



# مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۷۱، دوره ۱۹، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

## صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهراء (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

## مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد  
دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

## سر دبیر:

سیده منور یزدی  
استاد دانشگاه الزهراء (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 الزهراء (س)

روشک خدابخش  
دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

زهره خسروی  
استاد دانشگاه الزهراء (س)

عصمت دانش  
استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی  
استاد دانشگاه شیراز

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد  
دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

کیانوش هاشمیان  
دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

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

اعصاب رفتاری  
سیده منور یزدی  
استاد دانشگاه الزهراء (س)

## ویراستار فارسی:

آیلین مردان پور

## ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

## مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهراء (س)

## مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

## طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

## طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

## ناشر:

دانشگاه الزهراء (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 الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، طبقه دوم، اتاق ۳۰۹

## صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

## تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

## وبگاه:

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

## پست الکترونیک:

[psychstudies@alzahra.ac.ir](mailto:psychstudies@alzahra.ac.ir)

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 الزهراء (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

موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی

نویسندگان محترم، اگر مایلید که مقاله شما در فرایند داوری مراحل را سریع‌تر طی کند لطفاً به ساختار مقاله در ابتدا و در همه بازنگری‌ها توجه وافر شود.

### ساختار مقاله اصلی

-کادر فایل از حاشیه بالا ۱.۱ و پایین ۱، حاشیه دو طرف هم ۱.۱ است

-کل متن قلم سایز ۱۲ و فاصله سطور ۱۵/۱، درجداول و نمودارها. عنوان آنها سایز ۱۱ بولد و داخل جداول قلم سایز ۱۱ با فاصله ۱/۱۵؛ برای چکیده‌های مقاله اصلی قلم سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱ و فقط ۲۰۰ واژه باشد

-واژگان کل فایل مقاله اصلی (از عنوان تا آخر) کمتر از ۶۵۰۰ واژه و در کمتر از ۱۷ صفحه است نه بیشتر

- **عنوان اصلی مقاله:** کوتاه با محتوا و بیش از دو سطر نشود، و همه عنوان‌ها سایز ۱۴ و بولد، قلم **B Lotus** برای فارسی و برای انگلیسی **Times New Roman** عنوان اصلی در انگلیسی با حرف اول کلمات بزرگ باشد

آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، **E-mail** نویسنده (نویسندگان) به ترتیب با کد ارکید و مشخص نمودن نویسنده مسئول هم در فایل مقاله اصلی و هم در فایل مشخصات نویسندگان به فارسی و انگلیسی در زمان ارسال اولیه مقاله و همچنین در فایل اصل مقاله در زمان بازنگری‌ها الزامی است. (فایل با نام: فایل اصل مقاله و فایل بدون نام: فایل اصل مقاله تغییرات برجسته)

چکیده فارسی و انگلیسی: با سایز ۱۱ و همه سطر با کلید واژه (فقط ۲۰۰ واژه) منطبق برهم، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده بدون علامت مخفف شامل: هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد گروه‌ها و ابزار)، توصیف یافته‌ها آماری (بدون اعداد و سطح معنی داری)، نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی، کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار چکیده) تهیه و تنظیم شود.

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

**مقدمه:** (قلم سایز ۱۲ با فاصله سطور ۱/۱۵): بیان مسله همراه تئوری مرتبط، (امار بیش از یکسال قدیمی نباشد) پیشینه مرتبط ارتباط متغیرها، پیشینه پژوهش (با منابع روز آمد) با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه (APA-7) بیشتر از ۵ سال قدیمی نباشد بجز نظریه زیر بنایی پژوهش (در صورت نبود نسخه جدید) حتی نقد آنها (مثلاً ۲۰۱۹-۲۰۲۳ و ۱۴۰۲-۱۳۹۸)، فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود نام نویسنده خارجی در پانویشت (فقط برای اولین بار) حرف اول نام خانوادگی با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست. - مهم هنگام استناد دهی به پژوهشگران قبلی، عدم استنادی دهی از نویسندگان مقاله حاضر مگر برای ارایه نظریه در این مقاله. در پایان ذکر اهمیت و ضرورت پژوهش، هدف، ذکر فرضیه‌ها به صورت جمله خبری نه سوال. نمودار مفهومی در صورت لزوم بعد از فرضیه بیاید

در پانویشت برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانویشت ها ۱۰ باشد). برای ابزارها حرف اول کلمات بزرگ باشد که به مخفف خارجی ان منطبق گردد.

**روش:** شامل نوع و توصیف کامل طرح پژوهش، جامعه و تعداد اگر در دسترس است، تعداد نمونه و دلیل ان - روش نمونه‌گیری کامل - تنظیم گروه های کنترل و آزمایشی، معیار های ورود و خروج نمونه، روش اجرا - اصول اخلاقی، اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام و بعد اجرای پژوهش، ابزار مداخله شرح کامل از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی، توسط شخص یا هم یار، برنامه آموزشی از کجا برداشته شده با ذکر منبع و ایا تغییراتی به ان داده اید و پایایی ان چقدر است و از روش اجراءر انتها ابزار، نام روش آماری برای نتایج). درکل متن مقاله از کلمه **شرکت کننده** / **گان** بجای ازمودنی استفاده شود

نام نرم افزار ابزار: نام ابزار دقیق و بولد و مخفف ان، با زیرنویس انگلیسی، جای کلماتی همچون عبارت، آیتم، ماده و غیره از کلمه گویه با ذکر تعداد استفاده شود، نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکار رفته و منطبق با زیرنویس باشد، نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس ان‌ها، شیوه نمره‌گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل (اگر دارد). دامنه نمرات قابل دریافت. توصیف کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است، روش ضرایب روایی و پایایی از تدوین کننده اصلی با ذکر منبع. ضرایب روایی و پایایی و روش کار نسخه بومی سازی شده با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است، همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی با روش آلفا کرانباخ در مورد نمونه پژوهش مقاله، و اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود

برای زیرمقیاس‌ها را در پایان معرفی همان از مون داشته باشند، جدول مداخله باید دارای ستونهای شماره جلسه، اهداف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار، و تمرین گروهی یا خانگی در هر ردیف داشته باشد که توصیف به صورت جملات کوتاه و حتی استفاده از کلمات خاص، راست چین با قلم سایز ۱۱ با فاصله ۱ باشد.

**یافته‌ها:** شامل نتایج پژوهش اطلاعات فردی مناسب و مفروضه های آماری، جداول و نمودارها (حداکثر با هم ۵ تا) با پیروی از سبک 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). ستون اول متنی راست چین و ردیف اول وسط چین که هر دو بولد شوند کلیه اعداد جدول وسط چین و جدول داخل کادر مقاله قرار گیرد، نمودار/ شکل با کلمات فارسی بولد ارایه شود عنوان در زیر نمودار بیاید عنوان جداول و نمودار بولد است و همه سایز ۱۱ فاصله سطور ۱۰۵ اعداد مسیر قابل رویت باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** تبیین یافته‌ها براساس مبانی نظری مطرح شده، تایید و یا عدم همسویی با کل -یا فرضیه ها تبیین شوند فرضیه به فرضیه - و مقایسه با واستناد به منابع ذکر شده در مقدمه (پژوهش‌های قبلی اما روز آمد ترین آنها) مطرح شده در مقدمه، جمع‌بندی کلی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد از روش و عدم تعمیم پذیری یافته (بیان محدودیت‌ها) و پیشنهادها براساس یافته (خودداری از کلی گویی).

**تشکر و قدردانی:** از سازمان حمایت گر (مالی و غیر مالی) اگر دریافت شده و از مراکز همکاری کننده اوشرکت کنندگان.

### فهرست منابع:

فهرست منابع فارسی و فهرست کامل زبان انگلیسی سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵ که در کل متن ذکر شد بر اساس ضوابط نگارشی APA ۷ ارائه شوند:

نحوه نگارش فهرست ها: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی همان مقالات فارسی به ترتیب الفبایی و در داخل فهرست منابع انگلیسی)، نام نویسندگان درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود، بر اساس ضوابط نگارشی APA ۷ ارائه شوند.

کتاب (تألیف)- نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان کتاب به صورت ایتالیک*، محل چاپ، کشور، 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، کشور، ناشر.

مقاله- نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک* (با اول کلمات ان با حرف بزرگ)، و ذکر دوره (Volume)، شماره (Issue)، شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰). دی او آی

مقاله بانگلیسی - نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک* (با اول کلمات ان با حرف بزرگ)، و ذکر دوره (Volume)، شماره (Issue)، شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰). دی او آی DOI یا دی او آر DOR پایان‌نامه- نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. *عنوان پایان‌نامه به صورت ایتالیک*، رشته چه مقطعی، نام دانشگاه، کشور.

• پایگاه‌های اینترنتی- ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

• تناقض و حمایت مالی هم در پایان مقاله توضیح داده شود.

### ساختار چکیده گسترده بانگلیسی (کلیه مطالب و منابع برگرفته از مقاله اصلی)

-کادر فایل (حاشیه بالا ۱.۱ و پایین ۱ حاشیه دو طرف هم ۱ اینچ)

-همه قسمت ها بر گرفته از مقاله اصلی و کل فایل از عنوان تا آخر ۵۰۰ واژه - (در ۴ صفحه) صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۱ از همه طرف بدون شماره‌گذاری باشند. (۳ سطر از بالا و انتهای چکیده گسترده برای درج ارم خالی باشد) جداول و تصاویر بدون توصیف آنها و فهرست منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی شود تعدا واژگان ۱۱۰۰ واژه است اما همه تعداد کل و در تعداد صفحات محسوب و واژگان کل یعنی فایل کمتر از ۱۵۰۰ واژه باید باشد

بخش‌های اصلی فایل چکیده گسترده:

چکیده گسترده شامل بخش‌های زیر باید باشد:

-عنوان اصلی مقاله: نباید بیش از دوسطر باشد، هر چه کوتاه‌تر بهتر، با قلم Times New Roman سایز ۱۴ و بولد، حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ

باید باشد (style Title1). سایر عنوان های متن سایز ۱۴ و بولد قلم (Times New Roman)

-نام نویسندگان سایز ۱۲

- مشخصات بدون فاصله در زیر نام ها، سایز ۱۰ فاصله ۱

در یک سطر در زیر عنوان نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست در مقاله (اندازه قلم ۱۲)، جدا سازی با کاما بین آنها و ؛ بین دو نویسنده) سپس در زیر نام ها برای هرنویسنده در سطر بعدی درجه علمی، گروه، دانشکده، دانشگاه یا سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک کد ارکید به ترتیب با سایز ۱۰ بیاید فاصله سطور مشخصات ۱ است .

فاصله سطور متن ۱۵/۱ (بجز عنوان جداول، جداول و فهرست منابع که سایز ۱۱ فاصله سطور ۱/۱۵) است

- چکیده **Abstract:** (فقط ۱۵۰ واژه) خلاصه تفضیلی با سایز ۱۰ و فاصله سطور ۱ با حفظ هدف -روش-جامعه-گروهها و تعداد نام ابزار بدون نام سازندگان-نتایج-پیشنهاد کاربردی - کلید واژه ها

-مقدمه **Introduction:** (۲۵۰-۲۰۰-واژه) یک پاراگراف شامل بیان مسله همراه تیوری و پیشینه مرتبط، منابع بر طبق APA7 و در پایان ذکر فرضیه با حداقل منابع ( ۳-۴ بستگی به تعداد ابزار و منابع ذکر شده در ابزار دارد )

-متد **Method:** (۳۵۰ واژه) با وضوح و بیان موجز، الخصوص، در چارچوب پژوهش و روش های مورد استفاده، پاسخ به چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه یا کاربردی عبارتی، دلیل روش انتخاب شده و تناسب آن توضیح دهید. (شامل روش، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری تعداد، گروه ها، طراحی کار، مراحل و زمان مداخله و در پایان ذکر آنالیز آماری

-ابزار **Tools:** سایز ۱۲ و نامشان بولد (شروع آنها از سر سطر برای هر یک) در ادامه توضیحات آن خیلی خلاصه تعداد گویه ها و ابعاد یا زیر مقیاس ها با ذکر پایایی و روایی سازنده و پایایی ایرانی یا نمونه خودتان، در سه سطر

نتایج **Results:** (۲۰۰ واژه) بیان خلاصه مفروضات آنالیز آماری در ابتدا -شماره، عنوان جداول بولد و جداول با سایز ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵) چپ چین متن داخل جدول، اعداد در وسط با اعشار انگلیسی مانند ۲۳.۴۷ -حدول به سبک ای پی ای و توصیف هر یک از جداول یا نمودار (فقط حد اکثر دوجداول)- عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ عنوان برای جداول در بالای جدول قرار می گیرند

بحث و نتیجه گیری ) : **Conclusion** حد اکثر ۱۵۰-۲۰۰ واژه (فقط یک پاراگراف-تبیین و تفسیر یافته ها بر اساس مبانی نظری و فرضیات مطرح شده در مقدمه (بدون ذکر منابعی) -، انتقاد از روش و عدم تعمیم پذیری یافته (بیان محدودیت ها) و پیشنهاد براساس یافته ها بشود

**References:** منابع ۱۱ و فاصله سطور ۱/۱۵ نباید زیاد باشد (در مقدمه و ابزار دقت کنید) بین ۸-۱۰ تا که همه منابع بالا برگرفته از فهرست منابع مقاله اصلی همراه با دی او آی و به سبک و ضوابط نگارشی ای پی ای APA-7

-سه مورد در پایان فایل (هریک با توضیح کوتاه) باشد:

-تشکر **Acknowledgments**

-حمایت مالی **Funding**

-تعارض منافع **Conflicts of interest**

کلیه مطالب و منابع برگرفته از مقاله اصلی

- ۷-۲۲      رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان  
 علی رحیمی؛ آسیه مرادی؛ جهانگیر کرمی
- ۲۳-۳۷      اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی  
 بهرام پارسا؛ سعید آریاپوران؛ سید عباس حقایق؛ مریم قربانی
- ۳۹-۵۳      رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای کنش تأملی  
 مرضیه شهرتی؛ محترم نعمت طاوسی
- ۵۵-۶۹      اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری زندگی در زنان مطلقه  
 شهره سلمانی زاده؛ ایلناز سجادیان
- ۷۱-۸۵      اثربخشی زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در مردان خودشیفته  
 سحر حقیقی فرد؛ شهناز خالقی پور؛ محمد زارع نیستانک
- ۸۷-۱۰۰      اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی  
 محسن عبدی حمل‌آباد؛ رضا کاظمی؛ قاسم ابوطالبی؛ سمیه تکلوی
- ۱۰۱-۱۱۵      بررسی اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو ابودر گل و رز؛ حمیدرضا عریضی سامانی
- ۱۱۷-۱۳۰      نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و اضطراب کرونا  
 سید حسین طباطبایی؛ جمشید جراه؛ اصغر جعفری

## رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان

علی رحیمی<sup>۱</sup>، آسیه مرادی<sup>۲\*</sup>، جهانگیر کرمی<sup>۳</sup>

### چکیده

این پژوهش باهدف تعیین رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان انجام شد. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه نوجوانان شهر کرمانشاه تشکیل داد. تعداد ۳۰۸ نوجوان به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه‌های افسردگی کوکس، شیوه‌های فرزند پروری بامریند و اجتناب و همجوشی بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد سبک والدینی مقتدرانه دارای اثر مستقیم بر نشانه‌های افسردگی بود؛ اما سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه بر نشانه‌های افسردگی اثر مستقیم نداشت. سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه دارای اثر مستقیم بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بود؛ اما سبک والدینی مقتدرانه بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اثر مستقیم نداشت. همچنین انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی دارای اثر مستقیم بر نشانه‌های افسردگی بود. نتایج غیرمستقیم مسیرها نشان داد که فقط سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بر نشانه‌های افسردگی معنادار بود. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که رابطه بین سبک‌های والدینی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و نشانه‌های افسردگی در مداخله‌های مرتبط با سلامت روانی نوجوانان مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، سبک‌های والدینی، نشانه‌های افسردگی

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران [asie.moradi@razi.ac.ir](mailto:asie.moradi@razi.ac.ir)

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

نوجوانی دوره مهمی از رشد انسان است که با تغییرات زیستی-عصبی، هورمونی، فیزیولوژیکی و تغییرات اجتماعی همراه است (لیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). هرچند اندیشه غالب بر آن است که بیشتر افراد مرحله نوجوانی و وضعیت روان‌شناختی و هیجانی ناپایدار مربوط به آن را به سلامت می‌گذرانند، اما مطالعاتی که در دهه اخیر انجام شده، نشان می‌دهد روز به روز بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند، افزوده می‌شود (رایس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی در دوره نوجوانی افسردگی است (دالزگارد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع نقطه‌ای افزایش علائم افسردگی در بین نوجوانان از ۲۴٪ بین سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۰ به ۳۷٪ بین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۰ افزایش یافته است (شوری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور خاص افسردگی مربوط به بی‌لذتی، خلق افسرده، تغییر در اشتها، احساس گناه، مشکل در تمرکز، احساس کندی یا بی‌قراری و افکار خودکشی است (پلتز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، اختلالی تضعیف‌کننده که بر حوزه‌های چندگانه کارکردهای روانی تأثیر گذاشته و اصلی‌ترین دلیل ناتوانی نوجوانان نامیده شده و بعد از بیماری‌های قلبی، دومین بیماری شایع است (کریمی و همکاران ۲۰۲۰)، که عملکرد فرد را در خانواده و اجتماع مختل می‌کند (بشارپور و همکاران، ۲۰۲۰). اثرات مداوم چنین رفتارهایی می‌تواند پایدار باشد و پیامدهای جدی در طول زندگی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۰). یکی از عوامل محیطی تأثیرگذار بر روی علائم افسردگی نوجوانان سبک‌های والدینی می‌باشد (کایزر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

سبک‌های والدینی مجموعه‌ای از رفتارهای تعیین‌کننده ارتباط‌های متقابل والد-فرزند در موقعیت‌های متفاوت می‌باشد (فونسکا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از پژوهشگرانی که سبک‌های والدینی را به‌دقت مورد مطالعه قرار داده، بامریند<sup>۹</sup> است. بامریند (۱۹۷۱) از سه سبک والدینی (سبک مستبدانه<sup>۱</sup>، سبک مقتدرانه<sup>۱۱</sup> و سبک سهل‌گیرانه<sup>۱۲</sup>) نام برد. در سبک مستبدانه والدین سختگیر و منضبط هستند و انتظار پیروی کامل فرزندان از خواسته‌های زیاد خود را دارند اما غیر پاسخگو هستند. این والدین سعی در ایجاد نگرش منطبق با معیارهای خود (فاطمیما<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و تدوین قانون اجباری برای فرزندان‌شان دارند (بامریند، ۲۰۱۲). سبک مقتدرانه تنها سبکی است که اثرات مثبت روشنی در سازگاری کودک، ترویج تاب‌آوری، اعتمادبه‌نفس و سازگاری روانی بهتر ارائه می‌دهد (رویزهرناندز<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در سبک سهل‌گیرانه والدین سطح بالای پاسخ و گرمای

