفی با قابلیت بهبود	فاقد شکست عاطفی		
۱۶	۱	۵	۱۰	فاقد شکست عاطفی	
۵۵	۱۱	۳۵	۹	شکست عاطفی با قابلیت بهبود	
۱۸	۱۴	۲	۲	شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی	
۱۰۰	۶/۳	۳۱/۳	۶۲/۵	فاقد شکست عاطفی	درصد
۱۰۰	۲۰/۰	۶۳/۶	۱۶/۴	شکست عاطفی با قابلیت بهبود	
۱۰۰	۷۷/۸	۱۱/۱	۱۱/۱	شکست عاطفی نیاز به کمک درمانی	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل در این پژوهش مبنی بر پیش‌بینی شکست عاطفی از طریق سازه‌های طرح‌واره‌های هیجانی با یافته‌های مصباحی و همکاران (۱۳۹۸) که در پژوهش خود گزارش دادند که نشانگان ضربه عشق با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است همسو می‌باشد. همچنین یافته اخیر در رابطه با پیش‌بینی شکست عاطفی و نشانگان ضربه عشق از طریق سازه شرم/گناه و ساده‌انگاری هیجان با یافته‌های آسایش و همکاران (۱۳۹۹) که در پژوهش خود نشان دادند که واکنش عاطفی افراد به شکست عاطفی با مفاهیمی همچون احساس شکست، احساس بی‌ارزشی، احساس سردرگمی هیجانی، احساس ترس، احساس کمبود و سوگ، احساس آسیب‌پذیری، خشم، حسادت، ملالت، بی‌اشتیاقی و دزدگی و تنفر مرتبط است همسو می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشی دیگر همچون قدرتی و تکلوی (۱۳۹۸) و بابایی گرمخانی و همکاران (۱۳۹۸)، نیز همسو می‌باشد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر پیش‌بینی بروز نشانگان ضربه عشق در افراد باشکست عاطفی از طریق سازه‌های طرحواره-های هیجانی همچون فقدان احساس کنترل می‌توان گفت یکی از مسائلی که انسان همواره به آن نیاز داشته است میل به پیش‌بینی و کنترل پدیده‌ها است تا بتواند متناسب با آن رفتار کند (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی، ۱۳۹۷). چگونگی برخورد با احساسات و عواطف افراد نیز یکی از این موارد است، بدین معنی که ممکن است داشتن/نداشتن یک سری از احساسات و هیجانات را فرد برای خود و دیگری قابل قبول/غیرقابل قبول بدانند که این نوع باور به احساس کنترل/عدم کنترل بر احساسات و هیجانات می‌تواند فرد را دچار دردسر سازد چرا که ممکن است یکی از طرفین تجربه احساسات گوناگون را در رابطه عاطفی مجاز بداند اما دیگری وجود چنین احساسی را تاب نیاورد و در جهت کنترل احساسات در خود و دیگری بکوشد از این نظر به دلیل عدم درک احساسات در خود یا دیگری احتمال شکست عاطفی و تجربه نشانگان ضربه عشق را افزایش دهد بنابراین این یافته پژوهش قابل تبیین است.

همچنین نتایج پژوهشی نشان داد ساده‌انگاری هیجانی می‌تواند پیش‌بینی کننده بروز بیشتر نشانگان ضربه عشق در افراد باشکست عاطفی باشد. در تبیین یافته اخیر می‌توان گفت که فرد دارای ساده‌اندیشی نسبت به هیجان‌ها نمی‌تواند حضور چندین احساس (اغلب متناقض) را همزمان تحمل نماید، هیجان را به صورت صفر یا صد در نظر می‌گیرد و داشتن چندین احساس درباره یک موضوع (رابطه عاطفی) وی را بهم می‌ریزد (لیهی، ۲۰۱۵؛ ترجمه زیرک و آزادی، ۱۳۹۷). از این نظر می‌توان گفت فرد دچار تعارض هیجانی می‌گردد و متعاقب آن درباره اینکه چگونه با شریک عاطفی خود رفتار کند سردرگم می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۲۱). از این جهت ممکن است از احساسات خود و دیگری اجتناب کند، آن را نادیده انگارد یا دست به توجیه آن بزند بنابراین قادر به بیان خواسته خود به شریک عاطفی اش نیست و در رابطه دچار مشکل می‌گردد که نتیجه اخیر قابل درک و تبیین است.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد بروز احساس گناه/شرم در افراد دارای رابطه عاطفی می‌تواند پیش‌بینی کننده شکست عاطفی باشد. در تبیین این یافته می‌توان اشاره داشت که احساس گناه همچون احساس شرم، هیجانی منفی و ناراحت کننده که معمولاً همراه با هم اتفاق می‌افتند و هر دو از طریق قضاوت‌های خود ارزیابی از خود و اعمال رفتاری که بر طبق استانداردهای درونی رخ می‌دهد پدیدار می‌شوند (بنو، ۲۰۲۰). این احساس، هیجانی اجتماعی و به هويت فرد مرتبط است و یکی از مولفه‌های زیر بنایی روابط عاطفی نیز، هويت، احساسات مرتبط با عزت نفس و احساس شرم می‌باشد. به عبارتی دیگر در رابطه عاطفی

۱۸..... نقش طرحواره‌های هیجانی در پیش بینی نشانگان ضربه عشق در افراد دارای ...

چگونه به نظر آمدن فرد توسط فرد مقابل بسیار مهم است چرا که همه افراد نیاز دارند تا مورد تایید (افراد مهم زندگی) قرار بگیرند و زمانی که احساس کنند از سمت ایشان پذیرفته نشده‌اند، احساس شرم پیدا می‌کنند چرا که دلیل آن را دوست داشتنی نبودن خود برمی‌شمارند (گرینبرگ، ۲۰۱۹؛ ترجمه رضایی و همکاران ۱۳۹۸) بنابراین نتیجه‌ی اخیر مبنی بر پیش‌بینی شکست عاطفی از طریق سازه شرم/گناه قابل درک و تبیین است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره داشت؛ (۱) با توجه به آنکه این پژوهش در دوره همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ انجام شد بنابراین امکان دسترسی حضوری به افراد دچار شکست عاطفی از طریق مراکز مشاوره وجود نداشت که این مورد دسترسی دقیق‌تر به این افراد را با مشکل مواجه ساخت. (۲) همچنین با توجه به آنکه پژوهش به صورت آنلاین صورت گرفت آن دسته از افراد که در شبکه‌های اجتماعی حضور نداشتند را شامل نگردید. (۳) علاوه بر آن یکی از شرایط ورود به پژوهش وقوع شکست عاطفی بین ۶ ماه تا ۳ سال گذشته بود بنابراین افراد باشکست عاطفی با زمان کمتر یا بیشتر را شامل نگردید. پیشنهاد می‌گردد در کار با زوجین و افراد دارای شریک عاطفی سازه‌های فوق مدنظر قرار گیرد و در این باره به افراد آموزش‌های لازم درباره نقش طرحواره‌های هیجانی و ساز و کار آن در رابطه‌شان ارائه گردد. علاوه بر این نتایج حاصل از این پژوهش را می‌توان در آموزش‌های پیش از ازدواج به کار برد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش یاری رسانند از جمله شرکت کنندگان تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- آسایش، محمد حسین؛ قاضی نژاد، نیکو و باهنر، فهیمه (۱۳۹۹). تبیین واکنش‌های عاطفی دختران با نشانگان شکست عشقی. *نشریه علمی فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*. ۱۵ (۵۳): ۱۲۵-۱۵۴.
- بابایی گرمخانی، محسن، کسائی، عبدالرحیم، زهراکار، کیانوش و اسدپور، اسماعیل (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۹ (۲)، ۹۲-۷۳.
- توسلی، زهرا، آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا، سپهری شاملو، زهره و شهشوار، مجید (۱۳۹۷). اثر بخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر نشانگان ضربه عشق و عملکرد کلی افراد شکست‌خورده عاطفی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، سال ۱۲، شماره ۱: ۱۰۲-۸۳.
- خانزاده مصطفی، ادریسی فروغ، محمدخانی شهرام، سعیدیان محسن (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روانسنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۳ (۱۱): ۹۱-۱۱۹.

دهقانی، م (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت تعدیل‌کننده اضطراب بر نشانگان ضربه عشق. پایان نامه دوره دکتری. انستیتو روانپزشکی تهران.

رجبی، سوران، جوکار، مهناز و علیمزادی، خدیجه (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی متمرکز بر آسیب در کاهش نشانگان ضربه عشق در دانشجویان. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*. ۸(۱): ۷۹-۹۶.

قدرتی، سلماز و تکلوی، سمیه (۱۳۹۸). نقش شکست عاطفی و سبک های دلبستگی در پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۱۹(۲): ۲۰۴-۲۱۵.

گرینبرگ، لزی (۲۰۱۹). *مربیگری در درمان هیجان مدار: هدایت مراجعان در کار با هیجان هایشان*، ترجمه دکتر محمد آرش رضانی، زینب باقری و ایمان همت یار ۱۳۹۸. تهران: روان.

لیهی، رابرت، ل (۲۰۱۵). *رویکرد طرحواره درمانی هیجانی*. ترجمه حسین زیرک و راحله آزادی ۱۳۹۷. تهران: ارجمند. چاپ اول. ۱-۴۵۶. مصباحی، الهام، امیری مجد، مجتبی، قمری، محمد و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۸). تدوین مدلی برای پیش بینی نشانگان ضربه عشقی در دانشجویان براساس ویژگی های شخصیتی، طرحواره های ناسازگار اولیه و کیفیت روابط دلبستگی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۵(۱): ۴۲-۵۶.

مولوی، حسین (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS 10-13-14 در علوم رفتاری*. اصفهان: پویش اندیشه.

Asayesh, M., Qazinejad, N., Bahonar, F. (2021). Explanation of the Emotional Reactions of Girls with Love Trauma Syndrome: A Qualitative Study. *The Women and Families Cultural-Educational*, 15(53), 125-154. (Persian).

Babaei, M., Kasaii, A., Zaharakar, K., Asadpor, E. (2020). Effectiveness of compassion focused group counseling on emotion regulation strategies and marital satisfaction of betrayal women with cyber infidelity. *Family Counseling and Psychotherapy*, 9(2), 73-92. (Persian).

Benau, K. (2020). Shame, Pride and Dissociation: Estranged Bedfellows, Close Cousins and Some Implications for Psychotherapy with Relational Trauma Part I: Phenomenology and Conceptualization. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 8(1): 1-35.

Carter, K. Knox, D. & Hall, S. (2019). Romantic breakup: difficult loss for some but not for others. *Journal of Loss and Trauma*, 23(176): 1-17.

Dehghani, M. (2011). Efficacy of short term dynamic psychotherapy on love trauma syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 5(2): 18-25.

Del Palacio-González, A., Clark, D. A. and O'Sullivan, L.F. (2017). Distress severity following a romantic breakup is associated with positive relationship memories among emerging adults, *Emerging Adulthood*, 5(4): 259-267.

Ghodrati, S., & Taklavi, S. (2019). Prediction of Suicidal Thoughts Based on Emotional Failure and Attachment Styles among University Students. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences(JAUMS)*, 19(2), 204-215. (Persian).

Greenberg, L.S. (2019). *Coaching in emotion-oriented therapy: Guiding clients in working with their emotions*, (translated by Dr. Mohammad Arash Ramezani, Zeinab Bagheri and Iman Hemmatyar) Tehran: Ravan. (2015). (Persian).

Greenberg, L. S. (2021). Changing emotion with emotion. *American Psychological Association*.

Johnson, S. M. (2019). *Attachment Theory in Practice_ Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families*. The Guilford Press.

Khanzadeh, M., Idrisi, F., Mohammad Khani, Sh, Saidian, M. (2013). Examining the factor structure and psychometric characteristics of emotional schemas scale on students. *Clinical psychology studies*. 3(11):91-119. (Persian).

- Leahy, R. L. (2002). A Model of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Leahy, R. L. (2012b). Leahy Emotional Schema Scale II(lessII). Unpublished manuscript, *American Institute for Cognitive Therapy*, New York.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. Translated by H. Zirak, R. Azadi. Published: Arjmand. Tehran. (Persian).
- Luciano, E. C., & Orth, U. (2017). Transitions in romantic relationships and development of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(2), 307-328.
- McKiernan, A., Ryan, R., McMahon, E., Bradley, S., & Butler, E. (2018). Understanding young people's relationship breakups using the dual processing model of coping and bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 23(3), 192-210.
- Mesbahi, E., AmirMajd, M., Ghamari, M., & Bazazian, S. (2019). Development of a model to predict emotional failure in students according to personal factors and initial maladaptive schemas and quality of love relationships. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(1): 42-56. (Persian).
- Molavi, Hussein. (2007). *Practical guide to SPSS 10-13-14 in Behavioral Sciences*. Isfahan: Pooyesh Andisheh. (Persian).
- Rajabi, S. Nikpoor, N. (2017), Predicting love trauma syndrome based on early maladaptive schemas and emotional intelligence among the youth. *International Journal of Psychology*, 11(2): 152-174.
- Rosse, R. B. (1999). *The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken*. Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group.
- Tavasoli, Z., Aghamohammadin Sherbaf, H., Sepehri Shamloo, Z., Shahsavari, M. (2018). Effectiveness of group reality therapy on love trauma syndrome and overall function of people who failed emotionally. *Journal of Applied Psychology*, 12(1), 83-102. (Persian).



اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی

فاطمه موحدی^۱، شهناز خالقی پور^{۲*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران دارای اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی شهر اصفهان بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند انتخاب و در دو گروه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا و پرسشنامه سرزندگی ذهنی بود. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت درمان تحمل ابهام قرار گرفتند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس انجام شد. یافته‌ها نشان داد درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و افزایش سرزندگی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی موثر بود. بنابراین می‌توان از این روش درمانی در جهت کاهش بلا تکلیفی، نگرانی و افزایش سرزندگی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، بلا تکلیفی، درمان تحمل ابهام، سرزندگی، نگرانی

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد، خمینی شهر، ایران

نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران ✉

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ در مادران دارای فرزند کم توان به‌وفور مشاهده می‌گردد و به جهت آثار منفی آن مورد توجه است. تاثیر معلولیت صرفاً به فرد معلول محدود نمی‌شود بلکه خانواده را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. خانواده‌های دارای فرزند کم توان در معرض استرس بیشتری قرار داشته و به منابع حمایتی بیشتری نیاز دارند (هالستد، گریفیس و هاستینگ^۲، ۲۰۱۸). والدین کودکان کم توان ذهنی درماندگی، ناامیدی، احساس گناه و نگرانی را گزارش می‌کنند (خدابخشی کولایی، کوشکی و کلهر، ۱۳۹۸). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد این مادران سلامت جسمی و روانی پایین‌تری دارند و استرس بیشتری را در مقایسه با پدران تجربه می‌کنند. ویژگی‌های کودکان و قابل پیش‌بینی بودن رویدادها و فرزندپروری متفاوت تنیدگی را در والدین و به ویژه مادران افزایش می‌دهد. مادران با خطرات احتمالی که فرزند کم توان ذهنی آنها را تهدید می‌کند آشنا هستند، لذا همواره درباره آینده فرزند خود نگران هستند و شدت نگرانی به حدی است که منجر به بروز علائم اضطراب فراگیر می‌شود (غفاری نیا، ولی زاده، اکبری، کریمی، ۱۳۹۶). ویژگی افراد مبتلا، اضطراب مفرط و انتظار توأم با تشویش در مورد وقایع، مسئولیت‌ها و سلامتی خانواده است که به صورت نگرانی غیرقابل کنترل می‌باشد (دی مارتین، جاواتری و فانچر^۳، ۲۰۱۹).

اختلال اضطراب فراگیر با آسیب در عملکرد روانی اجتماعی همراه است و بیشتر از دیگر اختلال‌های اضطرابی مزمن باقی می‌ماند. اضطراب ناشی از آن معطوف به هیجان‌پذیری منفی، اجتناب از آسیب و رویدادهای منفی است (الهیاری و خالقی پور، ۱۳۹۸). در میان مولفه‌های شناختی اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی^۴ سهم قابل توجهی در تجربه نگرانی داشته است (هیل، وایت و کرسول^۵، ۲۰۱۶). عدم تحمل بلا تکلیفی، باور منفی نسبت به بلا تکلیفی و ناتوانی در تحمل پاسخ آزاردهنده‌ای است که به جهت فقدان اطلاعات مهم و کافی اتفاق می‌افتد که با واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری همراه است (کارلتون^۶، ۲۰۱۶ و جیلت، بایلیک، هانا و فیتزجرالد^۷، ۲۰۱۸). افراد با عدم تحمل بلا تکلیفی، ابهام را تنش‌زا، ناامید کننده و اضطراب‌برانگیز می‌دانند و از موقعیت‌های نامطمئن اجتناب می‌کنند. آنها احتمال پیش‌بینی ناپذیر بودن رخدادها را منفی را بیش برآورد کرده و از اطلاعات مبهم، تفسیرهای تهدیدآمیز ارائه می‌کنند، مستعد واکنش‌های ناکارآمد و خلق منفی هستند که به اشکال در عملکرد منجر

-
1. Generalized anxiety disorder
 2. Halstead, Griffith & Hastings
 3. Demartini, Gayatri & Fancher
 4. Intolerance of uncertainty
 5. Hill, Waite & Creswell
 6. Carleton
 7. Gillett, Bilek, Hanna & Fitzgerald

می‌شود. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد عدم تحمل بلا تکلیفی نقش اساسی در نگرانی دارد (واندیس، وان وین، هانرس، باتلان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). موقعیت‌های اضطراب بر انگیز مبهم باعث می‌شود فرد درگیر سوالات بی‌پایان همانند چه می‌شود اگر؟ شود و از آنجا که این سوالات اغلب بدون جواب باقی می‌مانند تحمل بلا تکلیفی دشوار است، بنابراین دچار نگرانی شده که به جهت گیری منفی به مسأله و اجتناب شناختی منجر می‌گردد که در یک چرخه معیوب باعث ابقای نگرانی می‌شود (بارلو، ۲۰۱۱). نگرانی، یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، فرآیندی شناختی است که وقایع را تهدیدزا پیش‌بینی می‌کنند که به تدریج تبدیل به راهبردی برای مقابله با تهدیدهای قریب‌الوقوع می‌شود. آن‌ها به طور پایدار گوش به زنگ هستند. از آنجایی که تهدیدهای پیش‌بینی‌شده، نامحتمل هستند، توانایی برای برنامه‌ریزی از طریق تفکر برای آینده، به جای اینکه موجب رفتار سازنده حل مسأله شود، باعث اضطراب می‌شود. نگرانی، تلاش شناختی غیر موثر برای حل مسئله و حذف خطر ادراک شده می‌باشد که به طور هم‌زمان موجب اجتناب از تجارب هیجانی و جسمی آزارنده شده و در پردازش مواجهه با ترس اتفاق می‌افتد. در نتیجه نگرانی با از بین بردن تصاویر آزاردهنده به صورت منفی تقویت شده و نگرانی تداوم می‌یابد (هربرت و دوگاس^۲، ۲۰۱۹). نگرانی منجر به کاهش شادکامی و سرزندگی^۳ در افراد مبتلا به اضطراب می‌شود. سرزندگی یک حالت مثبت فعال است که منشاء آن به مفهوم زندگی برمی‌گردد که با شادکامی مشابهت دارد و یک نیروی حیات بخش تعریف می‌شود. شخص سرزنده از حس زنده بودن و یک انرژی کلی برای زیستن برخوردار است که خودش را به عنوان اصل تجربه می‌کند. سطح بالاتر سرزندگی با تجاربی از قبیل استقلال و تمامیت، خود شکوفایی و ادراک خود به عنوان فردی با عملکرد کامل همبسته است که در وضعیت منفی کاهش می‌یابد (تیتزمن، کامپ و هندرسون^۴، ۲۰۲۲). بنابراین با توجه به تاثیر کودک کم توان در خانواده که سرزندگی و عملکرد روانی و اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، کاربرد مداخلات موثر برای کمک به کاهش علائم ضروری به نظر می‌رسد. درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های تثبیت شده در درمان اختلال اضطراب فراگیر موثر گزارش شده است (والند، اندرسون، پرین، ویجرلند و سرلاچیوس^۵، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد در تعدادی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی رفتاری کلاسیک علائم باقی می‌ماند (کارپنتر، اندروز، ویتکرافت، پاورز^۶ و همکاران، ۲۰۱۸) و

1. Van Dis, Vanveen, Hagenaaars, Batelaan
2. Hebert, Dugas
3. Vitality
4. Tintzman, Kampf, Henderson
5. Serlachius, Wahlund, Andersson, Perrin, Vigerland
6. Carpenter, Andrews, Witcraft, Powers

۲۴..... اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به...

همین مساله لزوم درمان‌های اثربخش‌تر را آشکار می‌سازد. یکی از عوامل شناختی در تداوم اختلال اضطراب فراگیر عدم تحمل ابهام است که به عنوان عامل فراتشخیصی محسوب می‌شود و در انواع اختلالات هیجانی ایفای نقش می‌نماید (دوگاس و رابیچاد^۱، ۲۰۱۹؛ کانسل، فرتادو، آیوریو، آناند^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام^۳ یکی از مدل‌های درمان اختلال اضطراب فراگیر است که بر ویژگی اختصاصی عدم تحمل ابهام تأکید دارد و اساس آن پیرامون محور افزایش تحمل و پذیرش ابهام و قطعی نبودن است (هربرت و دوگاس، ۲۰۱۹ و استیونز، راجرز، کمپبل، بیورجونسون و کراتز^۴، ۲۰۱۸). مطالعه‌ی هوای و ژیهوی^۵ (۲۰۱۷) اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر عدم تحمل ابهام را در مقایسه با گروه در فهرست انتظار بر کاهش نگرانی نشان داده‌اند. با توجه به یافته‌ها این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی و نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از :

درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی اثربخش است.

درمان تحمل ابهام بر نگرانی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی اثربخش است.

درمان تحمل ابهام بر سرزندگی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی اثربخش است.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی بودند که فرزند آنها در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تحت حمایت اداره بهزیستی شهر اصفهان قرار داشت. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و با روش انتساب تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. ملاک‌های ورود داشتن فرزند کم‌توان ذهنی، کسب نمره ۱۰ و بالاتر در پرسشنامه اضطراب، دامنه سنی ۳۰-۵۰ سال، عدم شرکت همزمان در سایر مداخله‌های درمانی، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمان و عدم مصرف داروهای روانپزشکی براساس اظهارات شرکت کنندگان بود. ملاک‌های خروج غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان بود. پژوهشگر موافقت نامهای تنظیم کرد و اطلاعاتی درباره هدف، مراحل اجرا، طرح آزمایشی، نوع مداخله و سایر فعالیت‌ها درج

- 1 . Dugas , Robichuad
- 2 . Counsell, Furtado, Iorio, Anand,
- 3 . Cognitive Behavioral Therapy Focused on Intolerance of Uncertainty(CBT-IU)
- 4 . Stevens, Rogers, Campbell, Bjorgvinsson, Kertz
- 5 . Hui & Zhihui

و به امضای شرکت‌کنندگان رساند و سودمندی پژوهش مبتنی بر نظریه که باعث ارتقای سلامت می‌شود برای آنها مطرح گردید. همچنین در راستای معیارهای اخلاقی، گروه کنترل در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت درمان تحمل ابهام قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این پرسشنامه توسط اسپیتزر، کرونگ، ویلیامز، لو^۱ (۲۰۰۶) ساخته شده است و دارای ۷ گویه می‌باشد. برای نمره گذاری از مقیاس چهار درجه‌ای هیچ وقت (۰) تا تقریباً هر روز (۳) استفاده می‌شود. دامنه نمره ۰ تا ۲۱ است. نقطه برش ۱۰ نشان دهنده اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. روایی همگرا با پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر^۲ در مولفه حالت اضطراب ۰/۷۱ و برای رگه اضطراب ۰/۵۲ به دست آمده است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دو هفته ۰/۸۳ گزارش شده است (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه ایرانی ۰/۸۵ و روایی همگرای پرسشنامه با خرده مقیاس اضطراب از سیاهه نشانه‌های بالینی ۰/۷۴ گزارش شده است (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: این مقیاس توسط فریستون، ریهوما، لایتارت، دوگاس و لادوسور^۳ (۱۹۹۴) طراحی شده و ۲۷ گویه دارد که واکنش فرد در موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی را ارزیابی می‌کند. دارای چهار مولفه تحمل کم در موقعیت‌های مبهم^۴، باورهای مثبت درباره نگرانی^۵، اجتناب شناختی^۶ و جهت‌گیری منفی^۷ به مشکل می‌باشد. نمره گذاری با مقیاس پنج درجه‌ای هرگز (۱) تا همیشه (۵) پاسخ داده می‌شود. دامنه نمره بین ۲۷ تا ۱۳۵ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ و روایی آن با پرسشنامه نگرانی ۰/۶۰، افسردگی بک ۰/۵۹ و اضطراب بک ۰/۵۵ گزارش شده است (بوهر، دوگاس^۸، ۲۰۰۶). پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۶ و روایی پیش‌بین آن با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ۰/۷۸ و با پرسشنامه اجتناب شناختی ۰/۷۱ گزارش شده است (اکبری و محمدخانی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

1. Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe
2. Spielberger
3. Freeston, Rheauma, Litarte, Dugas, Ladouceur
4. Low tolerance for ambiguous situations
5. Positive beliefs about worry
6. Cognitive avoidance
7. Negative orientation
8. Buhr & Dugas

۲۶..... اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به...

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ)^۱: این پرسشنامه توسط می‌یر، میلر، مزگر و بورکویک^۲ (۱۹۹۰) طراحی شده است. دارای ۱۶ گویه و دو بعد نگرانی عمومی و فقدان نگرانی می‌باشد که با مقیاس ۵ درجه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند = ۱ تا کاملاً صدق می‌کند = ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره از ۱۶ تا ۶۴ است. پایایی به روش بازآزمایی در طول یک دوره دو تا ده هفته‌ای ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (می‌یر و همکاران ۱۹۹۰). روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه رگه اضطراب ۰/۸۲ و با حالت اضطراب ۰/۲۵ گزارش شده است (بیودین و دیس ریچارد، ۲۰۰۹). در ایران پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی بیانگر شاخص‌های خوب پرسشنامه بوده و روایی رضایت‌بخش گزارش شده است (منصوری، خدایاری فرد و بشارت، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس سرزندگی ذهنی^۳: این مقیاس توسط رایان و فردریک^۴ (۱۹۹۷) ساخته شد که دارای ۷ گویه می‌باشد که با مقیاس ۵ درجه‌ای ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافق) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۷ تا ۳۵ است. پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی مقیاس با پرسشنامه‌های خودشکوفایی، عزت نفس و رضایت از زندگی همبستگی مثبت ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ و با سنج‌های روان‌پریشی، افسردگی و عاطفه منفی و اضطراب همبستگی منفی (۰/۲۵ تا ۰/۶۰) گزارش شده است (بوستیک، رویو و هود^۵، ۲۰۰۰). پایایی این مقیاس توسط شیخ‌الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۰) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است و روایی آن با روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

درمان تحمل ابهام: بعد از اجرای پیش آزمون درمان در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای براساس مدل داگاس و رابی چاد^۶ (۲۰۰۷) یک بار در هفته به صورت حضوری برای گروه آزمایش برگزار گردید.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان تحمل ابهام (داگاس و رابی چاود، ۲۰۰۷)

جلسات	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
-------	-----	-------	-------------------------	--------

1. Pen state worry questionnaire
2. Meyer, Miller, Metzge & Borkovec
3. subjective vitality scale
4. Ryan & Frederick
5. Bostic, Rubio & Hood
6. Dugas & Robichaud

اول	رابطه درمانی	ارزیابی مشکل و بررسی وضعیت فعلی و انتظارات مراجع از درمان و شرح قوانین جلسات	آمادگی ورود به درمان و شناخت تجربه درونی مرتبط با اضطراب	شناسایی علائم اختلال اضطراب فراگیر
دوم و سوم	اصول درمان	توضیح مختصری از مدل اولیه درمان	شناخت از نگرانی ها در موقعیت های زندگی	تکمیل فرم های نظارت بر نگرانی، شناسایی انواع نگرانی در موقعیت های واقعی و فرضی
چهارم و پنجم	به چالش کشیدن باورهای عدم قطعیت و مقابله	عدم تحمل ابهام؛ جلوه هایی از قطعیت (جست و جوی رفتار ایمنی بخش) و به چالش کشیدن باورها	پذیرش و تحمل بلا تکلیفی	خودپایشی از عدم تحمل ابهام و رفتارهای ایمنی بخش؛ آزمون ترس و مقابله پس از آزمایش های رفتاری
ششم و هفتم	به چالش کشیدن باورهای مثبت درباره نگرانی	باورهای مثبت درباره نگرانی؛ به چالش کشیدن باورهای مثبت درباره نگرانی	کاهش افکار و شناختواره های جزم اندیشانه	شناسایی باورهای نگرانی، تمرین شناختی به چالش کشیدن باورهای نگرانی
هشتم و نهم	منفی نسبت به مشکل و حل مسئله	مشاهده مشکلات در یک زنجیره: چالش در مقابل تهدید؛ شناسایی مشکلات جاری؛ آموزش حل مسئله	پذیرش تهدیدها و مهارت مسئله یابی در موقعیت های ابهام	ایجاد فهرست مشکلات کنونی؛ شناسایی فرصتها در مشکلات شخصی؛ تمرین مهارت های حل مسئله با استفاده از نمونه های شخصی
دهم و یازدهم	اصول مواجهه	منطق اصلی مواجهه تجسمی برای ترس از موقعیت های فرضی	شکستن الگوی اجتناب و ترس	ایجاد سناریو نگرانی؛ تمرین روزانه مواجهه تجسمی
دوازدهم	پیشگیری از عود	عوامل تداوم بخش روزانه؛ شناسایی موقعیت های پرخطر؛ آمادگی برای مواجهه با موقعیت های پرخطر، تثبیت دستاوردهای درمانی	کاهش اضطراب ناشی از بلا تکلیفی و عدم قطعیت	فرم عوامل تداوم بخش

روش اجرا: ملاحظات اخلاقی از جمله رعایت رازداری و اختیار کامل برای کناره گیری از پژوهش، اطلاع رسانی در مورد هدف پژوهش، کسب رضایت نامه و استفاده از داده ها در راستای اهداف پژوهش مدنظر قرار گرفتند. همچنین گروه کنترل در پایان دوره به صورت آزادانه و فشرده تحت درمان قرار گرفتند. آموزش توسط پژوهشگر دارای مهارت بالینی در حوزه تخصصی مرتبط با درمان اجرا شد. مکان اجرا سالن آموزش های گروهی بهزیستی بود. داده ها با آزمون تحلیل کواریانس انجام شد.

یافته ها

۲۸..... اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به...

یافته‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد میانگین سنی گروه آزمایش $36/11 \pm 6/26$ و گروه کنترل $35/17 \pm 8/08$ بود. در گروه آزمایش، ۱۰ نفر (۶۶/۶۷٪) دیپلم، ۳ نفر (۲۰٪) فوق دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) لیسانس بودند. گروه کنترل نیز ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) فوق دیپلم و ۳ نفر (۲۰٪) لیسانس بودند. آزمون خی دو نشان داد که بین دو گروه در فراوانی تحصیلات مادران تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/21$). در جدول ۲ آماره‌های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه ارائه شده است

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

عضویت گروهی	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	اضطراب	۱۹/۷۶	۲/۳۴	۹/۰۴	۲/۷۱
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۸۹/۹۳	۶/۱۳	۸۲/۳۴	۵/۸۳
	نگرانی	۵۸/۶۷	۷/۴۸	۵۲/۸۴	۷/۲۳
	سرزندگی	۱۱/۹۳	۲/۴۶	۱۷/۲۳	۲/۷۲
گروه کنترل	اضطراب	۲۱/۱۸	۲/۱۷	۲۱/۷۹	۲/۴۸
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۹۲/۰۷	۶/۶۳	۹۲/۳۹	۶/۳۳
	نگرانی	۶۰/۱۳	۷/۲۱	۵۹/۸۱	۷/۳۴
	سرزندگی	۱۲/۷۳	۲/۱۹	۱۲/۶۰	۲/۱۳

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها نشان داد سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است که نمایانگر برابری واریانس گروه‌ها و یکسان بودن پراکندگی نمرات در پیش آزمون است. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان داد شرط نرمال بودن توزیع نمرات در مرحله پس آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین داده‌ها از فرض همگنی شیب رگرسیون در سطح $P > 0/05$ پشتیبانی می‌کند و مانعی برای استفاده از تحلیل کواریانس وجود ندارد. پیش فرض تساوی کواریانس‌ها یا روابط بین متغیرها تایید شده است ($P > 0/05$) و استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس جهت تحلیل داده‌ها بلامانع است. براساس نتایج جدول ۳ بین دو گروه در تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، سرزندگی و نگرانی تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$) و آموزش تحمل ابهام توانسته است باعث کاهش نمرات تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نگرانی و بهبود سرزندگی مادران مبتلا به اضطراب

فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی شود. میزان تاثیر درمان برای تحمل ناپذیری بلا تکلیفی ۵۹ درصد، برای نگرانی ۵۱/۶ درصد و برای سرزندگی ۴۹/۴ درصد بوده است. توان آماری نشان دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم می باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی درمان شناختی- رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
تحمل ناپذیری بلا تکلیفی	۱۹۳/۵۸	۱	۱۹۳/۵۸	۳۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
نگرانی	۱۱۸/۰۲	۱	۱۱۸/۰۲	۲۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
سرزندگی	۶۵/۷۳	۱	۶۵/۷۳	۲۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی تاثیر دارد. در همسویی یافته‌های این پژوهش می‌توان به نتایج مطالعه هربرت و دوگاس (۲۰۱۹) و استوینز و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد. در تبیین یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به اضطراب فراگیر گرایشی قوی برای تفسیر تهدیدآمیز موقعیت‌ها و اطلاعات نامشخص دارند که در یک دور باطل به اضطراب و تحمل نکردن بلا تکلیفی می‌انجامد. درمان تحمل ابهام، افکار و رفتارهای قابل پذیرش جدیدی را می‌سازد که با افکار و هیجانات منفی درگیر در اضطراب در تضاد است. آزمودنی می‌آموزد در رویارویی با موقعیت مبهم وضعیت را تهدید آمیز تصور نکرده و آن را به عنوان بخشی از زندگی خود بپذیرد و به جای تلاش برای جستجوی اطلاعات برای حذف عدم قطعیت، ابهام را به صورت متعادل بپذیرد و خود را با دانش ناقص درباره محیط انطباق دهد و با ذهن باز در مسائل پیچیده به راه حل تازه دست یابد و در تفسیر رویدادها از سبک فکری مناسب استفاده کند و برای رخداد وقایع منفی در آینده قطعیت بالایی در نظر نگیرد. با ارتقاء تحمل ابهام فرد در مواجه شدن با اطلاعات انعطاف پذیری ذهنی پیدا کرده و خلاقانه‌تر با مسائل پیچیده برخورد کرده و از سیکل معیوب فکری خود فاصله گرفته می‌تواند در موقعیت ابهام راه حل مناسبی پیدا کند و فرد می‌آموزد چون نمی‌تواند آینده را پیش‌بینی کند با پرورش افکار مثبت درباره آینده، اضطراب کمتری را تجربه می‌کند و ابهام را با آغوش باز می‌پذیرد و تحمل در برابر بلا تکلیفی افزایش می‌یابد.

نتایج دیگر نشان داد درمان تحمل ابهام بر نگرانی مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعه هوای و ژیهوی (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. نگرانی با عدم تحمل رابطه دارد و به عنوان زنجیره‌ای از

۳۰..... اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به...

افکار غیرقابل کنترل دارای درون مایه‌های عاطفی است که برای حل یک مسأله درونی که پیامد آن نامعلوم و نتیجه منفی دارد، در افراد مضطرب عمل می‌کند. در درمان تحمل ابهام فرد می‌آموزد ابهام بخشی از ماهیت دنیا است و آن را به عنوان واقعیت می‌پذیرد و می‌فهمد که نمی‌تواند از آن اجتناب کند و موقعیت‌های نامطمئن و پیش‌بینی ناپذیر را فاجعه‌آمیز در نظر نگیرد و به این صورت باورهای نگرانی به چالش کشانده می‌شوند. همچنین با مواجه شدن با مسئله، آمادگی روانی برای رویارویی با موقعیت‌های مبهم افزایش یافته و تغییر در خلق به صورت متعادل ایجاد می‌شود و نگرانی ناسازگارانه کاهش می‌یابد. در این درمان فرد یاد می‌گیرد تلاش افراطی بیمارگون برای عبور از موقعیت‌های مبهم و اطمینان‌جویی که نگرانی را تشدید می‌کند و تحمل ناپذیری که فرد منتظر اتفاق بدی است که چیزی از او پنهان مانده را با راهبردهای موثر کاهش دهد و خود را از محبوس شدن در چرخه منفی و تکراری ابهام و اضطراب نجات دهد. همچنین افراد می‌آموزند برای کاهش نگرانی به دنبال جستجوی اطلاعات به عنوان راهبردی سودمند برای حذف ابهامات نباشند و اینکه موقعیت‌های مبهم همیشه به موقعیت فاجعه‌آمیز تبدیل نمی‌شوند و هرگز نمی‌توانند به قطعیت کامل دست یابند و از رویدادهای مبهم و غیرمنتظره اجتناب نکنند و مشکلات را به عنوان تهدید در نظر نگیرند و درباره پیامدهای مشکلات بدبین نباشند و برای کنترل نگرانی از مهارت حل مسئله سودمند استفاده کنند و با رفتار متمرکز بر حل مسئله تداوم عاطفه منفی و درگیری در آسیب مهارت‌های شناختی را کاهش دهند.

نتایج دیگر اثربخشی درمان تحمل ابهام را بر سرزندگی نشان داد. در همسویی با این پژوهش مطالعه‌ای یافت نشد. در تبیین این یافته مطرح می‌شود؛ نگرانی درباره آینده کودک و اندوه و احساس گناه تحت تاثیر ناتوانی کودک کم توان در برآورده کردن خواسته‌ها و نگرانی به خاطر آینده نامشخص کودک منجر به کاهش سرزندگی مادران می‌شود. در درمان تحمل ابهام از مودنی می‌آموزد در مواجهه با چالش‌های کودک و تغییر در این فکر که همیشه عدم قطعیت‌ها راجع به کودک منجر به نتیجه منفی نمی‌شود موجب می‌شود فرد با مسائل غیرقابل پیش‌بینی کودکش بهتر روبرو شود و با به چالش کشیدن باورهای عدم قطعیت با فنون تجسم سازی و سناریو برای ترس در موقعیت‌های فرضی پیش‌بینی نشده باعث پذیرش ابهام و متعاقب آن به جهت یادگیری خلاقانه حل مسئله، احساس نشاط در فرد ایجاد شده به سرزندگی کمک می‌کند.

بنابراین مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان از آنجا که بلا تکلیفی و عدم قطعیت را استرس‌آمیز تفسیر نموده از آن اجتناب می‌کنند که به بلا تکلیفی بیشتر آن‌ها در مورد آینده و ناتوانی برای عمل می‌انجامد و به جهت اینکه فاقد مهارت حل مسئله هستند در موقعیت مبهم از نگرانی به عنوان روشی برای حل مشکل، استفاده می‌کنند از این رو با درمان تحمل

ابهام ضمن آموزش در زمینه شناسایی موقعیت‌های مبهم آگاهی از اجتناب شناختی و تمرین مهارت حل مساله کمک شد با موقعیت‌های مبهم مواجه شده و ضمن کاربرد راهبردهای حل مساله و عدم فاجعه‌پنداری، بر بلاتکلیفی غلبه نمایند. در مجموع از نتایج پژوهش حاضر می‌توان دریافت که درمان تحمل ابهام می‌تواند منجر به کاهش بلاتکلیفی، نگرانی و سرزندگی در مادران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزند کم توان ذهنی گردد. محدودیت‌های پژوهش عبارتند از: عدم امکان اجرای مرحله پیگیری به جهت محدودیت در زمان، عدم امکان بررسی نقش تعدیل گر عوامل جمعیت شناختی همانند درآمد و تحصیلات و طیف ناتوانی کودک کم توان مادران، باتوجه به اینکه این پژوهش بر گروه خاص مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شده و نتایج آن به جهت عدم شباهت به جوامع دیگر مانند پدران و یا مادران با اختلالات دیگر و یا مادران دارای اختلال اضطراب فراگیر دارای فرزندان عادی قابل تعمیم نمی‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده مرحله پیگیری بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری مداخله اجرا شود، از درمان‌های دیگر برای مقایسه با درمان حاضر استفاده شود، اثربخشی درمان با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه همزمان جهت کاهش اغراق در پاسخگویی سودار بررسی شود. پیشنهاد می‌شود مشاوران از این درمان جهت کاهش استرس بلاتکلیفی و نگرانی استفاده کنند. همچنین درمانگران به موازات ارائه خدمات مداخله‌ای از این درمان برای سرزندگی مادران این کودکان استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از شرکت کنندگان که با مشارکت خود ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال قدردانی را به عمل آورند.

منابع

- اکبری، مهدی و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۸). فرآیندهای فراتشخیصی شناختی، رفتاری و هیجانی در افسردگی و اختلال‌های اضطرابی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۹ (۳۵): ۱۱۷-۱۴۶
- الهیاری، وحید و خالقی پور، شهناز. (۱۳۹۸). تاثیر آرام سازی روانی حرکتی به شیوه سلوا بر سیستم فعال سازی بازداری رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه مطالعات روانشناختی. ۴ (۱۵): ۱۰۹-۱۲۵.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ تجلی، پریسا و قنبری پناه، افسانه (۱۳۹۸). واکاوی تجارب مادران در مراقبت از فرزند معلول: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله پرستاری کودکان. ۱۳۹۸؛ ۶ (۲): ۶۸-۷۵.
- شیخ الاسلامی، راضیه، دفترچی، عفت. (۱۳۹۰). پیش بینی نشاط ذهنی دانش آموزان براساس جهت گیری های هدف و نیازهای اساسی روانشناختی. مجله روانشناسی، ۱۹ (۲): ۱۴۷-۱۷۴.
- غفاری نیا، رضا؛ ولی زاده، سینا؛ اکبری، سلطنت؛ و کریمی، سهیلا. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت سلامت روان مادران دارای فرزند معلول. تهران: دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و رفتاری، تهران، ایران.

- ۳۲..... اثربخشی درمان تحمل ابهام بر بلا تکلیفی، نگرانی و سرزندگی مادران مبتلا به...
- منصوری، احمد؛ خدایاری فرد، محمد؛ بشارت، محمد علی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۷). نقش تعدیل کننده و واسطه ای مقابله های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی. *تحقیقات علوم رفتاری*. (۱۶) ۱۳۰-۱۴۲.
- نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمد رضا؛ شریفی، معصومه؛ و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴): ۵۰-۴۱
- Akbari, M & Mohammadkhani S. (2018). Transdiagnostic Processes of Cognitive, Behavioral and Emotional in Depression and Anxiety Disorders. *Culture Counseling*, 35(9):117-146. (Text in Persian)
- Allahyari V, Khaleghipour S. (2020). Effect of Silva psycho-motor relaxation on Behavioral Activation / Inhibition Systems in patients who suffered from a generalized anxiety disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 57(4).109-124. (Text in Persian)
- Barlow, D. H. (2011). Anxiety and its disorders: *The nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Beaudoin, M & Desrichard. (2009). Validation of a Short French State Test Worry and Emotionality Scale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 22(1) :79-105.
- Bostic, T. J., Rubio, D.M., & Hood, M. (2000). A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. *Social Indicators Research*, 52(3):313-324.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.007.
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*. 35(6):502-514.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), 49-64.
- Dugas MJ, Robichaud M. (2007). Cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: from science to practice. First ed. New York: Routledge: Taylor & Francis: 264 p.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry ?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Ghaffari nia, Reza; Valizadeh, Sina; Akbari, Saltanat; Karimi, Soheila. (2018). Evaluation of mental health status of mothers with disabled children. Tehran: *2nd International Conference on Psychology, Educational and Behavioral Sciences*, Tehran, Iran. (Text in Persian).
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical psychology review*, 60, 100-108. doi:10.1016/ j.cpr.2018.01.007.
- Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2018). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(4), 288-296.
- Hebert EA, Dugas MJ. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 26(2):421-436.
- Hill, C., Waite, P., & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 548-553.
- Hui, C., & Zhihui, Y. (2017). "Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: A randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder". *Aging and Mental Health*, 21(12): 1294-1302.

- Khodabakhshi-koolae A, Aghakhani koshki M, kalhor N. (2019). Analysis the experiences of mothers in caring of a disable child: A phenomenological study. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 6(2):68-75. (Text in Persian)
- Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between trans diagnostic Factors and symptoms of generalized anxiety disorder: developing a conceptual model. *Journal of Research in Behavioral Science*, 16(2):130-42. (Text in Persian)
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behavior Research Therapy*, 28(6):487-495.
- Naenian M, Shaerie M, Sharife M, Hadian M. (2012). Assessing the reliability and validity of the disruption short scale Generalized Anxiety (7-GAD). *Clinical Psychology & Personality*, 3(4):41-50. (Text in Persian).
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565.
- Sheikholeslami R. Daftarchi D. (2015). The prediction of students' subjective vitality by goal orientations and basic psychological needs. *Journal of Psychology*, 19(1):147-174. (Text in Persian)
- Stevens, K., Rogers, T., Campbell, M., Bjorgvinsson, T., Kertz, S. (2018). Trans diagnostic examination of decreased intolerance of uncertainty and treatment outcome. *Cognitive Behavior Therapy*, 47(1):19-33.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Tintzman, C. S., Kampf, T. D., & John-Henderson, N. A. (2022). Changes in vitality in response to acute stress: an investigation of the role of anxiety and physiological reactivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(2), 190-203.
- Van Dis E, Vanveen S, Hagenars M, Batelaan NM, Bockting C, Van den heuvel R, et al. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3):265-73.
- Wahlund, T., Andersson, E., Jolstedt, M., Perrin, S., Vigerland, S., & Serlachius, E. (2020). Intolerance of uncertainty–focused treatment for adolescents with excessive worry: A pilot feasibility study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 215-230.



تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک، (مطالعه موردی)

غزال زند کریمی^{۱*}، صفرا قهرمانی^۲

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک انجام شد. جامعه آماری، بیماران مبتلا به دیابت نوع یک در سال ۱۴۰۱ مراجعه‌کننده بیمارستان شریعتی بودند که شش نفر به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه اجتناب از تجربه گامز، ناگویی خلقی تورنتو، تنظیم هیجان گارنفسکی و دستگاه گلوکومتر گردآوری شدند. شرکت‌کنندگان پس از خط پایه، تحت هشت جلسه یکساعته درمان قرار گرفتند و یک ماه پس از اتمام درمان اولین پیگیری و سه ماه بعد پیگیری دوم انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر، محفظه ثبات و تحلیل دیداری مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد درمان در کاهش سطح اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان‌ها مؤثر بوده است. بررسی پیگیری نشان داد این درمان بر روی کاهش قند خون نیز مؤثر بوده است. طبق یافته‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرایط لازم را برای سازگاری و پذیرش رنج‌ها فراهم می‌آورد و میزان رفتارهای خودمراقبتی را در افراد افزایش می‌دهد. این درمان موجب تنظیم هیجان‌ها، کاهش ناگویی خلقی و گشودگی نسبت به تجارب می‌شود و می‌توان از این درمان به عنوان یک روش مداخله مؤثر سود جست.

کلیدواژه‌ها: اجتناب از تجربه، تنظیم هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیابت نوع یک، ناگویی خلقی

^۱نویسنده مسئول: عضو هیات علمی، گروه روانشناسی، دانشکده رفاه، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

مقدمه

۳۶..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیکی است، که جسم و روان فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از مشکلات اساسی در حوزه درمان بیماری دیابت، توجه بیش از حد به درمان‌های زیستی و عدم توجه به درمان‌های روان‌شناختی است (متیوا^۱، ۲۰۲۰). اهمیت روان در بیماری دیابت به حدی است که اگر حل نشود، کنترل قندخون با مشکل روبرو خواهد شد.

از جمله عوامل روان‌شناختی مهم در بیماران دارای دیابت اجتناب از تجربه^۲، ناگویی خلقی^۳ و عدم تنظیم هیجان^۴ است. اجتناب از تجربه، بی‌میلی و بی‌توجهی نسبت به ارتباط با تجارب شخصی مانند حساسیت‌های بدنی، به یادآوری خاطرات، هیجان‌ها و تقلا برای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند است (نیکولاس، روگوگنا، بری، اما و همکاران^۵، ۲۰۲۰). اجتناب از هیجان‌های روانی، حس‌های بدنی و... از طریق تقویت منفی در مدت زمان کوتاهی موجب آرامش می‌شود که متعاقباً، حفظ اجتناب در طول زندگی را به همراه دارد. هرچه شدت هیجان تجربه شده بیشتر باشد، برای رهایی از آن، از روش‌ها و راهبردهای ناسازگارانه اجتنابی بیشتری استفاده خواهد شد که سبب انعطاف‌ناپذیری در افراد می‌شود (مایا، استفان و ایدان^۶، ۲۰۲۰). اقراری، بیاضی و رجایی (۲۰۲۱) مطرح نمودند، پذیرش تجربه و سازگاری با شرایط موجود، بر تنظیم قندخون افراد مبتلا به دیابت موثر است. مایورا، مانینگ و گاری^۷ (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که اجتناب از تجربه در پذیرش شکست و فرسودگی در بیماری‌های مزمن بسیار تاثیرگذار است. درعین حال، ممکن است با ناتوانی در ابراز احساسات و هیجان‌ات خود نیز همراه گردد؛ چون تلاش برای دوری از تجربه‌های هیجانی، بتدریج فرد را به سمت ناگویی خلقی سوق می‌دهد.

ناگویی خلقی نوعی اختلال در عملکرد عاطفی و شناختی بوده و بیانگر ناتوانی در درک، پردازش و تبیین احساسات است که مشکلی گسترده در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها ایجاد می‌کند. در این حالات فرد از توصیف احساسات و هیجان‌ها ناتوان است (برمیر^۸، ۲۰۲۱). مطالعات انجام گرفته توسط میسنا، الکسنادرو و ویوانی^۹ (۲۰۲۱) و نیز استوارد، ساور و چاونس^{۱۰} (۲۰۲۱) نشان داده‌اند که متغیرهای مختلفی مانند ناگویی خلقی می‌توانند بر سطوح سلامت روان‌شناختی افراد اثر داشته باشند و از این

1. Matthew
2. Experiential Avoidance
3. Alexithymia
4. Emotional Dysregulation
5. Nicholas, Rorgogna, Berry & Emma
6. Maya, Stefan & Idan
7. Mayorga, Manning & Garey
8. Bremner
9. Messina & Alessandro
10. Southward, Suer & Cheavens

طریق بر روند بهبود اختلالات فیزیولوژیک نیز تاثیرگذار خواهند بود. براین اساس، ناگویی خلقی با عدم توصیف و تشخیص احساسات در افراد مبتلا به دیابت در ارتباط است و آمادگی لازم را برای بروز مشکلات احساسی و خلقی به وجود می آورد. طبق مطالعه سیستمی مارتینو، کاپاتو، ویکاریو، کاتانولو و همکاران^۱، (۲۰۲۰) همبستگی مثبت معنی داری بین ناگویی خلقی و دیابت نوع یک دیده شده است. لذا، عدم ابراز مناسب عواطف و احساسات، پیش بین قدرتمندی برای احتمال ابتلا به دیابت، تشدید علائم آن و همچنین نوسانات قندخون می باشد. احتمالاً ناتوانی در ابراز درست هیجانها، ناشی از ضعف در شناسایی و تنظیم هیجان باشد؛ زیرا اگر فرد، توانایی تنظیم هیجان خود را داشته باشد، به راحتی می تواند به شیوه ای درست آنها را ابراز نماید. تنظیم هیجان طبق تعریف گارنفسکی و کرایج (۲۰۱۶) نوعی مقابله شناختی است که شامل راه های شناختی مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات هیجانی می باشد. فرایندهای شناختی می توانند به ما کمک کنند تا مدیریت هیجان را برعهده بگیریم و از این طریق هیجانها را قبل از بروز وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا، مهار کنیم. طبق پژوهش کای، ورز و جهانسن^۲ (۲۰۲۱) تنظیم هیجان با مدل های ذهنی و نگرش های افراد در خصوص وضعیت زندگی رابطه تنگاتنگ دارد. در صورتی که این نگرشها و مدل های ذهنی اصلاح شوند، می توان انتظار بیشتری از سلامت روانی افراد داشت (کاتو، سیلورمن و موزنسون^۳، ۲۰۱۹). براین اساس، بیماران مبتلا به دیابت می توانند با اصلاح مدل های ذهنی و کنترل علائم هیجانی با تشخیص زود هنگام و به موقع، زمینه برآورده شدن معیارهای سلامت را فراهم آورند (لورنزو، میلويا و گندلین^۴، ۲۰۲۰).

در مطالعات اخیر نتایج جالبی مطرح شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ (ACT) را از سایر درمانها متمایز می کند که از آن جمله تایید پژوهش های فراتحلیل، تاثیر سریع و کوتاه مدت، هزینه های کمتر و تداوم اثرات درمان می باشد (فوجکویست، گاستافسون، جلین و پارلینگ^۶، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای در آغوش کشیدن تمام تجربه های زندگی است، تمام تجاربی که افراد مبتلا به دیابت با اجتناب کردن از آنها از حرکت به سمت زندگی با کیفیت و مطلوب باز می مانند (لانگ، کیم، چن، ویلسون و همکاران^۷، ۲۰۲۰). این به افراد می آموزد که جنگیدن با رنجهای زندگی را متوقف کنند و تمرکز خود را به تجربه های ناخوشایند محدود نکنند. همینطور معتقد است مشکل مهم بیماران دیابتی، در عمل نکردن بر طبق اعمال

-
1. Martino, Caputo, Vicario & Catalano
 2. Cai, Verze, & Jhansen
 3. Kato, Silverman & Mosenzon
 4. Lorenzo, Milvia & Guendalina
 5. Acceptance and Commitment Therapy
 6. Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling
 7. Long, Kim, Chen & Wilson

۳۸..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

خودمراقبتی یا همان اجتناب از تجربه است. از نظر سابقه بحث در خصوص بیماری دیابت، هرچند مقالات و پژوهش‌هایی در داخل و خارج کشور انجام شده است؛ که از طریق مطالعات همبستگی و رگرسیونی نقش عوامل روان‌شناختی در بیماری دیابت را اثبات نموده‌اند. بااین وجود، به موضوع مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی، اجتناب از تجربه، تنظیم هیجان و همزمان کاهش قندخون در بیماران دیابتی پرداخته نشده است. از همین رو، امید می‌رود با استفاده از یافته‌های مطالعه حاضر جهت گسترش پژوهش‌ها در این حوزه، بتوان موجبات تحول در پروتکل‌های درمانی بیماران مبتلا به دیابت ایجاد نمود. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بتواند اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک را کاهش دهد که در این صورت گام مهمی در کاهش نشانگان دیابت برداشته خواهد شد. لذا فرض بر این بود: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و قندخون مبتلایان به دیابت نوع یک تاثیر معنی‌دار دارد.

روش

مطالعه حاضر، تجربی به روش نمونه منفرد بود. متغیر مستقل در این مطالعه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و سطح قند خون بیماران دیابتی به عنوان متغیر وابسته بررسی شده‌اند. جامعه آماری، عبارت از مراجعین سرپایی ۴۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به دیابت نوع یک بودند که در سال ۱۴۰۱ به بیمارستان شریعتی مراجعه نموده بودند. از این میان شش نفر به صورت داوطلبانه در مطالعه حاضر شرکت نمودند. ملاک‌های ورود، ابتلا به دیابت نوع یک، تحت برنامه دارویی تنظیم قندخون طبق نظر متخصصین، نمره بالا در ناگویی خلقی و اجتناب از تجربه، و عدم ابتلا به اختلالات روانی همبود بود که توسط متخصصین بالینی مورد بررسی قرار گرفتند. رضایت و آگاهی از شرکت در روند درمان، احترام به حریم شرکت‌کنندگان و اصل رازداری، امکان خروج از روند درمان و آگاهی شرکت‌کنندگان از نتایج نهایی مطالعه از جمله ملاحظات اخلاقی این مطالعه می‌باشند.

در مرحله خط پایه، متغیرها دو بار به فاصله یک هفته جهت دستیابی به ثبات اندازه‌گیری مورد سنجش اولیه قرار گرفتند. سپس در مرحله مداخله، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی در محیط یک مرکز مشاوره در تهران برای شرکت‌کنندگان اجرا شد و صبح روز بعد از هر جلسه درمان میزان قندخون شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد، اما اندازه‌گیری متغیرهای روان‌شناختی پس از تکمیل دوره درمان مجدداً انجام شد. در نهایت ارزیابی به منظور پیگیری اثرگذاری

درمان، به عمل آمد. پیگیری اول پس از یک ماه و پیگیری دوم پس از سه ماه از اتمام دوران درمان انجام شد. سپس اطلاعات حاصل مورد تحلیل‌هایی چون درصد بهبود (بلانچارد و اسکوارز،^۱ ۱۹۸۸)، اندازه اثر (کوهن^۲، ۱۹۸۸) و تحلیل نموداری قرار گرفت. شرکت‌کنندگان با ابزارهای زیر مورد سنجش قرار گرفتند:

پرسشنامه اجتناب از تجربه چند بعدی^۳ - این آزمون با ۶۲ گویه توسط گامز و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است. پرسشنامه دارای طیف لیکرت ۵-۰ گزینه‌ای بوده و حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۳۱۰ بوده و نمره برش آن ۱۵۰ می‌باشد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ می‌باشد و همبستگی واگرایی این پرسشنامه با آزمون پذیرش و عمل برابر با ۰/۷۴ می‌باشد (بوند، هیز، بائر، کارپنتر^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران عباسی، فنی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) جهت بررسی روایی، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه کیفیت زندگی و پذیرش و عمل را بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش کرده و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو^۵ - این پرسشنامه، دارای ۲۰ گویه است (باگی، تیلور و پارکر^۶، ۱۹۹۴) دارای طیف لیکرت ۵-۰ گزینه‌ای بوده و حداقل نمره ۲۰، حداکثر آن ۱۰۰ و نمره برش پرسشنامه ۳۲ می‌باشد. سئو، چانگ، ریم و جنونگ^۷ (۲۰۰۹)، طی پژوهشی که بر روی ۱۰۰ نفر انجام دادند، پایایی مقیاس حاضر را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ بدست آوردند. در بررسی روایی واگرا نیز، همبستگی آن با پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان ۰/۷۲- بود. بشارت (۱۳۹۲) روایی همزمان آزمون حاضر و مقیاس‌هایی چون هوش هیجانی ۰/۸۰، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۷ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۴ گزارش نمود. ضریب همسانی درونی نیز ۰/۸۷ گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی^۸ - این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج^۹ (۲۰۱۶) تدوین شده و دارای ۳۶ گویه با طیف لیکرت بین یک تا پنج است که حداقل نمره آن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ و نمره برش آن ۱۰۸ می‌باشد. ضرایب آلفای

-
1. Blanchard & Schovarez
 2. Cohen
 3. Multidimensional Experience Avoidance Questionnaire
 4. Bond, Hayes, Baer & Carpenter
 5. Toronto Alexithymia Questionnaire
 6. Bagby, Taylor & Parker
 7. Seo, Chung, Rim & Jeong
 8. Garnefsky Cognitive Emotional Regulation Questionnaire
 9. Garnefski & Kraaij

۴۰..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

کرونباخ ۰/۸۱ و روایی همزمان با مقیاس $DASS-21^1$ برابر با ۰/۸۹ است. بشارت (۱۳۹۵) روایی محتوای پرسشنامه را توسط متخصص تایید نموده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش نموده است.

دستگاه گلوکومتر GCM^2 قند خون با این دستگاه، در کمتر از ۵ ثانیه سنجش می‌شود. گلوکومتر دارای، ۱۰۰ لنست، و یک سوزن ضربه‌ای می‌باشد. برای استفاده از دستگاه گلوکومتر در قدم اول لازم است یک نوار آزمایش بر روی دستگاه قرار داده و با استفاده از سوزن مخصوص مقدار اندکی خون از روی نوک انگشت خود برداشته تا دستگاه، قندخون را نمایش دهد. از آن جایی که قندخون در طول روز تغییر می‌کند، در این مطالعه قند خون ناشتا بالای ۱۳۰ مدنظر بوده است. لذا جلسات درمان به صورت هفته‌ای یکبار در عصرها تشکیل شده و فردای آن، قند خون ناشتای صبحگاهی توسط شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری و گزارش می‌گردد.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وسیله هیز (۲۰۱۹) اخیراً ویرایش شده است در زیر جلسات درمانی به تفکیک ارائه گردیده‌اند.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تمرینات خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی و ارزیابی	آموزش مبتنی بر آگاهی	ارتقاء آگاهی هیجانی	ذهن آگاهی
دوم	بررسی درماندگی خلاق نسبت به راه حل‌های گذشته	آموزش استعاره و پرسش	یافتن ارزشها	مشخص نمودن اهداف و ارزشها، تمرینات رویارویی
سوم	پذیرش، ارزشها، تکلیف	آموزش پذیرش	بررسی سطح خلق	ادامه تمرینات ذهن آگاهی و مواجهه، مقابله با افکار، و خاطرات ناخوشایند
چهارم	شفاف سازی ارزشها	بررسی موانع، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه	تکمیل فرم مسیر ارزشمند، بررسی اجتنابها	آگاهی از حسها و تمرکز بر فعالیت‌های ذهنی، بدنی و هیجانها، تمرینات ذهن آگاهی و ارزشها
پنجم	مرور تکالیف، گسستگی از تهدیدها	آموزش گسستگی و پیوستگی	رویارویی با مسئله	یادداشت اهداف مرتبط با ارزشها تمرین رویارویی
ششم	خود مشاهده‌گری	صحبت درباره‌ی رضایت از زندگی	تنظیم هیجانها	تمرینات تنظیم هیجان، ذهن آگاهی تمرینات رویارویی

1. Depression, Anxiety & Stress Scale
2. Continuous Glucose Monitoring

هفتم	رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل گیری رضایت	گفتگو درباره ارزش ها	ثبات در ارزشها	ادامه تمرینات شفاف سازی و تلاش برای پایداری ارزشها
هشتم	شفاف سازی ارزشها	ایجاد انگیزه	پیشگیری، پذیرش تجارب و تکلیف مادام العمر	مرور تکالیف و جمع بندی جلسات

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر چهار مرد و دو زن بودند که در حدود سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و میانگین ۵۵/۷۰ سال قرار داشتند و همگی در سطح تحصیلی بین دیپلم و لیسانس و سطح اقتصادی متوسط قرار داشتند. در این بین، مردان شاغل و زنان خانه دار بودند. همگی مراجع سرپایی و تحت درمان دارویی کنترل قندخون قرار گرفته بودند. مطابق با اطلاعات مندرج در جدول (۲) در اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان تغییرات دیده می‌شود.

جدول ۲: نمرات شرکت‌کنندگان در طی خط پایه، مداخله و پیگیری در متغیرهای اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان

شرکت‌کننده	متغیر	خط پایه ۱	خط پایه ۲	مداخله	پیگیری ۱	پیگیری ۲
اول	اجتناب از تجربه	۱۸۵	۱۷۵	۹۴	۷۷	۷۷
	ناگویی خلقی	۶۷	۶۵	۴۱	۳۴	۳۳
	تنظیم هیجان	۹۵	۱۰۵	۵۲	۳۴	۳۴
دوم	اجتناب از تجربه	۱۸۰	۱۸۴	۱۲۰	۹۶	۹۲
	ناگویی خلقی	۶۴	۶۸	۴۶	۳۳	۳۱
	تنظیم هیجان	۱۱۰	۱۱۲	۵۶	۳۹	۳۹
سوم	اجتناب از تجربه	۱۹۵	۲۰۵	۱۲۸	۱۰۴	۱۰۴
	ناگویی خلقی	۶۸	۷۰	۴۲	۳۲	۳۰
	تنظیم هیجان	۱۱۲	۱۱۴	۵۵	۳۸	۳۵
چهارم	اجتناب از تجربه	۱۸۰	۱۹۰	۹۵	۷۵	۷۴
	ناگویی خلقی	۶۶	۶۸	۴۵	۳۴	۳۲
	تنظیم هیجان	۱۰۴	۱۰۰	۵۸	۳۱	۳۲
پنجم	اجتناب از تجربه	۱۸۴	۱۸۰	۱۲۵	۹۵	۱۰۰
	ناگویی خلقی	۶۶	۶۸	۴۵	۳۵	۳۵
	تنظیم هیجان	۱۰۸	۱۱۲	۵۸	۳۸	۳۵
ششم	اجتناب از تجربه	۱۹۸	۲۰۰	۱۲۸	۱۰۴	۱۰۴
	ناگویی خلقی	۶۸	۷۰	۴۵	۳۱	۲۸

۴۲..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

تنظیم هیجان	۱۱۲	۱۰۸	۵۶	۳۵	۳۲
-------------	-----	-----	----	----	----

در جدول ۳) اندازه اثر ۰/۴۱ حداقل میزان، تا ۱/۱۵ متوسط و تا ۲/۷۰ اندازه اثر بزرگ می‌باشد (کوهن، ۱۹۸۸). جهت خلاصه‌سازی در جدول، متغیر اجتناب از تجربه = ۱، ناگویی خلقی = ۲ و تنظیم هیجان = ۳ در نظر گرفته شده‌است. علامت (***) به معنی اندازه اثر بزرگ می‌باشد.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه در انتظار درمان

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
علائم اضطراب	دوره	۴۴۴/۷۹۴	۱	۴۴۴/۷۹۴	۷۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰
	گروه**دوره	۳۸۶/۵۲۹	۲	۱۹۳/۲۶۵	۳۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰
	خطا	۲۷۵/۱۷۶	۴۸	۵/۷۳۳				
	گروه	۹۳۸/۹۱۵	۲	۴۶۹/۴۵۸	۴/۴۱	۰/۰۱۷	۰/۱۵	۰/۷۳
	خطا	۵۱۰۶/۳۱۴	۴۸	۱۰۶/۳۸۲				
اختلال در تنظیم هیجان	دوره	۷۶۳/۱۴۷	۱	۷۶۳/۱۴۷	۲۲۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰
	گروه**دوره	۴۸۲/۸۲۴	۲	۲۴۱/۴۱۲	۷۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰
	خطا	۱۶۵/۵۲۹	۴۸	۳/۴۴۹				
	گروه	۱۴۷۲/۴۰۵	۱	۷۳۶/۲۰۳	۱۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۸
	خطا	۳۴۳۱/۷۶۵	۴۸	۷۱/۴۹۵				

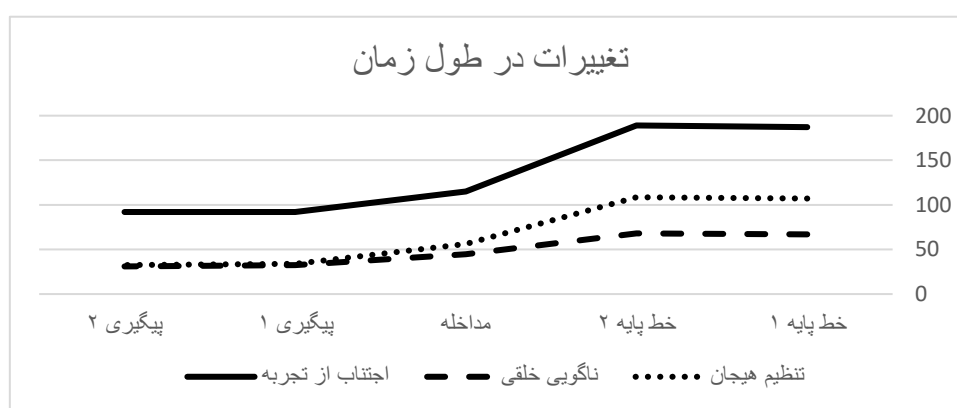
براساس جدول ۴ در پس‌آزمون و پیگیری، میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه در انتظار درمان به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین، اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش علائم اضطراب در پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان و اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش نمرات اختلال در تنظیم هیجان در پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان بوده است.

جدول ۴: درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن در متغیرهای اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان

شرکت متغیر کننده	میانگین خط پایه	مداخله	% بهبود مداخله	اندازه اثر مداخله	میانگین پیگیری	% بهبود پیگیری	اندازه اثر پیگیری	محافظه ثبات
۱	۱۸۰/۰۰	۹۴/۰۰	۴۷%	**۲/۷۰	۷۷/۰۰	۵۷%	**۳/۲۶	۹۶/۲۵ - ۵۷/۷۵
اول ۲	۶۶/۰۰	۴۱/۰۰	۳۸%	**۲/۳۸	۳۳/۵۰	۴۹%	**۲/۷۸	۴۱/۸۸ - ۲۵/۱۲
۳	۱۰۰/۰۰	۵۲/۰۰	۴۸%	**۲/۷۸	۳۴/۰۰	۶۶%	**۲/۹۸	۴۲/۵۰ - ۲۵/۵۰
دوم ۱	۱۸۲/۰۰	۱۲۰/۰۰	۳۴%	**۲/۱۴	۹۴/۰۰	۴۸%	**۲/۶۷	۱۱۷/۵۰ - ۷۰/۵۰
	۶۶/۰۰	۴۶/۰۰	۳۰%	**۲/۰۰	۳۲/۰۰	۵۱%	**۲/۱۱	۴۰/۰۰ - ۲۴/۰۰

۴۸/۷۵ - ۲۹/۲۵	**۳/۸۸	٪.۶۴	۳۹/۰۰	**۲/۸۵	٪.۴۹	۵۶/۰۰	۱۱۱/۰۰	۳	
۱۳۰/۰۰ - ۷۸/۰۰	*۱/۰۹	٪.۴۸	۱۰۴/۰۰	**۲/۳۵	٪.۳۶	۱۲۸/۰۰	۲۰۰/۰۰	۱	
۳۸/۷۵ - ۲۳/۲۵	**۲/۸۴	٪.۵۵	۳۱/۰۰	**۲/۵۳	٪.۳۹	۴۲/۰۰	۶۹/۰۰	۲	سوم
۱۱۲/۵۰ - ۶۷/۵۰	**۳/۴۴	٪.۶۷	۳۶/۵۰	**۳/۰۰	٪.۵۱	۵۵/۰۰	۱۱۳/۰۰	۳	
۱۷۱/۷۵ - ۱۰۲/۷۵	**۳/۳۸	٪.۵۹	۷۴/۵۰	**۲/۷۸	٪.۴۸	۹۵/۰۰	۱۸۵/۰۰	۱	
۷۱/۷۵ - ۴۲/۲۵	**۲/۶۹	٪.۵۰	۳۳/۰۰	**۲/۲۲	٪.۳۳	۴۵/۰۰	۶۷/۰۰	۲	چهارم
۹۸/۷۵ - ۵۱/۲۵	**۲/۹۰	٪.۶۹	۳۱/۵۰	**۲/۵۳	٪.۴۳	۵۸/۰۰	۱۰۲/۰۰	۳	
۱۹۶/۲۵ - ۱۱۷/۷۵	*۲/۳۲	٪.۴۶	۹۷/۵۰	**۱/۹۸	٪.۳۱	۱۲۵/۰۰	۱۸۲/۰۰	۱	
۶۱/۷۵ - ۴۱/۲۵	**۲/۳۷	٪.۴۷	۳۵/۰۰	**۲/۲۲	٪.۳۳	۴۵/۰۰	۶۷/۰۰	۲	پنجم
۱۰۸/۷۵ - ۶۵/۲۵	**۳/۷۰	٪.۶۶	۳۶/۵۰	**۲/۷۲	٪.۴۷	۵۸/۰۰	۱۱۰/۰۰	۳	
۲۱۸/۷۵ - ۱۳۱/۲۵	*۲/۷۰	٪.۴۷	۱۰۴/۰۰	**۲/۷۰	٪.۳۵	۱۲۸/۰۰	۱۹۹/۰۰	۱	
۷۳/۷۵ - ۴۴/۲۵	*۲/۸۹	٪.۵۷	۲۹/۵۰	**۲/۷۰	٪.۳۵	۴۵/۰۰	۶۹/۰۰	۲	ششم
۱۲۲/۵۰ - ۷۳/۵۰	**۳/۹۲	٪.۶۹	۳۳/۵۰	**۲/۸۹	٪.۴۹	۵۶/۰۰	۱۱۰/۰۰	۳	

در نمودار (۱) درصد داده‌های درون محفظه ثابت (بین ۶۰ تا ۱۰۰ درصد) نشان‌دهنده شدت تغییرات در درمان می‌باشد. شاخص اندازه اثر بر اساس داده‌های ناهمپوش (PND) به معنی تعداد نقاطی است که پایین‌تر از خط پایه قرار دارند (تیلمن و برنزا، ۲۰۰۹). همانطور که مشاهده می‌گردد، کلیه نقاط مربوط به سنجش و پیگیری، پایین‌تر از خط پایه قرار دارند و مداخله بالاترین اندازه اثر را بر اساس داده‌های ناهمپوش دارا بوده است.



نمودار ۱: روند تغییرات اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان در طول زمان

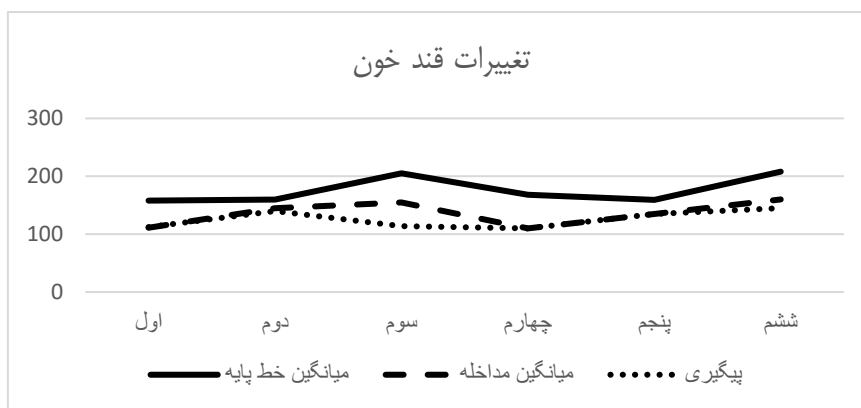
۴۴..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

در جدول ۴) ابتدا دو خط پایه از شرکت کنندگان گرفته شده و میانگین آنها به عنوان نمره دقیق خط پایه ارائه گردیده است. سپس نمرات قند خون هر جلسه به صورت میانگین مداخله و میانگین دو پیگیری ارائه گردیده است.

جدول ۴: درصد بهبودی و اندازه‌اثر کوهن و داده‌های ناهمپوش در رابطه با قندخون شرکت کنندگان

شرکت کننده	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	انحراف معیار	%بهبود مداخله	اندازه اثر سنجش	میانگین پیگیری	%بهبود پیگیری	اندازه اثر پیگیری	محفظه نبات
اول	۱۵۸/۰۰	۱۱۱/۰۰	۱۲/۲۲	٪۳۰	*۲/۰۰	۱۱۲/۰۰	٪۲۹	*۱/۹۸	۱۰۹/۵۰-۷۰/۵۰
دوم	۱۶۰/۰۰	۱۴۵/۰۰	۱۵/۲۳	٪۱۰	۰/۴۷	۱۴۰/۰۰	٪۱۲	۰/۵۹	۱۷۵/۰۰-۱۰۵/۰۰
سوم	۲۰۵/۰۰	۱۵۵/۰۰	۱۰/۱۱	٪۲۴	۰/۹۰	۱۱۴/۰۰	٪۴۴	*۲/۷۲	۱۸۱/۲۵-۱۰۸/۷۵
چهارم	۱۶۸/۰۰	۱۱۰/۰۰	۱۰/۴۱	٪۳۴	*۲/۲۵	۱۱۰/۰۰	٪۳۴	*۲/۲۵	۱۱۸/۷۵-۷۱/۲۵
پنجم	۱۵۹/۰۰	۱۳۵/۰۰	۱۱/۵۰	٪۱۶	۰/۸۷	۱۳۵/۰۰	٪۱۶	۰/۸۷	۱۶۸/۷۵-۱۰۱/۲۵
ششم	۲۰۸/۰۰	۱۶۰/۰۰	۱۰/۵۵	٪۲۳	۱/۱۵	۱۴۵/۰۰	٪۳۰	*۲/۰۰	۱۸۷/۵۰-۱۱۲/۵۰

همانطور که در نمودار ۲) مشاهده می‌گردد، قندخون تغییر چشمگیری نموده، و در مراحل پیگیری، ثابت مانده یا کاهش یافته‌است. طبق شاخص اندازه‌اثر براساس داده‌های ناهمپوش^۱ (PND) نقاط در مرحله پیگیری پایین‌تر یا مماس با سنجش می‌باشند. این نشان دهنده اندازه اثر متوسط در تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح قندخون می‌باشد. با توجه به نمرات اندازه‌اثر کوهن، تغییرات معنی‌داری در قندخون شرکت کنندگان از خط پایه تا پیگیری دیده می‌شود.