1. Liu
2. Rice
3. Dalsgaard
4. Shorey
5. Peltz
6. World Health Organization
7. Keijsers
8. Fonseca
9. Baumrind
10. Autocratic style
11. Authoritative style
12. Permissive style
13. Fatima
14. Ruiz-Hernández



عاطفی بالا دارند و برای نشان دادن عشق به فرزند تسلیم خواسته‌های او شده و در تربیت منفعل عمل می‌کنند (فاطمیا و همکاران، ۲۰۲۱). سبک مقتدرانه مطلوب‌ترین پیامد را در زمینه رشد کودک دارد (پینکوارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). دو نظریه پذیرش-رد بین فردی<sup>۲</sup> (IPAR) و نظریه سیستم‌های خانواده<sup>۳</sup> (FST) نشان می‌دهند که سبک‌های والدینی بر سلامت روان نوجوانان تأثیر دارند (رونر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). طبق نظریه پذیرش-رد بین فردی گرمای عاطفی والدین به‌عنوان یک سبک والدینی مثبت، بر سلامت روان نوجوانان تأثیر مثبت دارد. در این میان، طرد از سوی والدین به‌عنوان یک سبک والدینی منفی، تأثیر منفی و پایداری بر سلامت روان نوجوانان دارد (رونر و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده، ثبات، هماهنگی و سلامت کل نظام خانواده تأثیر بسزایی در رشد روانی و عاطفی فرزندان دارد (بوئن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به مسائل مربوط به سلامت روان، والدین عامل اصلی ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی میان نوجوانان است (فلوجاس-کنتراس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مجموعه‌ای از فرآیندهای پویا است که الگوی تعامل با محیط را توصیف می‌کند (ویلیامز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). این فرآیندها شامل آگاهی از لحظه حال، انطباق با خواسته‌های موقعیتی و توانایی تغییر دیدگاه و تغییر یا حفظ رفتار برای دنبال کردن اهداف ارزشمند است (هیز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها تعریف می‌کنند که به توانایی کاهش‌یافته یک فرد برای تجربه کامل لحظه حال و انطباق رفتار خود برای دستیابی به اهداف مربوط می‌شود. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به عنوان علت اصلی رنج انسان و عملکرد ناسازگار شناخته شده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، هسته اصلی نظریه فراتشخیصی از سلامت روان است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> (ACT) بر اساس آن استوار است و با شش فرآیند مربوط به هم مشخص می‌شود: اجتناب تجربه‌ای<sup>۱۰</sup>، آمیختگی شناختی<sup>۱۱</sup>، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده<sup>۱۲</sup>، توجه انعطاف‌ناپذیر<sup>۱۳</sup>، عدم وضوح ارزش‌ها<sup>۱۴</sup>، عمل غیر متعهدانه<sup>۱۵</sup> (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)، این شش فرآیند بر اساس چارچوب‌های رابطه‌ای<sup>۱۶</sup> (RFT) شکل می‌گیرند (ارسلان و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش تغییر رفتار مبتنی بر نظریه چارچوب‌های رابطه‌ای است و به صراحت فرد را به سمت توسعه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدایت می‌کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب می‌شود که افراد

1. Pinquart
2. Interpersonal Acceptance-Rejection Theory
3. Family System Theory
4. Rohner
5. Bowen
6. Flujas-Contreras
7. Williams
8. Hayes
9. Acceptance and commitment therapy
10. experiential avoidance
11. cognitive fusion
12. attachment to a conceptualized self
13. inflexible attention
14. disruption of chosen values
15. inaction or impulsivity
16. Relational framework theory

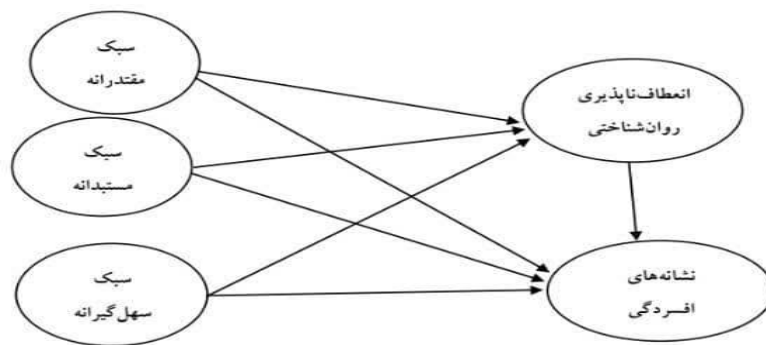
۱۰..... رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی...

روابط خود را با رویدادهای خصوصی (افکار، خاطرات، احساسات و احساسات بدنی) تغییر دهند، نه خود رویدادها (ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). رفتاری که به لحاظ روان‌شناختی انعطاف‌پذیر است، بهزیستی آدمی را حفظ می‌کند درحالی‌که رفتار انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی موجب بروز و حفظ مشکلات سلامت روان می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به «تغییر یا تداوم رفتار در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده» اشاره دارد (زتلو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، درحالی‌که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی زمانی رخ می‌دهد که رفتار به‌طور نامنعطف، توسط واکنش‌های روان‌شناختی مانند همجوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای هدایت می‌شود نه توسط وابستگی‌های مستقیم یا ارزش‌های شخصی (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که بین سبک‌های والدینی و افسردگی نوجوانان رابطه وجود دارد (پراتیوا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ کایزر و همکاران، ۲۰۲۰). مطابق پژوهش‌های رومرو-آکوستا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۱) سبک‌های والدینی مستبدانه و افسردگی رابطه مثبت معناداری دارند و بین سبک‌های والدینی مقتدرانه و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین سبک‌های والدینی پیش‌بینی‌کننده انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی هستند (بیب<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نقش واسطه‌ای بین سبک‌های والدینی و سلامت روان نوجوانان دارد (پن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با سطوح بالاتر علائم افسردگی مرتبط است (چو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ عطارد و همکاران، ۲۰۱۹). مهارت‌های ذهن آگاهی پایین و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی باعث ایجاد علائم افسردگی می‌شوند (اوپو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعات پیشین رابطه بین متغیرهای سبک‌های والدینی، نشانه‌های افسردگی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند، نقش واسطه‌ای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به‌طور خاص در رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی هنوز بررسی نشده است. نتایج این پژوهش برای مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر بر درمان افسردگی نوجوانان تلویحات مهمی دارد. این درمان‌ها با تمرکز بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثرتر خواهند بود. همچنین والدین با آگاهی از تأثیر سبک‌های فرزند پروری بر افسردگی و انعطاف‌ناپذیری فرزندان می‌توانند با کاربرد شیوه‌های فرزند پروری مثبت زمینه‌پیشگیری از بروز افسردگی و انعطاف‌ناپذیری فرزندان را فراهم کنند. با توجه به خلا موجود، پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش واسطه‌ای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در رابطه بین سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی نوجوانان انجام شد.

1. Zhang
2. Zettle
3. Prativa
4. Romero Acosta
5. Bibi
6. Pen
7. Chou
8. Oppo



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

پژوهش حاضر با فرضیه‌های زیر هدایت شد:

- ۱- سبک‌های والدینی بر نشانه‌های افسردگی اثر مستقیم دارد.
- ۲- سبک‌های والدینی بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اثر مستقیم دارد.
- ۳- انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بر نشانه‌های افسردگی اثر مثبت و مستقیم دارد.
- ۴- سبک‌های والدینی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بر نشانه‌های افسردگی اثر غیرمستقیم دارد.

## روش پژوهش

طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و در قالب الگوسازی معادلات‌ساختاری بود. در پژوهش حاضر متغیر ملاک نشانه‌های افسردگی، متغیر پیش‌بین سبک‌های والدینی و متغیر میانجی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بود. جامعه آماری شامل تمام نوجوانان شهر کرمانشاه بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. بنا بر نظر گاداگنولی<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۸) حجم نمونه در رویکرد الگویابی و تحلیل مسیر ۳۰۰ و بیشتر از آن ضروری است. به همین دلیل نمونه‌ای متشکل از ۳۰۸ نفر به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. بدین‌صورت که ابتدا از بین کلیه نواحی آموزش و پرورش شهر کرمانشاه، یک ناحیه (ناحیه سه) به‌صورت تصادفی انتخاب شد، سپس از بین کلیه مدارس ناحیه سه، چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه و دو مدرسه پسرانه) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند، پس از انتخاب مدارس، از مدارس متوسطه اول، شش کلاس (سه کلاس دخترانه و سه کلاس پسرانه) و از مدارس متوسطه دوم چهار کلاس (دو کلاس دخترانه و دو کلاس پسرانه) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد دانش‌آموزان هر کلاس بین ۲۵ تا ۳۵ بود. معیارهای ورود به مطالعه دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۷ سال، زندگی با والدین (پدر و مادر) و داشتن رضایت والدین برای حضور در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل اختلال روانپزشکی یا وضعیت پزشکی حاد، بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی و روانپزشکی و تجربه تروما در شش ماه گذشته و تکمیل ناقص پرسشنامه بود. با کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش و انتخاب یک ناحیه (ناحیه سه) به‌صورت تصادفی، هماهنگی با کادر مدارس انجام شد. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها تأکید شد. شرکت‌کنندگان مختار بودند که در جریان اجرا از ادامه تکمیل پرسشنامه انصراف دهند.

## ابزار جمع‌آوری اطلاعات

پرسشنامه افسردگی کودکان کوکس<sup>۱</sup>: کوکس، پرسشنامه افسردگی کودکان را در سال ۱۹۸۵ برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال طراحی کرد. این پرسشنامه شامل ۲۷ گویه است. هر گویه پرسشنامه شامل سه جمله است که از صفر تا دو نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر حاکی از فقدان نشانه افسردگی، نمره یک نشانی متوسط و نمره دو بیان‌کننده وجود نشانه آشکار است. دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است، پنج خرده‌مقیاس شامل خلق منفی<sup>۲</sup>، مشکلات بین فردی<sup>۳</sup>، ناکارآمدی<sup>۴</sup>، فقدان لذت<sup>۵</sup> و عزت‌نفس منفی<sup>۶</sup> را اندازه‌گیری می‌کند. اعتبارهمزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان افسردگی ۰/۶۰ برآورد شده و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمده است (کوکس، ۱۹۸۵). در ایران همچنین نتایج پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که اعتبار باز آزمایشی و همسانی درونی این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ هست، در ایران روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ بدست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نشانه‌های افسردگی برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری<sup>۷</sup> بامریند: این پرسشنامه که در سال ۱۹۹۱ توسط بامریند ساخته شد که شامل ۳۰ گویه و سه سبک سهل‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه هر یک با ۱۰ گویه می‌باشد. در این پژوهش شرکت‌کننده نظرات خود را بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا چهار (کاملاً موافقم) مشخص کنند و بامریند میزان اعتبار این پرسشنامه را با روش بازآزمایی برای سهل‌گیر ۰/۸۵ و برای مقتدرانه ۰/۹۲ و برای مستبدانه ۰/۸۵ به دست آورد. بسوری<sup>۸</sup> (۱۹۹۱)، برای بررسی روایی از روش افتراقی استفاده نمود و مشاهده کرد که سبک مستبدانه رابطه منفی با سبک سهل‌گیرانه و سبک مقتدرانه دارد، سبک سهل‌گیرانه رابطه معنی‌داری با سبک مقتدرانه نداشت، میزان اعتبار این مقیاس برای سبک سهل‌گیرانه ۰/۶۹ و برای سبک مستبدانه ۰/۷۷ و برای سبک مقتدرانه ۰/۷۳ به دست آمد (اسفندیاری، ۱۳۷۴). حسینی دولت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی آن را تأیید کرده‌اند. بر اساس مطالعه آن‌ها سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه ۴۵/۱ درصد، سبک مستبدانه ۴۱/۷ درصد و سبک مقتدرانه ۴۴/۱ درصد کل واریانس مقیاس فرزند پروری را تبیین می‌کند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سبک مقتدرانه برابر با ۰/۸۷، سبک مستبدانه برابر با ۰/۷۹ و سبک سهل‌گیرانه برابر با ۰/۸۱ بدست آمد.

1. children's depression inventory Kovacs (CDI)
2. Negative mood
3. Interpersonal problems
4. Ineffectiveness
5. Anhedonia
6. Negative self-esteem
7. Parenting styles questionnaire
8. Buri

پرسشنامه اجتناب و همجوشی<sup>۱</sup> برای نوجوانان (AFQ-Y8): گریکور<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) این پرسشنامه را ساخته‌اند، این پرسشنامه خود گزارشی ۸ گویه دارد و فرایند آمیختگی شناختی<sup>۳</sup> را در نوجوانان و جوانان ارزیابی می‌کند. گویه‌های این آزمون بر روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) قابل پاسخگویی است. تحلیل عامل اکتشافی نسخه اصلی این پرسشنامه نشان داده است که تنها یک عامل واحد وجود دارد که ۳۱/۴ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند؛ همچنین دارای روایی درونی قابل‌قبولی بوده است (۰/۹۰). تحلیل عامل اکتشافی این مقیاس، حاکی از وجود یک عامل به نام انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بود که ۳۳/۹۴ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند (شعبانی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین همسانی درونی و پایایی به روش بازآزمایی (با فاصله چهار هفته) به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۵ بود. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۹۲ بدست آمد.

### یافته‌ها

در این پژوهش از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و روش مدلسازی معادلات ساختاری به منظور بررسی روابط متغیرها و آزمون مدل مفهومی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و Amos نسخه ۲۴ انجام شد. از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای ۱۶۴ نفر (۵۳/۲ درصد) پسر و ۱۴۴ نفر (۴۶/۸ درصد) دختر بودند. پایه تحصیلی ۶۰ نفر (۱۹/۵ درصد) پایه هفتم، ۴۰ نفر (۱۳ درصد) پایه هشتم، ۶۲ نفر (۲۰/۱ درصد) پایه نهم، ۶۷ نفر (۲۱/۸ درصد) پایه دهم و ۷۹ نفر (۲۵/۶ درصد) پایه تحصیلی دهم بود. میانگین سن پاسخگویان برابر با ۱۵/۱۸ سال با انحراف استاندارد ۱/۴۶ بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی به همراه مقادیر کجی و کشیدگی به منظور سنجش نرمال بودن شکل توزیع داده‌ها آمده است. بر اساس نتایج جدول ۱ مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه ۲- تا ۲+ قرار گرفت که بیانگر نرمال بودن توزیع تک متغیره بود. نرمال بودن چندمتغیره که پیش‌فرض آزمون مدلسازی معادلات ساختاری بود با ضریب مردیا بررسی شد که ضریب مردیا برابر با ۲/۹۷ بدست آمد و بر اساس معیار ۵ برای ضریب مردیا (برن، ۲۰۱۰)، می‌توان نتیجه گرفت مفروضه توزیع نرمال چندمتغیره برقرار بود.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و مقادیر کجی و کشیدگی به منظور بررسی نرمال بودن

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سبک مقتدرانه	۲۷/۸۹	۵/۹۹	-۱/۰۵	۱/۰۴
سبک مستبدانه	۱۴/۵۳	۶/۵۸	۰/۰۸	-۰/۴۱
سبک سهل گیرانه	۱۴/۵۷	۵/۷۲	۰/۰۵	-۰/۳۷
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	۱۳/۱۱	۶/۵۶	۰/۲۴	-۰/۱۲
نشانه‌های افسردگی	۱۵/۲۳	۸/۶۰	۰/۷۱	-۰/۰۱

1. Avoidance and fusion questionnaire
2. Greco
3. Cognitive fusion
4. Byrne

۱۴ ..... رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی...

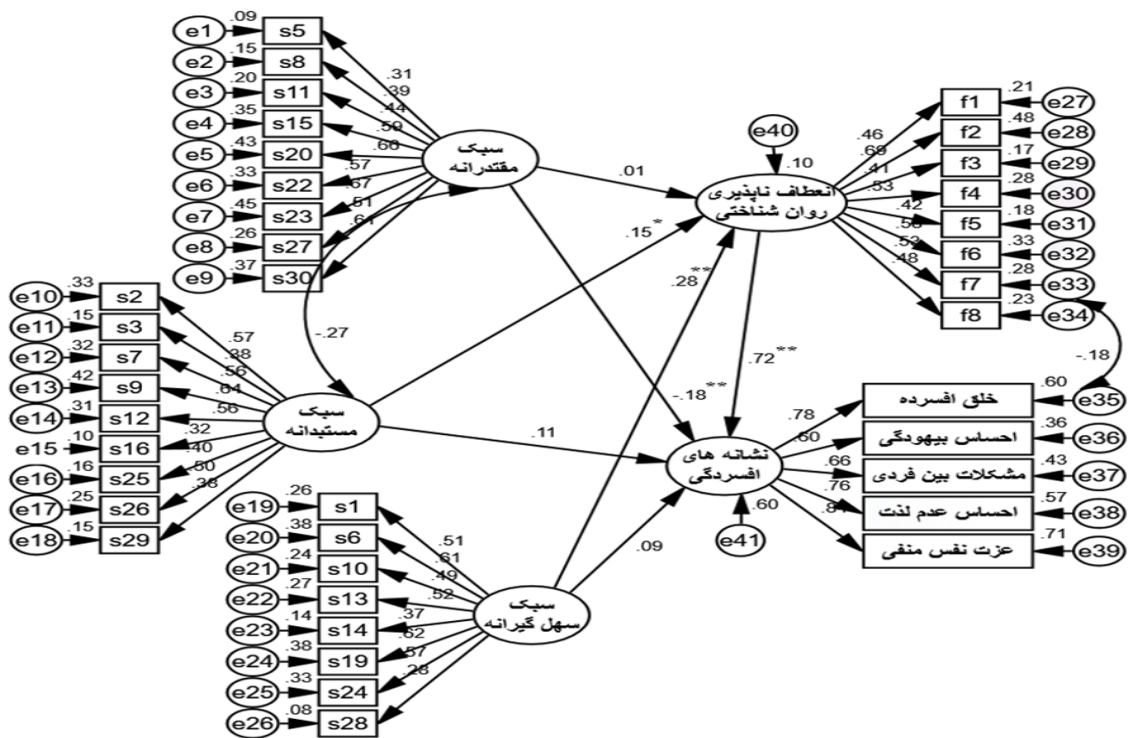
در این پژوهش داده‌های پرت تک متغیره با نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیره با روش فاصله مهالانویس شناسایی شدند و تعدادی موارد پرت مشاهده شد که این موارد اصلاح شدند و نزدیک به نمرات حداقل و حداکثر قرار گرفتند. همچنین مقادیر عامل تورم واریانس به‌منظور بررسی مفروضه عدم همخطی در جدول ۲ گزارش شد که چون تمامی مقادیر کمتر از ۵ بود، این مفروضه نیز برقرار بود. در جدول ۲ آزمون همبستگی پیرسون به‌منظور سنجش رابطه زوجی متغیرها آمده است. نتایج جدول ۲ نشان داد بین سبک والدینی مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با نشانه‌های افسردگی رابطه معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/05$ ). جهت رابطه سبک مقتدرانه با نشانه‌های افسردگی منفی بود که نشان داد افزایش سبک مقتدرانه با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه است. جهت رابطه بین سبک سهل‌گیرانه، مستبدانه و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با نشانه‌های افسردگی مثبت بود که نشان داد افزایش سبک سهل‌گیرانه، مستبدانه یا انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با افزایش میزان نشانه‌های افسردگی همراه است. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی قوی‌ترین همبستگی را با نشانه‌های افسردگی با ضریب ۰/۵۹ داشت و بعدازآن سبک سهل‌گیرانه با ضریب همبستگی ۰/۲۳ قرار داشت. بین دو سبک مستبدانه و سهل‌گیرانه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه معنی‌دار مشاهده شد ( $p < 0/05$ ).

جدول ۲: آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش و بررسی همخطی با شاخص عامل تورم واریانس

VIF	نشانه‌های افسردگی	انعطاف‌ناپذیری	سبک سهل‌گیرانه	سبک مستبدانه	سبک مقتدرانه	متغیرها
۱/۰۲۴					۱	سبک مقتدرانه
۱/۰۵۱				۱	-۰/۱۳*	سبک مستبدانه
۱/۰۵۶			۱	-۰/۱۰	۰/۰۸	سبک سهل‌گیرانه
۱/۰۶۰		۱	۰/۲۱**	۰/۱۴*	۰/۰۱	انعطاف‌ناپذیری
—	۱	۰/۵۹**	۰/۲۳**	۰/۱۷**	-۰/۱۳*	نشانه‌های افسردگی

\*\* =  $p \leq 0/01$  و \* =  $p \leq 0/05$

مدل نظری پژوهش با استفاده از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری (به اختصار SEM) و با استفاده از نرم‌افزار ایموس آزمون شد. شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است که معنی‌داری روابط با علامت ستاره مشخص شده است.



شکل ۲: مدل تجربی در حالت ضرایب مسیر استاندارد

بررسی شاخص‌های برازش مدل تجربی نشان داد که با توجه به مقادیر بدست آمده می‌توان برازش مدل را تأیید کرد ( $X^2/df=3/85, PGFI=0/77, AGFI=0/86, IFI=0/92, NFI=0/91, CFI=0/91, RMSEA=0/062, GFI=0/93, R^2=0/93$ ). مطابق نتایج تمامی شاخص‌های برازش مقدار قابل قبولی داشتند و مقدار ضعیفی در شاخص‌های برازش مشاهده نشد که بر این اساس می‌توان برازش مدل را مورد قبول دانست. ضریب تعیین متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی برابر با  $0/60$  بود که نشان داد متغیرهای مستقل مدل (سبک‌های والدینی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی) توانستند  $60$  درصد از واریانس متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی را تبیین کنند.

در جدول ۳ نتایج آزمون اثرات مستقیم متغیرها بر یکدیگر آمده است. در نتایج جدول ۳ تأثیر مستقیم متغیر میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی تأیید شد که شدت اثر مقدار قوی و برابر با  $0/72$  بود ( $p < 0/05$ ). همچنین اثر مستقیم سبک مقتدرانه بر نشانه‌های افسردگی تأیید شد ( $p < 0/05$ ) اما دو سبک مستبدانه و سهل‌گیرانه اثر مستقیم معنی‌داری بر نشانه‌های افسردگی نداشتند ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳: نتایج اثرات مستقیم بر اساس نتایج مدل معادلات ساختاری

مقدار p	مقدار t	ضریب استاندارد	نوع رابطه
0/922	0/10	0/01	سبک مقتدرانه -> انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی
0/003	-2/99	-0/18	سبک مقتدرانه -> نشانه‌های افسردگی
0/048	1/99	0/15	سبک مستبدانه -> انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی
0/091	1/69	0/11	سبک مستبدانه -> نشانه‌های افسردگی

۱۶ ..... رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی...

سبک سهل‌گیرانه -> انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی	۰/۲۸	۲/۷۴	۰/۰۰۶
سبک سهل‌گیرانه -> نشانه‌های افسردگی	۰/۰۹	۱/۴۹	۰/۱۳۷
انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی -> نشانه‌های افسردگی	۰/۷۲	۶/۴۵	<۰/۰۰۱

در جدول ۴ نتایج آزمون اثرات غیرمستقیم و همچنین اثر کل آمده است. بررسی معنی‌داری اثر غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرایپینگ و خطای استاندارد و سطح معنی‌داری حاصل از این روش آزمون شد. نتایج جدول ۴ نشان داد اثر غیرمستقیم سبک مقتدرانه بر نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری شناختی تأیید نشد ( $p > ۰/۰۵$ )، اما اثر غیرمستقیم دو سبک مستبدانه و سهل‌گیرانه بر نشانه‌های افسردگی میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تأیید شد ( $p < ۰/۰۵$ ).

جدول ۴: اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم (با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری شناختی) بر متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
تأثیر سبک مقتدرانه بر نشانه‌های افسردگی	-۰/۱۸**	-۰/۰۱	-۰/۱۹
تأثیر سبک مستبدانه بر نشانه‌های افسردگی	۰/۱۱	۰/۱۱*	۰/۲۲
تأثیر سبک سهل‌گیرانه بر نشانه‌های افسردگی	۰/۰۹	۰/۲۰**	۰/۲۹

\*\* =  $p \leq ۰/۰۱$  و \* =  $p \leq ۰/۰۵$

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه مستقیم سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی نوجوانان و رابطه غیرمستقیم آن‌ها با واسطه انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بود. یافته‌های فرضیه اول مؤید این است که تنها سبک مقتدرانه اثر منفی و مستقیم بر نشانه‌های افسردگی دارد. این یافته‌ها با نتایج یافته‌های کایزر و همکاران (۲۰۲۰)، رویزهرناندز و همکاران (۲۰۱۹)، پراتیوا و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت سبک مقتدرانه با محبت، پذیرش و استفاده از محدودیت‌های معقول برای تنظیم رفتار فرزندان (رومرو-آکوستا، ۲۰۲۱) با مشکلات رفتاری، ناسازگاری و آسیب‌شناسی روانی در نوجوانان ارتباط منفی دارد (پینکوآرت و کاوزر، ۲۰۱۸). والدینی که از این سبک استفاده می‌کنند، فرزندان‌شان انطباق بیشتری را در حوزه شخصی، تحصیلی و اجتماعی گزارش می‌کنند (پینکوآرت و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس نظریه پذیرش-رد بین‌فردی پذیرش والدین به رشد عزت‌نفس، شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی سالم و بهبود سلامت روان نوجوانان کمک می‌کند (رونر و همکاران، ۲۰۱۷). سبک مقتدرانه مبتنی بر احترام متقابل بین والد-فرزند است، والدین با سبک مقتدر ضمن آنکه در همه کارها قوانین و مقرراتی را تنظیم می‌کنند، ولی سطح بالایی از حمایت و استقلال فرزند را در نظر می‌گیرند و تأثیرات خوبی بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی نوجوان دارند و از روابط بین فردی مانند روابط نزدیک حمایت می‌کنند. فرزندان هم احترام بیشتری برای والدین خود قائل هستند. خانواده‌هایی که از این سبک استفاده می‌کنند، خودمختاری، عزت‌نفس و مسئولیت‌پذیری نوجوان را تقویت می‌کنند و سبب می‌شوند نوجوان بالغ‌تر، سازگارتر، خلاق‌تر و کنجکاوتر باشند. فرزندی که با این سبک پرورش می‌یابد، در ماندگی کمتر



و خودکار آمدی بالا دارد و این سبک والدینی از احساس فقدان کنترل پیشگیری می‌کند و در نتیجه میزان بروز نشانه‌های افسردگی نوجوان به کمترین حد تقلیل می‌یابد.

نتایج فرضیه دوم نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اثر مثبت و مستقیم بر نشانه‌های افسردگی دارد. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های پلتز و همکاران (۲۰۲۰)، عطارد و همکاران (۲۰۱۹)، چو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد در میان نوجوانان، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با بی‌ثباتی عاطفی و همچنین مشکلات درونی و بیرونی، رضایت کمتر از زندگی و سطوح بالاتر علائم جسمانی مرتبط است (اوپو و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، مهارت‌های ضعیف ذهن‌آگاهی نوجوانان با کناره‌گیری اجتماعی مرتبط است که باعث علائم افسردگی می‌شود (اوپو و همکاران، ۲۰۱۹). افراد انعطاف‌ناپذیر می‌توانند براساس شباهت‌های ایجاد شده میان رویدادهای گذشته و جاری، رابطه برقرار نمایند. آن‌ها می‌توانند به گونه‌ای پاسخ دهند که انگار یک رویداد آزارنده که مدت‌ها قبل رخ داده است، اکنون حضور دارد. نقش تأثیرگذاری غیرمستقیم زبان و شناخت‌های سطح عالی، امکان ایجاد ناراحتی روانی را در غیاب علامت‌های جاری محیط فراهم می‌آورد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). افرادی که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بالایی دارند، توجه نامنعطف به گذشته دارند که باعث نشخوار فکری در مورد رخداد‌های منفی می‌شود که اغلب هم ناکارآمد است. طبق نظریه چارچوب ارتباطی، استفاده افراطی و اتکا به کلام، تماس با لحظه کنونی را قطع می‌کند. افراد انعطاف‌ناپذیر از رویدادهای خصوصی مانند افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی، اجتناب می‌کنند که این اجتناب ممکن است یک تسکین فوری ایجاد کند اما در بلندمدت باعث تشدید علائم اختلالات خلقی خواهد شد. همین اجتناب باعث گرفتار شدن در یک چرخه معیوب از الگوهای رفتاری می‌شود که با سلامت روان ناسازگار است؛ بنابراین انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با کیفیت زندگی پایین و اختلالات خلقی مرتبط است.

نتایج فرضیه سوم نشان داد، تنها سبک‌های والدینی سهل‌گیرانه و مستبدانه اثر مثبت و مستقیم بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی دارند. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های بیب و همکاران (۲۰۲۱)، پن و همکاران (۲۰۲۱)، فونسکا و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود، هنگامی که عدم تعادل در ارائه مراقبت و کنترل‌های انضباطی از سوی والدین وجود دارد، فرزندان ممکن است مشکلات سازگاری زیادی را تجربه کنند (بیب و همکاران، ۲۰۲۱). سبک مستبدانه سطوح بالایی از نظارت را در بردارد، اما آنچه این سبک را از دیگر سبک‌های والدینی متمایز می‌کند، عدم محبت و سطوح بالای کنترل روان‌شناختی آن است (بامریند، ۱۹۹۱). نظریه چارچوب‌های رابطه‌ای تحت کنترل متنی ضعیف منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود (هیز، ۲۰۰۴). محیط خانواده زمینه مهمی است که کودکان و نوجوانان چارچوب‌های ارتباطی خود را در آن شکل می‌دهند. طرد شدن یا حمایت بیش از حد نوجوان از سوی والدین منجر به افزایش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). نوجوانانی که والدین خود را کنترل‌گر و پرخاشگر می‌شناسند، بیشتر به رفتارهای مجرمانه دست می‌زنند، مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتری دارند (بیب و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته قابل توجه این پژوهش مربوط به فرضیه چهارم است که به تأثیر غیرمستقیم سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه بر نشانه‌های افسردگی نوجوانان از طریق انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مربوط می‌شود. هر چه سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه غالب باشد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان بیشتر می‌شود و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی بالا سطح نشانه‌های

۱۸ ..... رابطه سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی با میانجی‌گری انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی...

افسردگی را افزایش می‌دهد؛ اما سبک مقتدرانه فقط به صورت مستقیم بر نشانه‌های افسردگی مؤثر بود ولی به صورت غیرمستقیم بر نشانه‌های افسردگی از طریق انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اثر معنا داری را نشان نمی‌دهد. این یافته همسو با نتایج پژوهش پن و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نقش واسطه‌ای در رابطه بین سبک فرزندپروری منفی (یعنی طرد والدین و حمایت بیش‌ازحد) و سلامت روان ایفا می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک نظریه اشاره کرده است که زمینه ضعیف (از جمله سبک مستبدانه و سبک سهل‌گیرانه) منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شود، اما به وضوح نشان نمی‌دهد که یک زمینه مثبت (از جمله سبک مقتدرانه) می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بهبود بخشد. پژوهش پن و همکاران (۲۰۲۱) همچنین نشان داد انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در ارتباط سبک فرزند پروری مقتدرانه والدین با سلامت روان فرزندان نقش واسطه‌ای ندارد. نتایج ما با یافته‌های بیب و همکاران (۲۰۲۱) نیز مطابقت دارد که نشان همسو است که نشان می‌دهد سبک والدینی می‌تواند، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با فرآیندهای اساسی انسانی مرتبط است (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). مدل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان مدلی از آسیب‌شناسی روانی، سلامت روان‌شناختی و مداخله روان‌شناختی است (هیز و همکاران، ۲۰۱۱)؛ انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با کنترل و اجتناب از رویدادهای خصوصی و همچنین نشخوار فکری باعث بروز نشانه‌های افسردگی می‌شود. سبک‌های والدینی می‌توانند از طریق تأثیر بر سطح انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی فرزندان، نشانه‌های افسردگی آن‌ها را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری می‌شود که سبک‌های والدینی مستبدانه و سهل‌گیرانه که توسط والدین اتخاذ می‌شود، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نوجوانان را افزایش داده و این باعث افزایش نشانه‌های افسردگی می‌شود، هر چه سبک والدینی مقتدرانه باشد، خطر بروز نشانه‌های افسردگی کمتر می‌شود. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در نوجوانان خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی همچنین به‌عنوان میانجی بین تأثیر سبک‌های والدینی و نشانه‌های افسردگی نوجوانان عمل می‌کند. این مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌های مداخله‌ای می‌توانند شامل آموزش مهارت‌هایی برای بهره‌گیری والدین از سبک‌های کارآمدتر و همچنین برنامه‌هایی جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان باشد.

از جمله محدودیت‌های این بود که جمع‌آوری داده‌ها تنها بر اساس ادراک نوجوانان و بدون مشارکت والدین به‌عنوان پاسخ‌دهنده بود؛ همچنین ممکن است میانجی‌های دیگری وجود داشته باشند که از شرایط زمینه‌ای (مانند نهادها و سیاست‌ها) به‌جای فرآیندهای درون فردی یا بین فردی نشأت گیرند؛ با توجه به یافته‌های به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده شامل این اقدامات برای ارزیابی درونی سازی، برون سازی و مسائل سلامت نوجوانان باشد. همچنین اهمیت ارائه دانش به والدین در مورد تأثیرات بهترین سبک‌های والدینی می‌تواند از خطرات سلامت روان نوجوانان ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی جلوگیری کند و پیامدهای متنوعی برای متخصصان بهداشت روان، مربیان و مددکاران اجتماعی دارد که می‌توانند با آموزش مناسب والدین به سلامت روانی نوجوانان کمک کنند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از همکاری‌های ریاست آموزش و پرورش، مدیر، مشاور و معلمان مدارس استان کرمانشاه که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و کلیه دانش آموزان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۷۴) بررسی شیوه‌های فرزند پروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلال رفتاری کودکان. پایان‌نامه. فوق‌لیسانس، انیسیتو روانپزشکی تهران.
- دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره؛ حبیبی‌عسگرآباد، مجتبی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۲)، ۱۷۷-۱۵۹.
- شعبانی، محمدجواد، محسن آبادی، حمید؛ زنجانی، زهرا. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه اجتناب و همجوشی برای نوجوانان (AFQ-Y8). مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)، ۲۸(۱۶۴)، ۹۱-۱۰۱.
- عطارد، نسترن؛ نریمانی، محمد؛ صادقی، گودرز؛ محمودعلیلو، مجید؛ عطادخت، اکبر. (۱۳۹۸). مقایسه مؤلفه‌های انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و دانشجویان عادی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸(۲)، ۱۲۱-۱۳۲.
- کریمی، الناء؛ محمدی، نوراله؛ رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری در نوجوانان افسرده. روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴)، ۲۳-۳۲. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18969.1752>
- Arslan, G. Yildirim, M. Tanhan, A., Buluş, M., & Allen, K. A. (2021). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2423-2439. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
- Atard, N., Narimani, M., Sadeghi, G., Mahmoud Alilou, M., and Atadakht, A. (2018). Comparing the components of psychological inflexibility in students with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and normal students of Tabriz University of Medical Sciences in the academic year 2016-2017: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 18(2), 121-132. (Text in persian)
- Basharpoor, S., Ahmadi, S., Molavi, P., & Heidari, F. (2021). Comparing the absolute power of brain waves in the frontal area among people with major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder and normal. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 9(3), 45-54. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.327785.643925>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1p2), 1. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal Of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Baumrind, D. (2012). Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Human Development*, 55(2), 35-51. <https://doi.org/10.1159/000337962>
- Bibi, A., Hayat, R., Hayat, N., Zulfiqar, S., Shafique, N., & Khalid, M. A. (2021). Impact of parenting styles on psychological flexibility among adolescents of Pakistan: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 39(1), 313-322. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00754-z>
- Bowen M., Kerr M. E. (2009). *Family Evaluation*. New York, NY: WW Norton and Company.