نمودار ۲: تغییرات قند خون شرکت کنندگان از خط پایه تا پیگیری

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان در بیماران دیابت نوع یک بود. یافته‌های بدست آمده در زیر به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

درمان مذکور درخصوص تأثیر بر اجتناب از تجربه، به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا بتوانند به سطح پذیرش نسبت به شرایط بیماری خود برسند و با استفاده از راهبردهای جلسات، توانستند از رفتارهای اجتنابی رهایی یابند. هدف درمان مذکور گشودگی نسبت به تجربه، پذیرش رویدادهای ناخوشایند، افکار و احساسات است. با توجه به یافته‌های مایورا و همکاران (۲۰۲۲)، اجتناب رفتاری یک راهبرد ناکارآمد است که افراد را مستعد آسیب‌های روانی و افزایش اضطراب، افسردگی و عدم انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌کند؛ در نتیجه مشکلات بسیاری در عملکرد بوجود می‌آورد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب رهایی از باورهای ناکارآمد می‌شود و شرایط را برای همجوشی‌زادایی فراهم می‌نماید. با بکارگیری تمرینات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات، شاهد کاهش اجتناب رفتاری و تأثیر معنی‌دار این درمان بوده‌ایم. همسوبا این یافته، نیکولاس و همکاران (۲۰۲۰) نیز در مطالعات خود نشان دادند که مداومت بر تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب رفتاری به صورت مؤثری تأثیرگذار است. طبق مطالعات مایا و همکاران (۲۰۲۰) نیز، درمان اجتناب از تجربه می‌تواند، آسیبهای ناشی از فشار روانی را کاهش دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی و تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نیز تأثیر معنی‌دار دارد. همسو با این یافته‌ها، مطالعات میسنا و همکاران، (۲۰۲۱) و استوارد و همکاران، (۲۰۲۱) مطرح نمودند ناگویی خلقی از طریق تأثیرگذاری بر شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی بر سطوح سلامت روان‌شناختی افراد اثر گذاشته است. نتایج ذکر شده با مطالعه برومیر (۲۰۲۱) از این جهت که مشکلات روان‌شناختی مانند ناگویی خلقی و ضعف در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به دیابت، می‌تواند آنان را به سوی غفلت از برنامه‌های درمانی و راهبردهای خودمراقبتی هدایت کند، همسویی نشان می‌دهد. در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب تقویت قدرت توجه غیرقضاوتی نسبت به افکار و تصویرهای ذهنی می‌شود که به دنبال آن، افزایش سطح سلامت روان و کاهش در عدم ابراز احساسات، رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد، ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بروز علائم جسمانی‌سازی نقش قابل توجهی داشته‌اند. همینطور نشانه‌های جسمانی‌سازی و دچار شدن به بیماری‌های خاص را می‌توان به نوعی مشکل در مطرح کردن عواطف و هیجان‌ها دانست که این مسئله با استفاده از تکنیک‌های درمان، مرتفع شده

۴۶..... تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان...

است. پیگیری‌ها مؤید این مسئله بودند که درمان، بر کاهش افکار ناکارآمد در بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده‌است. جهت تبیین تأثیر این درمان می‌توان گفت که با بهره‌گیری از تکنیک‌های موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تکنیک پذیرش، موجبات تمایل به تجربه دشواری‌ها و رخدادهای ناخوشایند بدون هرگونه مقاومت و ایستادگی در مقابل کشمکش‌های روزمره فراهم آمد. بر این اساس، افراد بر این باورند که قوای مقابله با مسائل زندگی را خواهند داشت. در روند درمان مشاهده شد که در اثر آموزش‌های این درمان، ابتدا شاهد کاهش پریشانی، اجتناب و ترس از چالش‌های زندگی روزمره و در نهایت کم شدن ناگویی خلقی بودیم. درمان ACT تغییرات قابل توجهی را در پذیرش، گسلش شناختی و مهارت‌های ذهن آگاهی در جهت بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد کرده است. عدم توانایی در تشخیص احساسات، مشکلات عمده‌ای بر عملکرد شناختی و عاطفی به وجود می‌آورد. مطابق با توضیحات و یافته‌های ارائه‌شده می‌توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در شناسایی احساسات تأثیر معنی‌دار دارد. مداومت بر درمان و تمرینات آن، شرایط لازم را برای این امر مهیا می‌سازد.

تنظیم هیجان از جمله اهداف مهم دیگر در این مطالعه بود که تکنیک‌های مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل توجهی بر آنها و آگاهی افراد از تجارب خود داشته‌است. این درمان، زمینه لازم را برای نگرشی مثبت نسبت به تجربه‌های ناخوشایند هیجانی به وجود می‌آورد. از جمله تکنیک دیگر این درمان، انجام اعمال متعهدانه و وضوح ارزش‌ها است. ما در جلسات درمانی به ترغیب شرکت‌کنندگان جهت تشخیص ارزش‌ها، اعمال و اهداف در ضمن متعهد شدن نسبت به هدف‌های تعیین شده پرداختیم. این روند موجب شد تا افراد از محاصره احساسات و افکار ناخوشایند رها شده و اضطراب، افسردگی و ناامیدی نسبت به بهبود کم‌رنگ‌تر شوند. این یافته با پژوهش کای و همکاران (۲۰۲۱) و کاتو و همکاران (۲۰۱۹) از این جهت که بیماران مبتلا به بیماری دیابت می‌توانند با تنظیم علائم هیجانی، سطح قند خون را کنترل کرده و عواقب ناخوشایند و خطرناک بیماری را کاهش دهند، همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه گفت که اصلاح مدل‌های ذهنی در خصوص تجربه‌های هیجانی، که یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد، موجب شد تا علائم هیجانی سریع‌تر شناسایی شده و افراد بتوانند در پذیرش، کنترل و مدیریت آنها اقدام کنند. این یافته با یافته‌های لورنزو و همکاران (۲۰۲۰) که مطرح نمودند اصلاح مدل ذهنی، سلامت را در افراد ارتقاء می‌دهد، همسو می‌باشد.

بطور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی و تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع یک تأثیرگذار بود. در عین حال، اندازه‌گیری‌های مکرر سطح قندخون نیز نشان داد که اصلاح مولفه‌های روان‌شناختی همچون پذیرش

تجارب زندگی، عدم خودخوری، ابراز عواطف و احساسات، گفتگو کردن و همچنین ابراز درست هیجان می‌تواند گام مهمی در کنترل بیماریهای متابولیک بردارند. از طریق نتایج این مطالعه می‌توان دریافت، عوامل روان‌شناختی، بسیار بیش از آنچه تاکنون فکر می‌کردیم در درمان بیماری‌های فیزیولوژیک موثرند و با درمان آنها می‌توان بهبود بیماری‌های فیزیولوژیک را تسریع نمود. یکی از نقاط قوت در این مطالعه، بررسی دقیق شش شرکت‌کننده مبتلا به دیابت نوع یک، در سطح اجتناب از تجربه، ناگویی خلقی، تنظیم هیجان و قندخون بود که به نوبه خود منجر به دستیابی به حجم اثر بالا در نتایج مطالعه گردید. از طرفی، پیگیری یک ماهه و سه ماهه نشان داد، درمان این فرآیندهای روان‌شناختی، بر کنترل سطح قندخون نیز موثر است و احتمالاً بیمار را جهت کنار آمدن با این عارضه و درمان آن توانمندتر می‌سازند. اما این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که امید است در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی گروه کنترل بود. مطالعات تک‌نمونه‌ای، گرچه اطلاعات دقیقی به دست می‌دهند، اما امکان تعمیم به گروه‌های بزرگ را با محدودیت مواجه می‌سازند. در راستای نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که طرح‌های آزمایشی با گروه‌های هم‌تا در بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های روان‌شناختی اجرا گردند. لازم به توضیح است که بررسی‌های بیوفیدبک در روند درمان می‌تواند عملکرد مغز و تغییرات ناشی از درمان را نیز نمایان سازند. مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر، توجه به مؤلفه‌هایی چون ناگویی خلقی، اجتناب از تجربه و در نهایت تنظیم هیجان در برنامه‌های مراقبتی می‌تواند مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت را مرتفع سازد و سطح کیفیت زندگی ایشان را ارتقا دهد.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از شرکت‌کنندگان و کادر درمانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری، (نسخه فارسی). فصلنامه روانشناسی تحولی؛ ۱۰(۳۷)، ۹۰-۹۲.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. فصلنامه روانشناسی تحولی؛ ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. فصلنامه علمی - پژوهشی روشها و مدل‌های روان‌شناختی؛ ۳(۱۰)، ۶۵-۸۰.

Abasi, I., Fatta, L., Moloudi, R., & Zarrabi, H. (2011). Psychometric adequacy of the Persian version of the admission and practice questionnaire - second edition. *Journal of Psychological Methods and Models*; 3(10), 65-80. [Text in Persian]

- Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1994). The Twenty-item Toronto alexithymia scale: Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*; 38(7), 33-40
- Besharat, M. A. (2012). Toronto emotional dysfunction scale: Questionnaire, execution method and scoring, (Persian version). *Journal of Developmental Psychology*; 10(37), 90-92. [Text in Persian]
- Besharat, M. A. (2015). Cognitive emotional regulation scale: Execution method and scoring. *Journal of Developmental Psychology*; 13(50), 221-223. [Text in Persian]
- Blanchard, E. B., Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Journal of Behavioral Assessment*, 10(5), 171-188.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*; 24(4), 676-688.
- Bremner, J. D. (2021). Isotretinoin and neuropsychiatric side effects: Continued vigilance is needed, *Journal of Affective Disorders Reports*; 6, 100230-100245.
- Cai, T., Verze, P., & Jhansen, T. B. E. (2021). The quality of life definition: Where are we going? *Journal of URO/MDPI*; 1, 14-22.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eghrari, E., Bayazi, M. H., & Rajayi, A. R., (2021). Comparing of the effects of acceptance and commitment therapy and emotion regulation training on diabetes Empowerment. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 55-64.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*; 32(2020), 155-166.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Journal Psychological Assessment*; 23(3), 692-713.
- Garnefski, N., & Kraaij, K. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Journal Cognition and Emotion*, 32(6), 1401-1408.
- Hayes, S. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *Journal Behavior Modification*; 18(2), 226-227.
- Kato, E., Silverman, M., & Mosenzon, A. (2019). Effect of dapagliflozin on heart failure and mortality in type 2 diabetes mellitus. *Journal Circulation*; 22(2), 2528-2536.
- Long, N. G., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Everett, L., Tyler W., & Vanderweele, J. (2020). The role of Hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*; 2(2020), 100018-100035.
- Lorenzo, P., Milvia, C., & Guendalina, G. (2020). Measuring the quality of life in diabetic patients: A scoping review. *Journal of Diabetes Research*; 14(3), 26-50.
- Matthew, C. (2020). Diabetes care: Following and leading the stories of diabetes. *American Journal Diabetes Association, Diabetes Care*; 43(5), 3-4.
- Martino, G., Caputo, A., Vicario, C., Catalano, A., Schwarz, P., & Quattropiani, M. (2020). Relationship between alexithymia and type 2 diabetes: A systematic review. *Frontiers in Psychology*; 11(202), 1-21.

- Maya, A., Stefan, G., & Idan, M. (2020). I'm not feeling it: Momentary experiential avoidance and social anxiety among individuals with social anxiety disorder. *Journal Behavior Therapy*; 52(7), 183-194.
- Mayorga, N.A., Manning, K.F., Garey, L. (2022). The role of experiential avoidance in terms of fatigue and pain during COVID-19 among latinx adults. *Cognitive Therapy Research* 46(1), 470-479.
- Messina, I., Alessandro, G., & Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation: a meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Journal Social Cognitive and Affective Neuroscience*; 16(3), 257-267.
- Nicholas, C., Rorgogna, C., Berry, A., Emma, C., & Jose, G. (2020). A multicultural examination of experiential avoidance: AAQ-II measurement comparisons across Asian American, Black, Latinx, Middle Eastern, and White college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*; 16(1), 1-8.
- Seo, S., Chung, U., Rim, H., & Jeong, S. (2009). Reliability and validity of the 20-Item Toronto alexithymia scale in Korean adolescents. *Psychiatry investigation Journal*; 6(1), 173-179.
- Southward, M., Sauer, S., & Cheavens, J. (2021). Specifying the mechanisms and targets of emotion regulation: A translational framework from affective science to psychological treatment. *Journal Clinical Psychology*, 34(4), 55-65.
- Tillman, C. R., & Burns, M. K. (2009). *Evaluating educational interventions single-case design for measuring response to intervention*. New York & London: Guilford Press.



© 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 BYNCND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن


فاطمه جوشن^۱، علی زاده محمدی^۲

چکیده

پژوهش با هدف مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن انجام شد. روش پژوهش پس‌رویدادی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری دخترا ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. ابزار پژوهش بین ۴۸۵ نفر توزیع شد. ۲۰۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس شاخص توده بدنی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر، پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پانگ و سیاهه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد میانگین دشواری در تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت بود و وضعیت اضافه وزن توانایی تبیین واریانس تفاوت دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در بین دو گروه را داشت. پیشنهاد شد؛ مشاوران و درمانگران در درمان مشکلات روان‌شناختی اضافه وزن به وضعیت دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی افراد توجه نمایند.

کلیدواژه‌ها: اضافه وزن، دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، نگرانی از تصویر بدنی

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، عضو هیئت علمی پژوهشکده مطالعات خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران 

مقدمه

اضافه وزن^۱ یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی قرن حاضر است و نظام سلامت اکثر کشورهای دنیا درگیر مسائل و عوارض ناشی از این موضوع هستند (بردا، جول و کلر^۲، ۲۰۱۹). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۱۸) چاقی به عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش از اندازه چربی در بدن در نظر گرفته می‌شود که سلامتی فرد را مختل می‌کند. چاقی، خطری برای سلامتی است که می‌تواند به‌عنوان متغیر زمینه‌ساز سایر مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در نظر گرفته شود (کاسیوپو و پاتریک^۴، ۲۰۰۹؛ نقل در گرایلو، وایت، ماشب، ایوزاج^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). چاقی و اختلال در خوردن می‌تواند همزمان وجود داشته باشند که منجر به تشدید مسائل جسمی و روانی می‌شود. عوامل خطر شناخته‌شده اختلال خوردن^۶، از جمله عدم رضایت از بدن^۷، حرمت خود پایین، افسردگی و انجام رفتارهای رژیم غذایی^۸، در نوجوانان مبتلا به چاقی افزایش یافته است که این آسیب‌پذیری در برابر اختلال‌های خوردن را برجسته می‌کند (جیبیله، لیستر، بائر، گارنت و پاکستون^۹، ۲۰۲۱).

بسیاری از مسائل روان‌شناختی به‌صورت عامل اولیه و ثابت می‌توانند سبب چاقی شوند و از دیگر سو خود چاقی نیز به بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی نامساعد و نارضایتی از زندگی منجر می‌شود (کاساگرانده، بونکمپانی، فورته، گارینو و فابیری^{۱۰}، ۲۰۲۰). در این میان، یک باور رایج این است که تنیدگی^{۱۱} می‌تواند الگوهای خوردن را تغییر دهد (تومیاما^{۱۲}، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی، نقش هیجان‌ها (به‌خصوص هیجان‌های منفی) را در پرخوری مورد تأکید قرار می‌دهد. افراد دارای پرخوری افراطی، دچار تنیدگی و عواطف منفی بیشتری هستند (کاساگرانده و همکاران، ۲۰۲۰). آندری، ناچیتلی، مانچینی، رجیانی^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند افراد مبتلا به چاقی در مقایسه با افراد دارای وزن طبیعی، سطح بالاتری از افسردگی و رفتارهای پرخوری را نشان دادند و سرکوب هیجان مهم‌ترین عامل تمایز در بین گروه‌های مختلف با دسته‌بندی وزن (شاخص توده بدنی) متفاوت بود. نتایج سایر پژوهش‌ها نیز بیانگر این است که افراد دارای اضافه وزن از مشکلات تنظیم هیجان بیشتری

-
1. obesity
 2. Breda, Jewell & Keller
 3. World Health Organization
 4. Cacioppo & Patrick
 5. Grilo, White, Masheb, Ivezaj, Morgan & Gueorguieva
 6. eating disorder
 7. body dissatisfaction
 8. engaging in dieting behaviors
 9. Jebeile, Lister, Baur, Garnett & Paxton
 10. Casagrande, Boncompagni, Forte, Guarino & Favieri
 11. stress
 12. Tomiyama
 13. Andrei, Nuccitelli, Mancini, Reggiani & Trombini

نسبت به افراد عادی برخوردارند (وان استرین^۱، ۲۰۱۸). مدیریت هیجان توانایی نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی به‌خصوص در زمینه رفتارهای معطوف به هدف است (گراتز، دیکسون، کیل و تول^۲، ۲۰۱۸) و بر این اساس می‌توان اذعان نمود افراد دارای اضافه وزن در مدیریت هیجان‌های خود توانایی پایین‌تری دارند که خود نشان‌دهنده دشواری در تنظیم هیجان‌ها است. دشواری تنظیم هیجان نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد در عدم پذیرش هیجان‌های منفی^۳، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند^۴ مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی^۵ مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان^۶، فقدان آگاهی هیجانی^۷ و فقدان شفافیت هیجانی^۸ است (گراتز و روئمر^۹، ۲۰۰۴، نقل از گراتز، دیکسون، کیل و تول^۱، ۲۰۱۸) که با توجه به شواهد پژوهشی، این موضوع در افراد دارای اضافه وزن با مشکلاتی همراه است و افراد دارای اضافه وزن در زمان مواجه شدن با هیجان‌ها، در مدیریت و کنترل آنها با مشکل مواجه هستند.

یکی از مولفه‌های روان‌شناختی که به‌صورت عامل اولیه و ثابت می‌تواند سبب بروز چاقی شود طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (پورجابری و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۸؛ مورانو، روباز، روتیگلیانو، بورتولی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان در فرد هستند (کردلو، ۱۳۹۷). اختلال‌های روان‌شناختی، تنیدگی‌های حاد روانی و مسائل مزمن‌تر روان‌شناختی و شخصیتی همگی می‌توانند موجب چاقی و اضافه وزن شوند (جیبیله و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که افراد دارای اضافه وزن و چاقی در تمامی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۲} دارای نقص هستند (باسیله، تنوره و مانچینی^{۱۳}، ۲۰۱۹). طبق نظر یانگ^{۱۴} (۱۹۹۰)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند، از خاطره‌ها، هیجان‌ها، طرحواره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمد هستند (شمسایی، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه هیجان نقش موثری در چاقی دارند (جعفری، اسکندری و

1. Van Strien
2. Dixon, Kiel & Tull
3. nonacceptance of negative emotions
4. difficulties engaging in goal-directed behaviors
5. difficulties controlling impulsive behaviors
6. limited access to effective emotion regulation strategies
7. lack of emotional awareness
8. lack of emotional clarity
9. Gratz & Roemer
10. Dixon, Kiel & Tull
11. Morano, Robazza, Rutigliano, Bortoli, Ruiz & Campanozzi
12. early maladaptive schemas
13. Basile, Tenore & Mancini
14. Young

۵۴..... مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در...

قندانی، ۱۳۹۸). اما سوالی که اینجا مطرح می‌شود این است که آیا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران با اضافه وزن و دختران بدون اضافه وزن متفاوت است؟

دامنه گسترده‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نارضایتی از شکل و اندازه بدن یک نگرانی رایج بین نوجوانان و جوانان است و زنان بیش‌تر از مردان از تصویر بدنی منفی رنج می‌برند (گائوه، تی، گارنت، بائور^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ منگازو، برنس، فاوارو، تنکونی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). درخصوص تصویر بدنی می‌توان گفت؛ افراد تصور و دیدگاه خاصی نسبت به ظاهر بیرونی خود دارند که آن را با توجه به تجربه‌های بیرونی و درونی از جمله واکنش والدین، بزرگ‌ترها، همسالان و به‌خصوص جنس مخالف کسب و تعدیل می‌کنند. یکی از جنبه‌های تصویر بدنی، نگرانی از ظاهر بدنی است که به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن برمی‌گردد و به تمایز بین بدن واقعی و ظاهر بدنی آرمانی اشاره دارد (گراب و جکسون^۳، ۲۰۰۹، نقل از شارما، سینگ، تیواری و چائوهان^۴، ۲۰۱۹). براین اساس افرادی که دارای اضافه وزن هستند از نظر تصویر بدنی مشکلات بیشتری دارند و شاید در مقایسه با افراد بدون اضافه وزن بیشتر نگران ظاهر بدنی خود هستند.

با توجه به مبانی نظری مطرح شده، عوامل روانی و اجتماعی بسیاری در چاقی نقش دارند (مورانو و همکاران، ۲۰۲۰) که بسیاری از مسائل روان‌شناختی به‌صورت عامل اولیه و ثابت می‌توانند سبب پدیدآیی چاقی شوند و چاقی نیز به بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی نامساعد و نارضایتی از زندگی منجر می‌شود (کاساگرانده و همکاران، ۲۰۲۰) که این پیامدها زندگی شخصی و اجتماعی فرد را مختل خواهند نمود. از طرفی در پژوهش‌های گذشته، پژوهشگران به بررسی نقش افسردگی در اضافه وزن (ولی‌زاده، پیروی و حقیقی، ۱۳۹۷؛ آندری و همکاران، ۲۰۱۸)، نقش عادات غذایی و رفتارهای تغذیه‌ای در اضافه وزن (قربان‌نژاد، علیزاده، دیدارلو و بخشی‌مقدم، ۱۳۹۹)، نقش گیاهان دارویی در درمان اضافه وزن (پاک‌مهر، جهان‌تیغ حقیقی، طاهری تیزآبی و راهدار، ۱۳۹۶) پرداخته‌اند و به متغیرهای روان‌شناختی مانند دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی چندان توجهی نشده است و بررسی متغیرهای روان‌شناختی مذکور می‌تواند به افراد دارای اضافه وزن در حل مشکلات کمک کند. بر اساس آنچه بیان شد، فرضیه پژوهش این است که دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت است.

-
1. Gow, Tee, Garnett, Baur
 2. Meneguzzo, Behrens, Favaro, Tenconi
 3. Grabe & Jackson
 4. Sharma, Singh, Tiwari & Chauhan

روش

روش پژوهش پس‌رویدادی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش دختران مجرد ۱۸ تا ۲۵ ساله عضو شبکه‌های اجتماعی (تلگرام و اینستاگرام) ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. با توجه به شیوع بیماری کرونا، برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌برداری هدفمند استفاده شد. پرسشنامه‌ها در بستر اینترنتی طراحی و آدرس آن در تلگرام و اینستاگرام توزیع شد. پس از دریافت ۴۸۵ پرسشنامه، افرادی که شرایط ورود به پژوهش را نداشتند (مردان، افراد خارج از دامنه سنی، زنان متاهل، زنان با شاخص توده بدنی بین ۱۹ تا ۲۳) حذف شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به تعداد ۲۰۲ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱: این مقیاس توسط گراتز و روئمر، (۲۰۰۴) با ۳۶ گویه و در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (=۱ خیلی به ندرت امتیاز تا ۵=همیشه) تنظیم شده است. حداقل نمره برای کل پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ می‌باشد که نمرات بالا نشان‌دهنده نقص و دشواری بیشتر در تنظیم هیجان‌ها است. ابعاد پرسشنامه شامل عدم پذیرش هیجان‌های منفی^۲، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی^۳، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی^۴، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان^۵، فقدان آگاهی هیجانی^۶ و فقدان شفافیت هیجانی^۷ است. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) روایی سازه این ابزار را با استفاده از تحلیل عاملی بررسی و تایید نمودند. همچنین اعتبار این مقیاس را از طریق بازآزمایی^۸ ۰/۸۸ و همسانی درونی مقیاس^۹ را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کردند. بشارت (۱۳۸۶) روایی سازه این ابزار را با تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید نمود. همچنین اعتبار آن بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد (بشارت، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

2. nonacceptance of emotional responses

3. difficulties engaging in goal-directed behavior

4. impulse control difficulties

5. limited access to emotion regulation

6. lack of emotional awareness

7. lack of emotional clarity

8. est-retest reliability

9. internal consistency

۵۶..... مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در...

پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه- فرم کوتاه^۱: پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۰)، دارای ۷۵ گویه در طیف شش‌درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً در مورد من نادرست است تا ۶=کاملاً در مورد من درست است) تنظیم شده است و حداقل نمره برای هر طرح‌واره ۶ و حداکثر ۳۰ می‌باشد. ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را اندازه‌گیری می‌کند و هر طرح‌واره دارای پنج گویه است که یک نوع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. طرح‌واره محرومیت هیجانی^۲، طرح‌واره رهاسدگی-بی‌ثباتی^۳، طرح‌واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۴، طرح‌واره انزوای اجتماعی/بیگانگی^۵، طرح‌واره نقض/شرم^۶، طرح‌واره شکست^۷، طرح‌واره وابستگی/بی‌کفایتی^۸، طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر بیماری^۹، طرح‌واره گرفتار/خویش‌تن تحول نیافته^{۱۰}، طرح‌واره اطاعت^{۱۱}، طرح‌واره ایثار^{۱۲}، طرح‌واره بازداری هیجانی^{۱۳} (گویه‌های ۵۶ تا ۶۰)، طرح‌واره معیارهای سرسختانه^{۱۴}، طرح‌واره استحقاق/بزرگ‌منشی^{۱۵}، طرح‌واره خویش‌تن‌داری/خود انضباطی ناکافی^{۱۶} را می‌سنجد. یانگ (۱۹۹۰) رویی سازه پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی بررسی و تایید نمود. یانگ، نورمن و توماس^{۱۷} اعتبار این پرسشنامه را به روش همسانی درونی و بازآزمایی بر روی یک نمونه آمریکایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند (پاولز، دیترکس، شووارتس و کلائس^{۱۸}، ۲۰۱۸). یوسفی، اعتمادی، بهرامی، احمدی و همکاران (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

سیاهه نگرانی از تصویر بدنی^{۱۹}: این ابزار شامل ۱۹ گویه است که توسط لیتلتون، آکسوم و پوری^{۲۰} (۲۰۰۵) ساخته و اعتباریابی شده و در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از ۱- کاملاً موافقم تا ۵- کاملاً مخالفم) درجه‌بندی شده است حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۹ و حداکثر ۹۵ می‌باشد. این پرسشنامه شامل دو عامل: ۱-نارضایتی فرد از ظاهر خود است که از ۱۱ گویه و ۲-میزان تداخل

1. early maladaptive schema questionnaire
2. emotional deprivation
3. release /instability
4. mistrust / mistreatment
5. social isolation/alienation
6. flaw/shame
7. failure
8. dependence/incompetence
9. vulnerability to harm/illness
10. enmeshment/undeveloped Self
11. subjugation
12. self-sacrifice
13. emotional inhibition
14. unrelenting standards
15. entitlement/grandiosity
16. insufficient self-control/self-discipline
17. Norman & Thomas
18. Pauwels, Dierckx, Schoevaerts & Claes
19. Body Image Concern Inventory (BICI)
20. Littleton, Axsom & Pury

نگرانی درباره ظاهر که از ۸ گویه تشکیل شده است. سازندگان اولیه اعتبار این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش شده است. روایی آن با روش روایی سازه بررسی شده است. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی ابلیک، بیانگر وجود دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل در عملکرد اجتماعی در این سیاهه بوده که در مجموع ۳۹/۸۸٪ از واریانس کل آزمون را تبیین نموده‌اند (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین سنی گروه نمونه برابر ۲۲/۱۰ با انحراف استاندارد ۲/۲۷ بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال قرار داشتند. حداقل وزن در نمونه آماری ۴۰ کیلوگرم و حداکثر ۱۱۸ کیلوگرم بود. همچنین میانگین وزنی کل نمونه ۶۶/۵۰ با انحراف معیار ۱۳/۰۷۳ بود. وضعیت متغیرهای پژوهش در دو گروه دختران با و بدون اضافه وزن از نظر میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی دشواری تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی

دختران با اضافه وزن (n=۱۰۰)		دختران بدون اضافه وزن (n=۱۰۲)		ابعاد
<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
۹۳/۳۴	۲۶/۴۵	۸۲/۳۴	۲۲/۴۲	دشواری تنظیم هیجان
۲۱۶/۸۹	۶۸/۸۲	۱۸۶/۲۱	۵۸/۲۱	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۵۵/۰۲	۱۶/۷۲	۴۲/۰۶	۱۳/۵۰	نگرانی از تصویر بدنی

به منظور تعیین تفاوت دشواری تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن آزمون تحلیل کوواریانس اجرا و نتایج در جدول ۲ به نمایش درآمده است. لازم به ذکر است قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل همگنی وایانس با آزمون لون^۱ و همسانی شیب رگرسیون بررسی و تأیید شد. نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه دختران با و بدون اضافه وزن در دشواری تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود دارد. براساس اندازه اثرهای به دست آمده وضعیت اضافه وزن به ترتیب

۵۸..... مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در...

توانایی تبیین ۴/۸، ۵/۵ و ۱۵/۵ درصد از واریانس دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی و گروه دختران با و بدون اضافه وزن را دارد. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر سطح دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت است، تأیید شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه در دختران با و بدون اضافه وزن

df	SS	MS	F	sig	fj ²	
۱	۶۱۰۶/۴۱	۶۱۰۶/۴۱	۱۰/۱۷**	۰/۰۰۲	۰/۰۴۸	دشواری تنظیم هیجان
۲۰۰	۱۲۰۰۷۵/۴۳	۶۰۰/۳۷				خطا
۲۰۱	۱۶۸۲۹۱۱					کل
۱	۴۷۵۱۱/۴۷	۴۷۵۱۱/۴۷	۱۱/۷۱**	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۲۰۰	۸۱۱۲۵۳/۰۴	۴۰۵۶/۲۶				خطا
۲۰۱	۹۰۵۲۳۶۱					کل
۱	۸۴۸۲/۷۶	۸۴۸۲/۷۶	۳۶/۷۸**	۰/۰۰۰	۰/۱۵۵	نگرانی از تصویر بدنی
۲۰۰	۴۶۱۱۵/۶۰	۲۳۰/۵۷				خطا
۲۰۱	۵۲۹۲۶۸					کل

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن بین دختران مجرد، ۱۸ تا ۲۵ ساله ساکن شهر تهران انجام شد. یافته‌ها نشان داد؛ سطح دشواری تنظیم هیجان در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت است، این یافته با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها (آندری و همکاران، ۲۰۱۸؛ تومیاما، ۲۰۱۹؛ جبیله و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاساگرانده و همکاران، ۲۰۲۰؛ مورانو و همکاران، ۲۰۲۰؛ وان‌استرین، ۲۰۱۸) همسو بود. اضافه وزن و چاقی دارای ارتباطی دو سویه با آشفتگی‌های روان‌شناختی و وضعیت روان‌پزشکی شخص است و چاقی نیز به بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی نامساعد و نارضایتی از زندگی منجر می‌شود. بالاترین میل برای خوردن هنگام تجربه احساس‌های منفی مشاهده می‌شود. شواهد پژوهشی، نقش هیجان‌ها (به‌ویژه هیجان‌های منفی) را در پرخوری مورد تأکید قرارداد و نشان داده‌اند افراد دارای پرخوری افراطی، دچار تنیدگی و عواطف منفی بیشتری هستند (کاساگرانده و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور کلی، مشکلات هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان که شامل دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی،

دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی است، موجب افزایش تنیدگی و عواطف منفی در فرد شده و زمینه پرخوری را فراهم می‌سازد که در نتیجه آن افراد دچار اضافه وزن و چاقی می‌شوند.

نتایج نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت است. این یافته با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها (باسیله و همکاران، ۲۰۱۹؛ جیبیله و همکاران، ۲۰۲۱؛ مورانو و همکاران، ۲۰۲۰) همسو بود. در خصوص این یافته‌ها می‌توان اذعان نمود؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان در فرد هستند (کردلو، ۱۳۹۷) که فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد اختلال‌های روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌سازند. از سوی دیگر، رفتارهای خوردن با پاسخ به تنیدگی ناشی از خستگی، اضطراب و تنش همراه هستند (وان‌استرین، ۲۰۱۸). در نتیجه سطوح بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تشدید تنیدگی و اضطراب در افراد موجب تشدید رفتارهای خوردن بازداری نشده، می‌شوند که موجب افزایش وزن در افراد می‌شود. بنابراین سطح بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه را می‌توان از عوامل بروز چاقی و اضافه وزن در دختران مجرد بالای ۱۸ سال تهران برشمرد.

نتایج نشان داد سطح نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن متفاوت است. این یافته با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها (جیبیله و همکاران، ۲۰۲۱؛ مورانو و همکاران، ۲۰۲۰) همسو بود. ظاهر یکی از بخش‌های بسیار مهم تصویر بدنی است. ناتوانی در دستیابی به ظاهر آرمانی، منجر به افزایش نارضایتی از ظاهر بدنی و در نتیجه ابتلای آنان به انواع بیماری‌ها، آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی شده است (واتسون و همکاران، ۲۰۱۹). تصویر بدن و نگرانی‌های مرتبط با آن، در افرادی که اضافه وزن دارند به دلیل به هم خوردن تعادل افکار مثبت و منفی درباره بدن، براساس بازخوردهای دریافت شده از سوی محیط پیرامونی موجب تشدید نگرانی و نارضایتی از ظاهر بدنی می‌شود. هرچند این نارضایتی لزوماً با شاخص توده بدنی مرتبط نیست (منگازو و همکاران، ۲۰۲۱)، اما زمانی که فرد وزنی بالاتر از حد معمول داشته باشد و در محیطی قرار داشته باشد که اطرافیان نگاه مثبتی به شکل بدنی فرد ندارند فرد دچار مشکل می‌شود. بنابراین، افرادی که دارای اضافه وزن هستند پیوسته نگران ظاهر و ادراک دیگران از تصویر بدنی خود هستند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. از جمله اینکه محدودیت گروه نمونه و اجرای آن در بین دختران مجرد، ۱۸ تا ۲۵ ساله ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ که در تلگرام و اینستاگرام عضویت داشتند و همچنین گزارش فردی از شاخص توده بدنی

۶۰..... مقایسه دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در...

عمده‌ترین محدودیت پژوهش بود که تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها در سایر شهرها را با رعایت جانب احتیاط امکان‌پذیر می‌سازد. لذا پیشنهاد می‌شود برای فراهم‌آوردن شواهد تجربی بیشتر و دقیق‌تر پژوهش‌های مشابه در گروه‌های دیگر و با مشاهده و سنجش مستقیم توسط پژوهشگر انجام شود.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود متخصصان، مشاوران و درمانگران در درمان مشکلات و پیامدهای روان‌شناختی اضافه وزن به وضعیت دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی افراد توجه نمایند و برنامه‌های درمانی خود را بر اساس این متغیرها طراحی و اجرا نمایند.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از همکاری شرکت کنندگان محترم در این پژوهش کمال شکر را دارند.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- پاک‌مهر، مینا، و جهان‌تیبغ حقیقی، مریم، و طاهری تیزآبی، صفیه، و راهدار، زهرا. (۱۳۹۶). مروری بر گیاهان دارویی مورد استفاده در درمان چاقی و اضافه وزن. *طب سنتی اسلام و ایران*، ۸ (۳)، ۳۲۳-۳۳۴.
- پورجباری، بهناز، و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز. *سلامت جامعه*، ۱۳ (۱)، ۱-۱۰.
- جعفری، اصغر، اسکندری، نجمه، و قندانی، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین زنان چاق و گروه همتا. *مدیریت پرستاری*، ۸ (۴)، ۳۱-۴۰.
- شمسایی، زینب. (۱۳۹۸). *فرزندپروری در بستر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه*. تهران: انتشارات صالحیان.
- قربان‌نژاد، هانیه، علیزاده، محمد، دیدارلو، علیرضا، و بخشی‌مقدم، فرنوش. (۱۳۹۹). ارتباط میان عادات غذایی با اضافه وزن و چاقی در بین دانش‌آموزان دختر (۱۲-۱۵ ساله) نوجوان شهر ارومیه. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۷ (۲)، ۱۲۱-۱۲۹.
- کردلو، منیژه. (۱۳۹۷). شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرح‌واره محور. *مشاور مدرسه*، ۵ (۳)، ۲۳-۲۰.
- محمدی، نوراله، و سجادی نژاد، مرضیه سادات. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۲ (۵)، ۵۵-۷۰.
- ولی‌زاده، ندا، پیروی، تهمینه، و حقیقی، ماه‌منیر. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین اضافه وزن و چاقی با علائم افسردگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۹، ۵، ۳۱۷-۳۲۶.
- یوسفی، ناصر، اعتمادی، عذرا، بهرامی، فاطمه، احمدی، سیداحمد. و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۸۹). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همسران مطلقه و عادی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده طلاق. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶ (۱)، ۳۳-۲۱.
- Andrei, F., Nuccitelli, C., Mancini, G., Reggiani, G. M., & Trombini, E. (2018). Emotional intelligence, emotion regulation and affectivity in adults seeking treatment for obesity. *Psychiatry Research*, 269, 191-198. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.08.015

- Basharat, M. A. (2007). Examining the psychometric properties of the emotion regulation difficulty scale. *Research report*, University of Tehran. (in Persian).
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9). DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02361
- Breda, J., Jewell, J., & Keller, A. (2019). The importance of the world health organization sugar guidelines for dental health and obesity prevention. *Caries Research*, 53(2), 149-152.
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2020). Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(5), 1333-1345.
- Ghorbannejad, H., Alizadeh, M., Didarlo, A., & Bakhshimoghaddam, F. (2020). Association between food habits and overweight and obesity in 12 – 15 years old adolescent female students in Urmia. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 27(2), 121-129. (in Persian).
- Gow, M. L., Tee, M. S., Garnett, S. P., Baur, L. A., Aldwell, K., Thomas, S., ... & Jebeile, H. (2020). Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatric Obesity*, 15(3), <https://doi.org/10.1111/ijpo.12600>
- Gratz, K. L., Dixon, L. J., Kiel, E. J., & Tull, M. T. (2018). Emotion regulation: Theoretical models, associated outcomes and recent advances. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences: Applications of Personality and Individual Differences* (pp. 63–89). Sage Reference. <https://doi.org/10.4135/9781526451248.n3>
- Grilo, C. M., White, M. A., Masheb, R. M., Ivezaj, V., Morgan, P. T., & Gueorguieva, R. (2020). Randomized controlled trial testing the effectiveness of adaptive “SMART” stepped-care treatment for adults with binge-eating disorder comorbid with obesity. *American Psychologist*, 75(2), 204. doi: 10.1037/amp0000534
- Jafari, A., Eskandari, N., Ghandani, M., (2020). Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies between obese and normal weight women. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 8 (4), 31-40. (in Persian).
- Jebeile, H., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P., & Paxton, S. J. (2021). Eating disorder risk in adolescents with obesity. *Obesity Reviews*, 22(5), e13173. <https://doi.org/10.1111/obr.13173>
- Kordlou, M. (2018). Therapeutic recognition of personality disorders based on the schema-based approach. *School Counselor*, 5(3), 20-23. (in Persian).
- Littleton, H. L., Axson, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229–241.
- Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. (2007). The Evaluation of psychometric properties of body image concern inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Psychological Studies*, 3(1), 85-101.
- Meneguzzo, P., Behrens, S. C., Favaro, A., Tenconi, E., Vindigni, V., Teufel, M., ... & Pavan, C. (2021). Body image disturbances and weight bias after obesity surgery: semantic and visual evaluation in a controlled study, findings from the bodytalk project. *Obesity Surgery*, 31(4), 1625-1634.
- Morano, M., Robazza, C., Rutigliano, I., Bortoli, L., Ruiz, M. C., & Campanozzi, A. (2020). Changes in physical activity, motor performance, and psychosocial determinants of active behavior in children: A pilot school-based obesity program. *Sustainability*, 12(3), 1128.
- Pakmehr, M., Jahantighe Haghghi, M., & Taheri Tizabi, S. (2017). A review on medicinal plants used in treatment of obesity and overweight. *jiitm*. 8 (3) :323-334. (in Persian).