- Buri, J. R. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*, 57(1), 110-119. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_13)
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming* (2nd ed). New York: Taylor and Francis Group.
- Chou, W. P., Yen, C. F., & Liu, T. L. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: a prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 788. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040788>
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., ... & Pedersen, C. B. (2020). Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 155-164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
- Deshiri, G., Najafi, M., Sheikhi, M. and Habibi-Asgarabad, M. (1388). A preliminary investigation of the psychometric properties of the Children's Depression Inventory (CDI). *Family Research Quarterly*, 5(2), 177-159. (Text in persian)
- Esfandiari, GH (1374) *Investigating parenting practices of mothers of children with behavioral disorders and mothers of normal children and the effect of mothers' education on children's behavioral disorders*. Thesis. Master's degree, Institute of Psychiatry, Tehran. (Text in persian).
- Fatima, Z., Kaur, B., Kamran, T., & Aftab, R. (2021). Relationship between grit and parenting style of mother among rural adolescents of Indian Origin. <https://doi.org/10.20944/preprints202105.0732.v1>.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gómez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006>
- Fonseca, A., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2020). Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 59-67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.004>
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Grusec, J. E., & Davidov, M. (2010). Integrating different perspectives on socialization theory and research: A domain-specific approach. *Child Development*, 81(3), 687-709. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2010.01426.x
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Karimi, A., Mohammadi, N. and Rahimi, C. (2018). The effectiveness of group training based on self-compassion on self-criticism and cognitive behavioral avoidance in depressed adolescents. *Clinical Psychology*, 11(4), 23-32. (Text in persian)
- Keijsers, R., Olofsdotter, S., Nilsson, K. W., & Åslund, C. (2020). The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. *Mental Health & Prevention*, 20, 200193. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200193>
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998. <https://doi.org/10.1037/t00788-000>
- Liu, G., Fang, L., Pan, Y., & Zhang, D. (2019). Media multitasking and adolescents' sleep quality: The role of emotional-behavioral problems and psychological suzhi. *Children and Youth Services Review*, 100, 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.026>
- Oppo, A., Schweiger, M., Ristallo, A., Presti, G., Pergolizzi, F., & Moderato, P. (2019). Mindfulness skills and psychological inflexibility: Two useful tools for a clinical assessment for adolescents with internalizing behaviors. *Journal of Child And Family Studies*, 28(12), 3569-3580. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01539-w>
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., Bodenlos, J. S., Kingery, J. N., & Pigeon, W. R. (2020). Changes in psychological inflexibility as a potential mediator of longitudinal links between college students' sleep problems and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 110-122. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.003>
- Peng, B., Hu, N., Yu, H., Xiao, H., & Luo, J. (2021). Parenting style and adolescent mental health: The chain mediating effects of self-esteem and psychological inflexibility. *Frontiers In Psychology*, 12, 738170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738170>
- Pinquart, M., & Kauser, R. (2018). Do the associations of parenting styles with behavior problems and academic achievement vary by culture? Results from a meta-analysis. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(1), 75. <https://doi.org/10.1037/cdp0000149>
- Prativa, S., & Deeba, F. (2019). Relationship between parenting styles and depression in adolescents. *Dhaka University Journal of Biological Sciences*, 28(1), 49-59. DOI:10.3329/dujbs.v28i1.46492
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., ... & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>
- Rohner R. P., Lansford J. E. (2017). Deep structure of the human affectional system: introduction to interpersonal acceptance-rejection theory. *J. Family Theory Rev.* 9, 426-440. <https://doi.org/10.1111/jftr.12219>
- Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G. A., Lipps, G. E., & Gibson, R. C. (2021). Parenting styles, anxiety and depressive symptoms in child/adolescent. *International Journal of Psychological Research*, 14(1), 12-32. <https://doi.org/10.21500/20112084.4704>
- Ruiz-Hernández, J. A., Moral-Zafra, E., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2019). Influence of parental styles and other psychosocial variables on the development of externalizing behaviors in adolescents: a systematic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 11(1), 9-21. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a11>
- Ruvalcaba-Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V. E., & Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología Desde El Caribe*, 33(3), 223-236. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.3.7378>

- Shabani, M. J; Mohsenabadi, H. and Zanjani, Z. (2017). Psychometric properties of the Farsi version of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Adolescents (AFQ-Y). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (University Letter)*, 28(164), 91-101. (Text in persian)
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Williams, K. E., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1053-1066. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9744-0>
- World Health Organization. (2020). *New WHO guidelines on promoting mental health among adolescents*. <https://www.who.int/news/item>
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley Blackwell.
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی

بهرام پارسا<sup>۱</sup> ID، سعید آریاپوران<sup>۲\*</sup> ID، سید عباس حقایق<sup>۳</sup> ID، مریم قربانی<sup>۴</sup> ID

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی صورت گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان پسر در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نوجوان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در ۲ گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نوجوان) و گروه کنترل (۱۵ نوجوان) به صورت تصادفی جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سطوح خودانتقادی تامپسون و زوروف و پرسشنامه افکار خودکشی بک استفاده شد. برای گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری صورت گرفت. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر کاهش خودانتقادی مقایسه‌ای، خودانتقادی درونی و افکار خودکشی نوجوانان دارای خودزنی تأثیرگذار است. براین اساس درمان پذیرش و تعهد می‌تواند میزان سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی را کاهش دهد. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش درمانی مذکور برای کاهش سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی نوجوانان استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** افکار خودکشی، خودانتقادی، خودزنی، درمان پذیرش و تعهد، نوجوانان

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران [s.ariapooran@malayeru.ac.ir](mailto:s.ariapooran@malayeru.ac.ir)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

## مقدمه

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و الگوهای رفتاری مهمی که می‌توانند در تمام طول عمر بر زندگی فرد اثرگذار باشند، در این دوره شکل می‌گیرند (وینت<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۲۰). به دلیل تغییرات فناورانه، فرهنگی و اجتماعی سریع و پرشتاب جوامع امروز، دوران نوجوانی برای تعدادی از نوجوانان با بروز مشکلات فراوان، جسمی، روانی و اجتماعی همراه است و پایه بسیاری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن در این دوره در نوجوانان گذاشته می‌شود (ماسلوسکی<sup>۲</sup>، و همکاران، ۲۰۱۹). تغییرات این دوره از رشد ممکن است زمینه ساز مشکلات خاصی شود، هنگامی که نوجوانان نمی‌توانند به طور موفقیت‌آمیز بر بحران‌ها و چالش‌های تحولی غلبه کنند، پریشانی‌های روان‌شناختی را تجربه خواهند کرد و اختلال قابل ملاحظه‌ای در جریان بهنجار زندگی روزمره و جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی بروز خواهد کرد که به دنبال آن شخصیت آنها دچار نابسامانی خواهد شد (باتریز، باویر و مارویاما<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). رفتارهای آسیب رسان به خود بر حسب قصد و انگیزه به دو دسته تقسیم می‌شوند: خودزنی<sup>۴</sup> (خودجرحی بدون قصد خودکشی) و خودکشی<sup>۵</sup> که هدف نهایی آن مرگ است (راث و آدامز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

خودزنی عملی است عمدی، تکانه‌ای و غیرکنشده که باعث صدمه به بدن شخص می‌گردد. به بیانی دیگر خودزنی به عنوان آسیب مستقیم به بافت‌های پوست خود معمولاً بدون قصد خودکشی در نظر گرفته می‌شود (ساب<sup>۷</sup>، و همکاران، ۲۰۲۲). میزان شیوع خودآسیبی در نوجوانان ۱۷-۱۳ ساله حدود ۱۲ درصد در اواسط نوجوانی (۱۴ تا ۱۶ سالگی) میزان شیوع ۲۸ درصد گزارش شده است (اسپوزیتو<sup>۸</sup>، و همکاران، ۲۰۲۲).

در مورد رفتار خودزنی چندین مدل مطرح شده است. یک مدل، مدل مسخ شخصیت است این مدل که در روانشناسی خود<sup>۹</sup> ریشه دارد، برحالت‌های روان‌شناختی تجزیه یا مسخ شخصیت تاکید می‌کند و کنش اصلی خودزنی را کاهش احساس کرحتی و مسخ شخصیت می‌داند. فرض بر آن است که حالت‌های تجزیه‌ای، که مولفه‌ی ارثی قوی‌ای دارند (جنگ<sup>۱۰</sup>، و همکاران، ۱۹۹۸) از احساس‌های رها شدگی و انزوا سرچشمه گرفته و باعث می‌شوند تا فرد احساس کرحتی یا غیرواقعی بودن کند. مدل دیگر، مدل مقررات خود است که رفتار خودزنی را یک اقدام جبرانی برای تسکین هیجانانی مانند خشم، عصبانیت، اضطراب یا ناراحتی هیجانی و خودانتقادی<sup>۱۱</sup> می‌داند (مک‌کی، کلوکوکی و دایکو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). براساس نظر تامپسون و

1. Vente
2. Maslowsky
3. Beatriz, Bauer & Maruyama
4. self-harm
5. suicide
6. Wrath & Adams
7. Saab
8. Esposito
9. self-psychology
10. Jang
11. self-criticism
12. Mc Kay & Kulchycky & Danyko



زوروف<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) خودانتقادی دارای دو وجه است؛ مقایسه‌ای و درونی شده. خودانتقادی مقایسه‌ای<sup>۲</sup> به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در برابر دیگران تعریف می‌شود. در این سطح تمرکز بر روی مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها فرد دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. خودانتقادی درونی<sup>۳</sup> نیز، به عنوان دیدگاه و نظر منفی نسبت به خود در مقابل با استانداردهای شخصی، درونی خود تعریف می‌شود. بر اساس پژوهش‌های تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) استانداردهای داخلی این افراد همواره استانداردهای سطح بالایی را شامل می‌شوند و همواره نگاهی به گذشته دارند. در نتیجه دستیابی به معیارهای شخصی، مشکلی بزرگ برای آنها محسوب می‌شود. تمرکز خودانتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خودش است. در واقع افراد خودانتقاد دارای مشخصه‌هایی مانند احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و شکست هستند. خودانتقادی به عنوان یک شکل نابهنجار برای تعریف خود تصور می‌شود که با ارزیابی منفی از خود، احساس گناه و نگرانی در مورد کاهش رضایت از عدم توانایی برای زندگی کردن براساس استانداردها شناخته می‌شود (بلا،<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). چنانچه در این خصوص گیلبرت<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) بیان کرده است که خودانتقادی درونی باعث ایجاد ناامیدی، احساس حقارت، بی‌کفایتی، ایجاد انزجار و تنفر از خود می‌شود که نتایج تحقیق مارسین، ایرنا و دیوید<sup>۶</sup> (۲۰۲۲) نیز همین را نشان می‌دهد. اساس فرآیند خودانتقادی درونی است و کیفیت هیجانی این ارتباط با خود، بر مبنای اصول رفتاری (شرطی سازی) است. همانگونه که واکنش فیزیولوژیکی و روان‌شناختی افراد با محرک‌های واقعی و تصویری تحریک کننده نیروهای شهوانی (خود غذا یا تصویر غذا) یکسان است، واکنش افراد به خودارزیابی‌های بیرونی و درونی نیز به یک شکل است (گیلبرت و پروکتر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). در این خصوص نتایج مطالعه آفازاده و نظری (۱۳۹۸) نشان داد که میانگین نمرات خودانتقادی درونی شده و خودانتقادی مقایسه‌ای نوجوان دارای خودزنی بالاتر از نوجوانان بدون خودزنی بود. همچنین چو<sup>۸</sup> و همکاران، (۲۰۲۲) در تحقیقی به مطالعه تأثیر درمان پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۹</sup> بر مهارت‌های خود مدیریتی و تاب‌آوری روان‌شناختی پرداختند که براساس یافته‌ها نمرات تاب‌آوری روان‌شناختی و توانایی خود مدیریتی در گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل ۳ ماه پس از مداخله به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. به‌علاوه نتایج مطالعات دیگری نیز نشان داد که خودانتقادی به عنوان یک عامل موثر در خودزنی افراد است (زیلکوویتز، دیوید و کول<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸).

1. Thampson & Zuroff
2. Comparisomal Self-Criticism
3. Internal Self-Criticism
4. Blatt
5. Gilbert
6. Marcin Irena & David
7. Procter
8. Cao
9. Acceptance and Commitment Therapy
10. Zelkowitz, David & Cole

۲۶..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان...

امروزه فکر خودکشی در بین نوجوانان به‌عنوان یک مشکل جهانی سلامت عمومی مطرح شده است (بورتون<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۱۹). افکار خودکشی<sup>۲</sup> و رفتار خودکشی<sup>۳</sup> هر دو به‌عنوان عوامل خطر مهم برای خودکشی در نظر گرفته می‌شوند، اما معمولاً اعتقاد بر این است که افکار نسبت به رفتارهای خودکشی ارتباط قوی‌تری را با خودکشی دارد. افکار خودکشی حالتی است که به وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مبهم را در مورد خاتمه دادن به زندگی تا خودکشی کامل در بر می‌گیرند (لارج، امی و کاترین<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). این افکار می‌توانند به صورت فریاد کمک خواهی جهت رهایی از تنش و حوادث غیرقابل تحمل و اجتناب، به رفتار خودتخریبی تبدیل شوند. داده‌های آماری سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد سالانه حدود ۸۰۰ هزار نفر در جهان بر اثر اقدام به خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و همچنین سالانه ۱۶ میلیون نفر به خودکشی، فکر می‌کنند (شفیعی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج مطالعات حاکی از شیوع بالای افکار خودکشی در بین نوجوانان می‌باشد (دونات<sup>۵</sup>، و همکاران، ۲۰۱۹؛ سوسان<sup>۶</sup>، و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به روزافزونی معضل خودزنی در بین نوجوانان و نقش متغیرهای روان‌شناختی در افزایش این رفتار، انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش نقش متغیرهای مطرح شده از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی بر وضعیت روان‌شناختی نوجوانان داشته باشد، درمان پذیرش و تعهد است که یک مداخله روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد (هیز<sup>۷</sup>، و همکاران، ۲۰۱۳). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۸</sup> و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود را بر فرد تحمیل نماید. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر رفتار در جهت ارزش‌های انتخاب شده از اهداف مهم زندگی است (آیدین و آیدین<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه فیض‌الهی، نریمانی و موسی‌زاده (۱۴۰۰) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی در زنان دارای افکار خودکشی بود. لی<sup>۱۰</sup>، و همکاران، (۲۰۲۱) نیز در تحقیقی به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی اشاره کردند. همچنین حاج اکبری و عباسی (۱۴۰۰) در تحقیقی به اثربخشی

1. Burton
2. suicidal ideation
3. suicide behavior
4. Large, Amy & Catherine
5. Donath
6. Susan
7. Hayes
8. psychological flexibility
9. Aydin & Aydin
10. Li

درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده اشاره کردند. بر اساس نتایج پژوهش شماره و رباطی (۱۴۰۰)، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش افکار خودکشی شود. قدم، و همکاران، (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنی‌داری بر افکار خودکشی دارد. نتیجه مشابهی نیز در مطالعه صدری و صمدی فرد (۲۰۱۸) بدست آمد. همچنین در تحقیقی دیگر تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی که یکی از تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد است، بر کاهش افکار خودآسیبی بررسی شد که نتایج آن حاکی از اثر بخشی این تکنیک بر افکار خودآسیبی داشت. (ویلر، دوداکس و بروکس، ۲۰۲۱). با توجه به مطالب بیان شده و روند فزاینده رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان به خصوص مشکل خودزنی، انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی این افراد بسیار مهم است. به خصوص اینکه این گونه رفتارها زمینه‌ساز رفتارهای شدیدتری مانند اقدام به خودکشی نیز بوده و در هر زمان هزینه‌های روانی و حتی مالی زیادی بر دوش خانواده‌ها و جامعه سلامت کشور دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش حاضر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی تأثیرگذار است.

## روش پژوهش

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان پسر در دامنه سنی ۱۳-۸ ساله شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ بودند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی، اورژانس بیمارستان‌های شهر اردبیل و مطب‌های ارجاعی نیروی انتظامی جهت معاینات عمومی برای اخذ گواهینامه رانندگی مراجعه کرده بودند. به منظور گردآوری اطلاعات پس از کسب مجوزهای لازم از ستاد علوم پزشکی شهر اردبیل جهت حضور در مراکز مذکور، پس از شناسایی نوجوانان دارای خودزنی با همکاری مسئولان مراکز و پرونده‌های بیمارستانی تعداد ۸۵ نفر انتخاب و پس از اعمال ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند جایگماری شدند. نمونه انتخاب شده در ۲ گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شد. جهت جلوگیری از افت تعداد شرکت‌کنندگان، در طول هفته با آنان تماس برقرار می‌شد که به همین دلیل کمترین میزان غیبت در جلسات درمانی وجود داشت و به غایبین در طول هفته به صورت فشرده آموزش ارائه می‌گردید. برای آموزش شرکت‌کنندگان پس از هماهنگی با مسئول یکی از مراکز مشاوره شهرستان اردبیل (مرکز مشاوره رهیافت) اقدام به آموزش و ارائه درمان شد. ملاک‌های ورود عبارت از: داشتن افکار خودکشی براساس پرسشنامه افکار خودکشی (کسب نمره ۵ و بالاتر در پرسشنامه افکار خودکشی بک، نمره برش برای داشتن افکار خودکشی در این پرسشنامه نمره ۵ است)، تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در برنامه آموزشی، عدم ابتلاء به بیماری روان‌شناختی حاد (براساس اظهارات خود نوجوانان)، داشتن دامنه سنی بین ۱۳-۱۸ سال بود. ملاک‌های خروج عبارت از: شرکت در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم تمایل به شرکت در طول برنامه بود.

1. Ghadam
2. Wheeler, Dudas & Brooks

۲۸..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان...

برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا و روش مداخله‌ای برای گروه آموزشی برگزار شد و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. در نهایت بعد از اتمام جلسات آموزشی و سپری شدن ۸ هفته پس‌آزمون اجراء و اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS20 به روش آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه باقی ماند، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. به‌علاوه درمان مذکور برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام پژوهش به صورت فشرده برگزار شد. همچنین پژوهش حاضر دارای شناسه اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.163 مصوب از کمیته دانشگاه است. در ادامه مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها و روش درمانی ارائه شده است.

**مقیاس سطوح خودانتقادی<sup>۱</sup> (LOSCS):** مقیاس سطوح خودانتقادی به وسیله تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) تهیه شده است و دو سطح خود انتقادی مقایسه‌ای و درونی‌شده را اندازه‌گیری می‌کند (تامپسون و زوروف، ۲۰۰۴). این مقیاس شامل ۲۲ گویه است که بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از دامنه ۱ (به شدت مخالفم) تا ۷ (به شدت موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد است. نمره برش برای این مقیاس ۶۶ در نظر گرفته شده است. یاماگوجی و کیم<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه خود همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰). آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است. همبستگی این دو خرده مقیاس با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده مقیاس ناپایداری هیجانی تست نئو به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ به دست آمده است. در ایران، روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۵۵ بدست آمد. همچنین در پژوهشی بهادری خسرو شاهی (۱۳۹۶) ضریب همسانی درونی، مقیاس خودانتقادی را ۰/۸۹ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۷۷ به دست آمد.

**پرسشنامه افکار خودکشی بک<sup>۳</sup> (BSSI):** این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ گویه می‌باشد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سوال وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس شرکت‌کنندگان باید ۱۴ سوال بعدی را نیز ادامه دهد. در واقع در این پرسشنامه ۵ سوال اول به منظور غربالگری، طرح شده است به طوری که اگر فرد به ۵ سوال اول، نمره صفر دهد، فاقد افکار خودکشی هست. بین نمره ۱ تا ۵ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹ نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی می‌باشد. ضریب پایایی و پایایی آن در بین ارزیابان به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ برآورد شده است (بیکن، وو و هرینگن<sup>۴</sup> ۲۰۱۹؛ به نقل از ملکی (۱۳۹۷). در پژوهشی محمدی و همکاران (۱۳۹۱) که اعتبار و

1. Levels Of Self-Criticism Scale
2. Yamaguchil & Kim
3. Beck Scale for Suicidal Ideation
4. Baeken, and Heeringen

روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند، نتایج نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۱ به دست آمد.

**پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:** آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی/ درمانی هیز (۱۹۹۹) بود که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به صورت هفته‌ای برگزار شد. خلاصه جلسات آموزشی در زیر ارائه شده است:

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تمرینات خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی	معرفی درمان و بررسی تاریخچه فردی	شناسایی اجتناب تجربه- ای	قرارداد درمانی، کاربرد مشکلات و ارزش‌ها
دوم	درماندگی خلاق، درک این که کنترل مسأله است نه راه حل	تلاش بی ثمر، استعاره مردی در باتلاق	شناسایی تلاش‌های ناکارآمد	تمرین ذهن آگاهی، شناخت رفتارهای اجتنابی
سوم	پذیرش هیجان‌های درونی	استعاره خوردن یک سیب	فضادادن و نظارت بر احساسات ناخوشایند	تمرین تنفس آگاهی، شناسایی احساسات ناخوشایند
چهارم	روشن سازی ارزش‌ها و به کارگیری استعاره‌های مربوطه	شناسایی ارزش‌های زندگی افراد و ارزیابی آن‌ها	تلاش برای زندگی ارزشمند	ثبت ارزش‌ها و رفتار بر اساس ارزش‌ها
پنجم	بررسی هم‌جوشی و گسلش	شناسایی افکار به عنوان فکر و نه واقعیت	کاهش آمیختگی فرد با هیجان‌های آزاردهنده	بررسی افکار ناخوشایند و نوشتن افکار
ششم	توضیح مفاهیم، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر رفتار	نشان دادن جدایی بین خود و تجارب درونی و رفتار	توجه به خود مشاهده‌گر	تمرین صحبت کردن و گوش دادن به افکار
هفتم	تأکید بر زمان حال	آموزش بودن در زمان حال (اینجا و اکنون)	آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی	توجه به رفتار خود آسیب رسان، تمرین خورد کشمش
هشتم	آموزش تعهد، جمع‌بندی	ارزیابی موانع تعهد به عمل، جمع‌بندی جلسات	انجام عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها	شناسایی موانع عمل متعهدانه، مرور تمرینات گذشته

### یافته‌ها

در هر دو گروه کمترین فراوانی افراد ترک تحصیل (گروه کنترل ۶/۶۶ درصد و گروه آزمایش صفر) بود. همچنین کمترین فراوانی در گروه کنترل (صفر درصد بدون خواهر و برادر) و گروه آزمایش کمترین فراوانی دارای ۳ خواهر/ برادر (صفر درصد بدون خواهر و برادر) و همچنین در هر دو گروه بیشترین فراوانی دارای یک خواهر و برادر (در هر دو گروه ۶۰ درصد) بودند. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی میانگین سنی مربوط به پسران ۱۳ ساله (در هر دو گروه صفر درصد) و

۳۰..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان...

بیشترین فراوانی در کل مربوط به ۱۷ ساله ها (گروه کنترل ۴۰ درصد و گروه آزمایش ۳۳/۳۰ درصد) بود. همچنین از بین افراد مورد بررسی کمترین فراوانی در هر دو گروه دارای فوت پدر (هر دو گروه ۶/۶۶ درصد) و بیشترین فراوانی دارای هر دو والد (در هر دو گروه ۷۳/۳۰ درصد) بود. همچنین کمترین فراوانی در گروه کنترل دارای ۳ بار اقدام به خودکشی (صفر درصد) و در گروه آزمایش به طور مشترک یک و دو بار سابقه اقدام به خودکشی داشتند (۶/۶۶ درصد) و بیشترین فراوانی در هر دو گروه دارای یک نوبت سابقه اقدام به خودکشی داشتند (هر دو گروه ۸۶/۶۰ درصد).

در جدول ۲ میانگین متغیرهای سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع مولفه‌های تحقیق، از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. براین اساس، می‌توان از تحلیل پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-

ویلک

P	S-W	وضعیت	آماره‌ها		آزمون	گروه	متغیر
			انحراف معیار	میانگین			
۰/۳۰۴	۰/۹۶۰	پیش آزمون	۷/۸۰	۴۶/۱۳	پیش آزمون	کنترل	خودانتقادی مقایسه‌ای
			۷/۱۲	۴۶/۱۷	پس آزمون		
۰/۵۷۲	۰/۹۷۱	پس آزمون	۶/۶۱	۴۳/۶۶	پیش آزمون	آزمایش	
			۵/۵۷	۳۹/۶۷	پس آزمون		
۰/۷۸۹	۰/۹۷۹	پیش آزمون	۷/۷۲	۴۳/۲۶	پیش آزمون	کنترل	خودانتقادی درونی
			۵/۷۵	۳۵/۱۳	پس آزمون		
۰/۵۳۰	۰/۹۸۰	پس آزمون	۶/۳۰	۴۳/۷۳	پیش آزمون	آزمایش	
			۵/۸۴	۴۵/۰۷	پس آزمون		
۰/۰۷۴	۰/۶۸۱	پیش آزمون	۱/۵۳	۹/۷۳	پیش آزمون	کنترل	افکار خودکشی
			۱/۸۲	۱۰/۱۶	پس آزمون		
۰/۰۶۴	۰/۸۳۸	پس آزمون	۱/۵۰	۹/۰۳	پیش آزمون	آزمایش	
			۱/۲۲	۴/۸۱	پس آزمون		

در جدول ۳ چنانچه مشاهده می‌شود، آماره  $F$  معنادار نمی‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (خودانتقادی مقایسه‌ای،  $F = ۰/۹۴۷$ ).

$P=0/329$ ؛ خودانتقادی درونی،  $F=1/43$ ،  $P=0/301$ ؛ افکار خودکشی،  $F=0/27$ ،  $P=0/607$ ؛ همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها است ( $M-Box = 4/086$ )  
 $P=0/730$ ،  $F=0/601$ ؛ بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول ۳: بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در دو گروه

آزمایش و کنترل

متغیر	SS	df	MS	F	P
خودانتقادی مقایسه‌ای	۱/۲۱	۱	۱/۲۱	۱/۹۹	۰/۱۷
خودانتقادی درونی	۰/۷۳	۱	۰/۷۳	۰/۰۸	۰/۷۷
افکار خودکشی	۳۸/۳۴	۱	۳۸/۳۴	۱/۰۹	۰/۳۱

در جدول ۴ نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مولفه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ،  $F=8/62$ ،  $F=0/53$  لامبدای ویلکز). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به مولفه‌های متغیر وابسته در مجموع معنی‌دار بود و میزان این تفاوت، برای متغیرهای پژوهش به صورت ترکیب گروهی، بر اساس آزمون لامبدای ویلکز، ۰/۵۳ است.

جدول ۴: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	V	F	H df	E df	P	Eta	OP
اثر پیلایی		۰/۵۳	۸/۶۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۸
لامبدای ویلکز		۰/۴۷	۸/۶۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۸
اثر هتلینگ		۱/۱۳	۸/۶۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۸
بزرگترین ریشه‌روی		۱/۱۳	۸/۶۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۸

در جدول ۵ بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سطوح خودانتقادی (مقایسه‌ای و درونی) و افکار خودکشی تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا، نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای خودانتقادی مقایسه‌ای ( $F=15/92$ ،  $P < 0/001$ )، خودانتقادی درونی ( $F=21/80$ ،  $P < 0/01$ ) و افکار خودکشی ( $F=4/79$ ،  $P < 0/38$ ) است. بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سطوح خودانتقادی (مقایسه‌ای و درونی) و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی تاثیرگذار بوده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی

منبع	متغیرها	SS	df	MS	F	P	Eta	OP
خودانتقادی مقایسه‌ای		۱۳۸۶/۸۱	۴	۳۴۶۷/۰۲	۴۰/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱/۰۰۰
خودانتقادی درونی		۸۶۹/۱۰	۴	۲۱۷/۲۷۵	۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۷۸

۳۲..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان...

۰/۶۸۲	۰/۳۱	۰/۰۴۷	۲/۸۲	۱/۷۶۰	۴	۷/۰۴	افکار خودکشی	
۰/۹۶۹	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۵/۹۲	۱۳۷/۴۷۲	۱	۱۳۷/۴۷	خودانتقادی مقایسه‌ای	
۰/۹۹۴	۰/۴۷	۰/۰۰۰	۲۱/۸۰	۷۰۹/۳۲۱	۱	۷۰۹/۳۲	خودانتقادی درونی	گروه
۰/۵۵۸	۰/۱۶	۰/۰۳۸	۴/۷۹	۲/۹۹۶	۱	۳/۰۰	افکار خودکشی	
				۸/۶۳۶	۲۵	۲۱۵/۸۹	خودانتقادی مقایسه‌ای	
				۳۲/۵۴۴	۲۵	۸۱۳/۶۰	خودانتقادی درونی	خطا
				۰/۶۲۵	۲۵	۱۵/۶۳	افکار خودکشی	

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان پسر دارای خودزنی صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در خودانتقادی (مقایسه‌ای و درونی) تفاوت معنادار وجود داشت. بدین معنا که شرایط آزمایشی بر کاهش خودانتقادی (مقایسه‌ای و درونی) تاثیرگذار بوده است. نظر به اینکه تاکنون مطالعه‌ای به صورت مستقیم به بررسی تاثیر این درمان بر خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی صورت نگرفته است، امکان مقایسه نتایج به دست آمده میسر نشد. با این حال، یافته‌های به دست آمده با مطالعات حاج اکبری و عباسی (۱۴۰۰)، لی و همکاران (۲۰۲۱) و چو و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. افراد دارای خودزنی، از خود تکانشگری کمتر و رفتار خودآسیب رسان بیشتری را نشان می‌دهند (مارسین و همکاران ۲۰۲۲). در این خصوص ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یکی از اهداف اصلی آن کمک به مراجع برای اینکه بب روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر شود در جهت ارزش‌های انتخاب شده خود قدم برداشته و رفتارهایش را تغییر دهد (آیدین و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس قرار گرفتن نوجوانان در معرض این آموزش موجب شد تا بتوانند با ایجاد زمینه‌های متفاوت برای درک تجاربشان (مانند توضیحات و آموزش‌های جلسه سوم در این مطالعه که به شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع و جلسه ششم که به توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر) بتوانند با دیدی متفاوت به خود و دیگران بنگرند که این قضیه زمینه برداشت متفاوت آنان از خود شده و به تبع آن خودانتقادی آنان را تحت تأثیر گذاشت. افزون بر این، یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب به عنوان تجربه‌ای است که غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. پذیرش روانی باعث درک بهتر فرد از تجربه‌های ذهنی (افکار و احساساتش) شده و افراد آموزش می‌بینند که هر نوع عملی برای اجتناب و مهار این تجربیات ذهنی ناخواسته، بی‌تاثیر بوده یا نتیجه عکس دارد و سبب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجربیات را بدون هیچ نوع واکنش درونی و بیرونی به منظور حذف آن‌ها، به صورت کامل پذیرفت. این یافته‌ها با نتایج تحقیق (حاج اکبری و همکاران، ۱۴۰۰) همسو بود. بر این اساس ارائه این آموزش منجر شد تا نوجوانان بتوانند با افزایش توانایی‌های خود، توجه خود را از مقایسه خود با دیگران که زمینه خودانتقادی را در آنان فراهم می‌کرد، کمتر کنند.



بخش دیگر نتایج به دست آمده نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در افکار خودکشی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودکشی تأثیرگذار بوده است. این یافته‌های با نتایج مطالعات (قدم و همکاران، ۲۰۲۰؛ شماره و همکاران، ۱۴۰۰؛ صدری و همکاران، ۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودکشی همسو بود. در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین ذهن‌آگاهی و رفتار خودآسیبی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی بالا از عوامل مؤثر در کاهش رفتار خودآسیب‌رسان است (ویلر و همکاران، ۲۰۲۱). در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، آزمودنی‌ها می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳).

به طور کلی نتایج این مطالعه نشانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان پسر دارای خودزنی بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی بود که در تعمیم یافته‌های آن به جنسیت مونث و دیگر فرهنگ‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. به علاوه نظر به تأثیر این روش درمانی در کاهش سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی، بهره‌گیری از این روش درمانی برای کاهش مشکلات نوجوانان دارای خودزنی با تأکید مضاعف بر متغیرهای سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی از سوی روانشناسان و مشاوران مراکز روان‌درمانی مورد توجه قرار گیرد. به علاوه توجه به محدودیت‌های فوق از سوی پژوهشگران آتی می‌تواند موجب افزایش قابلیت تعمیم نتایج به دست آمده شود.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

## منابع

- آقازاده، سولماز و نظری، راضیه (۱۳۹۸). خود ادراکی اجتماعی و سطوح خودانتقادی در دختران نوجوان دارای خودزنی. *هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران*، تهران، ایران. <https://civilica.com/doc/982040>
- ایزکیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام و حسینی، سیدحمزه (۱۳۹۷). بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی. *تعالی بالینی*، ۸ (۲): ۱۴-۲۵. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-en.html>
- بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و شایستگی در دانش‌آموزان دارای تجربه خودآزاری. *پژوهش‌های تربیتی*، ۳۴، ۱۸-۳۳. <http://erj.khu.ac.ir/article-1-269-fa.html>
- حاج اکبری، الهام و عباسی، قدرت الله (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده و ترس از شکست دانش‌آموزان دختر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۴): ۱۳۳-۱۴۲. [doi:10.2383353.1400.10.4.16.2](https://doi.org/10.2383353.1400.10.4.16.2)

۳۴..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان...

دلاور، علی (۱۳۹۶). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ هفدهم، تهران: نشر رشد.

شجاعی زند، نجمه؛ شهریار احمدی، منصوره و کوشکی، شیرین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش‌نشانان حادثه پلاسکو. دومین کنفرانس علمی پژوهشی رهیافت‌های نوین در علوم انسانی ایران،

ایلام، ایران. <https://civilica.com/doc/797436>

شماره، حسین و رباطی، زهرا (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۷ (۴): ۴۲۷-۴۱۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3095-fa.html>

شفیعی نژاد، مجتبی؛ زارع شاه آبادی، اکبر؛ محمدی، زهرا و آزادواری، الناز (۱۴۰۱). واکاوی نقش عوامل خانوادگی در اقدام به خودکشی. نشریه روانشناسی، ۱-۲۹. <http://risi.ihss.ac.ir/Article/37253>

علی‌بابائی، گلناز؛ عطادخت، اکبر و میکائیلی، نیلوفر (۱۳۸۹). بررسی میزان شیوع افکار خودکشی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان نقده. دومین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی، اردبیل. <https://civilica.com/doc/1035527>

قربانی، نیما و موسوی، اشرف (۱۳۸۵). خودشناسی، خود انتقادی و سلامت روان. مطالعات روان‌شناختی، ۲ (۳-۴): ۷۵-۹۱. [doi: 10.22051/psy.2006.1688](https://civilica.com/doc/1022051/psy.2006.1688)

ملکی، بهرام (۱۳۹۷). نقش عزت نفس آشکار و ناآشکار در پیش‌بینی نشانگان افسردگی، افکار خودکشی و احساس تنهایی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴ (۴): ۹۱-۱۰۶. [doi: 10.22051/psy.2019.20693.1660](https://civilica.com/doc/1022051/psy.2019.20693.1660)

Aghazadeh, S., and Nazari, R. (2018). Social self-perception and levels of self-criticism in teenage girls with self-mutilation. *The 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran, Iran*. [Text in Persian]. <https://civilica.com/doc/982040>.

Ali Babaei, G., Atadekht, A., and Mikaili, N. (2018). Investigating the prevalence of suicidal thoughts in female high school students of Naghdeh city. *The Second National Conference of Social Harms, Ardabil*. [Text in Persian]. <https://civilica.com/doc/1035527>.

Aydin, Y., & Aydin, G. (2020). Acceptance and commitment therapy based psychoeducation group for test anxiety: A case study of senior high school students. *Pamukkale University Journal of Education*, 50, 180-200. [doi: 10.9779/pauefd.584565](https://doi.org/10.9779/pauefd.584565).

Bahadri Khosroshahi, J. (2016). The effect of teaching acceptance and commitment on self-criticism and competence in students with self-harm experience. *Educational Research*, 34, 18-33. [Text in Persian]. <http://erj.khu.ac.ir/article-1-269-fa.html>

Beatriz, A. B., Bauer, A. M., & Maruyama, J. M. (2020). Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(11), 542-551. [doi: 10.1590/1516-4446-2019-0835](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835).

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Lance, L., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54. [doi: 10.1080/10503300903121080](https://doi.org/10.1080/10503300903121080).

Bloch, M. H. (2016). Editorial: Reducing adolescent suicide. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(7), 773-774. [doi: 10.1111/jcpp.12585](https://doi.org/10.1111/jcpp.12585).

Burton, N. W., Myfanwy, M., Shanchita, R. K., & Asaduzzama, K. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 3(4), 223-233. [doi: 10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6).

Cao, J., Sun, P., Zhang, L., Chen, X., Gui, W., Ou, A., & Ma, L. (2022). Effects of acceptance and commitment therapy on self-management skills and psychological resilience of young and

- middle-aged patients underwent percutaneous transluminal coronary intervention for primary myocardial infarction: A pilot study. *Trials*, 23(1), 1-8. doi: [10.1186/s13063-021-05923-0](https://doi.org/10.1186/s13063-021-05923-0).
- Delavare, A. (2016). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. 17th edition; *Tehran: Rushd Publishing House*. [Text in Persian].
- Donath, C., Bergmann, M., Kliem, S., & Thomas, H. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: A representative study. *Biomedcentral Pediatrics*, 19(48), 6210-6218. doi: [10.1186/s12887-019-1404-z](https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z).
- Esposito, C., Dragone, M., Affuso, G., Amodeo, A. L., & Bacchini, D. (2022). Prevalence of engagement and frequency of non-suicidal self-injury behaviors in adolescence: An investigation of the longitudinal course and the role of temperamental effortful control. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02083-7>.
- Feyzolahy, S., Narimani, M., and Mousazadeh, T. (2021). The effectiveness of commitment and acceptance therapy on suicidal thoughts, self-disclosure and cognitive regulation of emotion in women with suicidal thoughts. *Development of Psychology*, 10(2), 69-80. [Text in Persian]. doi: [20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4](https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.2.12.4).
- Ghadam, H. S. H., Rahnejat, A. M., Taghva, A., Ebrahimi, M. R., Donyavi, V., & Ghasemzadeh, M. R. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing symptoms of anxiety, depression, and suicidal ideation in iranian veterans referred to a military psychiatric hospital. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-54602/v1>.
- Ghorbani, N., and Mousavi, A. (2006). Self-knowledge, self-criticism and mental health. *Psychological Studies*, 2(3-4), 75-91. [Text in Persian]. doi: [10.22051/psy.2006.1688](https://doi.org/10.22051/psy.2006.1688).
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 335-973. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi: [10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043).
- Hayes S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behaviour Therapy*, 44(2), 98-180. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002).
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. *New York: Guilford Press*.
- Haj Akbari, I., and Abbasi, Q. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy on internalized shame and fear of failure in female students. *Development of Psychology*, 10(4), 133-142. [Text in Persian]. doi: [20.1001.1.2383353.1400.10.4.16.2](https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.4.16.2)
- Itzhaky, L., Shahar, G., Stein, D., & Fennig, S. (2015). In eating-disordered inpatient adolescents, self-criticism predicts nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(4), 385-97. doi: [10.1111/sltb.12223](https://doi.org/10.1111/sltb.12223).
- Izekian, S., Mirzaian, B., and Hosseini, S. H. (2017). Investigating the prevalence of self-injury without suicide in iranian teenagers and young adults. *Clinical Excellence*, 8(2), 14-25. [Text in Persian]. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-en.html>
- Jamali, S., Najafi, M., Qureshi, F., and Rahimian, I. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on suicidal thoughts and psychological flexibility of bipolar disorder patients. *Psychological Studies*, 17(62), 7-22. [Text in Persian]. doi: [10.22037/ijabs.v4i4.19022](https://doi.org/10.22037/ijabs.v4i4.19022)