- Parvaneh, K., & Poh, B. K. (2014). Sleep deprivation is related to obesity and low intake of energy and carbohydrates among working Iranian adults: a cross sectional study. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(1), 84-90.
- Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2018). Early maladaptive schemas in eating disordered patients with or without non-suicidal self-injury. *European Eating Disorders Review*. 2016 Sep;24(5):399-405. doi: 10.1002/erv.2460. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27349211.
- Pourjaberi, B., & DashtBozorgi, Z. (2019). The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. *Community Health Journal*, 13(1), 1-10. (in Persian).
- Shamsaee, Z. (2020). *Parenting in the context of primary maladaptive schemas*. Tehran: Salehian Pub. (in Persian).
- Sharma, M., Singh, S. K., Tiwari, P., & Chauhan, N. (2019). Body image perception, eating attitude and influence of media among undergraduate students of medical college in Delhi: a cross sectional study. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 7 (12), 4627-4634. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20195529>
- Tanofsky-Kraff, M., Schvey, N. A., & Grilo, C. M. (2020). A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *American Psychologist*, 75(2), 189. DOI: 10.1037/amp0000592
- Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual review of psychology*, 70, 703-718.
- Valizadeh, N., Peirouvi, T., & Haghghi, M. (2018). Relationship between overweight and obesity with depression symptoms in women referring to health centers of Urmia City. *Stud Med Sci*. 29 (5) :317-326. (in Persian).
- Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 1-8.
- World Health Organization (2018). WHOQOLBREF introduction, administration scoring and generic version of the assessment, *Field Trial Version*, Geneva: WHO, Program On Mental Health.
- Yousefi, N., Etemadi, O., Bahrami, F., Ahmadi, S. A., & Fatehi zadah, M. A. (2010). Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. *IJPCP*. 16 (1) :21-33. (in Persian).
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.



اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در

تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کووید-۱۹

وحید اسمعیلی^{۱*}، سعید آریا پوران^۲، حسن امیری^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کووید-۱۹ بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه در انتظار درمان) بود. جامعه آماری این پژوهش را کل دانش‌آموزان پایه هفتم تا دوازدهم شهرستان گیلانغرب تشکیل دادند ($N=1050$). نمونه آماری ۵۱ نوجوان دارای علائم اضطراب بودند که در سه گروه درمان تنظیم هیجان، درمان چشم‌انداز زمان و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب بک و مقیاس اختلال در تنظیم هیجان استفاده شد. هر دو گروه آزمایش به طور جداگانه طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، تحت درمان قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر کاهش علائم اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان اثربخش بوده‌اند. علاوه بر این، اثربخشی درمان تنظیم هیجان در علائم اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان بیشتر از درمان چشم‌انداز زمان بوده است. براساس نتایج، درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان (به ویژه تنظیم هیجان) برای کاهش علائم اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان در نوجوانان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، تنظیم هیجان، چشم‌انداز زمان، اختلال در تنظیم هیجان، نوجوانان



^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

کووید-۱۹ که در چین از دسامبر ۲۰۱۹ آغاز و به سرعت در کل دنیا منتشر شد، علاوه بر مرگ‌ومیر باعث مشکلات روان‌شناختی زیادی شده است (بنجامین، کوپرمن، ارین، راتکویف^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). تعطیلی مدارس در دوره کووید-۱۹ موجب مشکلات روان‌شناختی نوجوانان شده است (دانیونایت، تراسکاسکایت-کانویشن، توریسون، زلوین^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). ۲۰/۵٪ تا ۴۳/۷٪ از نوجوانان در دوره کووید-۱۹ اضطراب^۴ را گزارش کرده‌اند (راسین، مک‌ارت، کوک، ایریش^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ آریاپوران و خزلی، ۲۰۲۱).

یک متغیر مرتبط با اضطراب (ولینزیک-گمیچ، جابوکزیک، تروکو، کوبیلینسکی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲) اختلال در تنظیم هیجان^۷ است که به عنوان ناتوانی در تنظیم شدت و کیفیت هیجان‌ها به منظور ایجاد یک پاسخ عاطفی مناسب، کنترل هیجان‌پذیری و بی‌ثباتی هیجانی تعریف می‌شود (پائولوس، اوهمان، مولر، پلینر^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). تغییر ناسازگارانه در تنظیم هیجان در نوجوانی رایج است (کروکو، جوزنز و بریت^۹، ۲۰۱۷) و اختلال در تنظیم هیجان با استرس، تعارض و تنهایی و حمایت اجتماعی پایین در نوجوانان در دوره کووید-۱۹ مرتبط بوده است (ایسائو و دی‌لاتوره-لاک^{۱۰}، ۲۰۲۱).

با توجه به مشکلات روان‌شناختی نوجوانان در دوره کووید-۱۹، درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش این مشکلات در نوجوانان لازم است. درمان تنظیم هیجان بر میزان و زمان افزایش هیجان‌ها، طول مدت آن‌ها و نحوه ابراز و تجربه هیجان‌ها و به صورت کلی مدیریت هیجان‌ها تأثیر دارد (گروس^{۱۱}، ۲۰۱۴؛ دیوف، وربکن، وولکارت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). تأثیرات این درمان بر بهبود تنظیم هیجان (تی‌برینک، منتینگ، شویرینگا، دیکویک^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱)، بهبود اختلال در تنظیم هیجان (هولمکوئیست لارسون،

1. COVID-19
2. Benjamin, Kuperman, Eren, Rotkopf
3. Daniunaite, Truskauskaitė-Kuneviciene, Thoresen, Zelviene
4. anxiety
5. Racine, McArthur, Cooke, Eirich
6. Wołyńczyk-Gmaj, Jakubczyk, Trucco, Kobyliński
7. emotional dysregulation
8. Paulus, Ohmann, Möhler, Plener
9. Cracco, Goossens, & Braet
10. Essau & de la Torre-Luque
11. Gross
12. Debeuf, Verbeken, Boelens, Volkaert
13. Te Brinke, Menting, Schuiringa, Deković

اندرسون، استین، زیتروکیست^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) و اضطراب نوجوانان (ولکائرت، واتته، ون بیورین، ورورت^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ و کرمی، شریفی، نیک‌خواه و غضنفری، ۱۳۹۸) تأیید شده است.

از دیدگاه زیمنباردو و بوید^۳ (۱۹۹۹؛ به نقل از بورینسکوف و همکاران^۴، ۲۰۲۲)، چشم‌انداز زمان^۵ «نگرش شخصی ناخودآگاهی است که ما نسبت به زمان داریم و فرآیندی است که طی آن جریان مداوم هستی در دسته‌بندی‌های زمانی قرار می‌گیرد که به نظم، انسجام و معنا دادن به زندگی ما کمک می‌کند». درمان چشم‌انداز زمان بر ادراک افراد از گذشته، حال و آینده متمرکز است (سوارد، سوارد، برونسکیل^۶ و زیمنباردو، ۲۰۱۴) و یک رویکرد مبتنی بر زمان است و ۵ چشم‌انداز زمانی را ارائه می‌دهد که بر ادراک افراد از گذشته، حال و آینده تمرکز دارند: گذشته مثبت، گذشته منفی، حال لذت‌گرا، حال تقدیرگرا و آینده (میرزانیان، فیروزی و صابری، ۲۰۲۱). زمانی که فرد از گذشته و حال منفی به سمت حال مثبت و آینده مثبت جهت‌گیری داشته باشد، مشکلات روان‌شناختی وی از جمله اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابند. بنابراین، افراد تحت این درمان خودگویی‌های منفی را تشخیص می‌دهند و با تمرکز بر جنبه‌های مثبت رویدادهای گذشته، حال و آینده به تعادل زمانی در خویش کمک می‌کنند (مک‌کای^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان با تضعیف نگرش‌های منفی نسبت به گذشته و تقدیرگرایی حال به بهبود چشم‌اندازهای گذشته مثبت، حال لذت‌گرا، و آینده و ایجاد زمانی متعادل به حل مشکلات روان‌شناختی کمک می‌کند (بونویل، اوین و سیرکوا^۸، ۲۰۱۴). این درمان بر بهبود تنظیم هیجان (نظری فردویی، فروزنده و بنی‌طبا، ۱۴۰۰) و اضطراب (حسینی، عارفی و سجادیان، ۱۳۹۹؛ علیزاده فرد و سرائی، ۱۳۹۸) نوجوانان تأثیر داشته است.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کووید-۱۹ بود. براساس پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی تنظیم هیجان (آگکول و آتالان ارگین^۹، ۲۰۲۲) و چشم‌انداز زمان متعادل (وو، زئو، زئو، کیو و گئو^{۱۰}، ۲۰۱۹) در اضطراب و مشکلات روان‌شناختی نقش معناداری دارند؛ بنابراین می‌توان گفت که انجام مداخلات مبتنی بر این دو درمان می‌تواند در کاهش اضطراب و تنظیم هیجانی نوجوانان نقش داشته

1. Holmqvist Larsson, Andersson, Stern, Zetterqvist

2. Volkaert, Wante, Van Beveren, Vervoort

3. Zimbardo & Boyd

4. Borisenkov

5. time perspective

6. Sword, Sword, Brunskill

7. McKay

8. Boniwell, Osin, & Sircova

9. Akgül, & Atalan Ergin

10. Wu, Zhou, Zhao, Qiu, & Guo

۶۶..... اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در...

باشد. توجه به این برنامه‌های درمانی یاری‌گر درمانگران کودک و نوجوان در استفاده از درمان‌های مناسب در دوران بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید-۱۹ خواهد بود و مقایسه اثربخشی این درمان‌ها در تعیین درمان مناسب برای کاهش اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان ارزشمند است. علاوه بر این، این پژوهش موجب توجه پژوهشگران به این دو درمان می‌شود و تقویت ادبیات پژوهشی را به دنبال دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش حاضر این بود که «درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر بهبود علائم اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کووید-۱۹ مؤثر هستند».

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) با گروه در انتظار درمان بود. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان پایه هفتم تا دوازدهم شهرستان گیلانغرب تشکیل دادند ($N=1050$). براساس جدول مورگان برای جامعه ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفری ۳۷۵ نفر لازم است؛ براین اساس ۴۴۱ پرسشنامه (۲۲ کلاس) به صورت خوشه‌ای تصادفی در میان دانش‌آموزان توزیع شد. مشاوران مدارس ۱۰۶ دانش‌آموز دارای علائم اضطراب براساس پرسشنامه اضطراب بک را به پژوهشگر معرفی کردند. پس از مصاحبه اولیه ۶۶ نفر دارای علائم اضطراب بودند که ۶۱ نفر از آنان به صورت تصادفی در گروه‌های درمانی و گروه در انتظار درمان (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. یک نفر باقیمانده در گروه در انتظار درمان قرار داده شد. نوجوانان براساس پایه تحصیلی در سه گروه هم‌تا شدند. پس از برگزاری جلسات سه نفر از گروه چشم‌انداز زمان و دو نفر در گروه تنظیم هیجان در جلسات به صورت مداوم شرکت نکردند و حذف شدند. از گروه تنظیم هیجان نیز یک نفر و از گروه در انتظار درمان ۳ نفر (هم‌تا شده با گروه‌های آزمایش اول و دوم از نظر پایه تحصیلی) حذف شدند. در نهایت در هر گروه ۱۷ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل کسب نمرات ۲۴ و بالاتر در مقیاس اضطراب بک، وجود علائم اضطراب براساس مصاحبه تشخیصی، نداشتن بیماری جسمانی-روانی مزمن و ملاک‌های خروج شامل عدم موافقت و رضایت از شرکت در پژوهش، شرکت نکردن مداوم در جلسات درمانی، میل و انگیزه نداشتن هنگام شرکت در جلسات، نپرداختن به تکالیف خانگی و ابتلا به کووید-۱۹ در زمان جلسات بود.

ابزار

الف- پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه توسط بک و همکاران (۱۹۸۸؛ نقل از خشت‌مسجدی، عمر و ماسوله، ۲۰۱۵) ساخته شده است و ۲۱ علامت اضطراب را می‌سنجد. پاسخ به هر علامت به صورت شدید=۳، متوسط=۲، خفیف=۱، هرگز=۰ است. نمره صفر تا ۲۳ اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ اضطراب متوسط و نمره بالاتر از ۲۹ اضطراب مرضی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۵ بوده است؛ روایی این مقیاس از طریق همبستگی این پرسشنامه با سایر مقیاس‌های اضطراب قبل از آن (همبستگی بین ۰/۵۱ تا ۰/۶۹) تأیید شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸؛ نقل از خشت‌مسجدی و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ بوده و بین این مقیاس و مقیاس خودارزیابی اضطراب رابطه معنادار ($r=0/435$) به دست آمده است (خشت‌مسجدی و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ بود.

ب- فرم کوتاه مقیاس اختلال در تنظیم هیجان^۲: این مقیاس توسط بجوربرگ^۳ و همکاران (۲۰۱۶؛ نقل از فلاحی، نریمانی و عطادخت، ۱۴۰۰) طراحی شده است و دارای ۱۶ گویه و ۵ عامل است: فقدان وضوح هیجانی^۴، دشواری در درگیری در رفتار معطوف به هدف^۵، دشواری در کنترل رفتار تکانشی^۶، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر^۷ و پاسخ هیجانی پذیرفته نشده^۸. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرتی ۶ درجه‌ای است (۱=تقریباً هرگز تا ۶=تقریباً همیشه) و یک بعد کلی را می‌سنجد؛ دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۹۶ است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۴ بود و ضرایب روایی این مقیاس از طریق ارتباط با اضطراب ($r=0/43$)، افسردگی ($r=0/55$) و استرس ($r=0/56$) مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس داس تأیید شد (بجوربرگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ نقل از فلاحی و همکاران، ۱۴۰۰). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نوجوانان ایرانی ۰/۹۱ بود و رابطه ابعاد این مقیاس (بین ۰/۱۳ تا ۰/۳۴) با مقیاس پنج عامل بزرگ شخصیت تأیید شد (فلاحی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ بود.

-
- 1 . Beck Anxiety Inventory
 - 2 . Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form
 - 3 . Bjureberg
 - 4 . Lack of Emotional Clarity
 - 5 . Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior
 - 6 . Impulse Control Difficulties
 - 7 . Limited Access to Effective Emotion Regulation Strategies
 - 8 . Nonacceptance of Emotional Responses

۶۸..... اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در...

روش مداخله: برای گروه آزمایش اول درمان تنظیم هیجان که توسط آریاپوران (۱۳۹۰) براساس درمان تنظیم هیجان گراتز و گاندرسون (۲۰۰۶؛ نقل از آریاپوران، ۱۳۹۰) طراحی شده است و برای گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴) اجرا شد. مراحل این درمان‌ها در هشت جلسه یک‌و‌نیم ساعته توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی اجرا شد که شرح آن‌ها در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱: جلسات درمان تنظیم هیجان و درمان چشم‌انداز زمان

جلسات درمان تنظیم هیجان (آریاپوران، ۱۳۹۰)				
جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
۱	پیش‌آزمون، ارتباط و مفهوم‌سازی	آشنایی، آموزش نظریه تنظیم هیجان به گروه، نقش اعضا، پیش‌آزمون.		
۲	آگاهی از هیجان‌ات مثبت	آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت، توجه به هیجان‌ات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها به صورت تجسم ذهنی	شناخت هیجان‌ات مثبت	نوشتن هیجان‌ات مثبت و ثبت
۳	آگاهی از هیجان‌ات منفی	آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی، توجه به هیجان‌ات منفی و لزوم استفاده از آن‌ها به صورت تجسم ذهنی	شناخت هیجان‌ات منفی	نوشتن هیجان‌ات منفی و ثبت
۴	پذیرش هیجان‌ات مثبت	آموزش پذیرش بدون قضاوت هیجان‌ات مثبت، پیامدهای مثبت و منفی استفاده از آن‌ها	پذیرش هیجان‌ات مثبت و پیامدهای مثبت آنان	ثبت نظر دوست نزدیک در مورد میزان هیجان‌ات مثبت
۵	پذیرش هیجان‌ات منفی	آموزش پذیرش بدون قضاوت از میزان هیجان منفی، پیامدهای منفی استفاده از آن‌ها	پذیرش هیجان‌های منفی و پیامدهای منفی آنان	ثبت نظر دوست نزدیک در مورد میزان هیجان‌ات منفی در فرم مربوطه
۶	بازاریابی و ابراز هیجان‌ات مثبت	آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات مثبت به صورت تجسم ذهنی، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب	ابراز مناسب هیجان‌ات مثبت	ثبت هیجان‌ات مثبت و ابراز مناسب آنان
۷	بازاریابی و ابراز هیجان‌ات منفی	آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات منفی، ابراز نامناسب و بازداری از ابراز نامناسب	ابراز مناسب هیجان‌ات منفی	ثبت هیجان‌ات منفی و جایگزینی آن با هیجان‌ات مثبت
جمع‌بندی				
۸	جلسات آموزشی، اجرای پس‌آزمون	جمع‌بندی از جلسات، پس‌آزمون		
جلسات درمان چشم‌انداز زمان (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴)				
جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
۱	پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی	آشنایی، نقش اعضا و پیش‌آزمون.		

۲	آگاهی چشم‌انداز گذشته	از زمان گذشته	رویدادهای گذشته، آشنایی نوجوان با چشم‌انداز زمان، آگاهی در زمینه دیدگاه پارادوکس زمانی	شناخت رویدادهای منفی و مثبت گذشته	تعیین دو رویداد منفی و دو رویداد مثبت قبل از کرونا (زمان گذشته)
۳	آگاهی چشم‌انداز حال	از زمان حال	رویدادهای دوران کووید-۱۹، آگاهی در زمینه دیدگاه پارادوکس زمانی	شناخت رویداد های منفی- مثبت حال	مشخص کردن رویداد های منفی در دوران کرونا (زمان حال)
۴	آگاهی چشم‌انداز آینده	از زمان آینده	رویدادهای پیش‌بینی شده برای آینده، آگاهی درباره دیدگاه پارادوکس زمانی	شناخت چشم‌اندازهای منفی و مثبت آینده	مشخص کردن نگرش‌های منفی نوجوان در مورد آینده
۵	تغییر گذشته منفی به گذشته مثبت	منفی گذشته مثبت	خاطرات خوب و خوشایند گذشته، تمرین جابجایی گذشته منفی با گذشته مثبت.	تغییر گذشته منفی به گذشته مثبت	جایگزین دیدگاه منفی گذشته با مثبت و ثبت در فرم مربوطه
۶	تغییر حال جبرگرا به حال لذت‌گرا	تعیین موقعیت‌های لذت‌گرای زمان حال، لذت از زمان و فعالیت های حال ، پرهیز از دیدگاه منفی نسبت به زمان حال.	تغییر حال جبرگرا به حال لذت‌گرا	تغییر حال جبرگرا به حال لذت‌گرا	جایگزینی موارد منفی زمان حال با موارد مثبت و ثبت در فرم مربوطه
۷	تغییر آینده منفی به آینده مثبت	خاطرات مثبت و پیامدهای مثبت آن‌ها، برنامه‌ریزی برای آینده، نشئت گرفتن آینده مثبت از گذشته مثبت و حال لذت‌گرا	تغییر آینده منفی به ایدآل و مثبت	تغییر آینده منفی به حال ایدآل و مثبت	جایگزین پیش‌بینی‌های منفی آینده با پیش‌بینی‌های مثبت و ثبت در فرم مربوطه
		جمع‌بندی			
هشتم		جلسات، اجرای	جمع‌بندی جلسات، پس‌آزمون		
		پس‌آزمون			

روش اجرا

پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی سنندج، پژوهشگر به آموزش و پرورش شهرستان گیلانغرب مراجعه نمود. با هماهنگی آموزش و پرورش و مشاوران مدارس، دانش‌آموزان دارای علائم اضطراب بر اساس مقیاس اضطراب بک به پژوهشگر معرفی شدند. سپس دانش‌آموزان دارای ملاک‌های ورود در گروه‌های آزمایش و گروه در انتظار درمان جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بنفرونی تحلیل شدند. پس از اتمام جلسات و انجام دوره پیگیری راهنمای هر دو درمان برای گروه در انتظار درمان شرح داده شد و طی شش جلسه با موافقت خود آنان درمان چشم‌انداز زمان برای آنان اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه‌های درمان تنظیم هیجان $۱۵/۷۰ \pm ۰/۹۸۵$ ، چشم‌انداز زمان $۱۵/۷۰ \pm ۰/۹۸۵$ و در انتظار درمان $۱۵/۵۹ \pm ۱/۴۲$ بود. در هر گروه ۳ نفر (۱۷/۶۵٪) پایه هفتم، ۲ نفر (۱۱/۷۶٪) هشتم، ۶ نفر (۳۵/۲۹٪) نهم، ۳ نفر (۱۷/۶۵٪) دهم، ۲ نفر (۱۱/۷۶٪)

۷۰..... اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در...

یازدهم و ۱ نفر (۵/۸۹٪) دوازدهم بودند. در گروه تنظیم هیجان ۷ نفر (۴۱/۱۸٪)، در گروه چشم‌انداز زمان ۹ نفر (۵۲/۹۴٪) و گروه در انتظار درمان ۸ نفر (۴۷/۰۶٪) سابقه ابتلا به کووید-۱۹ داشتند. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها را در سه گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) متغیرها در گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان

متغیر	دوره	تنظیم هیجان		چشم‌انداز زمان		در انتظار درمان	
		SD	M	SD	M	SD	M
علائم اضطراب	پیش‌آزمون	۵/۸۴	۳۱/۲۹	۷/۲۸	۳۱/۷۰	۶/۵۳	۳۱/۶۴
	پس‌آزمون	۵/۵۱	۲۴/۵۲	۶/۸۸	۲۶/۵۹	۵/۳۸	۳۲/۳۵
	پیگیری	۵/۹۹	۲۲/۷۰	۶/۰۸	۲۶/۸۸	۵/۶۷	۳۲/۵۳
اختلال در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۳/۳۹	۳۵/۸۲	۳/۲۶	۳۵/۸۸	۳/۷۳	۳۵/۲۳
	پس‌آزمون	۲/۹۶	۲۶/۱۸	۴/۱۷	۳۰/۱۱	۴/۳۶	۳۵/۵۳
	پیگیری	۳/۱۳	۲۵/۴۱	۳/۳۷	۲۹/۷۰	۳/۵۴	۳۵/۴۱

قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتایج آزمون باکس برای اضطراب ($F=۱/۳۵$; $p<۰/۰۶$) و اختلال در تنظیم هیجان ($F=۱/۴۶$; $p<۰/۱۳$) حاکی از رعایت شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود. نتایج آزمون کرویت-موجلی برای اضطراب ($X^2=۱/۶۵$; $p<۰/۰۸$) و اختلال در تنظیم هیجان ($X^2=۱/۹۲$; $p<۰/۰۵$) برابری واریانس‌های درون‌گروهی را تأیید کرد. نتایج آزمون لوین در پیش‌آزمون ($F=۰/۴۲$; $p<۰/۶۶$)، پس‌آزمون ($F=۰/۶۱$; $p<۰/۵۴$) و پیگیری ($F=۰/۶۳$; $p<۰/۵۵$) اضطراب و پیش‌آزمون ($F=۱/۰۹$; $p<۰/۳۴$)، پس‌آزمون ($F=۱/۰۷$; $p<۰/۳۵$) و پیگیری ($F=۰/۰۶$; $p<۰/۹۴$) اختلال در تنظیم هیجان برابری واریانس‌های بین‌گروهی را تأیید کرد.

بر اساس جدول ۳ بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در دو گروه درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. اثر گروه*دوره و اثر گروه بر دو متغیر معنادار بوده است. اندازه اثر دوره، گروه*دوره و گروه بر علائم اضطراب به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۸ و ۰/۱۵ و بر اختلال در تنظیم هیجان به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۵۹ و ۰/۳۰ بود.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه در انتظار درمان

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
علائم اضطراب	دوره	۴۴۴/۷۹۴	۱	۴۴۴/۷۹۴	۷۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰
	گروه*دوره	۳۸۶/۵۲۹	۲	۱۹۳/۲۶۵	۳۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰

				۵/۷۳۳	۴۸	۲۷۵/۱۷۶	خطا
۰/۷۳	۰/۱۵	۰/۰۱۷	۴/۴۱	۴۶۹/۴۵۸	۲	۹۳۸/۹۱۵	گروه
				۱۰۶/۳۸۲	۴۸	۵۱۰۶/۳۱۴	خطا
۱/۰	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۲۲۱/۲۹	۷۶۳/۱۴۷	۱	۷۶۳/۱۴۷	دوره
۱/۰	۰/۵۹	۰/۰۰۱	۷۰/۰۴	۲۴۱/۴۱۲	۲	۴۸۲/۸۲۴	گروه*دوره
				۳/۴۴۹	۴۸	۱۶۵/۵۲۹	خطا
۰/۹۸	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۰/۲۹	۷۳۶/۲۰۳	۱	۱۴۷۲/۴۰۵	گروه
				۷۱/۴۹۵	۴۸	۳۴۳۱/۷۶۵	خطا

اختلال در تنظیم هیجان

براساس جدول ۴ در پس‌آزمون و پیگیری، میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه در انتظار درمان به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین، اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش علائم اضطراب در پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان و اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش نمرات اختلال در تنظیم هیجان در پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان بوده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرها

اختلاف میانگین‌ها		گروه	دوره	متغیر
در انتظار درمان	چشم‌انداز زمان			
-۰/۳۵۲	-۰/۴۱۱	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	علائم اضطراب
۰/۰۵۹		چشم‌انداز زمان		
-۷/۸۲**	-۲/۰۶	تنظیم هیجان	پس‌آزمون	
-۵/۷۶**		چشم‌انداز زمان		
-۹/۸۲**	-۴/۱۷۶**	تنظیم هیجان	پیگیری	اختلال در تنظیم هیجان
-۵/۶۴**		چشم‌انداز زمان		
۰/۵۸۹	-۰/۰۵۹	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	
۰/۶۴۷		چشم‌انداز زمان		
۹/۹۳۵**	-۳/۹۴۱*	تنظیم هیجان	پس‌آزمون	پیگیری
۵/۴۱۲**		چشم‌انداز زمان		
-۱۰/۰۰**	-۴/۲۹**	تنظیم هیجان		
-۵/۷۰۵**		چشم‌انداز زمان		

*p<۰/۰۵ و **p<۰/۰۱

۷۲..... اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در...

براساس جدول ۵ در پس‌آزمون و پیگیری نسبت ب پیش‌آزمون، میانگین متغیرهای وابسته در گروه درمان تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان کاهش پیدا کرده است. با توجه به عدم معناداری پس‌آزمون و پیگیری ماندگاری اثر دو درمان حفظ شده است.

جدول ۵: آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرها در گروه‌های آزمایش و گروه در انتظار درمان

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌ها	
			پس‌آزمون	پیگیری
علائم اضطراب	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۶/۷۶**	۸/۵۹**
		پس‌آزمون		-۱/۸۲
	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۵/۱۲**	۴/۸۳**
		پس‌آزمون		-۰/۲۹
	در انتظار درمان	پیش‌آزمون	-۰/۷۱	-۰/۸۸
		پس‌آزمون		-۰/۱۸
اختلال در تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۹/۶۵**	۱۰/۴۱**
		پس‌آزمون		۰/۷۶
	چشم‌انداز زمان	پیش‌آزمون	۵/۷۷**	۶/۱۸**
		پس‌آزمون		۰/۴۲
	در انتظار درمان	پیش‌آزمون	-۰/۲۹	-۰/۱۹
		پس‌آزمون		۰/۱۳

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کوید-۱۹ بود. براساس نتایج درمان تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر کاهش علائم اضطراب در پس‌آزمون و پیگیری اثربخش و اثر تنظیم هیجان در پیگیری بیشتر از چشم‌انداز زمان بوده است که همخوان با یافته‌های قبلی است که اثربخشی تنظیم هیجان (وولکاترت و همکاران، ۲۰۲۰؛ کرمی و همکاران، ۱۳۹۸) و چشم‌انداز زمان (حسینی و همکاران، ۱۳۹۹؛ علیزاده فرد و سرائی، ۱۳۹۸) را بر اضطراب نوجوانان تأیید کرده‌اند.

درمان تنظیم هیجان شناخت و بازاریابی هیجان‌ات منفی و مثبت را به افراد آموزش می‌دهد که این تکنیک‌ها علاوه بر افزایش آگاهی هیجانی موجب مدیریت بهتر هیجان‌ات و بازاریابی آن‌ها و همچنین بهبود آگاهی هیجانی و کاهش هیجان‌ات منفی می‌شوند (هولمکوئیست لارسون، و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین نوجوانانی که علائم اضطراب را در دوره کووید-۱۹ تجربه می‌کنند، با یادگیری چنین تکنیک‌هایی اضطراب خود را به عنوان یک هیجان منفی بازاریابی می‌کنند و آگاهی از آثار منفی این هیجان موجب کاهش علائم اضطراب در آنان می‌شود.

در مورد تأثیر درمان چشم‌انداز زمان بر بهبود علائم اضطراب می‌توان گفت که این درمان با ایجاد تعادل زمانی مثبت منجر به لذت بردن از زمان حال، نگاه مثبت به گذشته و همچنین بهبود نگرش آینده می‌شود (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، نوجوانانی که دارای علائم اضطراب در دوره کووید-۱۹ هستند با بهره‌گیری از این درمان نگرشی مثبتی نسبت به گذشته، حال و آینده پیدا خواهند کرد و با تغییر گذشته منفی به مثبت، حال جبرگرا به حال لذت‌گرا و تغییر نگرش منفی نسبت به آینده اضطراب خود را کاهش می‌دهند.

نتایج پژوهش اثربخشی درمان تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر کاهش اختلال در تنظیم هیجان را نشان داد که همخوان با یافته‌های قبلی مبنی بر اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر بهبود اختلال در تنظیم هیجان (تی‌برینک و همکاران، ۲۰۲۱) است. با توجه به اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر کاهش اختلال در تنظیم هیجان می‌توان گفت که درمان تنظیم هیجان به صورت مستقیم هیجان‌ات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با آگاهی از هیجان‌ات، پذیرش آن‌ها و بازاریابی مثبت این هیجان‌ات و همچنین مدیریت هیجان‌ات به تنظیم آن‌ها کمک می‌کند (هولمکوئیست لارسون و همکاران، ۲۰۲۰) که این امر موجب کاهش اختلال در تنظیم هیجان در آنان می‌شود. به عبارت دیگر، آگاهی از هیجان‌ات و توانایی مدیریت این هیجان‌ات بعد از آموزش تنظیم هیجان حاصل می‌شود و به دنبال آن بهبود مشکلات در تنظیم هیجان حاصل خواهد شد.

در مورد تأثیر درمان چشم‌انداز زمان بر بهبود اختلال در تنظیم هیجان می‌توان گفت که در این درمان موجب تجربه مثبت رویدادهای گذشته به ویژه رویدادهای هیجانی و برجسته شدن نقاط مثبت و توانمندی‌های افراد می‌شود تا افراد نگاهی مثبتی نسبت به گذشته، حال و آینده داشته باشند (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴) که این امر احتمالاً کاهش اختلال در تنظیم هیجان در نوجوانان را به دنبال دارد.

۷۴..... اثربخشی درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان بر اضطراب و اختلال در...

با توجه به اینکه اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش علائم اضطراب در پس‌آزمون و کاهش نمرات اختلال در تنظیم هیجان در پس‌آزمون و پیگیری می‌توان گفت که درمان تنظیم هیجان بر هیجان‌ات، بهبود ابراز آنان و مدیریت درست آنان در موقعیت‌های مختلف متمرکز است (هولمکویست لارسون و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین این درمان به افراد کمک می‌کند که در مورد هیجان‌ات خود تغییراتی ایجاد کنند که منجر به بهبود ابراز و مدیریت هیجان‌ات می‌شود (دیبیوف و همکاران، ۲۰۲۰). اما تمرکز اصلی درمان چشم‌انداز زمان بر تعادل زمانی است (سوارد و همکاران، ۲۰۱۴) و احتمالاً اثربخشی آن بر اختلال در تنظیم هیجان کمتر از درمان تنظیم هیجان است. ذکر این نکته لازم است که این تبیین نیاز به تکرار یافته‌های پژوهشی دارد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم غربالگری براساس متغیر اختلال در تنظیم هیجان بودند که پیشنهاد می‌شود براساس متغیر اختلال در تنظیم هیجان نیز غربالگری انجام شود. دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت می‌تواند در ماندگاری اثر درمان نقش داشته باشد. نتایج نشان داد که درمان‌های تنظیم هیجان و چشم‌انداز زمان در کاهش علائم اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان نوجوانان در دوره کووید-۱۹ مؤثر بوده‌اند و اثربخشی درمان اول بیشتر بوده است؛ از این رو، به درمانگران پیشنهاد می‌شود از این درمان‌ها به صورت ترکیبی برای بهبود اضطراب و اختلال در تنظیم هیجان در شرایط قرنطینه استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که برای مشاوران مدارس دوره‌های ضمن خدمت مبتنی بر ترکیب درمان‌های چشم‌انداز زمانی و تنظیم هیجان برگزار شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی بوده و در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج با کد IR.IAU.SD.J.REC.1400.33 مورد تأیید قرار گرفته است. از تمامی نوجوانانی که در پژوهش شرکت نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

- آریاپوران، سعید. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری جانبازان شیمیایی*. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- حسینی، مهکامه، عارفی، مژگان، و سجادیان ایلناز. (۱۳۹۹). تأثیر بسته آموزشی چشم‌انداز زمان بر تعادل زمانی و اضطراب دانش‌آموزان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۱۵-۲۳.
- رحمانی، فریبا، و هاشمیان، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان دختر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۳)، ۴۷-۶۳.

علیزاده فرد، سوسن، سرائی، محمدمین. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تغییر درک زمان بر اضطراب و خودکارآمدی کودکان کار. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۴(۱)، ۶۱-۶۸.

فلاحی، وحید، نریمانی، محمد، عطادخت، اکبر. (۱۴۰۰). خصوصیات روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان در گروهی از نوجوانان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۹(۵)، ۳۷۳۵-۳۷۲۱.

کرمی، رزاق، شریفی، طیبه، نیک‌خواه، محمد، غضنفری، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر با پیگیری ۶۰ روزه. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۱)، ۹-۱.

نظری‌فردویی زهرا، فروزنده، الهام، بنی‌طبا، مصطفی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر افق زمان بر توانایی‌های شناختی، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در نوجوانان دختر افسرده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۹(۳)، ۶۸-۷۹.

Akgül, G., & Atalan Ergin, D. (2021). Adolescents' and parents' anxiety during COVID-19: is there a role of cyberchondriasis and emotion regulation through the internet? *Current Psychology*, 40(10), 4750-4759.

Alizadeh fard, S., Saraei, M. A. (2019). The Effectiveness of Time Perspective Change Training on Anxiety and Self-Efficacy in Children Labors. *Contemporary Psychology*, 14 (1), 61-68. (Text in Persian).

Ariapooran, S. (2011). Effectiveness of mindfulness and emotion regulation on mental well-being and resilience in chemical weapons victims. Ph.D. Thesis Dissertation in General Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Iran. (Text in Persian).

Ariapooran, S., & Khezeli, M. (2021). Symptoms of anxiety disorders in Iranian adolescents with hearing loss during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-5.

Benjamin, A., Kuperman, Y., Eren, N., Rotkopf, R., Amitai, M., Rossman, H., ... & Chen, A. (2021). Stress-related emotional and behavioural impact following the first COVID-19 outbreak peak. *Molecular psychiatry*, 26(11), 6149-6158.