- Jang, K.L., Paris, J., Zweig-Frank, H., & Livesley, W.J. (1998). Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(6), 345 [doi: 10.1097/00005053-199806000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-199806000-00004).
- Large, M., Amy, C., & Catherine, M. (2020). Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 1473–81. [doi: 10.1177/0004867420931161](https://doi.org/10.1177/0004867420931161).
- Li, Z., Li, Y., Guo, L., Li, M., & Yang, K. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of clinical practice*, 75(6), e13982. [doi: 10.1111/ijcp.13982](https://doi.org/10.1111/ijcp.13982)
- Maleki, B. (2018). The role of implicit and explicit self-esteem in predicting depression syndromes, suicidal ideation and loneliness. *Psychological Studies*, 14(4), 91-106. [Text in Persian]. [doi: 10.22051/psy.2019.20693.1660](https://doi.org/10.22051/psy.2019.20693.1660).
- Marcin, S., Irena, L., & David, L. (2022). The complex relationships between dependency and self-criticism and suicidal behavior and ideation in early adulthood. *Personality and Individual Differences*, 19(8), 1674–1681. [doi:10.1016/j.paid.2022.111806](https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111806)
- Maslow, J., Owotomo, O., Huntley, D., & Keating, D. (2019). Adolescent risk behavior: Differentiating reasoned and reactive risk-taking. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 243-255. [doi: 10.1007/s10964-018-0978-3](https://doi.org/10.1007/s10964-018-0978-3).
- Mc Kay, D., Kulchysky, S., & Danyko, S. (2000). Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 14, 57-63. [doi: 10.1521/pedi.2000.14.1.57](https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.1.57).
- Morgan, C., Webb, R. T., & Carr, M. J. (2017). Incidence, clinical management and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *British Medical Journal*, 359, 43-51. [doi: https://doi.org/10.1136/bmj.j4351](https://doi.org/10.1136/bmj.j4351).
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-33. [doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324](https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324).
- Rajabi, G. R., & Abbasi, G. (2011). Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with timidity in students. *Clinical Psychology and Counseling Studies*, 1(2), 82-171. <https://doi.org/10.22034/jmep.2021.290716.1059>.
- Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., & O'Donovan, A. (2022). Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1645-1665. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34193026>.
- Sadri Damirchi, E., & Samadifard, H. R. (2018). The role of irrational beliefs, mindfulness and cognitive avoidance in the prediction of suicidal thoughts in soldiers. *Journal of Military Medicine*, 20(4), 8-431. [Text in Persian].
- Share, H., and Robati, Z. (2021). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive flexibility, suicidal thoughts, depression and hopelessness in soldiers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 27(4), 412-427. [Text in Persian]. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3095-fa.html>.
- Shafie Nejad, M., Zare Shahabadi, A., Mohammadi, Z., Azadvari, E. (2022). Analyzing the role of family factors in suicide attempts. *Journal of Psychology*, 1-29. [Text in Persian]. <http://risi.ihss.ac.ir/Article/37253>.
- Shojai Zand, N., Shahriari A., Mansour, A., and Kushki, S. (2017). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on death anxiety and suicidal thoughts in Plasco firemen. *The Second Scientific Research Conference on New Approaches in Iranian Humanities, Ilam, Iran*. [Text in Persian]. <https://civilica.com/doc/797436>.

- Susan C. C., Bianca, C., Akseer, N., Zasowski, C., Peter, S., & Zulfiqar, A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: A pooled analysis of the global school-based student health survey. *Biomedcentral Public Health*, 20(1102), 352-364. [doi:10.1186/s12889-020-09209-z](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z).
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36, 419-430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5).
- Tormoen, A., Myhre, M., Walby, F., Groholt, T., & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health*, 30(4), 688-692. [doi: 10.1093/eurpub/ckaa042](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042).
- Vente, T., Daley, M., Killmeyer, E., & Grubb, L. (2020). Association of social media use and high-risk behaviors in adolescents: Cross-sectional study (Preprint). *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3(1), 62-74. [doi: 10.2196/18043](https://doi.org/10.2196/18043).
- Wrath, A. J., & Adams, G. C. (2018). Self-injurious behaviors and adult attachment: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 1-24. [doi: 10.1080/13811118.2018.1486251](https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486251).
- Wheeler, J., Dudas, K., & Brooks, G. (2021). Anxiety and mindfulness exercise in healthcare simulation prebriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 59, 61-66. [doi.org/10.1016/j.ecns.2021.05.008](https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.05.008).
- Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 74-81. [doi:10.5539/ijps.v5n1p1](https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p1).
- You, J., & Lin, M. P. (2015). Predicting suicide attempts by time varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 24-33. [doi: 10.1037/a0039055](https://doi.org/10.1037/a0039055).
- Zelkowitz, R. L., David, A., & Cole, A. (2018). Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: Systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 27-310. [doi: 10.1111/sltb.12436](https://doi.org/10.1111/sltb.12436).



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای کنش تأملی

مرضیه شهرتی<sup>۱</sup>، محترم نعمت طاووسی<sup>۲\*</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای کنش تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک بود. روش این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. بر مبنای روش نمونه‌برداری داوطلبانه، ۳۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به خانه‌های امن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انتخاب شدند. آنها به پرسشنامه کنش تأملی والدین (لوتین و همکاران)، پرسشنامه تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران) و فهرست مشکلات هیجانی و رفتاری (آخنباخ و همکاران) پاسخ دادند. داده‌ها به وسیله آزمون تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد تجربه‌های آسیب‌زای کودکی به طور معناداری کنش تأملی پایین را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و کنش تأملی پایین مادران رابطه مثبت معناداری با مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان آنها داشت. این یافته‌ها با آشکار کردن نقش واسطه‌ای کنش تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک، ضرورت توجه به دوران کودکی را برجسته ساخت. باتوجه به این یافته‌ها توصیه می‌شود برای آشنایی و نحوه مقابله مادران با تجربه‌های آسیب‌زای کودکی به برگزاری کارگاه و آموزش بر مبنای نظریه دلبستگی پرداخته شود.

**کلیدواژه‌ها:** تجربه‌های آسیب‌زای کودکی، کنش تأملی، مشکلات هیجانی و رفتاری

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نهران، جنوب، تهران، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۴۰..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...

## مقدمه

مشکلات هیجانی و رفتاری<sup>۱</sup> از مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی شایع و ناتوان‌کننده در کودکان است، اوگاندل<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) این مشکل‌ها به دو گروه اولیه تقسیم کرده است: (۱) اختلالات برون‌نمود<sup>۳</sup> با مشخصه رفتارهای پرخاشگرانه و نمایشی مانند فزون‌کنشی<sup>۴</sup> و نافرمانی مقابله‌ای<sup>۵</sup> که اغلب معطوف به دیگران است و (۲) اختلالات درون‌نمود با رفتارهایی مانند گوشه‌گیری و انزواطلبی مانند اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی که بیشتر معطوف به خود فرد است. در پژوهش‌هایی که مشکلات هیجانی و رفتاری بررسی می‌شود، اغلب به بررسی عوامل میان‌فردی مانند نقش والدین پرداخته می‌شود، عوامل خطر متعددی از جمله محیط نامساعد خانوادگی مانند سبک‌های والدگری<sup>۶</sup> ناکارآمد و نارسایی در رفتارهای اجتماعی به‌واسطه ایجاد آشفتگی‌های هیجانی در بروز، تداوم و تشدید مشکل‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند (گارسیا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). از مهم‌ترین این عوامل، تعامل‌های منفی والد-کودک است که در این میان نقش مادر، ویژگی‌های شخصیتی وی، روابط والدین با یکدیگر و روابط آنها با کودک در بروز رفتارهای نامطلوب وی اهمیت بسیاری دارد (بهرامی، ۱۳۹۷). برای مثال بوزاتلو<sup>۸</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داد بین اختلال‌های روان‌شناختی مادر و بروز مشکلات متعدد هیجانی در کودک رابطه وجود دارد. در پژوهشی دیگر اسپیکدانز<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند والدینی که در دوران کودکی بیشتر در معرض تجربه‌های آسیب‌زا قرار گرفته‌اند، با احتمال بیشتری کودکانی با مشکلات سلامت رفتاری دارند. مونتویا-آرناس و همکاران (۲۰۲۲) معتقد است مهم‌ترین تجربه دوران کودکی، نخستین تجربه‌های کودک با مراقب اولیه است که در صورت منفی بودن آنها، احتمال تجربه‌های آسیب‌زای کودکی<sup>۱۰</sup> بیشتر، و پیامد آن، افزایش احتمال ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی است.

تجربه‌های آسیب‌زای کودکی دارای ابعاد مختلفی است که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از سوءاستفاده<sup>۱۱</sup> (هیجانی، جنسی و جسمانی) و غفلت<sup>۱۲</sup> (هیجانی و جسمانی). سوءاستفاده هیجانی به شرایطی گفته می‌شود که به کودک القا شود، ارزش وجودی او صرفاً

1. emotional and behavioral disorders
2. Ogundele
3. externalizing disorders
4. hyperactivity
5. oppositional defiant disorder
6. parenting styles
7. Garcia
8. Bozzatello
9. Schickedanz
10. child trauma experiences
11. abuse
12. neglect



وابسته به برآورده کردن انتظارات و نیازهای دیگران است. سوءاستفاده جنسی از کودک به نوعی از رابطه جنسی بین کودک و بزرگسال یا دو کودک مربوط می‌شود که یکی از آنها به‌طور مشخص بزرگتر باشد یا از زور و اجبار استفاده کند. سوءاستفاده جسمانی مبین ایجاد جراحت عمدی به کودک کمتر از ۱۸ سال از سوی بزرگسال است که با احتمال خطر مرگ یا آسیب همراه است. غفلت هیجانی به رفتارهایی اشاره دارد که در آن کودک، مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی دریافت نمی‌کند، مانند عدم توجه و عشق به کودک. غفلت جسمی به رفتارها و اعمالی اشاره دارد که طی آن کودک از امکانات مختلف مانند تغذیه، پوشاک، سرپناه و مراقبت‌های پزشکی محروم می‌شود و نیازهای اساسی او برآورده نمی‌شود (ویتگز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

تجربه‌های آسیب‌زا ممکن است ظرفیت کنش‌تأملی والدین<sup>۲</sup> را تغییر دهد، و شکل‌گیری دلبستگی<sup>۳</sup> ایمن در کودک را مختل سازد (جونز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بورلی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند مادران دارای تجربه‌های آسیب‌زا به دلیل نقص در کنش‌تأملی، در برخورد با فرزندان خود رفتارهایی مانند اضطراب و افسردگی بروز می‌دهند که منجر به آسیب‌پذیری کودکان آنها در زمینه‌های مختلف از جمله دلبستگی و مشکلات رفتاری می‌شود. افزون بر آن بین کنش‌تأملی پایین و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد رابطه وجود دارد (هایدن و همکاران، ۲۰۲۱). کنش‌تأملی، ساختاری سه سطحی شامل پیش-ذهنی‌سازی، قطعیت یا اطمینان از حالت‌های روانی و علاقه‌مندی و کنجکاوی<sup>۶</sup> در مورد حالت‌های روانی می‌باشد و به معنای توانایی «نگه داشتن ذهن دیگران در ذهن خود» (نیجسن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و مبین بروز آشکار ظرفیت ذهنی‌سازی فرد است. ذهنی‌سازی به معنای ظرفیت فرد برای درک رفتارهای خود و دیگران، ظرفیتی حیاتی برای داشتن روابط اجتماعی مؤثر در انسان است (کرینک<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). کنش‌تأملی والدین که در چهارچوب دلبستگی اولیه والدین تبلور می‌یابد (ون ووردن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹، یکی از راه‌های ایجاد ارتباط مطلوب مادر-کودک است (هلنیاک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، به این معنا که ظرفیت مادر برای نگه داشتن بازنمایی‌های کودکش در ذهن خود به قالب احساس‌ها، امیال و مقاصد، به کودک این امکان را می‌دهد که تجربه‌های درونی خود را با استفاده از بازنمایی‌های مادرش از آنها کشف کند (استفانی و بریژیت، ۲۰۲۱). اردوی<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند در صورتی که مادر کنش محدودی برای بازشناسی و پاسخگویی به نشانه‌های هیجانی اولیه کودک داشته باشد، آنها بیشتر در معرض مشکلات رفتاری و ارتباطی در دوران مدرسه و نوجوانی هستند و در مقابل، کودکانی که مراقبین آنها توانایی پاسخگویی حساس به آنها را دارند، با احتمال کمتری مشکلات رفتاری دارند. افزون بر آن بررسی‌ها نشان داد بین تجربه رویدادهای آسیب‌زای کودکی و افزایش ترشح هورمون کورتیزول رابطه مستقیم وجود دارد (بریندل، ۲۰۲۲). این رابطه

1. Witges
2. parental reflective functioning
3. attachment
4. Jones
5. Beverly
6. Pre-mentalization, certainty of mental states, interest and curiosity
7. Nijssens
8. Krink
9. Vanwoerden
10. Heleniak
11. Ordway

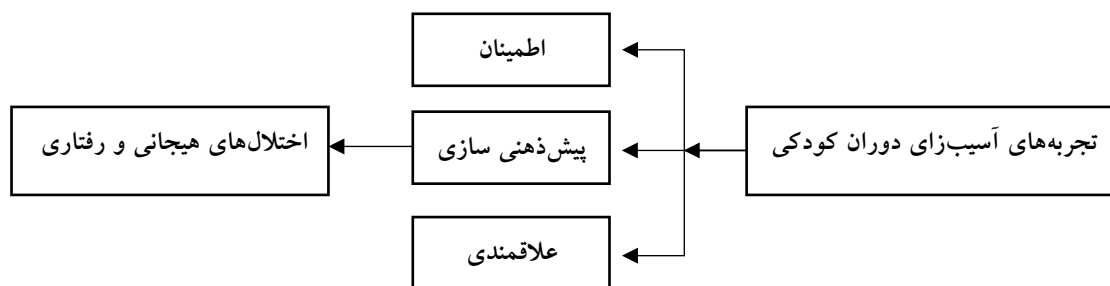


۴۲..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...

در بزرگسالی ثابت است (لب<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهش نیجسن و همکاران (۲۰۱۸) مادرانی که با کنش تأملی بالا تحمل اضطراب بیشتری هنگام مواجهه با بی‌قراری و گریه فرزند خود نشان می‌دهند، درک بیشتری از رفتار کودک خود دارند. بنابراین در صورت تجربه اضطراب بالا احتمال بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در کودک محتمل به نظر می‌رسد (لاوتارسکو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). براساس آنچه گفته شد کنش تأملی می‌تواند به عنوان متغیر واسطه‌گر در نظر گرفته شود و انتظار می‌رود تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر، از طریق کنش تأملی با پیامدهای رفتاری کودک در ارتباط باشد. همچنین مشکلات هیجانی و رفتاری به دلیل اینکه می‌توانند مشکلات زیادی را در دوران نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی کنند، بسیار مهم هستند (کوی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، بررسی متغیرهای تأثیرگذار و واسطه‌ای در این زمینه می‌تواند کمک بسیاری در زمینه پیشگیری و درمان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان داشته باشد. با این وجود تا آنجا که ما اطلاع داریم مسیرهای واسطه‌گری کنش تأملی مادر و تجربه‌های دوران کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک مورد بررسی قرار نگرفته است. افزون بر آن در ادبیات پژوهش داخلی نیز مفهوم کنش تأملی نسبتاً جدید است. بنابراین با توجه به افزایش روزافزون مشکلات هیجانی و رفتاری و تمرکز بر درمانگران و والدین و نه خود کودک در درمان این مشکلات، هدف این پژوهش دستیابی به فهمی روشن از نقش واسطه‌ای کنش تأملی مادر در ارتباط با تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر با مشکلات رفتاری و هیجانی کودک است تا براساس یافته‌های این پژوهش رهنمودهای کاربردی برای پیشگیری از بروز این مشکلات رفتاری و هیجان ارئه شود. پژوهش حاضر به دنبال آزمون فرضیه کلی زیر است:

کنش تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر با مشکلات رفتاری و هیجانی کودک نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

بدین به‌منظور یک مدل مفهومی ارائه شده است (شکل ۱).



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

1. Lob
2. Lautarescu
3. Cui

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن شامل مادران دارای کودکان ۶ تا ۱۸ ساله مراجعه کننده به خانه های امن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه مطابق با نظر کلاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) به ازای هر گویه ۲/۵ تا ۵ نفر برآورد شد و با توجه به مجموع ۱۲۳ گویه ابزارهای این پژوهش، حجم نمونه ۳۲۰ نفر انتخاب شدند. بر اساس روش نمونه برداری داوطلبانه، در سه خانه امن شهر تهران، ۳۲۰ پرسشنامه به طور تصادفی بین مادران توزیع شد. پس از حذف ۱۴ پرسشنامه مخدوش از تحلیل آماری، ۳۰۶ شرکت کننده نمونه پژوهش را تشکیل دادند. دامنه سنی مادران گروه نمونه ۲۲ تا ۶۲ سال و میانگین سن آنها ۴۱/۱۷ با انحراف استاندارد ۸/۳۳ بود. دامنه مدت تأهل گروه نمونه ۲ تا ۴۲ سال و میانگین مدت تأهل آنها برابر ۱۶/۱۹ با انحراف استاندارد ۸/۴۱ بود.

**فهرست رفتاری کودک<sup>۲</sup> (CBCL):** این پرسشنامه را آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) طراحی کرده اند. این سیاهه، شایستگی ها و کنش وری سازشی و مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان ۶-۱۸ ساله را مورد سنجش قرار می دهد. این فهرست ۱۱۳ گویه ای توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد تکمیل می شود. نمره های خام مقیاس های مشکلات این فهرست از طریق جمع نمره های ۰، ۱ و ۲ به دست می آید. در بررسی های تحلیل عاملی آخنباخ و همکارانش به ۸ عامل گوشه گیری/ افسردگی، افسردگی/ اضطراب، مشکل اجتماعی، شکایت های جسمانی، مشکل تفکر، نادیده گرفتن قواعد، مشکل توجه و رفتار پرخاشگرانه، مشخص شده است. ۹ سؤال نیز در هیچ یک از این ۸ مقیاس، جای نمی گیرد و در مقیاسی با عنوان «مشکل های دیگر» قرار داده می شود. سه عامل گوشه گیری/ افسردگی، افسردگی/ اضطراب و شکایت های جسمانی به عنوان مشکلات درون نمود و دو عامل رفتارهای قانون شکنی و پرخاشگریانه به عنوان مشکلات برون نمود در نظر گرفته می شوند و در نهایت می توان با جمع کردن نمره های ۸ مقیاس به نمره کلی دست یافت که بالاترین و کلی ترین عامل است. ضرایب آلفای کرونباخ برای گوشه گیری/ افسردگی ۰/۸۰، افسردگی/ اضطراب ۰/۸۴، مشکل اجتماعی ۰/۷۹، مشکل تفکر، ۰/۶۶، مشکل توجه ۰/۷۸، شکایت های جسمانی ۰/۷۸، رفتارهای قانون شکنی ۰/۸۵، رفتارهای پرخاشگریانه ۰/۹۴، بعد برون نمود ۰/۵۹ و برای بعد درون نمود ۰/۶۵ به دست آمد (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۳). روایی همگرای این سیاهه با پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر در حد رضایت بخش بود و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای همان زیر مقیاس ها را به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۸، ۰/۸۶، ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۸۶، بعد برون نمود ۰/۸۳ و برای بعد درون نمود ۰/۷۶ گزارش به دست آمد (مینایی، ۱۳۸۵). در این پژوهش به منظور بررسی نشانه های درون نمود و برون نمود تنها از گویه های مقیاس های مبتنی بر تجربه (نشانگان برون نمود و درون نمود) استفاده شد. پرسشنامه فهرست رفتاری کودک دارای نمره کلی می باشد و این امکان به پژوهشگر داده شد که از آوردن ابعاد این پرسشنامه در پژوهش حاضر خودداری کند. در این پژوهش اعتبار سیاهه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

1. Kline
2. Child Behavior Checklist (CBCL)

۴۴ ..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...

پرسشنامه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی<sup>۱</sup> (CTQ): این پرسشنامه را برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) برای جمعیت عمومی و بالینی طراحی کرده‌اند که ۲۵ گویه دارد و ۵ حوزه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی را به ترتیب پوشش می‌دهد: سوء استفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی و غفلت هیجانی و فیزیکی. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، اکثر اوقات رخ داده = ۵) نمره گذاری می‌شود و از مجموع نمرات گویه‌ها، نمره کل به دست می‌آید. دامنه نمرات برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ می‌باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه از ۲۵ تا ۱۲۵ است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد یعنی تجربه‌های آسیب‌زای بیشتری را تجربه کرده است. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) اعتبار همزمان این سیاهه با درجه‌بندی درمانگران از میزان تجربه‌های آسیب‌زای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ و همچنین ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌ها آن بین ۰/۸۱ (سوء استفاده فیزیکی) تا ۰/۹۴ (سوء استفاده جنسی) برآورد کرده‌اند. غضنفری و رضایی (۱۳۹۵) در بررسی اعتبار سازه‌ای پنج عامل سوء استفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی و غفلت هیجانی و فیزیکی را استخراج کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۶۸، ۰/۷۶، و ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. پرسشنامه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی دارای نمره کلی می‌باشد و این امکان به پژوهشگر داده شد که از آوردن ابعاد این پرسشنامه در پژوهش حاضر خودداری کند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه کنش‌تأملی<sup>۲</sup> والدینی (PRFQ): توسط لوتین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷) ساخته شده است. این پرسشنامه با ۱۸ گویه توانایی مراقب، در تأمل در تجربه‌های شخصی درونی خود و تجربه‌ای که در درون فرزندش اتفاق می‌افتد را ارزیابی می‌کند و به سه بخش تقسیم می‌شود: حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی به ارزیابی موضع فاقد ذهنی‌سازی را می‌پردازد که معمولاً ویژگی‌های والدینی است که در ظرفیت تأملی خود اختلال‌های شدیدی دارند، حالت قطعیت یا اطمینان از وضعیت روانی، نشان‌دهنده آگاهی از عدم شفافیت یا ابهام در حالت روانی هستند و توانایی والدین در تشخیص ابهام یا عدم شفافیت را اندازه‌گیری می‌کند، علاقه و کنجکاوی درباره وضعیت روانی که منعکس‌کننده علاقه و کنجکاوی فعالانه والد و تمایل داشتن به درک و فهم وضعیت روانی کودک است. لوتین و همکاران (۲۰۱۷) ضرایب آلفای کرونباخ حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی، حالت قطعیت و علاقه و کنجکاوی در حالت‌های ذهنی به ترتیب، ۰/۷۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ و همسانی درونی آن مناسب گزارش شده است (لوتین و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۶) همسانی درونی قابل قبولی گزارش شد، به ترتیب زیرمقیاس‌های حالت پیش‌ذهنی‌سازی، قطعیت در مورد حالت ذهنی و علاقه و کنجکاوی در حالت‌های ذهنی ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ را گزارش شده است. روایی همگرایی این پرسشنامه نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با فهرست نظم‌جویی هیجان<sup>۴</sup> (شیلدز و سیکته، ۱۹۹۵) ۰/۱۸ تا ۰/۴۱ گزارش شد (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۶). با توجه به اینکه پرسشنامه کنش‌تأملی فاقد نمره کلی می‌باشد پژوهشگر ناچار به استفاده از سه بعد این پرسشنامه شد. در این پژوهش اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پیش‌ذهنی‌سازی، اطمینان و علاقه‌مندی به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۷ و ۰/۸۹ گزارش شد.

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
2. Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ)
3. Luyten
4. Emotion Regulation Checklist

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مشکلات رفتاری کودکان، تجربه‌های آسیب‌زای کودکی و کنش‌تأملی مادران در جدول ۱ نمایش داده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی با مشکلات رفتاری کودک و پیش‌ذهنی‌سازی از کنش‌تأملی مادران رابطه مثبت معنادار و بین تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی با اطمینان و علاقه‌مندی از کنش‌تأملی مادران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. افزون بر آن زیرمقیاس پیش‌ذهنی‌سازی با مشکلات رفتاری کودک رابطه مثبت معنادار و زیرمقیاس‌های اطمینان و علاقه‌مندی با مشکلات رفتاری کودک رابطه منفی معنادار دارند.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

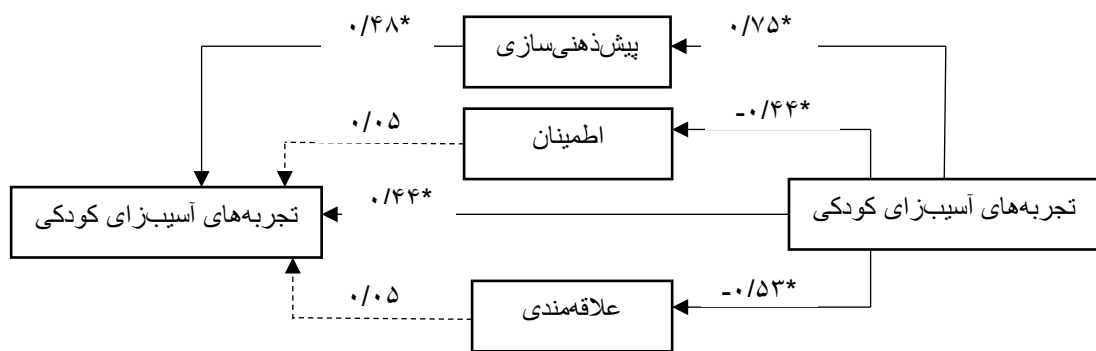
متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴
مشکلات رفتاری کودک	۴۱/۰۶	۲۳/۵۱	-			
تجربه‌های آسیب‌زای کودکی	۶۷/۳۷	۳۰/۲۴	۰/۸۰*	-		
پیش‌ذهنی‌سازی	۲۰/۶۷	۹/۸۶	۰/۸۱*	۰/۷۵*	-	
اطمینان	۲۹/۲۷	۷/۶۷	-۰/۴۱*	-۰/۴۴*	-۰/۴۹*	
علاقه‌مندی	۳۱/۸۷	۸/۶۶	-۰/۵۳*	-۰/۵۳*	-۰/۶۳*	۰/۸۲*

\*  $P < 0.01$

برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر این‌که «کنش‌تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای کودکی و مشکلات رفتاری کودک نقش واسطه‌ای دارد» از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی آن (حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها، داده‌های پرت، آزمون کرویت و هم‌خطی چندگانه) اطمینان حاصل شد. برای حجم نمونه اغلب مؤلفان نمونه بالاتر از ۲۰۰ نفر را برای معادلات ساختاری مناسب دانسته‌اند که بر این اساس حجم نمونه (۳۰۶ نفر) شرط کفایت نمونه را برقرار می‌سازد. افزون بر آن شاخص کیزر-میر-اولکین<sup>۱</sup> برابر ۰/۹۴۲ به دست آمد که بیانگر کفایت حجم این نمونه است (ضریب ۰/۰۶ به‌عنوان حداقل مقدار لازم برای تحلیل در نظر گرفته می‌شود). نتایج آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> ( $\chi^2 = 32924/839$  و  $P < 0.001$ ) نیز نشان‌دهنده برقراری مفروضه همانی بودن ماتریس همبستگی بین گویه‌ها است. نتایج آزمون تحلیل مسیر برای تعیین نقش واسطه‌ای کنش‌تأملی مادر (پیش‌ذهنی‌سازی، اطمینان و علاقه‌مندی) در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای کودکی با مشکلات رفتاری کودک با ضرایب استاندارد و معناداری ضرایب هر یک از مسیرها به نمایش درآمده است (شکل ۲).

1. Kaiser- Meyer- Olkin (KMO)
2. Bartlett's test of sphericity

۴۶ ..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...



شکل ۲: نمودار مسیرهای برازش یافته با مدل استاندارد ( $P < 0.05$ )

به منظور تعیین شاخص‌های برازش مدل، پژوهشگران نسبت خوبی دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی و شاخص برازندگی تعدیل یافته بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۹۰، ریشه دوم واریانس خطای تقریب کمتر از ۰/۰۸ و شاخص برازندگی غیر تطبیقی بزرگ‌تر از ۰/۹۰ را از نشانه‌های برازش مناسب و از شاخص‌های مطلوب برای ارزیابی مدل می‌دانند. در نتیجه با توجه به شاخص‌های به دست آمده در مدل ارائه شده ( $\chi^2/df = 2/890$ )،  $GFI = 0.935$ ،  $CFI = 0.917$ ،  $NFI = 0.916$ ،  $RMSEA = 0.076$ ،  $AGFI = 0.918$  است. با توجه به برازش مناسب مدل جهت آزمون فرضیه پژوهش بر اساس روش بوت استرپ<sup>۱</sup> ضرایب تخمین استاندارد نشده و استاندارد شده مسیرهای مدل ارائه شده در جدول ۲ آمده است.

بر اساس مسیرهای آزمون شده در جدول ۲، اثر مستقیم تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی بر مشکلات رفتاری کودک به صورت مثبت و بر اطمینان و علاقه‌مندی منفی معنادار است. بر اساس نتایج اثر مستقیم زیرمقیاس پیش‌ذهنی‌سازی بر مشکلات رفتاری کودک مثبت معنادار است. اما اثر مستقیم زیرمقیاس‌های اطمینان و علاقه‌مندی بر مشکلات رفتاری کودک معنادار نیستند. افزون بر آن اثر غیرمستقیم تجربه‌های آسیب‌زای کودکی به صورت مثبت بر مشکلات رفتاری کودک با واسطه کنش تأملی مادر معنادار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد کنش تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات رفتار کودک نقش واسطه‌ای دارد.

جدول ۲: ضرایب استاندارد کل، مستقیم و غیرمستقیم

مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	واریانس تبیین شده
بر پیش‌ذهنی‌سازی از تجربه‌های آسیب‌زای کودکی	۰/۷۵	۰/۷۵	-	۰/۵۶
بر اطمینان از مشکلات رفتاری کودک	-۰/۴۴	-۰/۴۴	-	۰/۲۰

1. bootstrap

۰/۲۸				بر علاقه‌مندی از
	-	-۰/۵۳	-۰/۵۳	تجربه‌های آسیب‌زای کودکی
۰/۷۳				بر مشکلات رفتاری کودک از
	۰/۳۵*	۰/۴۴	۰/۷۹	تجربه‌های آسیب‌زای کودکی
	-	۰/۴۸	۰/۴۸	پیش‌ذهنی‌سازی
	-	۰/۰۵	۰/۰۵	اطمینان
	-	-۰/۰۴	-۰/۰۴	علاقه‌مندی

\*P&lt;۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل مسیر در جدول ۲ نشان می‌دهد که تجربه‌های آسیب‌زای کودکی توانایی تبیین ۵۶، ۲۰ و ۲۸ درصد از واریانس پیش‌ذهنی‌سازی، اطمینان و علاقه‌مندی کنش‌تأملی مادران را دارند. افزون بر آن تجربه‌های آسیب‌زای کودکی و کنش‌تأملی مادران توانایی تبیین ۷۳ درصد از واریانس مشکلات رفتاری کودک را دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای کنش‌تأملی مادر در رابطه بین تجربه‌های آسیب‌زای مادر با مشکلات هیجانی و رفتاری کودک انجام شد. نتایج این پژوهش با حمایت از یافته‌های پژوهش‌های بوزاتلو (۲۰۱۹)، بهرامی و همکاران، (۱۳۹۷) و گارسیا، (۲۰۱۹) نشان داد تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر با مشکلات رفتاری کودک ارتباط دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مادرانی با تجارب آسیب‌زای کودکی به احتمال زیاد دچار اختلال‌های روان‌شناختی متعدد در بزرگسالی می‌شوند و بیماری روانی مادر، ممکن است تأثیر عمیقی بر رشد فرزند او داشته باشد و همچنین باعث شکل‌گیری سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد شود و در نتیجه احتمال بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان آن‌ها افزایش یابد. درواقع مادرانی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی و یا غفلت هیجانی و جسمانی قرار گرفته‌اند معمولاً در برخورد با فرزندان خود رفتارهای همراه با بی‌حوصلگی و عدم ابراز عواطف کلامی و غیر کلامی نشان می‌دهند (گارسیا، ۲۰۱۹). افزون بر آن اعتیاد به الکل و مواد مخدر، می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های نادرست مقابله با ضربه‌های روانی ناشی از تجارب آسیب‌زای کودکی باشد و با توجه به اینکه مادر به طور کلی مراقب اولیّه است، سوءمصرف الکل می‌تواند با کاهش ظرفیت مادر، برای مراقبت از فرزندان باعث بروز انواع مشکلات رفتاری و هیجانی در آن‌ها شود. به گفته بهرامی و همکاران (۱۳۹۷)، اعتیاد و افسردگی رابطه مستقیم با یکدیگر دارند و همچنین از سوی دیگر افسردگی مادر با شیوه‌های نامطلوب والدگری مانند پاسخگو نبودن، بی‌توجهی، مداخله‌گری و ادراک منفی از کودک همراه است.

نتایج این پژوهش نشان داد تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی با زیرمقیاس‌های اطمینان و علاقه‌مندی کنش‌تأملی مادران رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بورلی و همکاران، (۲۰۱۹)، فوناگی و همکاران (۲۰۰۲)، کرینک و همکاران (۲۰۱۸)، ون ووردن (۲۰۱۹) و هایدن و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

۴۸ ..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کنش‌تأملی در بستر دلبستگی اولیه رخ می‌دهد، به بیان دیگر اگرچه فرد با مکانیسم‌هایی به دنیا می‌آید که کنش‌تأملی را امکان‌پذیر می‌کند، اما این مهارتی است که از طریق تعامل‌های متقابل بین کودک و مراقبان و عموماً از طریق دلبستگی ایجاد می‌شود (هایدن و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به نظریه دلبستگی در صورتی که الگوهای تعامل کودک با مراقبان تکرار شود، کودک به تدریج بازنمایی‌هایی از خود و دیگران را در روابط ایجاد می‌کند، این بازنمایی‌ها در طول زندگی نسبتاً پایدار می‌ماند، بنابراین می‌توان انتظار داشت در صورتی که دلبستگی ناایمن باشد، فرد در بزرگسالی توانایی درک حالت‌های روانی خود و دیگران را نداشته و در پاسخ به نقص دلبستگی، کنش‌تأملی مختل نشان می‌دهد. همچنین به نظر می‌رسد قرار گرفتن در معرض آسیب‌های دوران کودکی، به ویژه زمانی که توسط مراقبان اولیه یا تحت مراقبت آنها ایجاد شود می‌تواند بر دلبستگی ایمن اثر مخرب داشته باشد، به این صورت که مراقبت همراه با بدرفتاری و یا سهل‌انگاری می‌تواند بر احساس امنیت کودک، که برای ایجاد دلبستگی ایمن ضروری است تأثیرگذار باشد و در چنین موقعیتی کودک، مراقب خود را به عنوان منبع پریشانی بالقوه درک می‌کند و به تبع آن جهان را مکانی ناامن، ترسناک و غیرقابل‌پیش‌بینی می‌ابد که در آن نمی‌تواند به دیگران اعتماد کند که این امر از ویژگی‌های نقص در کنش‌تأملی می‌باشد. به بیان دیگر تجربه‌های آسیب‌زای کودکی می‌تواند منجر به فقدان ذهنیت‌سازی کافی والدین از تجربه‌های کودکی باشد و بر نحوه درک از خود و محیط اطرافش شود. با توجه به اینکه دلبستگی در طول زمان ثابت می‌ماند و بر بازنمایی دلبستگی در بزرگسالی اثر می‌گذارد، قرار گرفتن در معرض تجربه‌های آسیب‌زا در اوایل کودکی، ظرفیت والدین برای مراقبت از فرزندان، به ویژه در لحظات پریشانی را از بین می‌برد که بر سبک دلبستگی فرزندان آنها نیز تأثیرگذار است (کرینک و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج این پژوهش با حمایت از هایدن (۲۰۲۱) نشان داد بین مؤلفه‌های پیش‌ذهنی‌سازی، اطمینان و علاقه‌مندی کنش‌تأملی مادر و مشکلات رفتاری و هیجانی کودک رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت نشانه‌های متعددی در ارتباط بین کنش‌تأملی و مکانیسم‌های دفاعی وجود دارد، به این صورت که هر دو نقش مهمی در حفظ ثبات ذهنی دارند و اختلال در آنها با فشار و اختلال روانی همراه است. از آنجا که کنش‌تأملی فرد را قادر می‌سازد تا در مورد اعمال خود و به ویژه دیگران تأمل کند، ارتباط کنش‌تأملی و مکانیسم‌های دفاعی محتمل است. به نظر می‌رسد دفاع‌های ناکارآمد به والدین این امکان را نمی‌دهد که توانایی ذهنی‌سازی خود را در روابط نزدیک و به‌خصوص با کودک خود توسعه دهند و در مواقعی که فشار روانی زیاد است نمی‌توانند با فرزند خود ارتباط برقرار کنند و همین موضوع احتمال بروز اختلال‌های روانی و مشکلات رفتاری را در کودک افزایش می‌دهد. هایدن و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی نشان دادند افرادی که نمره ذهنی‌سازی پایین‌تری داشتند در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی محدود بودند، زیرا برای شناسایی حالات درونی خود و دیگران دچار مشکل بودند، در مقابل کنش‌تأملی سالم فرد را قادر می‌سازد به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد راه سالم‌تری را برای مقابله با محرک استرس‌زا اتخاذ کند.

همچنین نتایج این پژوهش این نکته را آشکار کرد که تجربه‌های آسیب‌زای کودکی بر مشکلات هیجانی و رفتاری به صورت مثبت با واسطه مؤلفه پیش‌ذهنی‌سازی از کنش‌تأملی مادر معنادار است که این نتایج با پژوهش‌های بریندل (۲۰۲۲)، لاوتارسکو و همکاران، (۲۰۲۰)، نیچسن و همکاران (۲۰۱۸) و همسو بود.