Boniwell, I., Osin, E., & Sircova, A. (2014). Introducing time perspective coaching: A new approach to improve time management and enhance well-being. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 12(2), 24-40.

Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Smirnov, V. V., Gubin, D. G., Petrov, I. M., Vasilkova, T. N., ... & Symaniuk, E. E. (2022). Association between food addiction and time perspective during COVID-19 isolation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(5), 1585-1591.

Cauberghe, V., Van Wesenbeeck, I., De Jans, S., Hudders, L., & Ponnet, K. (2021). How adolescents use social media to cope with feelings of loneliness and anxiety during COVID-19 lockdown. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 250-257.

Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(8), 909-921.

Daniunaite, I., Truskauskaitė-Kuneviciene, I., Thoresen, S., Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2021). Adolescents amid the COVID-19 pandemic: A prospective study of psychological functioning. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 1-10.

Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volckaert, B., Van Malderen, E., Michels, N., & Braet, C. (2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-17.

- Essau, C. A., & de la Torre-Luque, A. (2021). Adolescent psychopathological profiles and the outcome of the COVID-19 pandemic: Longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110330.
- Fallahi, V., Narimani, M., Atadokht, A. (2021). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Brief Form (Ders-16): in Group of Iranian Adolescents. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 29 (5), 3721-3735. (Text in Persian).
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp.3–20). The Guilford Press.
- Holmqvist Larsson, K., Andersson, G., Stern, H., & Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 141-155.
- Hosseini, M., Arefi, M., & Sajjadian, I. (2020). Time Perspective Training Package on Balancing Time and Anxiety of Students. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 10(1), 15-23. (Text in Persian).
- Karami, R., Sharifi, T., Nikkiah, M., & Ghazanfari, A. (2019). Effectiveness of Emotion Regulation Training Based on Grass Model on reducing rumination and social anxiety in female students with 60-day follow-up. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(1), 1-9. (Text in Persian).
- Khesht-Masjedi, M. F., Omar, Z., & Masoleh, S. M. K. (2015). Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(2), 145-153.
- McKay, M. T., Worrell, F. C., Zivkovic, U., Temple, E., Mello, Z. R., Musil, B., ... & Perry, J. L. (2019). A balanced time perspective: Is it an exercise in empiricism, and does it relate meaningfully to health and well-being outcomes? *International Journal of Psychology*, 54(6), 775-785.
- Mirzania, A., Firoozi, M., & Saberi, A. (2021). The Efficacy of Time Perspective Therapy in Reducing Symptoms of Post-Traumatic Stress, Anxiety, and Depression in Females with Breast Cancer. *International Journal of Cancer Management*, 14(12), e112915.
- Nazariy Fardooy Z, Forozandeh E, Banitaba M. (2022). The effectiveness of time-perspective therapy on cognitive abilities, emotion regulation and alexithymia in depressed teenager girls. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 9(3), 68-79. (Text in Persian).
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). *Frontiers in Psychiatry*, 12, 628252. doi: 10.3389/fpsy.2021.628252.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150.
- Sword, R. M., Sword, R. K., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201.
- Te Brinke, L. W., Menting, A. T., Schuringa, H. D., Deković, M., Weisz, J. R., & De Castro, B. O. (2021). Emotion regulation training as a treatment element for externalizing problems in adolescence: A randomized controlled micro-trial. *Behaviour Research and Therapy*, 143, 103889. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103889>
- Volkaert, B., Wante, L., Van Beveren, M. L., Vervoort, L., & Braet, C. (2020). Training adaptive emotion regulation skills in early adolescents: The effects of distraction, acceptance, cognitive reappraisal, and problem solving. *Cognitive Therapy and Research*, 44(3), 678-696.
- Wołyńczyk-Gmaj, D., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kobylński, P., Zaorska, J., Gmaj, B., & Kopera, M. (2022). Emotional Dysregulation, Anxiety Symptoms and Insomnia in Individuals with

Alcohol Use Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2700.

Wu, H., Zhou, R., Zhao, L., Qiu, J., & Guo, C. (2019). Neural bases underlying the association between balanced time perspective and trait anxiety. *Behavioural Brain Research*, 359(1), 206-214.



© 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 BYN4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

تأثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه

شهرزاد نعمتی^{۱*}، میرمحمود میرنسب^۲، محمد باردل^۳، وحیده ابراهیمی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تأثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری ویژه شهرستان اهر بودند که به مرکز اختلال یادگیری در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، که تعداد ۲۰ نفر از آنها بصورت تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل، آزمون خواندن و نارساخوانی حسینی و همکاران و بسته آموزشی دن راهبردهای شناختی بودند. نتایج تحلیل آماری کواریانس داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون در آزمون خواندن و هم‌آزمون درک مطلب دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشت. میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل ارتقاء یافت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای شناختی بر خواندن و درک مطلب کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه تأثیر مثبت و معناداری دارد. طراحی و اجرای برنامه‌های راهبردی شناختی برای سایر دانش‌آموزان دارای نارسایی‌های عصب‌تحوالی و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی ضمن خدمت راهبردهای شناختی برای معلمان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال یادگیری ویژه، درک مطلب، راهبردشناختی، مهارت‌های خواندن.



^۱ نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۲ دانشیار روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۳ دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

اختلال یادگیری ویژه^۱ اختلالی عصب-تحوالی است که به صورت مداوم یادگیری تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اختلال یادگیری ویژه شامل اختلال خواندن (خواندن کلمه، دقت، نرخ خواندن، سیالی، درک مطلب خواندن)، اختلال نوشتن (هجی کردن صحیح، گرامر، رعایت نکات دستوری، وضوح و سازماندهی متن نوشتاری) و اختلال ریاضیات (فهم عدد، به خاطر سپاری واقعیت‌های ریاضی، صحت سیالی، محاسبه و استدلال صحیح ریاضی) است (عطادخت، نریمانی، حضرتی ساقصلو و مجدی، ۱۳۹۷).

حدوداً ۸۰ درصد دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه با مشکلاتی در زمینه خواندن مواجه‌اند (کوین، وانگر، مانزل و اسپاتچیندر^۳، ۲۰۲۰). ویژگی اصلی اختلال یادگیری ویژه از نوع خواندن این است که فرد در درست خواندن، سریع خواندن و درک مطلب مشکل دارد. اختلال یادگیری ویژه از نوع خواندن به میزان زیادی به عنوان مانعی برای موفقیت تحصیلی عمل می‌کند (وکسلر^۴، ۲۰۲۱، زیمرمن و ریبرد^۵، ۲۰۲۰). در ارزیابی جدید از طریق پاسخ به مداخله این گروه از دانش‌آموزان نیازمند مداخله در سطح سوم هستند (برنن^۶، ۲۰۲۱).

اکثر مهارت‌های خواندن را می‌توان در طبقه تحلیل کلمه یا مهارت‌های درک مطلب جای داد با این حال هدف اصلی خواندن درک مطلب است (اوزبک و ارگول^۷، ۲۰۲۱). تعدادی از دانش‌آموزان با وجود اینکه می‌توانند متن را بخوانند اما قادر به درک و فهم آن نیستند؛ در نتیجه آموزش موثر درک مطلب توجه بسیاری از معلمان، پژوهشگران تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده است (تورگسن، واگنر و راشوت^۸، ۲۰۲۱).

رویکردهای مختلفی برای کمک به افراد دارای نارسایی‌های تحولی طراحی شده است که راهبردهای شناختی یکی از آنهاست (فابیو، گیامتیمپو، سمینو و کاپری^۹، ۲۰۲۱). راهبردهای شناختی راهکارهایی است که دانش‌آموزان برای یادگیری، به خاطر سپاری و درک مطلب از آنها استفاده می‌کنند (نونز، رودریگو، ترو و فرناندز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). راهبرد شناختی به سه دسته

-
- 1 . Specific Learning Disability
 - 2 . American Psychiatric Association
 - 3 . Quinn, Wagner, Menzel & Schatschneider
 - 4 . Wexler
 - 5 . Zimmermann & Reed
 - 6 . Brnnan
 - 7 . Özbek & Ergül
 - 8 . Torgesen, Wagner & Rashotte
 - 9 . Fabio, Giannatiempo, Semino & Capri,
 - 10 . Núñez, Rodriguez, Tuero, Fernández

کلی طبقه‌بندی می‌شود: الف) تکرار^۱، یعنی به طور عمده گفتن یک مطلب برای خود با صدای بلند یا آهسته؛ این راهبرد در کوشش برای انتقال اطلاعات به حافظه Z درازمدت کمک می‌کند. ب) گسترش معنی^۲: روانشناسان شناختی آن را به عنوان افزودن معنی به اطلاعات تازه برای ربط دادن آن‌ها به اطلاعات از قبل آموخته شده تعریف کرده‌اند؛ ج) سازماندهی^۳: موثرترین نوع راهبرد یادگیری سازمان‌دهی است که فراگیر با استفاده از آن برای معنی‌دار ساختن یادگیری به مطالبی که قصد یادگیری آن‌ها را دارد نوعی مهارت یا ساختار سازمان‌دهی تحمیل می‌کند (باربیری، رودریگز، دایسون و جردن^۴، ۲۰۲۰). افراد دارای اختلالات یادگیری ویژه آسیب‌هایی در حافظه شنیداری، کلامی، حفظ توجه، بازداری تکانه‌ها، هماهنگی حرکتی، ادراکی تمیز شنیداری و دیداری، تعمیم و سازماندهی، حافظه فعال، ادراک نقش از زمینه و پردازش اطلاعات سبک یادگیری دارند (هندریکز و فاجز^۵، ۲۰۲۰).

آموزش راهبرد شناختی باعث بهبود مشکلات حافظه و درک مطلب این دانش آموزان می‌شود (نریمانی و طاهری فرد، ۱۳۹۸) و حافظه کاری نقش مهم و کلیدی در یادگیری خواندن و نوشتن و نگهداری اطلاعات در ذهن ایفا می‌کند (محمدی، حاتمی، کرمی نوری، منصور^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) شواهد پژوهشی حافظه کاری را از ضروری‌ترین امکانات شناختی معرفی می‌نمایند که در خواندن، موجب نگهداری اصوات و مفاهیم گفتاری مرتبط ضروری برای شناخت موفقیت‌آمیز واژه‌ها و درک آن‌ها می‌شود (هالاها، کافمن، پولین و بدار^۷، ۲۰۲۰).

راهبرد شناختی راهبردی موثر در خواندن و درک مطلب است (اوزکوبت و اوزمن^۸، ۲۰۲۱). درک مطلب می‌تواند به وسیله تدریس صریح و واضح راهبردهای شناختی خاص پیشرفت کند؛ این راهبردها، خوانندگان را قادر می‌سازد که درک و فهم بهتری از متن خواندن داشته باشند (اوگوانی، اوکک، اوسادی، آدیمورا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که بسیاری از کودکان دارای مشکلات یادگیری ویژه، بدون مهارت بازبینی درک و فهم اند؛ یعنی در واقع آنچه را که می‌خوانند نمی‌فهمند و اغلب ازین واقعیت بی‌خبرند، از این رو اقدامی برای کمک به درک و فهم

-
- 1 . Repetition
 - 2 . Expand meaning
 - 3 . Organize
 - 4 . Barbieri, Rodrigues, Dyson & Jordan
 - 5 . Hendricks & Fuchs
 - 6 . Mohammadi, Hatami, Kormi-Nouri, Mansouri
 - 7 . Hallahan, Pullen, Kauffman & Badar
 - 8 . Özkubat & Özmen
 - 9 . Ugwuanyi, Okeke, Eseadi, Adimora

۸۲..... تاثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال...

خود نمی‌کنند (وکسلر، ۲۰۲۱). آن‌ها نه تنها از راهبردهای شناختی مناسب قابل استفاده برای آسان سازی عملکرد خود بی‌خبرند بلکه توان آغاز موثر تنظیم و بازبینی استفاده از چنین راهبردهایی را نیز ندارند (آهنگر، حاج لو، سپهری نسب و معزز، ۱۳۹۸) و در کاربرد روش‌هایی که در یادگیری موثرند عاجز می‌باشند (کالوین و گرای، ۲۰۲۰). تحقیقات اوزبک و ارگول (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه در بازیابی اطلاعات دارای ضعف هستند زیرا آن‌ها بین اطلاعات یک ارتباط معنایی ایجاد نمی‌کنند. نونز و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان می‌دهد که سازمان یافتگی اطلاعات عامل مهمی در یادآوری اطلاعات است.

همچنین شواهد پژوهشی (باربیری و همکاران، ۲۰۲۰) نشان دهنده اثربخشی مولفه‌های راهبردشناختی از جمله: روش کلمه کلیدی، ایجاد ارتباط بین اطلاعات و تصویرسازی ذهنی بر یادگیری و بازیابی اطلاعات از حافظه دانش‌آموزان می‌باشد. مرور ادبیات پژوهشی مربوط به اختلال یادگیری ویژه در ایران در زمینه تاثیر آموزش راهبرد شناختی و فراشناختی در بهبود یادگیری (درک مطلب، ریاضی و زبان دوم) از خلاء پژوهشی در ارتباط تاثیر راهبرد شناختی بر بهبود اختلال یادگیری ویژه حکایت می‌کند. فقدان پژوهشی در ارتباط با تاثیر راهبرد شناختی بر مهارت‌های خواندن و درک مطلب کودکان دارای ناتوانی یادگیری ویژه ضرورت انجام این پژوهش را بعنوان خلاء پژوهشی توجیه می‌کند. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر این است که راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن (مهارت‌های خواندن و درک مطلب) دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ویژه تاثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. افراد مورد مطالعه در این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر پایه پنجم و ششم ابتدایی دارای اختلال خواندن و درک مطلب در شهرستان اهر بود. دلیل انتخاب پایه‌های پنجم و ششم پذیرش دانش‌آموزان این پایه‌ها در فصل اجرای پژوهش در مراکز اختلال یادگیری است. با توجه به ماهیت پژوهش، از بین جامعه آماری مورد نظر، نمونه آماری به تعداد ۲۰ نفر در نظر گرفته شد که به صورت هدفمند انتخاب شدند. برنامه آموزشی به مدت ۱۰ جلسه ۱ تا ۱.۵ ساعته در مرکز اختلال یادگیری اهر اجرا شد. پس از اتمام جلسات آموزش به طور همزمان و در شرایط یکسان از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بودند از معرفی و تایید معلمان بعنوان دانش‌آموز دارای مشکل درک مطلب، تشخیص اختلال خواندن بر مبنای اجرای آزمون خواندن و نارساخوانی و تایید مرکز یادگیری، عدم وجود مشکلات بینایی و شنوایی (بنابر اطلاعات دریافت شده

از پرونده تحصیلی دانش‌آموزان و مصاحبه با والدین آنها)، داشتن ضریب هوشی بین ۸۵ تا ۹۵) بر اساس گزارش پرونده تحصیلی)، و رضایت آگاهانه والدین کودک برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز عدم رضایت شرکت‌کننده در حین اجرای آموزش، ارائه متغیر مستقل و غیبت بیش از دو جلسه بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش از روش تحلیل کواریانس تک متغیره به منظور کنترل اثر پیش آزمون استفاده شده است.

در پژوهش حاضر از ابزار زیر استفاده شده است:

آزمون استاندارد خواندن و نارساخوانی^۱: این آزمون توسط حسینی، مرادی، کرمی نوری، حسینی و همکاران (۱۳۹۵) ساخته شده است. این آزمون شامل ۱۰ آزمون فرعی است. آزمون خواندن واژه‌ها شامل سه فهرست ۴۰ کلمه‌ای و در سطح کلماتی مانند سرب و روباه با آلفای کرونباخ ۰/۹۸، کلماتی مانند آب و ژاله با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و کلماتی مانند میز و اتوبوس با آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و آزمون‌های خواندن واژه‌های بدون معنا با آلفای کرونباخ ۰/۸۵، درک واژه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۳، زنجیره واژه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۶۵، درک متن شامل دو آزمون فرعی عمومی و اختصاصی برای هر پایه تحصیلی با آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۶۲، نامیدن تصویر با آلفای کرونباخ ۰/۷۵، حذف آواها با آلفای کرونباخ ۰/۷۸، نشانه حروف ۰/۶۶، نشانه واژه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۵، و آزمون قافیه‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ می‌باشد. هر آزمون شامل یک متن و ۸ پرسش چهارگزینه‌ای از متن مربوطه است. اعتبار کل آزمون با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۳ بود. پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای خرده آزمون‌های مختلف بین ۰/۴۳ تا ۰/۸۳ به دست آمده است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر پایایی ابزار ۰/۷۸ بدست آمد.

روش اجرا: برنامه آموزشی و مداخله بر پایه تقویت حافظه فعال و آموزش راهبردهای شناختی طراحی شده است. به منظور ساخت برنامه آموزشی ابتدا پیشینه‌های مربوط به راهبردهای شناختی در نظر گرفته شده است. جلسات آموزشی تقویت حافظه کاری از برنامه آموزشی که توسط دن^۲ در سال ۲۰۰۸ تدوین شده الگو برداری شده است. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح جلسات بسته آموزشی (دن، ۲۰۰۸)

جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	تقویت حافظه شنوایی و بینایی	شامل فعالیت انجام دستورات به خاطری سپاری چند لغت، بخاطر سپاری اشعار کوتاه، پنهان کردن اشیا و شناسایی اشیای پاک شده و...	افزایش توان به یادسپاری	انجام تمرین توسط کارت های بازی
دوم	بازی با تصاویر	نشان دادن تصاویر و بازگویی رنگ‌ها و جزئیات تصویر بعد از ۱۵ ثانیه.	تقویت ایجاد بازنمایی ذهنی	استفاده از کارت های بازی ۴*۴
سوم	تقویت حافظه بازشناسی	نشان دادن تصاویر گل‌ها، حیوانت و.. و بازشناسی تصاویر توسط دانش‌آموزان، نمایش فیلم یا انیمیشن (یادآوری و بازسازی الگوهای فیلم توسط دانش‌آموزان).	افزایش توانایی یادآوری و بازشناسی	استفاده از کارت های بازی برای ساخت یک کلیپ کارت
چهارم	حافظه یادآوری تقویت حافظه بلند مدت	خواندن داستان کوتاه برای دانش‌آموزان و بازگویی داستان توسط دانش‌آموزان- بازگویی رویدادهای ۲۴ ساعت قبل توسط دانش‌آموزان	افزایش توانایی یادآوری	استفاده از صندلی داغ برای بازگویی خاطرات و داستان ها
پنجم	آموزش راهبرد تکرار و مرور ویژه تکالیف ساده	چندبار روخوانی، چندبار رونویسی، بازگویی مطالب برای چندبار پشت سر هم، استفاده از تدابیر یادیار، مانند آهنگ قافیه و تصویر	تقویت توانایی سرمشق‌گیری	بیان اتفاقات روز جاری کلاس
ششم	آموزش راهبرد تکرار و مرور ویژه تکالیف پیچیده	خط کشیدن زیر مطالب، علامت گذاری و حاشیه نویسی برجسته سازی قسمت‌هایی از کتاب، رونویسی یا کپی کتاب.	تقویت توانایی دقت و استفاده از راهبردهای شناختی	ارائه ی خلاصه کتاب داستان ارائه شده
هفتم	آموزش راهبرد بسط و گسترش معنایی ویژه تکالیف ساده	استفاده از واسطه‌ها، تصویر سازی ذهنی، روش مکان‌ها، استفاده از کلمات کلیدی، استفاده از سرواژه	تقویت توانایی بازشناسی	تکمیل داستان نیمه با استفاده از واژه های ارائه شده
هشتم	آموزش راهبرد بسط و گسترش معنایی ویژه تکالیف پیچیده	یادداشت برداری، قیاس‌گری، خلاصه کردن به زبان خود، بکار بستن مطالب آموخته شده، آموزش مطالب آموخته شده به دیگران، استفاده از مطالب آموخته شده در حل مسائل، شرح و تفسیر و تحلیل روابط	تقویت توانایی کاربری مطالب آموخته شده	تدریس به عنوان معلم کوچک در کلاس
نهم	آموزش راهبردهای سازماندهی ویژه تکالیف ساده	دسته بندی اطلاعات جدید در قالب حیوانات، گیاهان، مواد معدنی	تقویت توانایی طبقه بندی کردن	جدا کردن کارت ها بر اساس ویژگی های مشترک

آموزش راهبردهای سازماندهی ویژه	تکالیف تهیه فهرست عناوین، دسته بندی مقولات براساس مقوله های آشنا، تبدیل درس به طرح و نقشه مفهومی، استفاده از طرح درختی برای خلاصه کردن	توانایی مدیریت یادگیری های آموخته شده	رسم نقشه ی مفهومی از مطالب آموخته شده
--------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

یافته‌ها

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه کنترل و آزمایشی در پیش‌آزمون به ترتیب $1/50$ ($0/52$) و $1/60$ ($0/65$) و میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه کنترل و آزمایشی در پس‌آزمون به ترتیب $1/60$ ($0/51$) و $9/72$ ($1/85$) می‌باشد. برطبق این نتایج، میانگین گروه آزمایشی پس از مداخله، بیشتر از گروه کنترل افزایش یافته است. (جمع نمره این آزمون ۱۲ نمره می‌باشد).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نوع آزمون	متغیر	آزمایش		کنترل	
		M	SD	M	SD
پیش آزمون	کلی	۱/۶۰	۰/۶۵	۱/۵۰	۰/۵۲
	خواندن واژه ها	۰/۸۵	۰/۴۲	۰/۸۶	۰/۲۵
	خواندن واژه های بدون معنی	۱/۱۱	۰/۹۵	۱/۱۲	۰/۶۳
	درک واژه ها	۰/۶۹	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۲۷
	زنجیره واژه ها	۰/۸۷	۰/۴۵	۰/۶۹	۰/۳۹
	درک متن	۰/۸۴	۰/۲۴	۰/۸۶	۰/۵۲
	نامیدن تصاویر	۰/۹۶	۰/۴۱	۰/۸۷	۰/۴۹
	حذف آواها	۱/۳۱	۰/۵۲	۱/۳۴	۰/۵۷
	نشانه حروف	۱/۴۱	۰/۷۴	۱/۶۴	۰/۲۴
	نشانه واژه ها	۰/۶۹	۰/۲۳	۰/۴۵	۰/۲۵
پس آزمون	کلی	۹/۷۲	۱/۸۵	۱/۶۰	۰/۴۸
	خواندن واژه ها	۷/۶۲	۱/۶۵	۰/۸۵	۰/۳۹
	خواندن واژه های بدون معنی	۵/۶۵	۱/۲۵	۱/۳۶	۰/۲۶
	درک واژه ها	۷/۶۳	۱/۳۶	۰/۶۹	۰/۶۱
	زنجیره واژه ها	۸/۹۶	۱/۴۵	۱/۳۱	۰/۵۲
قافیه ها	۰/۶۸	۰/۲۴	۰/۶۵	۰/۱۹	

۸۶..... تاثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال...

۰/۷۴	۱/۲۴	۰/۹۵	۸/۶۵	درک متن
۰/۴۱	۰/۹۶	۱/۱۶	۷/۳۶	نامیدن تصاویر
۰/۴۶	۰/۴۸	۱/۱۴	۶/۵۷	حذف آواها
۰/۴۵	۱/۳۴	۱/۶۷	۸/۳۶	نشانه حروف
۰/۳۶	۱/۰۲	۱/۳۲	۴/۳۶	نشانه واژه‌ها
۰/۵۱	۰/۵۹	۱/۲۶	۷/۶۹	قافیه‌ها

جدول ۳ نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف را نشان می‌دهد. مقدار آماره Z در هیچ یک از گروه‌ها معنی‌دار نیست، پس شرط نرمال بودن رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن توزیع متغیر عملکرد خواندن

Sig	آماره Z	شاخص گروه
۰/۸۸	۵۸۱	پیش آزمون
۰/۹۱	۵۵۹	پس آزمون
۰/۳۸	۹۰۹	پیش آزمون
۰/۴۵	۸۵۷	پس آزمون

نتایج جدول ۴، مقدار F تعامل متغیر همپراشی ۰/۹۳۳ می‌باشد، ($P > ۰/۰۵$) که معنادار نمی‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۴. آزمون شیب رگرسیون

Sig	F	MS	DF	SS	منابع	متغیر
۱/۴۷۷	۱	۱/۴۷۷	۰/۹۳۳	۰/۳۴۸	گروه*پیش آزمون	درک مطلب

نتایج جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌های پژوهش (آزمایش و کنترل) در نمرات پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد. F بدست آمده برابر با ۱۵/۲۴ می‌باشد که از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P \leq ۰/۰۰۱$). پس می‌توان گفت بسته آموزشی راهبرد شناختی بر بهبود عملکرد خواندن اثربخش بوده است. میانگین نمرات عملکرد خواندن در گروهی که با آموزش راهبرد شناختی آموزش داده شده بودند به صورت معناداری بالاتر از گروه کنترل است.

جدول ۵. تحلیل کواریانس برای متغیر وابسته عملکرد خواندن در پس‌آزمون

Sig	F	MS	DF	SS	متغیر
-----	---	----	----	----	-------

پیش آزمون	۴/۸۲۵	۱	۴/۸۲۵	۳/۰۶۵	۰/۰۹۹
گروه	۲۴/۱۲۶	۱	۲۴/۱۲۶	۱۵/۲۴	۰/۰۰۱
خطا	۳۲۹/۲۵	۱۶	۱/۵۸۳		

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین تاثیر آموزش راهبردهای شناختی، بر بهبود خواندن و درک مطلب در دانش آموزان با مشکلات یادگیری ویژه از نوع درک مطلب، انجام گرفته است. نتایج این پژوهش با پژوهش های (وکسلر، ۲۰۲۰، اوگوانی و همکاران، ۲۰۲۱، باریبری و همکاران، ۲۰۲۰؛ عطادخت و همکاران، ۱۳۹۷؛ نریمانی و طاهری فرد، ۱۳۹۸؛ آهنگر و همکاران، ۱۳۹۸) همسو می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت آموزش استراتژی است که به موجب آن دانش آموزان راهبردهای خاص و همچنین زمان و نحوه استفاده از آنها را یاد می گیرند و این یادگیری منجر به بهبود عملکرد آنها در خواندن می شود. عملکرد ضعیف حافظه از خصوصیات کودکان دارای اختلال یادگیری ویژه است و آموزش راهبردهای شناختی به دانش آموزان دارای اختلال خواندن بهبود عملکرد تحصیلی اثر مثبت گذاشت و آموزش راهبردهای شناختی، روش های مدیریت یادگیری، یادآوری و تفکر هستند که با آموزش می توان موجب تقویت یادگیری و بالا رفتن سطح عملکرد تحصیلی شود. این راهبردهای مدیریت، از طریق پردازش موفقیت آمیز اطلاعات (هندریک و فاجز، ۲۰۲۰)، و به کارگیری تکنیک های موثر در یادگیری (رودریگز و همکاران، ۲۰۲۱) موجبات تحقق اهداف شناختی یعنی درک و فهم اطلاعات می شود و یادگیری معنادار را می افزاید (محمدی و همکاران، ۲۰۲۱).

شرکت در جلسات آموزشی در وهله اول موجب تقویت حافظه فعال که شامل تقویت حافظه های دیداری، شنیداری، یادآوری و بازشناسی است که این امر باعث شد که حافظه فعال به مدت کوتاهی وارد عمل شود و توجه دانش آموزان بر موضوع خاصی متمرکز شود و اطلاعات مزاحم حذف شوند، همچنین موجب می شود اطلاعات بصورت فعال در ذهن ذخیره گردند و تکالیف کلامی و غیرکلامی مانند استدلال و ادراک کلمات و معانی انجام شود و آنها را برای پردازش های بعدی در دسترس نگه دارند. چون حافظه برای یادگیری ضروری است، بدیهی است که عملکرد نامناسب آن می تواند به اختلال یادگیری منجر شود. حافظه

۸۸..... تاثیر راهبردهای شناختی بر عملکرد خواندن دانش‌آموزان دارای اختلال...

و خواندن در تعامل نزدیک با یکدیگر هستند. حافظه بلندمدت به نوبه خود از لحاظ نظری یک مخزن نامحدود حافظه است که در بطن و سازماندهی هر چیزی که ما می‌دانیم و می‌توانیم انجام دهیم قرار دارد. یادگیری خواندن و درک خواندن هم بر حافظه فعال و هم بلندمدت تکیه دارد.

حافظه فعال توانایی حفظ اطلاعات در ذهن در یک لحظه معین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و حافظه بلندمدت را در طول خواندن فعال می‌کند. مشکلات حافظه فعال مانع پردازش ساخت جمله طولانی و درک آن می‌شود. این مشکل می‌تواند ناشی از حافظه فعال محدود یا کندی قابل ملاحظه در خواندن باشد. همچنان که مهارت‌های خواندن قوی‌تر شود عملکرد حافظه فعال واجی خودکار می‌شود و هرچه حافظه فعال واجی خودکار شود، فضای بیشتری در حافظه فعال برای درک لغات و متن باز می‌شود. در تبیین این نتایج می‌توان مدعی شد که از ویژگی‌های راهبردهای شناختی این است که سطح برانگیختگی را بالا برده و میزان درگیری شناختی را افزایش داده و در نهایت باعث افزایش درک و عملکرد خواندن شده است. هر قدر دامنه استفاده از این راهبردها وسیع‌تر باشد، موفقیت تحصیلی و بهبود عملکرد خواندن بیشتر می‌شود زیرا که فرایندهای ذخیره و بازیابی و استفاده از دانش را تسهیل می‌نماید.

دانش‌آموزان گروه آزمایش که تحت تقویت حافظه فعال و آموزش راهبردهای شناختی قرار گرفتند، هنگام آموزش و مطالعه، با حافظه‌های شنیداری، دیداری، یادآوری و بازشناسی آشنا شدند، همچنین با بکارگیری این راهبردهای شناختی مانند تمرین و تکرار مطالب باصدای بلند و آهسته و ارتباط دادن اطلاعات تازه یادگرفته شده با اطلاعاتی که قبلاً در حافظه بلند مدت خود داشته اند به معنادر کردن مطالب جدید پرداخته که این خود موجب یادگیری و یادآوری بهتر مطالب می‌گردد. بعضی از راهبردهای شناختی مانند تصویرسازی ذهنی برای دانش‌آموزان بسیار جالب و آموزنده بود آن‌ها خواستار تمرین بیشتر این راهبردها بودند. به عبارت دیگر دانش‌آموزان گروهی که تحت مداخله آزمایشی قرار گرفتند با تقویت حافظه فعال، و کاربرد راهبردهای شناختی، پردازش فعال ذهن را برای آموختن اطلاعات جدید و ذخیره‌سازی این اطلاعات در حافظه بلندمدت انجام می‌دهند.

از یافته‌های این پژوهش چنین استنباط می‌گردد که کارکردهای شناختی و حافظه از جمله توانایی‌هایی هستند که کودکان به خصوص کودکان دارای اختلال یادگیری، در آینده و حال برای یادگیری خواندن و درک مطلب به آنها نیازمندند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به کنترل نبودن متغیرهایی مثل انگیزه و سبک‌های یادگیری اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود

که برنامه‌هایی که مبتنی بر راهبردهای شناختی هستند مورد توجه برنامه‌ریزان آموزشی مخصوصاً دانش‌آموزان دارای نارسایی تحولی قرار گیرند. از دیگر محدودیت‌ها در تحقیق حاضر عدم انتخاب شرکت‌کنندگان بصورت گسترده در سطح شهرستان بود چون تنها به افراد مراجعه کننده به مرکز اختلال یادگیری دسترسی بود. پیشنهاد می‌شود که در دوره‌های آموزشی ضمن خدمت معلمان، در مورد راهبرد های شناختی و مولفه‌های آن و اهمیت این راهبردها در یادگیری و شیوه‌های تقویت آن آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی: از مساعدت تمامی اولیای گرامی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

آهنگر، زهره؛ حاج لو، نادر؛ سپهری نسب، زهرا و معزز، رقیه. (۱۳۹۸). اثربخشی حافظه فعال بر بهبود عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص: یک مطالعه فراتحلیل، فصلنامه ناتوانی های یادگیری، ۸(۴)، ۷-۲۶.

حسینی، مریم، مرادی، علیرضا، کرمی نوری، رضا، حسینی، جعفر و پرهون، هادی. (۱۳۹۵). بررسی اعتبار و روایی عاملی آزمون خواندن و نارساخوانی (نما)، فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱۸(۱)، ۳۴-۲۲.

عطادخت، اکبر، نریمانی، محمد؛ حضرتی ساقصلو، شیوا و مجدلی، هادی. (۱۳۹۷). مقایسه توانایی برنامه ریزی- سازماندهی و انعطاف پذیری شناختی در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص، نشریه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۶(۱۰)، ۱۵-۱.

نریمانی، محمد و طاهری فرد، مینا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربه ای و پریشانی روان شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص، فصلنامه ناتوانی های یادگیری، ۸(۴)، ۱۳۳-۱۱۰.

Ahangar, Z., Hajloo, N., Sepehri Nasab, Z., Moazez, R. (2019). The effectiveness of working memory on academic performance of students with specific learning disorder: A meta-analysis study. *Journal of Learning Disabilities*, 8(4), 7-26. (Text in Persian)

Alqahtani, S. S. (2020). iPad and repeated reading to improve reading comprehension for young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 10(3), 103-115.

American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*.

Atadokht, A., Narimani, M., Hazrati sagsolo, S., Majdy, N. (2018). Comparison the ability of planning - Organize and cognitive flexibility in children with and without specific learning disorder. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 6(10), 1-15. (Text in Persian)

Barbieri, C. A., Rodrigues, J., Dyson, N., & Jordan, N. C. (2020). Improving fraction understanding in sixth graders with mathematics difficulties: effects of a number line approach combined with cognitive learning strategies. *Journal of Educational Psychology*, 112(3), 628.

Brennan, C. (2021). Learning Disabilities. *The Handbook of Language and Speech Disorders*, 209-236 <https://doi.org/10.1002/9781119606987>.

Calvin, K. L., & Gray, S. (2020). Double-bubble thinking maps and their effect on reading comprehension in Spanish-English bilingual middle school students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 7(3), 124-136.

- Fabio, R. A., Giannatiempo, S., Semino, M., & Capri, T. (2021). Longitudinal cognitive rehabilitation applied with eye-tracker for patients with rett syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 111, 103891. DOI: [10.1016/j.ridd.2021.103891](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103891)
- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., Kauffman, J. M. & Badar, J. (2020), *Exceptional learners*, In Oxford Research Encyclopedia of Education.
- Hosaini, H., Moradi, A., Kormi Nouri, R., Hassani, J. & Parhoon, H. (2016). Reliability and Validity of Reading and Dyslexia Test (NEMA), *Advances in Cognitive Science*, 18(1), 22-34. (Text in Persian)
- Hall, C., Vaughn, S., Barnes, M. A., Stewart, A. A., Austin, C. R., & Roberts, G. (2020). The effects of inference instruction on the reading comprehension of English learners with reading comprehension difficulties. *Remedial and Special Education*, 41(5), 259-270.
- Hendricks, E. L., & Fuchs, D. (2020). Are individual differences in response to intervention influenced by the methods and measures used to define response? Implications for identifying children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 53(6), 428-443.
- Lazarus, K. U. (2020). Socio-demographic factors affecting reading comprehension achievement among secondary school students with learning disabilities. *IAFOR Journal of Education*, 8(1), 145-157.
- Mohammadi, H., Hatami, J., Kormi-Nouri, R., Mansouri, J., Mafakhery, D., & Khademi, H. (2021). Comparison of working memory function between bilingual and monolingual students with special learning disabilities. *Journal of Applied Psychological Research*, 11(4), 165-179.
- Narimani, M., Taherifard, M. (2019). The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease experiential avoidance and psychological distress in teenagers with specific learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 8(4), 110-133. (Text in Persian)
- Nemati, Sh., badri, R., Khani-salavat, Z. (2019). The effect of mindfulness on attention and comprehension in children with specific learning disability with impairment in reading. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 9(1), 91-104. (Text in Persian)
- Núñez, J. C., Rodriguez, C., Tuero, E., Fernández, E., & Cerezo, R. (2020). Prior academic achievement as a predictor of non-cognitive variables and teacher and parent expectations in students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 10(8). 236-249.
- Özbek, A. B., & Ergül, C. (2021). Effectiveness of comprehension strategies mobile app (COSMA) on reading comprehension performances of students with learning disabilities. *Journal of Special Education Technology*, 12(2). 23-39.
- Özkubat, U., & Özmen, E. R. (2021). Investigation of effects of cognitive strategies and metacognitive functions on mathematical problem-solving performance of students with or without learning disabilities. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 13(4).75-90.
- Quinn, J. M., Wagner, R. K., Menzel, A. J., & Schatschneider, C. (2020). Differential ecodevelopment of vocabulary knowledge and reading comprehension for students with and without learning disabilities. *Journal of educational psychology*, 112(3), 60-68.
- Rosenshine, B., & Meister, C. (2013). Cognitive strategy instruction in reading. *In Instructional models in reading*.12(5). 15-26.
- Torgesen, J. K., Wagner, R. K., & Rashotte, C. A. (2021). Prevention and remediation of severe reading disabilities: keeping the end in mind. In *Components of Effective Reading Intervention*. 11(3). 20-31.
- Ugwuanyi, C. S., Okeke, C. I., Eseadi, C., Adimora, E. D., Agah, J. J., Obikwelu, C. L., & Eskay, M. (2021). The effects of mother-child mediated learning strategies on cognitive modifiability and

psychological resilience of children with learning disabilities: A replication of Tzuriel and Shomron's study (2018) With Nigerian children. *SAGE Open*, 11(2), 21582440211008897.

Wexler, J. (2021). Improving instruction in co-taught classrooms to support reading comprehension. *Intervention in School and Clinic*, 56(4), 195-199.

Zimmermann, L. M., & Reed, D. K. (2020). Improving reading comprehension of informational text: text structure instruction for students with or at risk for learning disabilities. *TEACHING Exceptional Children*, 52(4), 232-241.



© 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/>).


اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا

شیوا هوشمند فرزانه*^۱، مرتضی ترخان^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مبتلایان به بیماری کرونا، مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تنکابن در تابستان و پاییز ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر مبتلا به ویروس کرونا 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 شامل مقیاس اضطراب کرونا علی پور و همکاران و پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چ ند متغیره (مانکوا) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد مداخله درمان مبتنی بر شفقت به طور معناداری باعث کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا گردید. منطبق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مداخله درمان مبتنی بر شفقت را به عنوان روشی کارآمد جهت کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا پیشنهاد داد.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک شده، اضطراب کرونا، بیماران مبتلا به کرونا، درمان مبتنی بر شفقت.