این احتمال وجود دارد که قرار گرفتن در معرض تجارب آسیب‌زا در اوایل کودکی بر ساختارهای مغزی و همچنین کارکرد غدد درون ریز تاثیر گذار باشد و همین مسئله زمینه‌ساز ابتلا به انواع اختلالات روان‌شناختی مانند اختلالات خلقی و اضطرابی در بزرگسالی شود. نیجسن و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که افزایش ترشح کورتیزول که اصلی‌ترین هورمون دخیل در اضطراب است، در کودکان دارای تجارب آسیب‌زا تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و با توجه به اینکه کنش تأملی یک ظرفیت اساسی است که از طریق آن والدین رفتارهای کودک خود را درک کرده و با اضطراب والدینی کنار می‌آیند در صورت افزایش تجربه اضطراب مزمن اختلال در کنش تأملی محتمل به نظر می‌رسد. همچنین پژوهش‌های بریندل، (۲۰۲۲) نشان داد مادرانی با نمره کنش تأملی بالا تحمل اضطراب بیشتری هنگام گریه نوزادان داشتند. بنابراین به نظر می‌رسد هرچه کنش تأملی مادر ضعیف‌تر باشد، میزان ترشح بالا کورتیزول و راهکارهای مقابله‌ای با شرایط اضطراب‌زا کم‌تر می‌شود. با توجه به اینکه مادرانی که سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند در تعامل با فرزندان خود گرمی و انعطاف کم‌تری از خود نشان داده و در پاسخگویی حساس به نیازها و علایق فرزند خود مشکل دارند، بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان آنها محتمل است. بنابراین می‌توان گفت جای شگرف نیست که تجارب آسیب‌زای کودکی مادر بیشترین تاثیر خود را بر مشکلات رفتاری و هیجانی کودک، به طور غیرمستقیم و از طریق کنش تأملی مادر می‌گذارد.

استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و بررسی مقطعی امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با سازماندهی پژوهش‌های کیفی و بررسی‌های طولی برای آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش امکان تبیین علی نتایج میسر شود. در سطح به کار بسته نیز برگزاری کارگاه‌های آموزشی و جلسات مشاوره برای آموزش شیوه‌های والدگری مبتنی بر روی‌آورد دلبستگی و آشنایی و نحوه مقابله با تجربه‌های آسیب‌زا کودکی به مادران پیشنهاد می‌شود. همچنین در مداخلات درمانی برای افسردگی و اضطراب پیشنهاد می‌گردد از مداخلات مبتنی بر تجارب آسیب‌زا مثل رفتاردرمانی شناختی استفاده شود.

## تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان و مدیران محترم خانه‌های امن شهر تهران که در اجرای پژوهش همکاری‌های لازم را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود. و ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۳). تجارب آسیب‌زای کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵. URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-۲۰۹۰-۱-fa.html>

### fa.html

اسدالهی، فاطمه. و امینی، سمیه. (۱۳۹۴). تاثیر بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی. کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی. تهران: مؤسسه ایده‌پرداز پایتخت ویرا.

دادستان، پریخ، بیات، مریم. و عسگری، علی. (۱۳۸۸). تاثیر بازی‌درمانگری کودک‌محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان. مجله علوم رفتاری، ۳(۴)، ۲۶۴-۲۵۷.



- ۵۰..... رابطه تجربه‌های آسیب‌زای کودکی مادر و مشکلات هیجانی و رفتاری کودک: نقش واسطه‌ای...
- کاکابرایی، کیوان، حبیبی عسگرآباد، مجتبی. فدایی، زهرا. (۱۳۸۷). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ: فرم خدگزارشگری ۶-۱۸ سال کودک و نوجوان بر روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱(۴)، ۵۰-۶۶.
- Doi: 10.22034/CECIRANJ.2018.68957
- گودرزی، زهرا، قنبری، سعید، پاکدامن، شهلا. و مظاهری، محمد علی. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجانی در رابطه کنش‌تأملی مادران و مشکلات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، ایران.
- متیس، و. و لاکمن، ج. (۱۳۹۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان. ترجمه اکرم. پرند و عباسعلی. حسین. خانزاده. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۰).
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). هنجاریابی نظام‌سنجشی مبتنی بر تجربه آخنباخ. تهران: انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی ۶(۱)، ۵۲۹-۵۵۸
- هویت، دنیس. و کرامر، دانکن. (۱۳۹۵). روش‌های آماری در روان‌شناسی و سایر علوم رفتاری. ترجمه حسن پاشا. شریفی، جعفر. نجفی‌زند، مالک. میرهاشمی، داوود. معنوی‌پور و نسترن. شریفی. تهران: انتشارات سخن (سال انتشار اثر اصلی ۲۰۰۵).
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Burlington, VT: University of Vermont*, 1-9.
- Asdalahi, F. and Amini, S. (2014). *The effect of cognitive-behavioral group play therapy on reducing the behavioral problems of children with hyperactivity*. Annual conference of new research approaches in humanities. Tehran: Idepardaz Institute of Vira capital.
- Bahrami, B., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., & Mohammadkhani, P. (2018). Comparison of personality among mothers with different parenting styles. *Iranian journal of psychiatry*, 13(3), 200–206. PMID: [30319703](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30319703/)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. Doi: [10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Maternal and child sexual abuse history: An intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 10, 1062. Doi: [10.3389/fpsyg.2019.01062](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062)
- Bottos, S., & Nilsen, E. S. (2014). The cross-generational effects of maternal maltreatment histories: Implications for children's mentalizing development. *Child Abuse & Neglect*, 38(6), 1094-1105. Doi: [10.1016/j.chiabu.2014.02.012](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.012)
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10, 710. Doi: [10.3389/fpsyt.2019.00710](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00710)
- Brindle, R. C., Pearson, A., & Ginty, A. T. (2022). Adverse childhood experiences (ACEs) relate to blunted cardiovascular and cortisol reactivity to acute laboratory stress: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104530. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104530
- Brindle, R. C., Pearson, A., & Ginty, A. T. (2022). Adverse childhood experiences (ACEs) relate to blunted cardiovascular and cortisol reactivity to acute laboratory stress: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104530. Doi: [10.1016/j.neubiorev.2022.104530](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104530)

- Cui, M., Graber, J. A., Metz, A., & Darling, C. A. (2019). Parental indulgence, self-regulation, and young adults' behavioral and emotional problems. *Journal of Family Studies*, 25(3), 233-249. Doi: [10.1080/13229400.2016.1237884](https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1237884)
- Dadsetan, Parirukh., Bayat, Maryam. and Askari, Ali. (1388). The effect of child-centered play therapy on reducing children's externalizing problems. *Journal of Behavioral Sciences*, 3(4), 264-257.
- Ebrahimi, H. Dejkam, M. and Thagha Al-Islam, T. (2013). Traumatic childhood experiences and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 282-275. URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-en.html>
- Ehrental, J. C., Levy, K. N., Scott, L. N., & Granger, D. A. (2018). Attachment-related regulatory processes moderate the impact of adverse childhood experiences on stress reaction in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(Supplement), 93-114. Doi: [10.1521/pedi.2018.32.sup.93](https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.sup.93)
- Felitti, V., & Anda, R. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (pp. 77-87). Cambridge: Cambridge University Press. Doi: [10.1016/j.psychres.2019.01.042](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.042)
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 8(1), 87-114. Doi: [10.1080/10481889809539235](https://doi.org/10.1080/10481889809539235)
- Garcia, F., Serra, E., Garcia, O. F., Martinez, I., & Cruise, E. (2019). A third emerging stage for the current digital society? Optimal parenting styles in Spain, the United States, Germany, and Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2333. Doi: [10.3390/ijerph16132333](https://doi.org/10.3390/ijerph16132333)
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual & empirical foundations. In J. J. Gross (ed.), *Hand Book oh emotion regulation*. New York: Guilford Press. Doi:
- Guderzi, Z., Ghanbari, S., Pakdaman, Sh. and Mazaheri, M. A. (2016). *The mediating role of emotional regulation in the relationship between mothers' reflective action and children's internalization and externalization problems*. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Iran.
- Hewitt, D. and Kramer, D. (2015). *Statistical methods in psychology and other behavioral sciences*. Translated by H. P. Sharifi, J. Najafizand, M. Mirhashmi, D. Manavipour and N. Sharifi Tehran: Sokhon Publishing House (the original work was published in 2005).
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. Doi: [10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Iob, E., Lacey, R., & Steptoe, A. (2020). The long-term association of adverse childhood experiences with C-reactive protein and hair cortisol: cumulative risk versus dimensions of adversity. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 318-328. Doi: [10.1016/j.bbi.2019.12.019](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.12.019)
- Jones, T. M., Nurius, P., Song, C., & Fleming, C. M. (2018). Modeling life course pathways from adverse childhood experiences to adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 80, 32-40. Doi: [10.1016/j.chiabu.2018.03.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.005)
- Kakabraee, K., & Emami Ale Agha, S. (2018). Effectiveness of problem solving training on behavioral problems of preschool children with behavioral disorder. *Empowering Exceptional Children*, 9(1), 51-64. Doi: [10.22034/CECIRANJ.2018.68957](https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2018.68957)

- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465. Doi: [doi.org/10.1002/2327-6924.12215](https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215)
- Kline, R. B. (2011). Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling.
- Krink, S., Muehlhan, C., Luyten, P., Romer, G., & Ramsauer, B. (2018). Parental reflective functioning affects sensitivity to distress in mothers with postpartum depression. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1671-1681. Doi: 10.1007/s10826-017-1000-5
- Lautarescu, A., Craig, M. C., & Glover, V. (2020). Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *International review of neurobiology*, 150, 17-40. Doi: [10.1016/bs.irn.2019.11.002](https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002)
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology*, 19, 65-74. Doi: [10.1016/j.copsyc.2017.04.004](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.004)
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS one*, 12(5), e0176218. [10.1371/journal.pone.0176218](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218)
- Mattis, and and Lockman, J. (2011). *Confrontational disobedience disorder and conduct disorder in children*. Translated by A. Parand and A. H. Khanzadeh Tehran: Arjmand Publications (publishing date of the original work, 2010).
- Minai, A. (1384). *Standardization of measurement system based on Aschenbach's experience*. Tehran: Publications of Organization for Education and Education of Exceptional Children.
- Montoya-Arenas, D. A., Londoño-Guzmán, D., Franco, J. G., & Gaviria, A. M. (2022). Effect of exposure to socio-political violence and abuse during childhood on executive planning in adult life. *Frontiers in psychiatry*, 2646. Doi: [10.3389/fpsyt.2021.693741](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.693741)
- Nijssens, L., Bleys, D., Casalin, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2018). Parental attachment dimensions and parenting stress: The mediating role of parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 2025–2036. Doi: [10.1007/s10826-018-1029-0](https://doi.org/10.1007/s10826-018-1029-0)
- Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World journal of clinical pediatrics*, 7(1), 9. Doi: [10.5409/wjcp.v7.i1.9](https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9)
- Pazzagli, C., Delvecchio, E., Raspa, V., Mazzeschi, C., & Luyten, P. (2018). The parental reflective functioning questionnaire in mothers and fathers of school-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 80-90. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0856-8>
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407-414. [10.1016/j.psychres.2016.10.037](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037)
- Schickedanz, A., Halfon, N., Sastry, N., & Chung, P. J. (2018). Parents' Adverse childhood experiences and their children's behavioral health problems. *Pediatrics*, 142(2), e20180023. Doi: [10.1542/peds.2018-0023](https://doi.org/10.1542/peds.2018-0023)
- Stephanie, K., & Brigitte, R. (2021). Various mentalizing concepts in mothers with postpartum depression, comorbid anxiety, and personality disorders. *Infant mental health journal*, 42(4), 488-501. Doi: [10.1002/imhj.21914](https://doi.org/10.1002/imhj.21914)
- Vanwoerden, S., Greiner, I., Ensink, K., & Sharp, C. (2019). The relations between self-and caregiver-focused reflective function and theory of mind in the context of borderline pathology in adolescence. *Psychiatry Research*, 273, 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.042>

Witges, K. M., Bernstein, C. N., Sexton, K. A., Afifi, T., Walker, J. R., Nugent, Z., & Lix, L. M. (2019). The relationship between adverse childhood experiences and health care use in the Manitoba IBD Cohort Study. *Inflammatory bowel diseases*, 25(10), 1700-1710. Doi: [10.1093/ibd/izz054](https://doi.org/10.1093/ibd/izz054)



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/>).

## اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و

### جهت‌گیری زندگی در زنان مطلقه

شهره سلمانی زاده<sup>۱</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۲\*</sup>

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری زندگی در زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اصفهان اجرا شد. روش پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۹ تشکیل می‌داد. بدین منظور از بین مراجعه‌کنندگان، ۲۸ نفر که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند به شیوه نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان متمرکز بر هیجان گولدمن و گرینبرگ را به صورت فردی دریافت نمودند. آنها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه‌های خودناتوان‌سازی جونز و رودالت، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی جرابک و جهت‌گیری زندگی شی و همکاران پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده گردید. نتایج حاکی از کاهش خودناتوان‌سازی و بهبود مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. بنابر یافته‌های پژوهش می‌توان از آن برای کاهش خودناتوان‌سازی و بهبود مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری زندگی در میان زنان مطلقه از درمان متمرکز بر هیجان سود جست.

**کلیدواژه‌ها:** جهت‌گیری زندگی، خودناتوان‌سازی، درمان متمرکز بر هیجان، زنان مطلقه، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان،

ایران [sh.salmanizadeh@yahoo.com](mailto:sh.salmanizadeh@yahoo.com)

## مقدمه

جوامع در دهه‌های اخیر، شاهد تغییرات برجسته‌ای در شیوع اشکال متنوع خانواده بوده است (مارکوک<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲). بی‌تردید، خانواده تشکیلات پایه‌ای هر نظامی می‌باشد و طلاق یکی از آسیب‌های اجتماعی است که در جوامع امروزی به شدت رواج یافته است (اسبارا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). تحولات اجتماعی دهه‌های اخیر نظام خانواده را با تغییرات، چالش‌ها و نیازهای جدید مواجه ساخته و آن‌را در معرض تهدید قرار داده است (بیگی، ۱۴۰۱). بحران‌هایی مانند طلاق منجر به عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود. این فروپاشی آن‌قدر قدرتمند است که سبب افسردگی، ناامیدی، درماندگی و آسیب‌پذیری می‌شود (تیسو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

راهبردهای خودناتوان‌سازی<sup>۴</sup> به مجموعه‌ای از انتخاب‌ها و نگرش‌های اتخاذ شده برای به حداقل رساندن سرزنش شکست و افزایش ارزش موفقیت در موقعیت‌های موفقیت اشاره دارد (بورچوویچ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). خودناتوان‌سازی دارای دو طبقه کلی رفتاری و کلامی می‌باشد. خودناتوان‌سازی رفتاری عبارت است از مانع‌تراشی واقعی، بر سر راه رسیدن به موفقیت که احتمال موفقیت را کاهش می‌دهد. خودناتوان‌سازی اظهاری (کلامی)، عبارت است از اظهارات کلامی ناشی از ضعف‌های فیزیکی یا مشکلات و استرس‌های روان‌شناختی؛ بدین معنی که افراد قبل از ارزیابی موقعیت به بیان موانعی می‌پردازند که شکست احتمالی را به وسیله آن توجیه کنند (ماناهان<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳). کلارک و مک کان<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) خودناتوان‌سازی را به دو بعد درونی و بیرونی تقسیم بندی کرده‌اند. خودناتوان‌سازی بیرونی، پیدا کردن یا به وجود آوردن موانعی است که عملکرد ضعیف را به خوبی توجیه کند و به این وسیله از احساس شایستگی فرد محافظت کند. خودناتوان‌سازی درونی نیز بعد شناختی و عاطفی خودناتوان‌سازی است. بعد شناختی در موقعیت‌هایی اتفاق می‌افتد که فرد قرار است ارزیابی شود و بعد عاطفی شامل شرم گناه، افسردگی، خودارزشی پایین می‌شود. در مطالعه‌ای که رودالت<sup>۸</sup> (۱۹۹۰) در مورد تفاوت‌های مربوط به جنس در خودناتوان‌سازی انجام داد، نشان داد که زنان و مردان از رفتارهای خودناتوان‌سازی متفاوتی استفاده می‌کنند. به دلایلی که برای وی مشخص نیست، زنان کمتر خودناتوان‌سازی رفتاری نشان می‌دهند، خودناتوان‌سازی در مردان بیشتر به صورت رفتارهایی مانند مصرف الکل و مواد مخدر، دوری از تلاش ظاهر می‌شود. این درحالیست که در زنان خودناتوان‌سازی به صورت اضطراب و بیماری نشان داده می‌شود (فصیحانی فرد و همکاران، ۱۳۹۸). ماناهان (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان داد که با افزایش عزت نفس افراد و بهبود مهارت‌های ارتباطی می‌توان رفتارهای خودناتوان‌کننده آن‌ها را کاهش داد، چراکه افراد برای حفظ عزت نفس خود ممکن است به خودناتوان‌سازی متوسل شوند.

1. Markoc
2. Sbarra
3. Tasew
4. Berglas & Jones
5. Boruchovitch
6. Mannahan
7. Clarke & MacCann
8. Rudwalt

مهارت‌های ارتباطات بین‌فردی موثر، باعث حل و فصل سازنده تعارضات و پیش‌بینی کننده قوی رضایت زناشویی می‌باشد (ویکاکسونو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). امروزه، اهمیت مهارت‌های ارتباطی در زندگی اجتماعی به حدی است که برخی از صاحب‌نظران مبنای رشد انسانی و آسیب‌های فردی و پیشرفت‌های بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (امریسارج و مانیکاندان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). مهارت‌های ارتباطی از چنان اهمیتی برخوردار است که نارسایی آنها با احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، افسردگی، عزت نفس پایین و عدم موفقیت‌های شغلی و تحصیلی، اعتماد به نفس پایین همراه می‌باشد. افراد دارای مهارت‌های ارتباطی بین فردی رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که به پیامدهای مثبت روانی و اجتماعی مانند رابطه موثر با دیگران و پذیرش از سوی همسالان می‌انجامد. آنها می‌توانند حالات و هیجان‌های دیگران را درک کنند و در تنظیم عواطف خود مهارتی چشمگیر داشته باشند. در مقابل نداشتن چنین مهارت‌هایی می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی مانند برقراری ارتباط ناموفق با دیگران، شرکت نکردن در فعالیت‌های اجتماعی، انزوا، طرد، اضطراب و افسردگی بینجامد. افراد با ترس از قضاوت خود را از انجام فعالیت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط سازگاران ناتوان می‌کنند در حقیقت پردازش مجدد تجارب درونی به عنوان روشی جهت توسعه موقعیت‌های میان‌فردی و جهت‌گیری مثبت زندگی به‌کار گرفته می‌شود (الیوت و بن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹).

جهت‌گیری زندگی، دارای دوبعد خوش‌بینی و بدبینی می‌باشد. براساس مطالعات، افراد دارای جهت