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران 
^۲ عضو هیأت علمی دانشگاه، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

بیماری کرونا ویروس^۱ (۲۰۱۹) یک بیماری تنفسی نوظهور است که توسط یک ویروس جدید ایجاد می‌شود و نخستین بار در دسامبر سال ۲۰۱۹ در ووهان چین تشخیص داده شد. این بیماری بسیار عفونی و علائم اصلی آن شامل تب، سرفه خشک، خستگی و تنگی نفس است که با سندروم اختلال حاد تنفسی، شوک سپتیک، اسیدوز متابولیک و خونریزی و عملکرد انعقادی مشخص می‌شود (ژونگ، لو، لی، ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). برخی مطالعات تأثیر کرونا ویروس بر ویژگی‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهند (لانگ^۳، ۲۰۲۰). احساسات منفی ناشی از قرنطینه و فاصله اجتماعی منجر به انواع مختلف پیامدهای نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و اختلال پس از سانحه شده است (بروکس، وبستر، اسمیت، وودلند^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) که این مشکلات با افزایش میزان شیوع کرونا و محدودیت‌های آن گسترش یافته است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد؛ رایج‌ترین مشکل روان‌شناختی ابتلا به کرونا، اضطراب است (ژو، وی و نیو^۵، ۲۰۲۰) در غالب موارد اضطراب شامل نشانه‌های جسمی است که می‌تواند با علائم بیماری مزمن تنفسی و عوارض جانبی داروها همپوشی داشته باشد (دونگ، ونگ، تائو، سو^۶ و همکاران، ۲۰۱۷) اضطراب یک نشانه مشترک در بیماران مبتلا به اختلال تنفسی مزمن است و می‌تواند کیفیت زندگی آنها را به میزان زیادی کاهش دهد (لی، ونگ، زو، ژائو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب کرونا^۸ به معنای اضطراب ناشی از مبتلا شدن به ویروس کرونا است (علی پور، قدمی، علی پور و عبدالله زاده، ۱۳۹۸). پژوهش‌های انجام شده در مورد اضطراب در بیماران مبتلا به علائم تنفسی شدید نشان می‌دهد که شیوع اضطراب در بیماران کرونایی، بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است. ترس از ناشناخته‌ها، ادراک ایمنی را در انسان کاهش می‌دهد و همواره برای بشر اضطراب‌زا بوده است. در مورد کرونا نیز اطلاعات علمی کم این اضطراب را تشدید می‌کند (بجاما، اوستر، مک گاورن، لینداستروم^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). در این زمان افراد به دنبال اطلاعات بیشتر برای رفع اضطراب خود هستند. اضطراب می‌تواند باعث شود افراد نتوانند اطلاعات درست و غلط را تشخیص دهند (تو، تی سانگ، ییپ، چان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

-
1. corona virus disease(COVID19)
 2. Zhong, Lou., Li, Zhang
 3. Leung
 4. Brooks, Webster, Smith, Woodland
 5. Zhu, Wei, and Niu
 6. Dong, Wang, Tao, Suo
 7. Li, Wang, Xue, Zhao
 8. corona anxiety
 9. Bajema, Oster, McGovern, Lindstrom
 10. To, Tsang, Yip, Chan

استرس و اضطراب می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آنها را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (چانگ، لینگ و وین^۱، ۲۰۲۰؛ به نقل از علی پور و همکاران، ۱۳۹۸). پدیده استرس، به واکنش ملموس یا ذهنی اشاره دارد که به واسطه ادراک تهدید، نسبت به تعادل زیستی بدن ایجاد می‌شود (لویین^۲، ۲۰۰۵). مفهوم استرس ادراک شده^۳ برگرفته از نظریه لازاروس و فولکمن^۴ درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است. بر اساس یافته‌های آنها، فرایند استرس به وسیله تفسیر یک رویداد به عنوان رویدادی که فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند، ایجاد می‌شود. این تفسیر از رویداد استرس زا بیانگر مفهوم ارزیابی است که تهدید‌آمیز یا بی خطر بودن موقعیت را مشخص می‌کند (لازاروس (۱۹۹۹) و لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در حقیقت استرس ادراک شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگی‌شان را غیرقابل پیش‌بینی، غیر قابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد (کوهن و ویلیامسون^۵، ۱۹۸۸). در عین حال افراد به گونه‌ای متفاوت می‌توانند محرک‌های خاص (استرسورها) را به صورت منفی یا مثبت ادراک کنند و اثرات نامطلوب استرس ادراک شده می‌تواند بر آستانه درد و تحمل درد در افراد تأثیر گذارد (جوا و دفرین^۶، ۲۰۱۸). از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس ادراک شده مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، مداخله درمان مبتنی بر شفقت است.

درمان مبتنی بر شفقت^۷، یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون پژوهش بلاث و ایزنلوهر - ماول^۸ (۲۰۱۷)؛ تانباوم، ادامز، گونالز، هانس^۹ و همکاران (۲۰۱۷)؛ ونگ، چن، پون، تنگ^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۷) و نف^{۱۱} (۲۰۱۶) نشان داده شده است. بر اساس نتایج پژوهش‌های این محققین، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و از سه مؤلفه اصلی برخوردار است: در وهله اول، شامل مهربانی با خود و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده ناپسندگی‌ها است. دوم شفقت به خود با عطف توجه به مشترکات انسانی رنج و شکست را از ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر می‌پندارد و سرانجام آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود، از مؤلفه‌های شفقت به خود می‌باشد که به

1. Change, Ling and Vian
2. Levine
3. perceived stress
4. Lazarus and Folk man
5. Cohen and Williamson
6. Geva and Defrin
7. Compassion Focused Therapy
8. Bluth, Eisenlohr- Moul
9. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes
10. Wang, Chen, Poon, Teng
11. Neff

۹۶..... اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به...

بیانی توانایی مواجهه با احساسات و افکار دردناک (به جای اجتناب از آنها)، بدون اغراق و شفقت نسبت به خود را در برمی‌گیرد (نف، ۲۰۱۶). در ادامه، گیلبرت (۲۰۰۵) بر این باور است، وقتی درمانجویان در جلسات قرار می‌گیرند و مداخله‌های درمان مبتنی بر شفقت را آموزش می‌بینند و سپس آن را در دنیای واقعی خود به کار می‌برند، بعد از مدتی به یک نوع آشتی با خود می‌رسند. در این آشتی، نه گذشته فرد فراموش می‌شود و نه رنج‌ها و اضطراب‌ها از بین می‌رود، بلکه نگرش و ارتباط آنها با خودشان تغییر می‌کند و دیگر نشانی از جنگ و گریز نیست. چنین نگرش حمایت‌گرایانه و مشفقانه در موقعیت استرس‌آفرین زندگی موجب می‌شود، آن‌ها با خودشان مهربان باشند و به خودشان سخت‌گیرند.

در خصوص ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که با توجه به گسترش روز افزون بیماری کرونا و سویه‌های مختلف آن، در بسیاری از کشورهای دنیا و از جمله ایران، و از آنجایی که بیماری کرونا به دلیل ناشناخته بودن، اضطراب و استرس زیادی ایجاد می‌کند که سبب ضعف سیستم ایمنی در همه افراد، از جمله بیماران کرونایی می‌شود، بنابراین نیاز است تا عوامل مرتبط با آن شناسایی و از آنها برای کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا استفاده کرد. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به کرونا و از سویی با نظر به کارایی درمان مبتنی بر شفقت در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا انجام شد. بنابراین فرضیه پژوهش بدین صورت تدوین می‌شود: درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونا، مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی تنکابن در تابستان و پاییز ۱۴۰۰ بود که از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان شهید رجایی تنکابن، تعداد ۳۰ بیمار زن و مرد مبتلا به کرونا که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به نحو تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ زن و مرد در گروه آزمایش و ۱۵ زن و مرد در گروه کنترل).

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به بیماری کرونا به تشخیص پزشک و تست پی سی آر^۱ مثبت؛ نداشتن اختلالات روانی- شخصیتی مزمن (با انجام مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین ویرایش آماری اختلالات روانی^۲)؛ داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت؛ عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس؛ عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش و بروز حادثه ناخواسته که امکان حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، با رعایت اخلاق پژوهش بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۶/۴۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۱/۴۶ بود و هر دو گروه فاقد بیماری جسمی اولیه بودند. در این پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب کرونا^۳: مقیاس اضطراب کرونا توسط علی پور و همکاران (۱۳۹۸) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۸ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (صفر= هرگز تا ۳= همیشه) نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۴ است. نمره بالاتر حاکی از آن است که اضطراب کرونا بیشتر است. زیر مقیاسها شامل علائم روانی^۴ و علائم جسمانی^۵ بود. روایی سازه ابزار با روش تحلیل دو عاملی تاییدی و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد. (علی پور و همکاران ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر پایایی اضطراب کرونا به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

مقیاس استرس ادراک شده^۶: این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی مشتمل بر ۱۴ گویه است و به وسیله کوهن، کمارک و مرملمستین^۷ (۱۹۸۳) به منظور آگاهی از اینکه افراد تجارب دشوار و طاقت فرسای خویش را چگونه ارزیابی می‌کنند ساخته شد. در این مقیاس از افراد خواسته می‌شود که روی یک طیف پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (بسیاری اوقات) مشخص کنند که اغلب در طول یک ماه گذشته چه میزان استرس را تجربه کرده‌اند. خرده مقیاسها شامل ادراک مثبت^۸ و ادراک منفی^۹ بود. در مقیاس استرس ادراک شده پس از نمره گذاری معکوس گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ واز تجمیع نمره تمامی گویه‌ها برای هر فرد نمره کلی به دست می‌آید. در مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضرایب همسانی درونی، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Polymerase Chain Reaction
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
3. Corona Disease Anxiety Scale(CDAS)
4. psychological symptoms
5. physical symptoms
6. Perceived stress scale
7. Cohen, Kamarck, Mermelstein
8. positive perception
9. negative perception

۹۸..... اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به...

در مطالعه صفایی و شکری (۱۳۹۳) که در ایران به منظور پایداری این مقیاس انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰، و ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایداری پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمده است.

روش اجرا

ابتدا به افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. پرسشنامه‌های اضطراب کرونا و استرس ادراک شده به عنوان پیش آزمون، توسط تمامی بیماران مبتلا به کرونا دارای ملاک ورود به پژوهش تکمیل شد. سپس گروه آزمایش، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کلاس‌های درمان مبتنی بر شفقت که به دلیل شرایط خاص جامعه و محدودیت تردد و ارتباطات اجتماعی، از روش اجرای مجازی به صورت گروهی در بستر اسکای روم که توسط پژوهشگر صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌های اضطراب کرونا و استرس ادراک شده به عنوان پس آزمون توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین تلاش شد تمامی موازین اخلاقی رعایت شود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا^۱) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

پروتکل درمانی: محتوای جلسه درمانی که از بسته درمانی نف، کیرک پاتریک و رادو^۲ (۲۰۰۷) اقتباس شده، برای ۸ جلسه طراحی شد. قابل ذکر است که در ابتدای جلسات تکالیف جلسه قبل بررسی می‌شد.

جدول ۱: جلسات آموزشی؛ هدف و محتوای کلی آن (نف، کیرک پاتریک و رادو، ۲۰۰۷)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
۱	آشنایی با درمان متمرکز بر شفقت و اهمیت آن در اهداف، ویژگی‌ها و ارزیابی زندگی	ارائه اطلاعات لازم درباره دوره آموزشی، رهایی از موانع	بررسی، مشاهده اضطراب و استرس با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت ارائه شده	

1. Mancova
2. Neff, Kirkpatrick and Rude

۲	آگاهی از فنون ذهن آگاهی	آموزش ذهن آگاهی و چگونگی انجام آرمیدگی عضلانی	رهایی از اضطراب و استرس کنونی	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	آموزش تصویر سازی خود مهربان	ارائه مداخله تصاویر مهرورزانه، برقراری شفقت آمیز و انعطاف پذیری بین جنبه‌های مختلف خود و ایجاد حساسیت شفقت آمیز	کسب حس همدلی و همدردی نسبت به خویش	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش پرورش ذهن مهرورزانه	آموزش اینکه چگونه از تکرار عبارت‌های مهرورزانه فراتر رفته و به صورت طبیعی پرورش ذهن شفقت ورز را داشته باشیم (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	آگاهی از رابطه تنگاتنگ افکار و احساسات	تمرین تربیت ذهن مهربان و شناخت خود در موقعیت‌های حساس
۵	گسلش از احساس شرمندگی	آموزش مدیریت احساسات و عواطف دشوار با استفاده از درماندگی خلاق و دیدگاه بی‌تقصیری	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در ویارویی با افسردگی و اضطراب و دردهایی که در روابط دشوار زندگی متحمل شده
۶	آموزش تصویر سازی مکانی امن	ارائه مداخله مکان امن، عمیق زندگی کردن، تصریح اهداف ارزشمند و انتخاب مسیر مراقبت از سلامتی، بررسی و کشف ارزش‌های اصلی که به زندگی معنا می‌بخشد	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۷	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۸	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است که با توجه به آن اضطراب و استرس ادراک شده برای گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۸/۲۰ و ۵۷/۳۳ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۲/۴۷ و ۴۳/۶۰ می‌باشد. این مقادیر برای گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۷/۹۳ و ۵۵/۶۰ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۷/۲۰ و ۵۳/۴۰ می‌باشد. همچنین مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون میانگین اضطراب و استرس ادراک شده کاهش یافته است. برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها با رعایت مفروضه‌های زیربنایی، از

۱۰۰..... اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به...

تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. استفاده از تحلیل کوواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش فرض‌های اماری است. این پیش فرض‌ها شامل: نرمال بودن واریانس‌ها، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای اضطراب $[F(1,28)=1/795]$ $[P=0/218 > 0/05]$ استرس ادراک شده $[F(1,28)=1/702 P=0/196 > 0/05]$ 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 پیش آزمون هرمتغیر وابسته بر پس آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در متغیرهای اضطراب $[F=0/175 P=0/775 > 0/05]$ و استرس ادراک شده $[F=2/52 P=0/1200 > 0/05]$ بود. جهت بررسی پیش فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چراکه Z به دست آمده در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب و استرس ادراک شده گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		
پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	متغیرها
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۴۸/۲۰ (۵/۹۲)	۴۲/۴۷ (۳/۹۸)	۴۷/۹۳ (۶/۱۹)	۴۷/۲۰ (۷/۸۳)	اضطراب
۵۷/۳۳ (۵/۹۰)	۴۳/۶۰ (۶/۶۳)	۵۵/۶۰ (۵/۷۹)	۵۳/۴۰ (۴/۸۰)	استرس ادراک شده

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، F محاسبه شده معنادار است و میزان اندازه اثر $0/51$ می‌باشد که اثر خوبی می‌باشد. بنابراین مداخله درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای ترکیبی اضطراب و استرس ادراک شده اثر معناداری داشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) پس آزمون متغیرهای پژوهش

نوع آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۱۳/۱۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱

همانطوریکه جدول ۵ نشان می‌دهد، F محاسبه شده هم برای متغیر اضطراب و هم برای متغیر استرس ادراک شده معنادار است؛ بنابراین مداخله CFT در کاهش اضطراب و استرس ادراک شده مؤثر بوده است، اما با توجه به مشاهده اندازه اثر، تأثیر مداخله CFT بر استرس ادراک شده مؤثرتر بوده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) نمرات اضطراب و استرس ادراک شده

منابع	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	میزان اثر
اثر گروه	اضطراب	۱۳۱/۲۲	۱	۱۳۱/۲۲	۳/۴۶	۰/۰۴۶	۰/۱۱
	استرس ادراک شده	۷۰۳/۸۳	۱	۷۰۳/۸۳	۲۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	اضطراب	۱۰۰۱/۸۴	۲۶	۳۸/۵۳			
	استرس ادراک شده	۷۵۰/۳۱	۲۶	۲۸/۸۵			
کل	اضطراب	۶۱۵۵۱	۳۰				
	استرس ادراک شده	۷۲۲۲۷	۳۰				

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا انجام شد. نتایج نشان داد، بین میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب کرونا بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش اضطراب کرونا شده است. این یافته‌ها با نتایج واری‌های محققانی چون لانگ (۲۰۲۰)، بروکس و همکاران (۲۰۲۰)، ژو و همکاران (۲۰۲۰)، لی و همکاران (۲۰۲۰) و بجاما و همکاران (۲۰۲۰) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته که چگونه مداخله درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند، اضطراب را تحت تأثیر قرار دهد؛ درمان مبتنی بر شفقت به زنان و مردان مبتلا به کرونا کمک می‌کند تا از ورود افکار منفی و عواطف منفی در درون ذهن، جلوگیری کنند و تنش‌ها را بدون درگیری با تجربیات و افکار منفی تحمل کنند. درمان مبتنی بر شفقت کمک می‌کند تا زنان و مردان مبتلا به کرونا با کمک تمرینات مداوم مراقبه، تنش و اضطراب را کم کنند. به همین جهت گیلبرت (۲۰۰۵)، بر این باور هست که اضطراب باعث ایجاد افکار خودآیند منفی می‌شود و شفقت درمانی، شفقت به خود را در زنان و مردان مبتلا به کرونا بالا می‌برد. افزایش شفقت در مقابل اثرات منفی اضطراب مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و

۱۰۲..... اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به...

اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. بسیاری از محققان از جمله نف (۲۰۱۶) بر این باور هستند که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را کمتر نشخوار کنند، در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان هیجان منفی، اضطراب و استرس کمتری دارند.

همچنین یافته دیگر این پژوهش نشان داد، بین میانگین تعدیل شده نمرات استرس ادراک شده بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به دیگر سخن دسته دیگر از مطالعات ترجمان این واقعیت است که درمان مبتنی بر شفقت نیز از جمله متغیر مهم در کاهش استرس ادراک شده افراد می‌باشد. در تبیین این یافته که چگونه مداخله درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند استرس ادراک شده را تحت تأثیر قرار دهد؛ پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر استرس ادراک شده معتقد هستند بر اساس درمان متمرکز بر شفقت؛ افرادی که با مشکلات روان‌شناختی درگیرند، دچار پرکاری سیستم تهدید و محافظت از خود می‌باشند که نتیجه آن، سطح بالای استرس و برانگیختگی در این افراد خواهد بود، از سویی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد در سطح پایین‌تری قرار دارد. درمان متمرکز بر شفقت به این افراد کمک می‌کند با تحریک سیستم تسکین بخش، برانگیختگی و هیجانات منفی درونی را کاهش دهند (تاننهام و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا تحقیقات لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، نشان می‌دهد استرس ادراک شده باعث کاهش عملکرد شناختی، کاهش خلاقیت و افزایش نگرانی می‌شود و در مقابل، درمان مبتنی بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت و در مقابل باعث کاهش هیجانات منفی می‌شود.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر شفقت در کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا مؤثر است؛ بنابراین مداخله حاضر به عنوان درمانی مؤثر در جهت کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا کاربرد دارد و می‌توان با اجرای آن به کاهش اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به کرونا کمک کرد. همچنین به درمانگران توصیه می‌شود نه تنها از روش درمان مبتنی بر شفقت به منظور کاهش اضطراب و استرس استفاده نمایند، بلکه پیشنهاد می‌شود از رویکردهای درمانی دیگر نظیر درمانهای شناختی رفتاری که درمان اصلی تشخیصی است نیز استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود دست اندرکاران آموزشی و درمانی کارگاه‌هایی به منظور فرهنگ‌سازی گسترده در موارد بحرانی، جهت کاهش اضطراب و استرس ادراک شده برای جامعه آماری متفاوت و به ویژه بیماران مبتلا به کرونا برگزار نمایند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره داشت: از آنجا که این پژوهش با فقدان دوره پیگیری بوده است که

با توجه به شرایط کرونایی حاکم بر کشور در زمان انجام این پژوهش و مرگ و میر بسیار بالای روزانه، صرف زمان طولانی تر امکان پذیر نبود؛ بنابراین به محققان توصیه می‌شود، پژوهش حاضر را بایک دوره پیگیری انجام دهند. همچنین از آنجا که این پژوهش بر روی جامعه خاصی یعنی بیماران مبتلا به کرونا انجام گرفته است، در تعمیم یافته‌های این پژوهش به افراد دیگر جامعه باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

تشکر و قدردانی: از مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان شهید رجایی تنکابن و از زنان و مردان بیمار مبتلا به کرونا و همه افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند قدردانی می‌شود.

منابع

- صفایی، مریم؛ و شگری، امید. (۱۳۹۳). ارزیابی استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی و پایایی نسخه فارسی استرس ادراک شده. *مجله پرستاری روانپزشکی ایران*، ۲(۱)، ۲۲-۱۳.
- علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا؛ وعبداله زاده، حسن. (۱۳۹۸). «اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی». *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۸ (۳۲): ۱۷۵-۱۶۳.
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., and Abdullah Zadeh, H. (2019). "Preliminary validation of the Corona Anxiety Scale (CDAS) in a sample, Iranian". *Journal of Health Psychology*, 8 (32): 163-175. (Text in Persian).
- Bajema, K. L., Oster, A. M., McGovern, O. L., Lindstrom, S., Stenger, M. R., Anderson, T. C., Isenhour, C., Clarke, K.R., Evans, M.E., Chu, V.T., Biggs, H.M., and Oliver, S.E. (2020). Persons evaluated for 2019 novel coronavirus- United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (6), 166- 170.
- Bluth, K., and Eisenlohr- Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self- compassion intervention in teens: A within- person association of mindfulness, self- compassion, and emotional well- being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57(6), 108-118.
- Brooks, S.K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., and Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it. *Rapid Review of the Evidence*, 39 (10), 912- 920.
- Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health*, 57(6), 31-67.
- Dong, X., Wang, L., Tao, Y., Suo, X., Li, Y., Liu, F., zhao, Y., and zhang, Q. (2017). Psychometric properties of the anxiety inventory for respiratory disease in patients with COPD in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(3), 49 –58.
- Geva, N., and Defrin, R. (2018). Opposite effects of stress on pain modulation depend on the magnitude of individual stress response. *The Journal of Pain*, 19 (4), 360- 371.
- Glibert, P. (2005). Compassion: conceptualization. Research and use in psychotherapy. *Routledge publication*. 1(3), 82- 92.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion*. A new synthesis. New York: springer.
- Lazarus, R. S. and Folk man, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. A new synthesis. New York: Springer.

- Leung, C. (2020). Clinical features of deaths in the novel coronavirus epidemic in china. *Reviews in Medical virology*, 30 (3), 1-4.
- Levine, S. (2005). Stress: An historical perspective. *Hand book of Stress and the Brian*. New York, Elsevier science.
- Li, S., wang, Y., xue, J., zhao, N., and zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences. *International Journal of Environmental Research and public Health*, 17 (6), 81-95.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Journal of Research in Personality*, 7(3), 264- 274.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 139- 154.
- Safaei, M., and Shokri, O. (2014). Stress assessment in cancer patients: Factor Validity and Reliability of the Persian version of perceived stress. *Iranian journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 13-22. (Text in Persian).
- Tanenbaum, M. L., Adams, R. N., Gonzalez, J. S., Hanes, S. J., and Hood, K. K. (2017). Adapting and validating a measure of diabetes- specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33 (10), 1540- 1541.
- To, K. K. W., Tsang, O. T. Y., Yip, C. C. Y., Chan, K.H., Wu, T. C., Chan, J. M. C., Leung, W.S., Chik, T. S., Choi, C. Y., Kandamby, D. H., and Lung, D. C. (2020). Consistent detection of 2019 novel coronavirus in salvia. *Clinical Infectious Diseases*, 71(15), 841- 843.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., and Jin, S. (2017). Self – compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106(9), 329-333.
- Zhong, B., Lou, W., Li, H., zhang, Q., Liu, X., Li, W., and Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross- sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745-1752.
- Zhu, H., Wei, L., and Niu, P. (2020). The novel coronavirus outbreak in Wuhan, china. *Global Health Research and Policy*, 5 (1), 1-3.



اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوارفکری و سلامت روان در فرزندان شاهد و ایثارگر

عاطفه قوتی^۱، مینا دلربا^۲، مسعود آهوان^{۳*}، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف^۴، مریم فرنوش^۵


چکیده

یکی از عناصر مهم برای هر فرد، سلامت روان اوست. جوانانی که از اضطراب و نشخوار فکری کمتر برخوردار باشند، سلامت روان بیشتری خواهند داشت. لذا هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان در فرزندان شاهد و ایثارگر بود. مطالعه حاضر، پژوهشی نیمه تجربی با گروه مداخله و کنترل شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه فرزندان شاهد و ایثارگران شهر مشهد مقدس بود، که به شیوه هدفمند، در هر گروه تعداد ۹ مراجع انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه سلامت روان، سبک پاسخ دهی نشخوارفکری و اضطراب همیلتون بود. پس از اتمام درمان پس‌آزمون و پیگیری بعدازسه ماه به عمل آمد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان تاثیر معنادار دارد. درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به کاهش اضطراب و نشخوارفکری و بهبود وضعیت سلامت روان فرزندان جانباز و شاهد شده است. پیشنهاد می‌شود با به کارگیری این متغیرها از سوی مراکز درمانی، سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط بتوان در راستای بهبود وضعیت سلامت روان افراد خصوصا خانواده‌های ایثارگر گامی مؤثر برداشت.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، درمان فراتشخیصی یکپارچه، سلامت روان، نشخوار فکری.

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، مشهد، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهیدباهنر، کرمان، ایران.

^۳ نویسنده مسئول: دکتری تخصصی مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران 

^۴ استاد و هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

^۵ کارشناسی ارشد، مشاوره مدرسه، واحد قوچان، دانشگاه آزاد قوچان، قوچان، ایران

مقدمه

یکی از پیامدهای منفی جنگ، عوارض و آثار روانی آن بر خانواده‌های رزمندگان است. شهادت، جراحت، معلولیت و مفقود شدن رزمندگان، عوارض و آثار روانی زیادی بر خانواده‌های آنها برجای می‌گذارد. فرد آسیب‌دیده نه تنها خود دچار مشکل خواهد شد، بلکه محیط خانواده هم از شرایط او تاثیر می‌پذیرد (شیرجاپوت و راسولی، ۲۰۱۹^۱). فرزندان یکی از گروه‌هایی هستند که بیشترین فشارها را تحت تاثیر جنگ و تجارب نامطلوب آن تجربه می‌کنند. اگرچه آسیب ناشی از جنگ می‌تواند برای افراد هر سنی آسیب‌زا باشد، اما توجه شده است که فرزندان ایثارگران و خانواده‌های جانباز نسبت به اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه آسیب‌پذیرتر هستند (هادز، ۲۰۱۸^۲). اگرچه حمایت اجتماعی از این فرزندان بسیار مهم تلقی می‌شود، اما به ندرت مطالعات مداخله‌ای در این خصوص صورت پذیرفته است (بلام، ۲۰۲۱^۳). مطالعات انجام شده در این حوزه حاکی از آن بوده که سربازان درگیر جنگ برای مثال عراق، یمن و افغانستان، اضطراب زیادی را تجربه کرده که این اضطراب منجر به ایجاد مشکلات و تعارضاتی در زمینه فرزندپروری‌شان شده است. به‌عنوان مثال، هالاسا، حمدان، سلامی و آلنزی^۴ (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که فرزندان افراد ایثارگر و شاهد نیز مانند پدران خود به نشانه‌های اضطراب مبتلا هستند. اختلالات اضطرابی از اختلال‌های روانپزشکی بسیار شایع هستند و هر ساله میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند. اضطراب به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود (گائو، پینگ و لیو^۵، ۲۰۲۰). فرزندان شاهد و ایثارگر، نگرانی آینده و همچنین مروری بر گذشته دارند و این مرور بر گذشته یا نگرانی نسبت به آینده با نوعی نشخوار فکری همراه است.

به طور کلی نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه است که جنبه تکرارشونده دارد و مانع حل مسأله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامد که این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی نظیر اختلالات اضطرابی مشاهده می‌شود (بابکوک و پاتوهوف^۶، ۲۰۲۰). نشخوار فکری با افسردگی و اضطراب (رحمانی و منصوری، ۱۳۹۹)، خلق منفی، حل مسأله ضعیف، بازداری

-
1. Shyrjupusht, Rasuoly
 2. Hodes
 3. Blum
 4. halasa
 5. Gao, Ping, Liu
 6. Babcock, Potthoff

رفتار و استرس رابطه دارد (گازیلو، لئوناردی و بوش،^۱ ۲۰۲۰). آلامدار، ال وی، لیو و ژانگ^۲ (۲۰۲۰) به بررسی نقش نشخوار فکری در میزان اضطراب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ پرداختند که نتایج حاکی از ارتباط بین اضطراب و نشخوار فکری بود. نشخوار فکری در افراد بسته به محتوای آن، منجر به پیامدهایی می‌شود. افراد افسرده، به دلیل تجربه فرایند خودتخریبی نشخوار فکری که تجربه می‌کنند، عموماً با حالتی از بی‌کفایتی و کاهش عزت نفس روبه‌رو خواهند شد. افراد اضطرابی، به دلیل تداوم حالت پرسش و پاسخی نشخوار فکری، کاهش اعتماد به نفس را در مرور زمان تجربه می‌کنند (کلارک،^۳ ۲۰۱۹). که در کل کاهش سلامت روان آنها را دربر می‌گیرد.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان عبارت است از رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی (نه فقط نداشتن بیماری و معلولیت) (مورنو، وایکس، گالدریسی، نوردنتفت^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). جنگ می‌تواند فشار روانی بر افراد و خانواده آنها ایجاد کند. گرچه فشارهای روانی با شدت و ضعف متفاوت، تقریباً در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد، و واضح است که این امر برای فرزندان که والدین یا یکی از اعضای خانواده خود را از دست داده یا دچار آسیب جدی جسمی یا روانی شده‌اند، مضاعف می‌باشد (شیرجاپوت و راسولی، ۲۰۱۹). حتی بررسی زراچ، هورش و سولومون^۵ (۲۰۲۱) در مورد سلامت روان همسران افراد جانباز نشان داد که استرس و اضطراب افراد جانباز، با میزان سلامت روان همسرشان ارتباط مستقیم دارد. لذا به منظور کاهش نشخوار فکری و اضطراب و حتی سلامت جسمانی افراد و افزایش سلامت روان نیاز است که مداخلاتی صورت بگیرد. نظریه پردازان برجسته استدلال کرده‌اند که نقص در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است عوامل فراتشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب را تشکیل می‌دهند (آلدائو و نولن هوکسما،^۶ ۲۰۱۰). درمان فراتشخیصی یکپارچه، نوعی درمان است که این هدف را پوشش می‌دهد.

هدف اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ایجاد مهارت‌هایی است که بتواند به شیوه‌ای موثر هیجانات منفی را مدیریت کند. در حقیقت این درمان با انگیزه‌آفرینی، آموزش روانی یا مهارت آموزی، کار با مواجهه با هیجانات و تفکر منعطف یا حل مساله می‌تواند به افراد کمک کند که آسفتگی کمتری را تجربه کنند که این ممکن است در افزایش سلامت روان موثر باشد. در این روش، با سعی بر تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت و وقوع آن‌ها را کاهش داده و میزان آسیب را کاهش و کارکرد را افزایش

1. Gazzillo, F., J. Leonardi, and M. Bush
2. Alamdar
3. Clarck
4. Moreno, Wykes, Galderisi, Nordentoft et al.
5. Zerach, G., Horesh, D., & Solomon
6. Aldao, Nolen-Hoeksema

۱۰۸..... اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوارفکری و سلامت روان...

می‌دهد. در این رویکرد، افکار، رفتارها و احساسات با هم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی تاثیر دارند و از این طریق ممکن است بر نشخوار فکری موثر بوده و منجر به کاهش اضطراب گردد (نورتون و پالاس^۱، ۲۰۱۶؛ فدائی و همکاران، ۲۰۱۹). به عنوان مثال، بارلو^۲ (۲۰۱۷) نسخه اولیه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی را برای یک نمونه ناهمگون از اختلال‌های هیجانی به کاربردند. نتایج حاصل از مقایسه نمرات پیش و پس از درمان، تغییرات معناداری را از نظر آماری آشکار ساخت. همچنین، ادبیات پژوهش نشان می‌دهد این درمان برای اختلالات اضطرابی، تنظیم هیجان و اختلال استرس پس از سانحه موثر عمل کرده است (گارسیا - اسکالاره^۳، ۲۰۲۰؛ رادریگاز - مورینو^۴، ۲۰۲۰؛ اودانل^۵، ۲۰۲۱؛ عطارد و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران، نوجوانان و جوانان اکثریت جمعیت را تشکیل می‌دهند، در این بین، شرایط فرزندان شاهد و ایثارگر نسبت به سایر جوانان حساس‌تر است، زیرا آنها علاوه بر مسایل، مشکلات اقتصادی و اجتماعی، سال‌هاست که فقدان یا اسارت و جانبازی پدران گرانقدرشان را نیز تجربه کرده‌اند و مانند سایر نوجوانان نیازمند برخورداری از توانمندی‌ها و آموزش‌های لازم به منظور مقابله و برخورد با مسائل و مشکلات در حوزه‌های مختلف سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی هستند. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نشخوارفکری، اضطراب و افزایش سلامت روان فرزندان شاهد و ایثارگر صورت گرفت. فرضیه تحقیق درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری، اضطراب و سلامت روان فرزندان شاهد و ایثارگر موثر است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در انتظاردرمان بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه فرزندان شاهد و ایثارگر که به مراکز مشاوره مهرگان و آرتیمان شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. از بین ۲۵ نفر مراجعه کننده به مراکز، با تمایل به شرکت در مطالعه، ۱۸ نفر از آنها نمونه پژوهشی را تشکیل دادند. همه شرکت‌کنندگان دارای اضطراب براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک و روان‌شناس بالینی و اجرای پرسشنامه اضطراب (با معیار نمره بالاتر از ۲۵)، از طریق نمونه‌گیری در دسترس با توجه به ملاک ورود انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۹ نفری گروه آزمایش و گروه کنترل در انتظار درمان جایگزین شدند.

1. Norton, Paulus
2. Barlow
3. García-Escalera
4. Rodriguez-Moreno
5. O'donnell

گروه آزمایش تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در پژوهش شامل: ۱) داشتن سن بین ۱۸ تا ۲۸ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف دارو مرتبط با اختلال به‌طور همزمان بود. ملاک خروج نیز شامل عدم شرکت در دو جلسه بود. برای ملاحظات اخلاقی نیز از افراد رضایت نامه‌ای کسب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان جمع‌آوری داده‌ها تحت درمان‌های مذکور قرار بگیرند. جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری پس از سه ماه از هر دو گروه انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ شاخص‌های توصیفی آماری افراد از لحاظ جمعیت شناختی و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. همچنین افراد از لحاظ جمعیت شناختی از طریق شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی^۱ - این پرسشنامه در بردارنده اطلاعاتی همچون سن، وضعیت تاهل و... که توسط شرکت کننده تکمیل شد (پناقی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ^۲ (GHQ) - فرم ۲۸ گویه پرسشنامه گلدبرگ و هیلر^۳ (۱۹۷۹) از طریق اجرای روش تحلیلی عاملی بر روی فرم بلند (۶۰ گویه) آن طراحی شده است. این پرسشنامه از چهار مقیاس ۷ گویه‌ای علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی تشکیل شده است. شیوه نمره‌گذاری لیکرت چهار گزینه‌ای به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) استفاده شد، در نتیجه کل نمره یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود که نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر و نمره بالاتر بالعکس است. همچنین نقطه برش ۲۲ برای کل و نقطه برش ۶ برای هر یک از مقیاس‌ها استفاده گردید. بر اساس پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ، نمره نهایی که افراد کسب می‌کنند در یکی از دو حیطه نمره سالم (اختلال هیچ یا کمترین حد با نمره کل از صفر تا ۲۲) و یا نمره ناسالم (در یکی از سه حیطه اختلال خفیف، متوسط و یا شدید با نمره کل بیش

-
1. Demographic Characteristics Questionnaire
 2. Goldberg General Health Questionnaire
 3. Goldberg & Hillier

۱۱۰..... اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوارفکری و سلامت روان...

از ۲۲) قرار خواهند گرفت (زارع و همکاران، ۱۳۹۱). میزان پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد (تقوی، ۲۰۰۱). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۷ می‌باشد.

مقیاس سبک پاسخ‌دهی نشخوار فکری (RRS)^۱ - مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما و مورو (۱۹۸۹) است. این مقیاس دارای ۲۲ گویه ۴ گزینه‌ای لیکرت است که برای دستیابی به نشخوار فکری طراحی شده است که نشان می‌دهد زمانی که شرکت‌کننده افسرده می‌شود، چقدر در هر فکر و رفتار نشخواری درگیر می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است. ترینور، گنزالز و نولن هوکسما (۲۰۰۳) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰، اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. ترینور و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به تحلیل روان‌سنجی مقیاس پاسخ نشخوارفکری پرداختند. آنها از مدل دو عاملی پاسخ‌های نشخواری حمایت کردند. عامل اول تعمق و عامل دوم در فکر فرو رفتن نامیده شده است. بقیه گویه‌ها مرتبط با افسردگی هستند. آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی خرده مقیاس‌های در فکر فرو رفتن و تعمق را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۹ گزارش کردند (محمدخانی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۳). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ مربوط به این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب همیلتون^۲ - این ابزار از جمله اولین ابزارهای نیمه‌ساختاریافته است که برای ارزیابی شدت علائم توسط ماکس هامیلتون^۳ در سال ۱۹۵۹ ساخته شد که برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی بسیار استفاده می‌شود. این آزمون ۱۴ جزء دارد که هر کدام شامل یکسری علائم است. هر کدام از این اجزاء از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (خیلی شدید یا ناتوان‌کننده) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کلی صفر تا ۵۶ است. نمره ۱۸ معادل اضطراب خفیف، نمره ۲۵ معادل اضطراب متوسط و ۳۰ معادل اضطراب شدید است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه بک ۰/۶ ، با SCL-۹۰ برابر با ۰/۷۳، و با ارزیابی بالینی ۰/۷۷ گزارش شده است. پایایی این آزمون توسط حق شناس از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است (مفرد، ۲۰۰۰). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ می‌باشد.

روش اجرای پژوهش

1. Ruminative Responses Scale
2. Hamilton Anxiety Questionnaire
3. Max Hamilton

ابتدا از دو گروه آزمایش و کنترل پیش آزمون به عمل آمد. در این پژوهش از درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو (۲۰۱۷) طراحی شده است، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۹۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه گروهی در مرکز مشاوره مهرگان مشهد اجرا گردید. جلسات گروهی به صورت هفته‌ای یک جلسه بوده که چارچوب جلسات به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف درمانی
۱	ایجاد انگیزه و مشارکت	مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه و مشارکت بیماران	شکست مقاومت و نگرش منفی به درمانگر	پیگیری جنبه سالم درون و پرداختن به آن در طول هفته
۲	بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه تجارب هیجانی و مدل AB، آموزش به مراجع جهت چگونگی تاثیرگذاری درمان	همراهی بیشتر با درمانگر درک هیجان و فهمیدن چگونگی ایجاد هیجان‌ها فرد	ردیابی هیجان‌ها و نام‌گذاری آنها و تفکر در مورد آنها
۳ و ۴	آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی-یادگیری مهارت‌های ذهن‌آگاهی جهت کاهش تنش ناشی از تجربه هیجانی	کاهش نشخوارهای فکری، افزایش میل به حل مساله	انجام ناهمجوشی فکر و مشاهده افکار هیجانی
۵	ارزیابی مجدد شناختی	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و یادگیری تفکر بهتر و کارا جهت پذیرش هیجان‌ها	کاهش انعطاف‌ناپذیری در افکار تغییر در شیوه نگرش به مسائل	انجام جدول افکار و هیجان و تمرین مداوم تغییر تفکر و ارزیابی هیجان
۶	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن در تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان - پذیرش هیجان و با آن زندگی کردن کنار گذاشتن راهبردهای غلط در کنار آمدن با تجارب هیجانی دردناک	کاهش رفتارهای هیجانی	انجام مزایا و معایب نپذیرفتن هیجان و اجتناب هیجانی
۷	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و	اجتناب هیجانی کاهش پیدا کند و رفتارهای	جدا کردن رفتار هیجانی از

هیجانی پرخطر کاهش تجربه هیجانی و تمرین تجربه هیجانی	ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجه‌شدن با رفتارها، درک رابطه بین تجربه هیجانی و رفتار هیجانی	
افزایش تحمل حالات جسمانی ناشی تمرین روبه‌روی و مواجهه در طول هفته از هیجان و درک درست و هراس نداشتن از این‌ها	آگاهی و عقل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، درک حالت‌های جسمانی ناشی از هیجان و درک رابطه این دو	آگاهی و عقل ۸ احساس‌های جسمانی
کم شدن رفتارهای اجتناب‌کننده انجام تمرین مواجهه از هیجان‌های فرار نکردن گوش دادن به مواجهه و تجربه کردن هیجان‌ها	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب، آگاهی یافتن از اینکه هیجان‌ها موجودات بی‌خطر درون ما هستند.	رویارویی احشایی ۹ تا و رویارویی با ۱۱ هیجان مبتنی بر موقعیت
انجام روزانه مهارت‌های درمانی به صورت مداوم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار، پیشگیری از عود، حفظ مهارت‌های درمانی	۱۲ اختتام

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه از لحاظ تحصیلات ۶۲/۵٪ دیپلم، ۲۵٪ لیسانس، و ۱۲/۵٪ فوق لیسانس و در گروه کنترل ۷۵٪ دیپلم، ۱۲/۵٪ لیسانس، ۱۲/۵٪ فوق لیسانس بودند. میانگین سنی گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۶±۲۷) و در گروه کنترل (۵/۶±۲۵/۹) بود.

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، در متغیر نشخوارفکری و اضطراب، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۳ ماه گروه آزمایش کمتر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۳ ماه بیشتر از پیش‌آزمون است یا تغییری نکرده است. همچنین، در متغیر سلامت روان، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده است اما دوره پیگیری نسبت به پس‌آزمون تغییر معناداری نکرده است. برای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوارفکری، اضطراب و سلامت روان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت سنجش تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر نشخوارفکری، اضطراب و سلامت روان بیشتر از

۰/۰۵ بوده، بنابراین، می‌توان گفت با اطمینان ۰/۹۵ امکان قضاوت وجود دارد که گروه‌های آزمایش و کنترل از جهت پراکندگی نمرات نشخوار فکری، اضطراب و سلامت روان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یکسان هستند. همچنین آماره و F مرتبط با آزمون‌های کرویت موخلی و M باکس متغیر اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان به ترتیب برای سنجش کروی شکل بودن ماتریس واریانس بیشتر و کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، تمام پیش فرض‌های بیان شده برای انجام تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر برقرار بودند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نشخوار فکری، اضطراب و سلامت روان

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نشخوار فکری	۹۳/۳۲	۹۳/۲۳	۹۳/۸۷	۹۴/۱۴	۷۰/۵۴	۶۳/۴۴
	(۸/۹۸)	(۸/۶۵)	(۸/۶۴)	(۹/۶۲)	(۱۰/۰۲)	(۱۱/۱۱)
سلامت روان	۲۹/۱۵	۲۸/۲۸	۲۶/۸۶	۲۹/۱۱	۳۶/۴۳	۳۷/۴
	(۱۶/۵۲)	(۱۶/۲۱)	(۱۵/۳۱)	(۱۶/۵۱)	(۱۷/۲۵)	(۱۷/۳۲)
اضطراب	۱۳/۳۹	۱۳/۴۵	۱۳/۴۷	۱۲/۹۸	۱۰/۴۵	۹/۹۸
	(۴/۱۳)	(۴/۱۵)	(۴/۱۵)	(۴/۰۱)	(۳/۵۰)	(۳/۳۱)

نتایج جدول (۳) حاکی از آن است که F متغیرهای نشخوار فکری، سلامت روان و اضطراب در گروه آزمایش معنادار است ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تاثیر مثبت درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوار فکری، سلامت روان و اضطراب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثر درون‌گروهی (اندازه‌گیری مکرر)

متغیر	نوع سوم مجذورات	درجه آزادی	F	P
نشخوار فکری	۳۲۰/۷۸	۱	۳/۴۲	۰/۰۰۲
سلامت روان	۴۹۰/۴۸	۱	۴/۳۴	۰/۰۰۱
اضطراب	۴۲۵/۴۷	۱	۵/۲۱	۰/۰۰۱

جدول آزمون تعقیبی توکی (جدول ۴)، به مقایسه مولفه‌ها در سه مرحله پژوهش در درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد بر نشخوار فکری و اضطراب نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته‌اند ($P < 0/05$). در مولفه سلامت روان پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشته ($P < 0/05$) ولی در مولفه سلامت روان پیگیری نسبت به پس‌آزمون افزایش معناداری نداشته‌است ($P > 0/05$).

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی، مقایسه نشخوار فکری، اضطراب و سلامت روان در سه مرحله پژوهش

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۳/۶	۴/۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳۰/۷	۵/۵	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون-پیگیری	۷/۱	۶/۳	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۵۳	۱/۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳	۱/۲۹	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۴۷	۰/۹۷	۰/۰۰۱
سلامت روان	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷/۳۲	۲/۳	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۲۹	۳/۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۹۷	۰/۴	۰/۰۰۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوارفکری و سلامت روان در فرزندان شاهد و ایثارگر مشهد بود. یافته‌های پژوهش در این افراد نشان داد که درمان فراتشخیصی می‌تواند بر کاهش اضطراب، نشخوار فکری و همچنین افزایش سلامت روان در افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر موثر باشد. نتایج مطالعه حاضر با پژوهش فدائی و همکاران (۲۰۱۹) در رابطه با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به نشانگان اضطراب، عطارد و همکاران (۲۰۱۷) در رابطه با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی افراد مبتلا به اختلالات اضطراب همبودی با افسردگی، الارد و همکاران (۲۰۱۰) در رابطه با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی اختلال اضطرابی همبودی با افسردگی همسو است.

در تبیین اثربخشی این درمان می‌توان گفت در سال‌های اخیر متخصصین حوزه بر چند موضوع عمومی روان‌درمانی توجه ویژه داشته‌اند، این موارد شامل تمرکز بر هیجان، رابطه درمانی و کنار آمدن با موانع درمان از جمله مقاومت است و این درمان به صورت کاملاً تخصصی تکنیک‌هایی را در روند درمان طراحی کرده‌است که این سه مورد را در برمی‌گیرد. همچنین تاکید ویژه‌ای بر بحث مدیریت بحران داشته، به‌عنوان مثال نمونه‌ای را که بارلو بر روی آنها کارهای زیادی انجام داد؛ نوجوانان بودند که عموماً در سن بحران هستند و در این پژوهش هم به نمونه دیگری از افرادی که به نظر می‌رسد به خاطر شرایط بوجود آمده دچار نوعی سوگ که یک مورد از زیرموضوع‌های بحران تلقی می‌شود هستند پس می‌توانیم بگوییم این موارد می‌تواند قسمتی از دلایل اثر بخش بودن این درمان باشد.

در تبیین تاثیر درمان فراتشخیصی برنشخوار فکری افراد با توجه به بارلو و همکاران (۲۰۱۷) می توان گفت که درمان فراتشخیصی بر مفهومی به نام اجتناب هیجانی و پذیرش هیجانها تاکید دارد و تمرین هایی را در جهت مقابله با اجتناب ارائه می دهد. همچنین در این درمان به مفهوم حل مساله پرداخته می شود، این موضوع به افراد کمک می کند به جای پرداختن به نشخوار فکری، مهارت حل مساله رایاد بگیرند تا از این طریق، فرایند نشخوار فکری در آنها کمتر شود.

در تبیین این درمان برای نشانگان اضطراب، بر اساس نظر نورتون و پالاس (۲۰۱۶)، می توان گفت، اولاً این درمان به صورت تخصصی به مفهوم اضطراب پرداخته است و شواهد موجود، حاکی از طراحی این درمان برای اختلالات هیجانی می باشد و بر مولفه های هیجان و شناخت آن و ... تاکید دارد. این خود حاکی از تاثیرگذاری درمان بر این مولفه است. همچنین در سال های اخیر پژوهش هایبیر اساس هیجان، نشان دهنده تاثیر زیاد این درمان بر کاهش نشانگان اضطراب بوده است.

همچنین در راستای همسویی با نظر اودانل (۲۰۲۱)، در تبیین اثربخشی این درمان بر سلامت روان، می توان گفت که این درمان از طریق چند موضوع به افزایش این مولفه کمک خواهد کرد. اول اینکه، این درمان بر بحث هیجانها و شناخت آنها و مدیریت صحیحشان تاکید دارد که این بر سلامت روان تاثیر گذار است. دوم اینکه در این درمان بر آموزش مهارتها و حل مساله تاکید می شود و این موضوع، می تواند تاثیرگذاری این درمان بر سلامت روان را تبیین کند. سوم، نگاه همه جانبه نگری، که در این درمان توضیح داده می شود به شکل گیری یک دیدگاه جامع در فرد، کمک کننده است و این در سلامت روان تاثیر گذار است.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی می تواند بر کاهش اضطراب، نشخوار فکری و همچنین افزایش سلامت روان افراد شرکت کننده موثر باشد. این تحقیق، با محدودیت هایی همراه بود. عواملی مانند استفاده از مراجعین به مراکز مشاوره که تعمیم پذیری نتایج را محدود می کند، و کوچک بودن حجم نمونه از جمله محدودیت های این پژوهش می باشد. پیشنهاد می شود تا در پژوهش های آتی، پژوهشگران از این روش درمانی روی گروه های بالینی با حضور یک برنامه مداخله ای دیگر مثل دارودرمانی و یا سایر شیوه های روان درمانی استفاده نموده و همچنین اثربخشی این درمان در بین دو جنس مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مرکز مشاوره مهرگان و آرتیمان مشهد جهت تصویب طرح پژوهشی حاضر و از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری و همچنین همکارانمان در مرکز مشاوره به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می کنیم.

منابع

- ۱۱۶..... اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوارفکری و سلامت روان...
- پناغی، لیلی؛ ابارشی، زهره؛ منصوری، نادر و دهقانی، محسن. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و ویژگی های جمعیت شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران. *مجله سالمندی ایران*، ۴(۱۲)، ۷۷-۸۷.
- رحمانی، نرگس و منصوری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوارفکری و رشد پس از سانحه زنان داغ‌دیده، *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۱)، ۲۳-۳۲.
- عطارد نسترن، میکائیلی نیلوفر، مهاجری نسترن، وجودی بابک. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۴ (۴): ۶۲-۵۴.
- فدایی محمد، قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی و کیمیایی سیدعلی. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر تمایز یافتگی خود و دشواری تنظیم هیجان در مراجعان دارای نشانگان اضطرابی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۱(۱)، ۱-۱۱.
- محمدخانی، شهرام؛ سیدپورمند، نیلوفر السادات و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۲). آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۸(۳۰)، ۱۸۳-۲۰۴.
- Alamdard, S., Lv, Y., Guo, J., Lu, J., & Zhang, Y. (2020). Attentional bias effect on post-traumatic outcomes in children after earthquake: Mediation role of rumination. *PsyCh Journal*, 9(5), 738-748.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Anniko, M., & Bodland Fielding, L. (2011). Stressing emotions: A single subject design study testing an emotion-focused transdiagnostic treatment for stress-related ill health. 25(3), 127-141.
- Babcock, J. C., & Potthoff, A. L. (2021). Effects of angry rumination and distraction in intimate partner violent men. *Journal of interpersonal violence*, 36(23-24), 12-36.
- 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. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884.
- Blum, K. (2020). Analysis of The press in the vietnam war. *Collegiate Social Sciences Review 2020*, 70.
- Fadaei, M., Ghanbari, H. Abadi, B. A., Kimiai, S. A. (2019). The efficacy of integrated meta diagnosis therapy on their differentiation and the difficulty of regulating excitement in patients with anxiety syndrome. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 61(1), 1-11. (Text in Persian).
- Gazzillo, F., Leonardi, J., & Bush, M. (2020). Pathological worry and rumination according to control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*. 21(4), 12-34.
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*, 263, 292-300. DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.121
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior therapy*, 51(3), 461-473.
- Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *journal of Psychological Medicine*, 9(2), 139-151.
- Halasa, S., Hamdan-Mansour, A. M., Salami, I., & Alenezi, A. (2020). Post-traumatic stress and social anxiety among children of Syrian refugees in Jordan. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(6), 1611-1619.

- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55.
- Hodes, M., Anagnostopoulos, D., & Skokauskas, N. (2018). Challenges and opportunities in refugee mental health: clinical, service, and research considerations. *European child & adolescent psychiatry*, 27(4), 385-388.
- Mohammadkhani, SH, Purmand, N, S, & Hassanabadi, H. (2013). An Empirical Test of a Metacognitive Model of Rumination and Depression in Non-clinical Population. *Journal of New psychological research*, 8(30), 183-204. (Text in Persian).
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519-527.
- Musapour Shyrjupusht, M., & Rasuoly, M. (2019). Comparison of stress, anxiety, depression and cognitive flexibility in veteran and non-veteran children. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(7), 139-146.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*, 47(6), 854-868.
- O'donnell, M. L., Lau, W., Chisholm, K., Agathos, J., Little, J., Terhaag, S., ... & Gallagher, M. W. (2021). A pilot study of the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in treating posttraumatic psychopathology: a randomized controlled trial. *Journal of traumatic stress*, 34(3), 563-574.
- Otared N, Mikaeili N, Mohajeri N, Vojoudi B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4 (4) :54-62. (Text in Persian).
- Panaghi, L., Abarashi, Z., Mansoori, N., & Dehghani, M. (2009). Quality of Life and Related demographic factor of the elderly in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4), 77-87. (Text in Persian).
- Rahmani, N., & Mansouri, A. (2020). The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on the rumination and posttraumatic growth in bereaved women. *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 23-32. (Text in Persian).
- Rashidi, M. A., Pournajaf, A., Kazemy, M., & Kaikhavani, S. (2018). Evaluating general health status using Goldberg's general health questionnaire among the staff of Ilam university of medical sciences in 2015. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 26(3), 16-26. (Text in Persian).
- Rodriguez-Moreno, S., Farchione, T. J., Roca, P., Marín, C., Guillén, A. I., & Panadero, S. (2022). Initial effectiveness evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders for homeless women. *Behavior Modification*, 46(3), 506-528.
- Schram, S. R., & Hodes, N. J. (2018). The War between Chiang Kaishek and the Guangxi Warlords: (To the Tune of "Clear Calm Music") 1. In *Mao's Road to Power* (pp. 190-190). Routledge.
- Taghv, M. (2001). Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire. *The Journal of Psychology*, 5(4), 381-398.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.

- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.
- Zarea, K., & Bahrani, H. (2013). Study of mental health in status the operation room students who are educating in Ahvaz Jundishapur University of Medical Science in 2011. *Jentashapir Journal Of Cellular and Molecular Biology, Jentashapir. Journal of Health Research*. 4(1),23-31.
- Zerach, G., Horesh, D., & Solomon, Z. (2021). Secondary posttraumatic stress symptom trajectories and perceived health among spouses of war veterans: a 12-year longitudinal study. *Psychology & Health*,13(2), 1-17.



© 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 BYN4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی


رسول اسمعیلی^۱، مهناز استکی*^۲، منصوره شهریاری احمدی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پریسا و پارس بر کنترل بازداری دانش‌آموز دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پی‌گیری ۴۵ روزه بود. تعداد ۳۳ دانش‌آموز پسر ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه ۱۱ نفری هم‌تا (دو آزمایشی، یکی کنترل) جایگزین شدند. در هر گروه آزمایشی یکی از برنامه‌های توانبخشی شناختی پریسا و یا پارس در ۱۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها برای متغیر کنترل بازداری، توسط آزمون‌های استروپ و برو-نرو در سه مرحله جمع‌آوری شدند. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی داده‌ها نشان داد که هر دو برنامه در بهبود کنترل بازداری و اکثر مولفه‌های آن اثربخش بودند. نتایج آزمون پی‌گیری نشان داد که در بیشتر متغیرها، اثربخشی برنامه‌های توانبخشی ثابت داشت. لذا با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود از دو برنامه با توجه به امکانات رایانه و اینترنت در بهبود کنترل بازداری استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی؛ برنامه توانبخشی شناختی پریسا و پارس؛ کنترل بازداری

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

^۲ نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی - استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران 

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی عمومی - استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱ یک اختلال روان‌پزشکی شایع و آسیب رساننده است که در ۷/۲ درصد کودکان جهان بروز می‌کند و مشخصه آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش‌فعالی است که خود را در رفتار تکانشی و عدم توانایی در تأخیر انداختن ارضاء بروز می‌دهد. این کودکان اغلب مستعد حوادث گوناگون هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی در اغلب مولفه‌های کارکردهای اجرایی دچار نقص هستند (اوریادی، هادیان‌فرد و قاسمی، ۱۳۹۸) و نقص کنترل بازداری از ویژگی‌های برجسته افراد با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی است (هونگ، گیلارد، یارمک و ارسالیدو^۳، ۲۰۱۸). محوریت کنترل بازداری در کارکردهای اجرایی مختل تئوری‌های کنترل شناختی این اختلال گنجانده شده است که بر همه فعالیت‌های ذهنی از جمله ادراک، توجه، حافظه، فکر و عمل تأثیر دارد و بر اساس نظریه بارکلی^۴ کنترل بازداری هسته اصلی از هم‌پاشیدگی فرآیندهای پردازشی در کارکردهای اجرایی است (نجاتی، ۱۳۹۷) که یک روند عصبی شناختی مرکزی در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بشمار می‌رود (فوسکو، کوفلر، آلدerson، تارل^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). فرآیندهای کنترل بازداری در حین انجام تکالیف جابجایی برانگیخته و به جای مهار و لغو عمل به کنترل تداخل مربوط شده و توسط شبکه‌های عصبی آناتومی دو طرف پیشانی^۶، ساختارهای حفره اکسیپیتال فوقانی گیجگاهی و تحتانی چپ^۷، تالاموس راست^۸ و ساختار میانی مغز^۹ پشتیبانی می‌شوند (اروین، کوفلر، سوتو، نیکول^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹).

فرآیندهای کنترل بازداری در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یکپارچه نیستند و مهار پاسخ یک سازه چند بعدی است. کنترل بازداری در طول مهار تداخل به دلیل رقابت محدود منابع یا محرک، مهار پاسخ‌های قدرتمند، مهار اطلاعات نامربوط از حافظه و مهار پاسخ‌های بازتابی صورت می‌گیرد (هونگ و همکاران، ۲۰۱۸) و موفقیت در کنش‌های اجرایی به میزان مهار تداخل، پاسخ غالب و پاسخ‌های جاری بستگی دارد (رمضان‌نیا و نجاتی، ۱۳۹۶). کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی زود خسته شده، پاداش سریع

-
1. attention-deficit/ hyperactivity disorder
 2. American Psychiatric Association
 3. Hung, Gaillard, Yarmak & Arsalidou
 4. Berkeley
 5. Fosco, Kofler, Alderson & Tarle
 6. bilateral frontal
 7. right superior temporal and left inferior occipital gyri
 8. right thalamic
 9. mid-brain
 10. Irwin, Kofler, Soto & Nicole

را ترجیح می‌دهند و به دلیل نیاز به حفظ تجربه در «حداقل سطح انتظار^۱» انگیزه دارند (کریپالدی، کلمبو، موتورا، بالداسینی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

رویکرد درمانی توانبخشی شناختی مستقیماً بر ساختارها و کارکردهای درگیر در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تمرکز می‌کند که کارکردهایی همچون بازداری مهاری مورد هدف قرار می‌گیرد (جلیلی، نجاتی، احدی و کتان‌فروش، ۱۳۹۸). توانبخشی شناختی سرویس سیستماتیک و عملکردی از فعالیت‌های درمانی مبتنی بر ارزیابی و شناخت کمبودهای مغزی و رفتاری است و هدف آن سازگاری، کنترل، کاهش نقایص شناختی و تثبیت الگوهای رفتاری جدید است. ارائه الگوهای رفتاری منجر به انعطاف‌پذیری عصبی^۳، که تجربه، سازگاری، یادگیری موجب تغییرات در ساختار و سازماندهی مغز در سیستم عصبی مرکزی می‌گردد. شواهد تصویربرداری تشدید مغناطیسی عملکردی^۴ تفاوت در فعال‌سازی شبکه‌ای را در مناطق مغزی نشان می‌دهد (کریستینسن، بک، بیلنبرگ، وینکه^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). از جنبه نورویولوژیکی نقص توجه/بیش‌فعالی تظاهراتی از ناهنجاری‌ها در شکل‌گیری مدارها و ارتباط‌های سیناپسی در مناطق درگیر مغزی در رفتار اجتماعی است که در اثر جهش در ژن‌های درگیر که در «تشکیل انشعاب‌های سیناپسی در مناطقی که اطلاعات بین نورون‌ها (شیمیایی) انتقال داده می‌شود»^۶، و انعطاف‌پذیری سیناپسی است (مارتینز‌مورگا، کوئساداریکو، بوئو و مارتینز^۷، ۲۰۱۸). با توجه به پیش‌فرض کنش‌ها و تعاملات نورونی زیربنای رفتار، رفتار آسیب‌دیده ناشی از نقص در کارکرد و تعامل سیستم‌نورونی است (برزگر، طالع‌پسند و رحیمیان‌بوگر، ۱۳۹۷).

برنامه‌های رایانه‌ای موجب تثبیت مجدد الگوهای رفتاری یا جبران کارکردهای آسیب‌دیده می‌شوند (نجاتی، ۱۳۹۷). تغییر سطح دشواری تکالیف، کاهش خطاها، ارائه محرک‌های پایدار و کنترل شده، بررسی مداوم بازخوردها و تقویت انگیزه از قابلیت‌های این برنامه‌هاست (کریپالدی و همکاران، ۲۰۲۰). تکالیف رایانه‌ای موجب تقویت کارکردهای اجرایی، مخصوصاً جابجایی بین آمایه‌های ذهنی و یادگیری سریع قوانین و ساختارها می‌شوند (جلیلی، همکاران، ۱۳۹۸). در برنامه‌های توانبخشی قلم-کاغذی نیاز به نرم‌افزار و تجهیزات رایانه‌ای نبوده و تعامل بین درمانگر و درمانجو بیشتر است. با توجه به شیوع بالا و اهمیت کارکردهای اجرایی در اختلال و هدف قراردادن کارکردهای اجرایی در توانبخشی شناختی، نقش تمرین‌های مکرر و با ساختار در ایجاد

-
1. minimum waiting level
 2. Crepaldi, Colombo, Mottura & Baldassini
 3. neuroplasticity
 4. functional magnetic resonance imaging (fMRI)
 5. Christiansen, Beck, Bilenberg & Wienecke
 6. synaptogenesis
 7. Martinez-Morga, Quesada-Rico, Bueno & Martinez

۱۲۲..... مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری...

مسیرهای جدید، مرتب شدن و گسترش آنها در مغز، و از بعد ویژگی فردی که افراد با اختلال مذکور برای مدیریت رفتار به مکانیزم شناختی (بازداری) نیاز دارند، استفاده از توانبخشی شناختی پررنگتر می‌شود (کرپالیدی و همکاران، ۲۰۲۰؛ نجاتی، ۱۳۹۷). با توجه به شیوه‌های گوناگون درمان و مشکلات چندبعدی (برزگر و همکاران، ۱۳۹۷) در حوزه‌های عملکردی مانند پیشرفت تحصیلی، موقعیت شغلی، روابط اجتماعی، رفتار مجرمانه و سوء مصرف مواد (مریل، مولینا، کاکس، گناگیو و همکاران، ۲۰۱۹) و تاثیر علائم آن بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲)، تا به حال اثربخشی این دو برنامه توانبخشی بر کنترل بازداری دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی مقایسه نشده است. در پژوهش حاضر اثربخشی این برنامه‌ها در کنترل بازداری دانش‌آموزان با نقص توجه/بیش‌فعالی مقایسه گردید تا اثربخشی، نقاط قوت و ضعف برنامه‌ها، مشخص و مرتفع شود. با توسعه ابزارهای توانبخشی شناختی می‌توان در توسعه علوم شناختی و توانبخشی و کمک به درمان دانش‌آموزان با نقص توجه/بیش‌فعالی موثر واقع شد. لذا پژوهش حاضر در پی بررسی این فرضیه است که بین اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پریسا و پارس در کنترل بازداری دانش‌آموزان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر روش، طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری دانش‌آموزان ۹ تا ۱۲ ساله پسر با نقص توجه/بیش‌فعالی پایه‌های سوم تا پنجم شهرستان شبستر در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. با مراجعه به مدارس ۶۴ دانش‌آموز مشکوک به نقص توجه/بیش‌فعالی توسط مدیران معرفی شد. والدین ۵۳ نفر از آنان در مدرسه حضور یافتند و بعد از تشریح مداخله، محرمانه بودن اطلاعات و خروج آزادانه از پژوهش، رضایت‌نامه کتبی از والدین دریافت شد. بعد غربالگری شروع و به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۳ نفر انتخاب و با تاکید بر هم‌تاسازی سن، پایه تحصیلی و هوش‌بهر در سه گروه ۱۱ نفره به صورت تصادفی قرار گرفتند. سطح هوشی متوسط (۸۰ به بالا)، فقدان معلولیت‌های حسی، نورولوژیکی، هیجانی، سلوکی، معلولیت‌های جسمی مزاحم کار با برنامه‌های توانبخشی و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های ورود و خروج بود. در هر گروه آزمایش با استفاده از برنامه‌های توانبخشی پریسا و پارس ۱۴ جلسه مداخله ۴۵ دقیقه‌ای دو بار در هفته اجرا شد. در هر سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری پس از ۴۵ روز انجام گردید.

ابزارها

مقیاس درجه‌بندی کانرز^۱ ویژه والدین: این آزمون ۴۸ گویه ای بازبینی شده پرسشنامه ۹۳ گویه ای توسط والدین تکمیل می‌گردد. این مقیاس برای کودکان ۱۷-۳ ساله قابل استفاده است. نمره^۲، ۱/۵ تا ۲ انحراف بالاتر از میانگین به معنای وجود مشکل در رفتار فرد در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس به تغییرات درونی حساس است و ضریب پایایی آن با روش بازآزمایی با فاصله دو هفته توسط بوستانی‌کاشانی، شفیع‌آبادی و خبازی راوندی (۱۳۹۴)، ۰/۶۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

آزمون هوش آزمای تهران-استنفورد-بینه: نسخه پنجم این آزمون در سال ۲۰۰۳ توسط روید^۲ تدوین شد و پس از بازنگری و ترجمه، این هوش‌آزما در سال ۱۳۸۷ توسط افروز و کامکاری تدوین گردید. ضرایب اعتباری حیطه‌های آزمون بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ گزارش شده‌است (کامکاری، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر همسانی دورنی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد.

آزمون رنگ-واژه استروپ^۳: این آزمون از آزمون‌های کنترل بازداری است که در سال ۱۹۳۵ توسط استروپ^۴ جهت سنجش توجه انتخابی و انعطاف‌پذیری شناختی ساخته شد. تکلیف استروپ شامل مهار تداخل در سطح تکالیف شناختی است. در پژوهش حاضر نوع قلم-کاغذی آن استفاده شد. در مرحله اول نام چهار رنگ اصلی به رنگ سیاه و در مرحله دوم به رنگ خود نوشته شده است آزمودنی باید سریع آنها را بخواند. در مرحله سوم، کوشش‌های ناهماهنگ یا تداخل است که اسامی چهار رنگ با رنگی متفاوت از رنگ جوهرشان است و آزمودنی باید رنگ کلمه‌ها را بخواند. شاخص‌های مورد سنجش در این آزمون دقت (تعداد پاسخ‌های صحیح)، سرعت (برحسب ثانیه) می‌باشد. پایایی آزمون، توسط قدیری و همکاران، در سال ۱۳۸۵ به روش بازآزمایی برای هر سه کوشش به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۸۳ و ۰/۹۷ (به نقل از رمضان‌نیا و نجاتی، ۱۳۹۶) و روایی پیش بین ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شد (اوریادی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی برای مولفه‌های تعداد تصحیح خطا، تعداد خطا و زمان واکنش مرحله ۳ به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۲ و ۰/۸۴ بدست آمد.

1. Connors Parent Rating Scale (CPRS-48)
2. Roid
3. Stroop Color- Word Test
4. Stroop

۱۲۴..... مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری...

آزمون بازداری پاسخ برو/نرو^۱: این آزمون در سال ۱۹۸۴ توسط هافمن^۲ برای اندازه‌گیری مهار پاسخ پیشین ساخته شد. در پژوهش حاضر از نسخه نرم‌افزاری آزمون که در سال ۱۳۸۸ در مرکز علوم اعصاب شناختی رفتار دانشگاه شهیدبهبشتی تهیه شده است، برای سنجش مهار پاسخ استفاده شد. در این آزمون، آزمودنی با دیدن هواپیما سریع دکمه مکان نمای هم جهت را در نبود صدای بیب می‌زند. در این آزمون سه نمره دقت و سرعت اجرا و دقت مهار در برنامه ثبت می‌شود. ضرایب اعتبار و بازآزمایی این آزمون بالای ۰/۸۰ گزارش شده است (رمضان‌نیا و نجاتی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی برای مولفه‌های پاسخ صحیح برو، پاسخ صحیح نرو و زمان واکنش به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۱ و ۰/۸۰ بدست آمد.

برنامه رایانه‌ای توانبخشی شناختی مهار و توجه انتخابی پریسا^۳: این برنامه در سال ۱۳۹۹ در مرکز علوم اعصاب شناختی رفتار دانشگاه شهید بهشتی تهیه شد (نجاتی، ۱۳۹۶) و شامل ۶ تکلیف در ۱۰ سطح است که کودک در صورت کسب امتیاز ۸۰ به بالا به سطح بعد وارد می‌شود. نتایج آزمون‌ها و عملکرد کودک ذخیره می‌گردد. در طول جلسات مداخله جهت جلوگیری از یکنواختی، در هر جلسه از دو تکلیف استفاده شد. اعتبار و روایی این برنامه در ایران توسط نجاتی سنجدیده شده و تحقیقات نشان دهنده اثربخشی این برنامه است (قدرتی، عسگری نژاد، شریفیان، نجاتی، ۲۰۲۱).

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله برنامه رایانه‌ای توانبخشی شناختی پریسا

جلسه	تکالیف	جلسه	تکالیف
اول	(آموزش) رنگ‌چهره ^۴ + ماهی‌گیری ^۵	هشتم	انتخاب جعبه + انتخاب کلاه
دوم	رنگ‌چهره + ماهی‌گیری	نهم	انتخاب جعبه + انتخاب کلاه
سوم	رنگ‌چهره + ماهی‌گیری	دهم	انتخاب جعبه + انتخاب کلاه
چهارم	رنگ‌چهره + ماهی‌گیری	یازدهم	(آموزش) کنترل علائم راهنمایی و رانندگی ^۶ + خرکوش و لاک پشت ^۷
پنجم	رنگ‌چهره + ماهی‌گیری	دوازدهم	کنترل علائم راهنمایی و رانندگی + خرکوش و لاک پشت
ششم	(آموزش) انتخاب جعبه ^۸ + انتخاب کلاه ^۹	سیزدهم	کنترل علائم راهنمایی و رانندگی + خرکوش و لاک پشت
هفتم	انتخاب جعبه + انتخاب کلاه	چهاردهم	کنترل علائم راهنمایی و رانندگی + خرکوش و لاک پشت

1. Go-no go test
2. Huffman
3. Program for attentive rehabilitation of inhibition and selective attention (PARISA)
4. face arrangement task
5. fishing task
6. traffic sign control task
7. rabbit & turtle competing
8. box choosing task
9. hat choosing task

برنامه توانبخشی و تقویت توجه پارس^۱: این برنامه در مرکز علوم اعصاب شناختی رفتار دانشگاه شهیدبهشتی تهیه شده است. در این برنامه تکالیف به صورت سلسله مراتبی از ساده به مشکل ارائه شده است. هر تکلیف ارزش شناختی مشخصی دارد و کارکردهایی از توجه را به چالش می‌کشد. دشواری این تکالیف برای گروه سنی پیش‌دبستانی تا بزرگسالان تنظیم شده است. کسب ۸۰ درصد شرط ورود به سطح بعدی تکلیف است. در هر جلسه ۵ کارت از جدول متقاطع و ۵ کارت از کشف کلمات و ۲ تکلیف از داستان در کنار سایر تکالیف بر اساس سلسله مراتب شناختی کتابچه راهنما استفاده شد. اعتبار و روایی این بسته در ایران توسط نجاتی بر روی گروه‌های مختلف سنجیده شده و تحقیقات نشان دهنده اثربخشی این برنامه است (نجاتی، ۱۳۹۶).

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله برنامه قلم-کاغذی توانبخشی شناختی پارس

جلسه	تکالیف
اول	مرتب کردن کارت‌های اشکال + رنگ‌های متفاوت + داستان شماره ۱ و ۲ + کشف اجزاء تصویر + جستجوی اشکال هندسی + جستجوی حروف کلمات + جدول متقاطع
دوم	کارت‌های خانه‌های ساده (تکرنگ) + داستان شماره ۳ و ۴ + کشف اجزاء تصویر + جستجوی اشکال هندسی + جستجوی حروف کلمات + جدول متقاطع
سوم	کارت‌های خانه‌های ساده (۲ رنگ) + داستان شماره ۵ و ۶ + کشف اجزاء تصویر + جستجوی اشکال هندسی + جستجوی حروف کلمات + جدول متقاطع
چهارم	کارت‌های خانه‌های ساده (۲ رنگ) + داستان شماره ۷ و ۸ + کشف اجزاء تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + جدول متقاطع
پنجم	کارت‌های خانه پیچیده و گریه (تکرنگ) + داستان شماره ۹ و ۱۰ + کشف اجزاء تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
ششم	کارت‌های خانه پیچیده و گریه (تکرنگ) + داستان شماره ۱۱ و ۱۲ + تعیین تفاوت تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
هفتم	کارت‌های خانه پیچیده و گریه (۲ رنگ) + داستان شماره ۱۳ + تعیین تفاوت تصویر + جستجوی هدف + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
هشتم	کارت‌های خانه پیچیده، گریه (۲ رنگ) + داستان شماره ۱۴ + تعیین تفاوت تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
نهم	کارت‌های خانه پیچیده، گریه (۲ رنگ) + داستان شماره ۱۵ + تعیین تفاوت تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
دهم	کارت‌های خانه پیچیده، گریه (دورنگ) + داستان شماره ۱۶ + تعیین تفاوت تصویر + جستجوی هدف + جستجوی حروف کلمات + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
یازدهم	کارت‌های خانه پیچیده، گریه (دورنگ) + داستان شماره ۱۷ + جستجوی هدف + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
دوازدهم	کارت‌های خانه پیچیده، گریه (۳ رنگ) + داستان شماره ۱۸ + جستجوی هدف + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد

سیزدهم	کارت‌های خانه پیچیده، گربه (۲ و ۳ رنگ) + داستان شماره ۱۹ + جستجوی هدف + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد
چهاردهم	کارت‌های خانه پیچیده، گربه (۲ و ۳ رنگ) + داستان شماره ۲۰ + جستجوی هدف + کشف کلمات + جدول متقاطع + جمع اعداد

یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه پریسا (میانگین سنی ۱۰/۱۸ و میانگین هوش ۸۸/۸۲)، گروه پارس (میانگین سنی ۱۰ و میانگین هوش ۸۸/۰۹) و گروه کنترل (میانگین سنی ۱۰ و میانگین هوش ۸۹/۶۴) ۳ گروه مطالعه بودند که اثربخشی برنامه‌های توانبخشی شناختی بین گروه‌های آزمایش و کنترل مقایسه گردید. شاخص‌های جدول ۳ نشان می‌دهد در سه مرحله آزمون تفاوت‌ها در میانگین و انحراف معیار اغلب مولفه‌های کنترل بازداری در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری نسبت به پیش‌آزمون قابل توجه بود ولی تفاوت‌ها در گروه کنترل قابل توجه نبود.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها در مولفه‌های کنترل بازداری (زمان بر حسب ثانیه)

SD	M	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	گروه	آزمون
		SD	M	SD	M			
۰/۹۰	۰/۷۳	۱/۴۰	۰/۸۲	۲/۴۶	۲/۳۶	تعدادخطا	گروه آزمایشی ۱	آزمون رنگ-واژه استروپ
۲/۲۶	۳/۰۹	۲/۹۱	۳/۵۵	۳/۹۵	۷/۲۷	خطای تصحیحی		
۴۴/۵۶	۱۷۳/۸۲	۶۰/۳۴	۱۷۵/۸۲	۹۷/۱۴	۲۵۲/۸۲	زمان واکنش		
۰/۷۵	۰/۸۲	۱/۰۸	۰/۸۲	۲/۸۹	۵/۸۲	تعدادخطا	گروه آزمایشی ۲	
۱/۹۹	۲/۸۲	۲/۵۸	۲/۶۴	۶۰/۴۸	۴/۸۲	خطای تصحیحی		
۴۷/۰۳	۱۷۶/۸۲	۵۱/۵۲	۱۸۱/۳۷	۱/۱۲	۲۲۱	زمان واکنش		
۱/۰۴	۲/۹۱	۱/۴۷	۲/۱۸	۳/۸۵	۴/۷۳	تعدادخطا	گروه کنترل	
۲/۲۵	۵/۴۵	۲/۴۶	۵/۴۵	۳/۸۵	۶/۲۷	خطای تصحیحی		
۴۴/۶۴	۱۸۳/۴۵	۵۶/۶۱	۱۹۷/۵۵	۶۰/۸۳	۲۰۴/۲۷	زمان واکنش		
۷/۰۴	۹۳/۱۹	۱۰/۱۵	۹۰/۵۹	۱۳/۰۸	۸۴/۸۵	پاسخ صحیح برو	گروه آزمایشی ۱	آزمون برو-نرو
۴/۲۱	۹۲/۳۱	۲/۶۴	۹۴/۴۱	۱۲/۹۹	۷۳/۷۷	پاسخ صحیح نرو		
۰/۲۶	۱/۰۳	۰/۲۲	۱/۰۱	۰/۲۲	۱/۱۱	زمان واکنش		
۹/۱۹	۹۳/۲۱	۸/۵۸	۹۰/۵۶	۷/۷۶	۸۵/۲۳	پاسخ صحیح برو	گروه آزمایشی ۲	
۶/۱۴	۹۱/۹۱	۵/۱۹	۹۵/۱۰	۱۲/۳۰	۸۰/۵۵	پاسخ صحیح نرو		
۰/۱۳	۱/۰۶	۰/۱۴	۱/۱۷	۰/۱۲	۱/۱۷	زمان واکنش		
۸/۵۹	۷۷/۶۵	۸/۵۹	۷۷/۶۵	۸/۸۷	۸۱/۳۹	پاسخ صحیح برو	گروه کنترل	
۷/۰۷	۸۰/۰۳	۸/۰۰	۸۳/۴۱	۱۳/۶۷	۸۳/۳۱	پاسخ صحیح نرو		
۰/۲۰	۱/۲۵	۰/۲۰	۱/۲۶	۰/۱۷	۱/۲۳	زمان واکنش		

پیش فرض همگنی واریانس خطای مولفه‌های کنترل بازداری با استفاده از آزمون لوین، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته با آزمون کالموگروف-اسمیروف و پیش فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس متغیرهای مورد مطالعه با آزمون ام‌باکس مورد ارزیابی قرار گرفتند که معنی دار نشده و پیش فرض‌ها محقق گردیدند. پیش فرض‌های اختصاصی تحلیل کواریانس چندمتغیره شیب‌خط رگرسیون (که Fهای محاسبه شده در سطح $P \leq 0/05$ معنی دار نبود) در نمونه‌های مورد مطالعه محقق شد لذا از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید. همچنین گروه مورد مطالعه در ترکیب وزنی عملکرد مولفه‌های کنترل بازداری با توجه به اثرپیلایی و لامبدای ویلکز تفاوت معنی دار با یکدیگر داشتند ($P \leq 0/01$). لذا جهت تعیین تفاوت گروه‌ها در هر یک از مولفه‌های کنترل بازداری از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. با توجه به جدول ۴ سه گروه مورد مطالعه در بیشتر مولفه‌ها در پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنی دار با یکدیگر داشتند (Fهای محاسبه شده در سطح $P \leq 0/05$ معنی دار بود).

جدول ۴: خلاصه تحلیل کواریانس تک‌متغیره تفاوت گروه‌های سه‌گانه در مولفه‌های کنترل بازداری (زمان برحسب ثانیه)

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
رنگ-واژه استروپ	روش	۲۲/۷۸	۲	۱۱/۳۹	۲/۴۶	۰/۱۱	۰/۱۹
	(پس‌آزمون)	۱۲/۵۵	۲	۶/۲۷	۳/۵۵	۰/۰۴	۰/۲۵
	زمان واکنش	۱۲۳۷۱/۴۳	۲	۶۱۸۵/۷۱	۷/۵۶	۰/۰۰	۰/۴۲
	خطای تصحیحی	۵۴/۰۳	۲	۲۷/۰۲	۹/۱۱	۰/۰۰	۰/۴۶
دو-ترو	روش	۱۶/۱۵	۲	۸/۰۸	۱۱/۰۹	۰/۰۰	۰/۵۳
	(پی‌گیری)	۳۶۳۶/۰۲	۲	۱۸۱۸/۰۱	۱/۸۰	۰/۱۹	۰/۱۵
	پاسخ صحیح برو	۵۸۷/۳۱	۲	۲۹۳/۶۶	۵/۸۹	۰/۰۱	۰/۳۰
	روش	۱۰۷۵/۵۷	۲	۵۳۷/۷۸	۱۸/۱۳	۰/۰۰	۰/۵۷
دو-ترو	(پس‌آزمون)	۰/۰۵	۲	۰/۰۲	۱/۹۲	۰/۱۷	۰/۱۲
	پاسخ صحیح برو	۱۰۳۷	۲	۵۱۸/۹۲	۱۱/۱۹	۰/۰۰	۰/۴۵
	روش	۱۲۱۰/۴۷	۲	۶۰۵/۲۳	۲۱/۲۳	۰/۰۰	۰/۶۱
	(پی‌گیری)	۰/۰۸	۲	۰/۰۴	۴/۴۳	۰/۱۱	۰/۱۵

 $P \leq 0/05$

جهت تعیین تفاوت‌های زوجی گروه‌ها در مولفه‌های کنترل بازداری از آزمون تعقیبی بونفونی به شرح جدول ۵ استفاده شد. داده‌ها نشان داد تفاوت عملکرد تعداد تصحیح خطا، تعداد خطا و زمان واکنش مرحله ۳ در دو گروه پریسا و پارس در پس‌آزمون و پی‌گیری معنی دار نبود. تفاوت عملکرد تعداد تصحیح خطا، تعداد خطا و زمان واکنش در گروه پریسا و کنترل در پس‌آزمون

۱۲۸..... مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری...

به نفع گروه پریسا معنی‌دار بود و در پی‌گیری بجز در زمان واکنش در بقیه مولفه‌ها معنی‌دار بود. بنابراین برنامه توانبخشی پریسا بر بهبود عملکرد تعداد تصحیح خطا، تعدادخطا و زمان واکنش اثربخش بود و اثربخشی مداخله پس از ۴۵ روز بجز در زمان واکنش در تعداد تصحیح خطا و تعداد خطا ثابت داشت. تفاوت عملکرد تعدادخطا و زمان واکنش در گروه پارس و کنترل در پس‌آزمون به نفع گروه پارس معنی‌دار و در تعداد تصحیح خطا معنی‌دار نبود. و در پی‌گیری تفاوت عملکرد در تعدادخطا و تعداد تصحیح خطا به نفع گروه پارس معنی‌دار و در زمان واکنش معنی‌دار نبود، لذا اثربخشی توانبخشی شناختی پارس بجز در زمان واکنش در تعداد خطا و تصحیح خطا ثابت داشت. در بازداری پاسخ پیشین، تفاوت عملکردهای پاسخ صحیح برو و نرو و زمان واکنش در دو گروه آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار نبود. تفاوت عملکرد تعداد پاسخ صحیح برو و نرو در گروه‌های آزمایش نسبت به کنترل در پس‌آزمون و پی‌گیری به نفع گروه‌های آزمایش معنی‌دار بود. با توجه به نتایج پی‌گیری می‌توان استنباط کرد که اثربخشی هر دو برنامه توانبخشی بر بهبود عملکرد تعداد پاسخ صحیح برو و نرو پس از ۴۵ روز ثابت داشته است. میانگین تفاوت عملکرد زمان واکنش گروه پریسا نسبت به کنترل در پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار نبود ولی تفاوت عملکرد زمان واکنش گروه پارس نسبت به کنترل در پس‌آزمون غیر معنی‌دار و در پی‌گیری به نفع گروه پارس معنی‌دار بود.

جدول ۵: مقایسه زوجی میانگین‌های مولفه‌های مهارت‌داخل و مهارت‌پاسخ در گروه‌های مورد مطالعه (زمان بر حسب ثانیه)

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاضل میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
خطای تصحیحی	پریسا	پارس	-۰/۸۵	۱/۱۶	۰/۴۷
	پریسا	کنترل	-۲/۵۰	۱/۱۴	۰/۰۴
پس‌آزمون	پارس	کنترل	-۱/۶۵	۱/۱۶	۰/۱۷
	پریسا	پارس	-۱/۴۵	۰/۹۳	۰/۱۳
خطای تصحیحی	پریسا	کنترل	-۳/۸۷	۰/۹۱	۰/۰۰
	پارس	کنترل	-۲/۴۱	۰/۹۳	۰/۰۲
تعداد خطا	پریسا	پارس	۰/۰۳	۰/۷۲	۰/۹۶
	پریسا	کنترل	-۱/۶۵	۰/۷۱	۰/۰۳
پس‌آزمون	پارس	کنترل	-۱/۶۲	۰/۷۲	۰/۰۳
	پریسا	پارس	-۰/۰۴	۰/۴۴	۰/۹۴
تعداد خطا	پریسا	کنترل	-۱/۸۸	۰/۴۳	۰/۰۰
	پارس	کنترل	-۱/۸۴	۰/۴۳	۰/۰۰
زمان واکنش	پریسا	پارس	-۱۹/۸۴	۱۵/۴۳	۰/۲۱
	پریسا	کنترل	-۵۸/۱۷	۱۵/۱۹	۰/۰۰
پس‌آزمون	پارس	کنترل	-۳۸/۳۳	۱۵/۴۶	۰/۰۲
	پریسا	پارس	-۱۶/۸۸	۱۷/۱۳	۰/۳۳
زمان واکنش	پریسا	کنترل	-۳۲/۰۱	۱۶/۸۶	۰/۰۸

۰/۳۹	۱۷/۱۶	-۱۵/۱۴	کنترل	پارس	پی‌گیری
------	-------	--------	-------	------	---------

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی برنامه‌های توانبخشی شناختی بر بهبود کنترل بازداری دانش‌آموزان پایه‌های سوم تا پنجم پسرانه با نقص توجه/بیش‌فعالی بود. با توجه به اثربخشی بیشتر برنامه‌های توانبخشی شناختی در سنین پایین دانش‌آموزان پایه‌های مذکور برای پژوهش انتخاب شدند. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره نشان داد در اکثر مولفه‌های کنترل بازداری تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار بود. مقایسه زوجی میانگین مولفه‌های کنترل بازداری نشان داد هر دو برنامه توانبخشی شناختی در کنترل بازداری اثربخش بودند. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات اوریادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ جلیلی و همکاران (۱۳۹۸)؛ رمضان‌نیا و نجاتی (۱۳۹۶)؛ نجاتی (۲۰۲۱)؛ کرپالیدی و همکاران، (۲۰۲۰). فوسکو و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود.

هرچند در مولفه زمان واکنش در مهار پاسخ پیشین در پس‌آزمون، تفاوت میانگین گروه پارس نسبت به کنترل غیر معنی‌دار بود اما شواهدی مبنی بر بهبود این عملکرد در آزمون پی‌گیری وجود داشت. سطح معنی‌داری در پس‌آزمون و سطح غیرمعنی‌دار نزدیک به معنی‌داری در پی‌گیری مولفه زمان واکنش در مهار تداخل نشان داد برنامه پریسا در بهبود زمان واکنش عملکرد بهتری داشت.

تکالیف رایانه‌ای با سرعت بالا موجب توجه فرد به اطلاعات مربوط و نادیده گرفتن اطلاعات نامربوط به تکالیف می‌شود که باعث یادگیری کارآمد فرد از محیط شده و ابعاد چندگانه شناخت تقویت می‌گردد که کارکردهای اجرایی از آن جمله است (جلیلی و همکاران، ۱۳۹۸). برنامه‌های توانبخشی رایانه‌ای موجب بهبود زمان واکنش انتخابی می‌گردند. قدرت انگیزشی و جذابیت تکالیف سبب توسعه کارکردهای اجرایی می‌گردد. تکالیف کودکان را با چالش‌هایی مواجه می‌کند که آنان خود را مجبور به افزایش و تقسیم توجه کرده و تمرینات مهارتی انجام دهند. قابلیت تنظیم سرعت تکالیف بر اساس توانایی‌های فردی، کودکان را به ادامه بازی و رسیدن به اهداف توانبخشی شناختی هدایت می‌کند. در برنامه توانبخشی پریسا با توجه به اهمیت سرعت واکنش اثربخشی آن در بهبود زمان واکنش در مهار تداخل دور از انتظار نبود. علی‌رغم دشواری برنامه توانبخشی پارس، تعامل درمانگر و درمانجو، نظارت هوشمندانه بر روند درمان، همدلی با درمان‌جو می‌تواند پیش‌بینی کننده موفقیت برنامه توانبخشی پارس در بهبود کنترل بازداری باشد.

۱۳۰..... مقایسه اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی پارس و پریسا بر کنترل بازداری...

بر پایه بنیان نظری ساختارهای قطعه‌پیشانی راست مغز اغلب درگیر خطاهای مهار پاسخ در تکالیف کنترل بازداری در کودکان با نقص توجه/بیش‌فعالی هستند. انعطاف‌پذیری سیستم عصبی سبب می‌شود که فرد با فراگیری مهارت‌های جدید، شبکه‌های عصبی را بازسازماندهی نماید(نجاتی، ۱۳۹۷). لذا با توجه به پیش‌فرض آسیب رفتاری ناشی از نقص در کارکرد و تعامل سیستم نورونی(برزگر و همکاران، ۱۳۹۷)، ویژگی انعطاف‌پذیری نورونی و مدارهای مغزی و عملکرد سیناپسی در توانبخشی شناختی(مارتینز مورگا و همکاران، ۲۰۱۸) مداخله‌ها امیدوارکننده هستند. توانبخشی شناختی موجب ترمیم نورون‌های مسئول کارکردهای اجرایی در مغز کودکان می‌شود(جلیلی و همکاران، ۱۳۹۸). برنامه‌های توانبخشی شناختی کنترل بازداری را هدف قرار می‌دهد که مبتنی بر مدل شواهد عصب روان‌شناختی متمرکز بر تکانشگری است(کرپالدی و همکاران، ۲۰۲۰). برخلاف باورهای قبلی بر اساس اصل انعطاف‌پذیری نورونی هرگاه میزان تحریک‌های وارد شده به مغز بیشتر باشد، تحریک‌پذیری سلول‌های عصبی افزایش می‌یابد و سلول‌های عصبی شروع به پیوند سازی می‌کنند و با جوانه‌زدن و سیناپس‌سازی اتصالات بیشتری بوجود می‌آورند (نجاتی، ۱۳۹۷). با توجه به شواهد و پایه‌های نظری استفاده از توانبخشی شناختی، می‌توان با کاربرد توانبخشی شناختی در بهبود کنترل بازداری در توسعه بعدی عملکردهای شناختی برتر و کارکردهای اجرایی موفق شد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت تعمیم‌دهی نتایج به سایر اختلالات کودکان است. با توجه به همه‌گیری بیماری کرونا بعضی والدین مانع حضور فرزندان خود در مدارس بودند که ممکن است در انتخاب نمونه مناسب اختلال ایجاد نماید. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامه‌های توانبخشی، با تعداد نمونه و زمان مداخله بیشتر در نوع عمدتاً بیش‌فعال، که تکانشگری و نقص بازداری با نمود بیشتری همراه است مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی ترکیبی از این دو برنامه مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به آنلاین بودن برنامه توانبخشی پریسا و امکان فعالیت کودک در منزل زیر نظر درمانگر پیشنهاد می‌گردد مراکز توانبخشی شناختی از این برنامه برای کودکانی که نمی‌توانند به طور مرتب در مراکز حضور داشته باشند استفاده کنند.

تشکر و قدردانی: مقاله مستخرج از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می‌باشد. از والدین، دانش‌آموزان و مدیران مدارس و سایر همکاران که در پژوهش همکاری نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

اورپادی، پریسا؛ هادیان‌فرد، حبیب و قاسمی، نظام‌الدین، (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر بازیهای رایانه‌ای بر عملکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/فزون‌کنشی. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*. ۷(۱)، ۹۱-۱۰۹.

- برزگر، مینا، طالع‌پسند، سیاوش و رحیمیان‌بوگر، اسحق، (۱۳۹۷). مقایسه اثرات درمانی تغذیه و توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر بهبود حافظه کاری کودکان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۲(۶)، ۱۷۸-۱۸۹.
- بوستانی کاشانی، امیر عباس، شفیع‌آبادی، عبدالله و خبازی راوندی، محمدرضا، (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد محور بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی کودکان پسر. *فصلنامه افراد استثنایی*. ۱۹(۵)، ۵۹-۸۲.
- جلیلی، فاطمه، نجاتی، وحید، احدی، حسن و کتان‌فروش، سیدعلی، (۱۳۹۸). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای مبتنی بر حرکت در بهبود حافظه فعال کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲(۲۹)، ۱۷۱-۱۸۰.
- رمضان‌نیا، زهرا و نجاتی، وحید، (۱۳۹۶). اثربخشی توانبخشی-شناختی بسته پارس بر کنترل مهارت و تصمیم‌گیری پرخطر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی. *فصلنامه علمی پژوهشی طب توانبخشی*، ۶(۴)، ۲۳۰-۲۱۹.
- کامکاری، کامبیز (۱۳۹۰). *راهنمای کاربردی نسخه نوین هوش‌آزمای تهران استنفورد* بینه. تهران: مدارس کارآمد.
- نجاتی، وحید (۱۳۹۶). *برنامه توانبخشی و تقویت توجه پارس*. تهران: رشد فرهنگ.
- نجاتی، وحید (۱۳۹۷). *دستنامه جامع توانبخشی شناختی در اختلالات تحولی*. تهران: رشد فرهنگ.

- American psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC. APA (2022)
- Barzegar, M., Talepasand, S., & Rahimian Boogar, E. (2019). Comparison of effectiveness of nutrition and C-CRT on improving working memory in children with ADHD. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 22(6), 178-189. (Text in Persian)
- Bustani Kashani, A. A., Shafi Abadi, A., & Khabazi Ravandi, M.R. (2015). The effectiveness of parent-centered cognitive-behavioral therapy on the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in boys. *Quarterly Journal of Exceptional People*. 19(5), 59- 82. (Text in Persian)
- Christiansen, L., Beck, M.M., Bilenberg, N., Wienecke, J., Astrup, A., & Lundbye-Jensen, J. (2019). Effects of exercise on cognitive performance in children and adolescents with ADHD: potential mechanisms and evidence-based recommendations. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 841. <https://doi.org/10.3390/jcm8060841>
- Crepaldi, M., Colombo, V., Mottura, S., Baldassini, D., Sacco, M., Cancer, A., & Antonietti, A. (2020). Antonyms: A computer game to improve inhibitory control of impulsivity in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Information*, 11(4), 230. <https://doi.org/10.3390/info11040230>
- Fosco, W.D., Kofler, M.J., Alderson, R.M., Tarle, S.J., Raiker, J.S., Dustin E., & Sarver, D.E. (2019). Inhibitory control and information processing in ADHD: Comparing the dual task and performance adjustment hypotheses. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 47(6), 961-974.
- Ghodrati, S., Askari Nejad, M. S., Sharifian, M., & Nejati, V. (2021). Inhibitory control training in preschool children with typical development: An RCT study. *Early Child Development and Care*, 191(13), 2093-2102.
- Hung, Y., Gaillard, S.L., Yarmak, P., & Arsalidou, M. (2018). Dissociations of cognitive inhibition, response inhibition, and emotional interference: Voxelwise ALE meta-analyses of fMRI studies. *Human Brain Mapping*, 39(10), 4065-4082.
- Irwin, L.N., Kofler, M.J., Soto, E.F., Nicole, B., & Groves, N.B. (2019). Do children with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) have set shifting deficits? *Neuropsychology* 33(4), 470-481.
- Jalili, F., Nejati, V., Ahadi, H., & Katanforosh, S. A. (2019). Effectiveness of computerized motion-based cognitive rehabilitation on improvement of working memory of children with ADHD.

- Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 29(2), 171-180. (Text in Persian)
- Kamkary, K. (2011). *Practical guide to the new version of stanford binet tehran intelligence test*. Tehran: Madarese karamad. (Text in Persian)
- Martinez-Morga, M., Quesada-Rico, M.P., Bueno, C., & Martinez, S. (2018). Neurobiological bases of autistic spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Neural Differentiation and Synaptogenesis. Revista de Neurologia*, 66(S01), 97-102.
- Merrill, B. M., Molina, B. S., Coxe, S., Gnagy, E. M., Altszuler, A. R., Macphee, F. L., Morrow, A.S., Trucco, E.M., & Pelham, W. E. (2019). Functional outcomes of young adults with childhood ADHD: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 49(2), 215-228.
- Nejati, V. (2021). Program for attention rehabilitation and strengthening (PARS) improves executive functions in children with attention deficit-hyperactivity disorder(ADHD). *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103937. doi:10.1016/j.ridd.2021.103937.
- Nejati, V. (2019). *Comprehensive textbook of cognitive rehabilitation in developmental disorders*. Terhran, Roshdefarhang. (Text in Persian)
- Nejati, V. (2018). *Program for attention rehabilitation and strengthening (PARS)*. Terhran, Roshdefarhang. (Text in Persian)
- Oryadi, P., Hadianfard, H., & Ghasemi, N. (2019). The effectiveness of computer-based cognitive rehabilitation games on the executive functions of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 7(1), 91-109. (Text in Persian)
- Ramezan Nia, Z., & Nejati, V. (2017). Effectiveness of PARS cognitive rehabilitation program on the improvement of executive function in children with ADHD. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 6(4), 219-230. (Text in Persian)



داوران این شماره

Changiz Rahimi	Associate Professor of Shiraz University	دانشیار دانشگاه شیراز	چنگیز رحیمی
Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Ramazan Hassan Zade	Professor of Islamic Azad University, Sari Branch	استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری	رمضان حسن زاده
Amir Mohsen Rah Nejat	Assistant Professor of Aja University Medical Sciences	استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا	امیر محسن راه نجات
Javad Khalatbari	Associate Professor of Islamic Azad University, Tonekabon Branch	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن	جواد خلعتبری
Rahim Badri Gargari	Professor of Tabriz University	استاد دانشگاه تبریز	رحیم بدری گرگری
Seyed Abilghasem Mehri Nejad	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	سید ابوالقاسم مهری نژاد
Simin Hossenian	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیمین حسینیان
Mandana Niknam	Assistant Professor of Khatam University	استادیار دانشگاه خاتم	ماندانا نیکنام
Asghar Jafari	Assistant Professor of Kashan University	استادیار دانشگاه کاشان	اصغر جعفری
Ghazal Zand Karimi	Assistant Professor of Refah University	استادیار دانشکده رفاه	غزال زند کریمی
Esmat Danesh	Professor Shahid of Beheshti University	استاد دانشگاه شهید بهشتی	عصمت دانش
Sajad Bashar Pour	Professor Mohaqeq of Ardebili University	استاد دانشگاه محقق اردبیلی	سجاد بشرپور
Reza Khak Pour	Assistant Professor of Islamic Azad University, Rodehen Branch	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	رضا خاکپور
Maryam Talebi	Assistant Professor of the Non-Profit University of Babol	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Ezzatollah Ghadam pour	Assistant Professor of Lourestan University	دانشیار دانشگاه لرستان	عزت اله قدم پور
Farideh Hamidi	Assistant Professor of Shahid Rajae Teacher Tranning University	دانشیار دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی	فریده حمیدی
Mah Sima Pour Shahriari	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه سیما پور شهریاری
Abbas Ali Hossein Khan Zadeh Firozjah	Associate Professor of Guilan University	دانشیار دانشگاه گیلان	عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه

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

Faculty of Education and Psychology
Vol. 18, No.3, Autumn 2022, Serial No.68
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

- The Role of Emotional Schemas in Predicting Love Trauma Syndrome in People with Emotional Failure** 7-20
Esmat Mosayebi Dorche; Ali Issazadegan; Esmail Soleymani
- The Effect of Ambiguity Tolerance Therapy, on Uncertainty, Worry and Vitality of Mothers Suffering from Generalized Anxiety Disorder with Mentally Disabled Children** 21-33
Fatemeh Movahedi; Shahnaz Khaleghipour
- The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance, Alexithymia and Emotion Regulation in Patients with Type One Diabetes, (Case Study)** 35-49
Ghazal Zandkarimi; Soghra Ghahremany
- Comparison of Difficulty in Emotion Regulation, Early Maladaptive Schemas and Body Image Concerns in Girls with and without Overweight** 51-62
Fatemeh Joshan; Ali Zadeh Mohammadi
- The Effectiveness of Emotional Regulation and Time Perspective Therapies on Anxiety and Emotional Dysregulation in Adolescents During the COVID-19 Outbreak** 63-77
Vahid Esmaili; Saeed Ariapooran; Hasan Amiri
- The Effect of Cognitive Strategies on Reading Performance of Students with Specific Learning Disability** 79-91
Shahrooz Nemati; Mir Mahmoud Mir Nasab; Mohammad Bardel; Vahideh Ebrahimi
- The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Anxiety and Perceived Stress in Patient with Corona Disease.** 93-104
Shiva Hoshmand Farzaneh; Morteza Tarkhan
- The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Anxiety, Rumination and General Health among Children of Martyrs and Sacrifice** 105-118
Atefeh Ghovati; Mina Delroba; Masoud Ahovan; Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf; Maryam Farnoosh
- Comparison of the Effectiveness of Pars and Parisa Cognitive Rehabilitation Programs on Inhibitory Control of Students with ADHD** 119-132
Rasuol Esmaeili; Mahnaz Estaki; Mansure Shahriariahmadi



The Role of Emotional Schemas in Predicting Love Trauma Syndrome in People with Emotional Failure

Esmat Mosayebi Dorche ¹; Ali Issazadegan ²; Esmail Soleymani ³

Abstract

Today, the occurrence of emotional failure in people can lead to dysfunction in various areas. Therefore, this research considered the role of emotional schemas in predicting love trauma syndrome in people with emotional failure. The research method was descriptive-post-event and used the correlation (regression) method. At first, the emotional schemas questionnaires and love trauma syndrome were modified online, and then through links were sent to emotional failure people in the age of 18to38 years in a purposeful method in 2020-2021 in Isfahan city. Then, 89 people were grouped into three levels, data were analyzed, using diagnostic analysis method, and their scores in love trauma syndrome indicators as criterion variables and their scores in emotional schemas as predictor variables. The findings indicated the achievement of two diagnostic functions that only one diagnostic function was able to significantly explain the variance of the formed groups with the appropriate eigenvalues. Among the constructs of emotional schemas; uncontrollability, simplistic view of emotion, and feeling of shame/guilt, respectively, had the highest structural coefficient. The results of this research showed that people who experienced emotional failure have more emotional schemas, which hinders the resolution of the emotional failure experience

Keywords: Emotional failure, emotional schemas, love trauma syndrome

¹ Corresponding Author: PhD Student in Psychology, Psychology group, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran ✉

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran, Iran



The Effect of Ambiguity Tolerance Therapy, on Uncertainty, Worry and Vitality of Mothers Suffering from Generalized Anxiety Disorder with Mentally Disabled Children


Fatemeh Movahedi¹; Shahnaz Khaleghipour² 

Abstract

The purpose of this study was, to determine the effect of ambiguity tolerance therapy on uncertainty, worry, and vitality of mothers suffering from generalized anxiety disorder having mentally disabled children in Isfahan. The method was semi-experimental, and in the form of pretest and posttest with the control group. By the purposive sampling method, 30 people who had the inclusion criteria for the research were selected and were randomly replaced into two experimental and control groups. The instruments were, Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, the scale of Intolerableness of uncertainty, Pennsylvania Worry Questionnaire, and Mental Vitality Questionnaire. After performing the pretest, the experimental group underwent ambiguity tolerance therapy, in 12 sessions of 60 minutes. The results showed that ambiguity tolerance therapy was effective on intolerance of uncertainty, anxiety and also increasing the vitality of mothers with generalized anxiety disorder, who had children with disabilities. Therefore, this treatment method can be used to reduce intolerance uncertainty, anxiety and increase vitality.

Keywords: Ambiguity tolerance, generalized anxiety disorder, uncertainty intolerance therapy, worry, vitality

¹ MSc. in Clinical Psychology, Department of psychology, Khomeynie shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeynie shahr, Iran

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran 




The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance, Alexithymia and Emotion Regulation in Patients with Type One Diabetes, (Case Study)

Ghazal Zandkarimi ¹; Soghra Ghahremani ²

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in patients with type 1 diabetes. The statistical population was patients with type 1 diabetes that referred to Shariati hospitals from February to June 2022. Six participants were selected voluntarily according to research entry criteria. Data were collected using the Gomez Avoidance Questionnaire (1998), Toronto Alexithymia Scale, Garnowski Emotion Regulation, and Glucometer. Participants underwent eight one-hour protocol sessions after baseline, and the first follow-up was performed one month after the end of treatment and the second follow-up three months later. Data were analyzed using recovery formula, effect size, stability chamber and visual analysis. The results showed that the treatment was effective in reducing the level of avoidance, alexithymia and emotion regulation. Follow-up study showed that this treatment was also effective in lowering blood sugar. According to the findings, acceptance and commitment therapy provides the necessary conditions for adaptation and acceptance and increases the rate of self-care behaviors in individuals. This treatment regulates emotions, reduces alexithymia as well as experiential avoidance, and can be used as an effective intervention method.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, emotion regulation, experiential avoidance, alexithymia, type one diabetes

¹ Corresponding Author: Faculty member, Group of Psychology, Refah University College, Tehran, Iran 

² Group of Clinical Psychology, Faculty Humanities, Khatam University, Tehran, Iran



Comparison of Difficulty in Emotion Regulation, Early Maladaptive Schemas and Body Image Concerns in Girls with and without Overweight


Fatemeh Joshan ¹; Ali Zadeh mohammadi^{*2}

Abstract

The aim of the present study was to determining the difference in the difficulty of emotion regulation, early maladaptive schemas and body image concerns in girls with and without overweight. The research method was comparative. The statistical population of single girls aged 18 to 25 were members of social networks in Tehran in 2021. The research tool was distributed among 485 people. 202 people were selected by purposeful sampling based on body mass index. The research tools included Gratz and Roemer's Difficulty in Emotion Regulation Scale, Young's Early Maladaptive Schema Questionnaire, and Littleton's Body Image Concern Inventory. The data were analyzed by covariance analysis. The results showed that the average difficulty in emotion regulation, early maladaptive schemas and concern about body image was different in girls with and without overweight, and the overweight status was the ability to explain the variance of the difference in the difficulty of emotion regulation, early maladaptive schemas and concern about body image between the two groups. It was suggested counselors and therapists should pay attention to the difficulty of emotional regulation, early maladaptive schemas and concern about people's body image in the treatment of psychological problems of overweight.

Keywords: Body image concerns, difficulty in emotion regulation, early maladaptive schemas, overweight.

¹ Master student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Corresponding Author: Associate Professor, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. 

The Effectiveness of Emotional Regulation and Time Perspective Therapies on Anxiety and Emotional Dysregulation in Adolescents During the COVID-19 Outbreak

Vahid Esmaili ¹; Saeed Ariapooran ²; Hasan Amiri³

Abstract

The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation and time perspective therapies on anxiety and emotional dysregulation in adolescents during the COVID-19 outbreak. The research method was quasi-experimental design (pre-test, post-test and follow-up with control group). The statistical population of this study consisted of all male seventh to twelfth grade students in the Gilan-E-Gharb city(N=1050). The statistical sample included 51 adolescents with anxiety symptoms who were replaced in three groups of emotion regulation therapy, time perspective therapy, and control group. Each two experiments groups were under treatment, 8 sessions of 90 minutes per week. The Beck Anxiety Inventory and the Emotional Dysregulation scale were used to collect data. Analysis of variance with repeated measure and Tukey and Bonferroni post hoc tests were used to analyze the data. The results showed that emotion regulation and time perspective therapies were effective in reducing the symptoms of anxiety and emotional dysregulation. In addition, emotion regulation therapy was more effective in anxiety and emotional dysregulation than time perspective therapy. Based on the results, emotion regulation and time perspective therapies (especially emotion regulation), it is recommended to reduce psychological problems such as anxiety and emotional dysregulation in adolescents.

Keywords: Adolescents, anxiety, emotional dysregulation, emotion regulation, time perspective

¹ Corresponding Author: PhD Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran



² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty Literature and Human Sciences, Malayer University, Malayer, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran



The Effect of Cognitive Strategies on Reading Performance of Students with Specific Learning Disability

Nemati, Shahrooz ^{ID}*¹; Mir Mahmoud Mir Nasab²; Mohammad Bardel ^{ID}³;

Vahideh Ebrahimi⁴

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of cognitive strategies on reading performance of students with special learning disabilities. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study included students with learning disabilities in Ahar city who referred to the Learning Disabilities Center in the academic year 2019-2020, of which 20 were randomly selected and divided into experimental and control group. The instruments Hosaini, et al. reading and dyslexic test and Den educational package of cognitive strategies. The results of statistical analysis of covariance showed that the mean scores of post-tests in both reading and comprehension test were significantly different. The mean post-test of the experimental group was improved compared to the control group. Therefore, it can be concluded that teaching cognitive strategies had a positive and significant effect on reading and comprehension of children with special learning disabilities. Designing and implementing cognitive strategic programs for other students with developmental neurological disorders, as well as holding in-service training courses on cognitive strategies, is recommended for teachers.

Keywords: Cognitive strategies, comprehension, reading skills, specific learning disability.

¹ Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Educational Science, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Educational Science, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Ph.D. in Educational Psychology, Department of Educational Science, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

⁴ M.A. in Educational Psychology, Department of Educational Science, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran



The Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Anxiety and Perceived Stress in Patient with Corona Disease

Shiva Hoshmand Farzaneh^{ID*1}; Morteza Tarkhan²

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of compassion focused therapy as one of the effective and new methods in reducing anxiety and perceived stress in patients with corona disease. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design. The statistical populations of the study included all men and women with corona disease in Tonkabon, Iran, in 2021. The samples of this study consisted of 30 men and women with corona disease who were selected through available sampling. The applied questionnaires in the study included Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) and Perceived Stress Scale. The experimental groups received eight sessions of compassion focused therapy once a week, while the control group didn't receive any intervention during the study. Data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA). The findings showed that compassion focused therapy could significantly reduce anxiety and perceived stress. Based on the findings, it can be concluded that compassion focused therapy can be considered as an effective intervention to reduce anxiety and perceived stress in patients with corona disease.

Keywords: Compassion focused therapy, corona anxiety, patients with corona disease, perceived stress

¹ Corresponding Author: PhD Student Psychology, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran,



The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Anxiety, Rumination and General Health among Children of Martyrs and Sacrifice

Atefeh Ghovati¹; Mina Delroba²; Masoud Ahovan³; Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf⁴; Maryam Farnoosh⁵

Abstract

One of the most important elements for any person is his general health. Young people with less anxiety and less rumination will have better general health. Therefore, the aim of this study was to determine The effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in anxiety, rumination and general health among children of Martyrs and Sacrifice. The present study was a quasi-experimental study with an intervention and control group. The statistical population of the study was all children of Martyrs and Sacrifice of the holy city of Mashhad, 9 client were selected in each group. Measurement tools included a general health questionnaire (GHQ), rumination response style (RRS), and Hamilton anxiety (HA). The intervention group of Unified Transdiagnostic Treatment for 12 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any intervention during this period. After the treatment, post-test and follow up after three months was performed. The results of repeated measures analysis of variance showed that integrated meta-diagnostic treatment had a significant effect on anxiety, rumination and general health. Unified Transdiagnostic Treatment is effective in anxiety, rumination and the general health of children.

Keywords: Anxiety, general health, rumination, Unified transdiagnostic treatment

¹ Master of General Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

² Master of clinical Psychology, Psychology group, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

³ Corresponding Author: PhD, Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran. ✉

⁴ Professor and Member of Psychology group, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁵ School Counseling, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran



+



Comparison of the Effectiveness of Pars and Parisa Cognitive Rehabilitation Programs on Inhibitory Control of Students with ADHD

Rasoul Esmaili ¹; Mahnaz Estaki* ²; Mansure Shahriari Ahmadi ³

Abstract

The goal of this study was to compare the effectiveness of parisa and pars cognitive rehabilitation programs on the inhibitory control of students with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was a semi-experimental type of pre-test, post-test with a control group and follow-up period of 45 days. 33 male students aged 9 to 12 years, with attention deficit/hyperactivity disorder were selected by purposive sampling method and placed in three groups of 11 peers (2 experimental and 1 control). In each experimental group one of the cognitive rehabilitation programs of Parisa or Pars was implemented in 14 sessions of 45 minutes, and the control group did not receive any intervention. Data for the inhibitory control variable were collected by Stroop and Go-no Go tests in three stages. The results of multivariate, univariate of covariance analysis and Bonferroni's post hoc test showed that both programs were effective in improving inhibitory control and most of its components. The results of the follow-up test showed that the effectiveness of the rehabilitation programs were stable in most of the variables. Therefore, according to the results, it is suggested to use two programs in improving the inhibition control, considering the computer and internet facilities.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, cognitive rehabilitation program of Parisa and Pars, inhibitory control

¹ PhD Student in Exceptional Child Psychology and Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

² Corresponding Author: Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of General Psychology and Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

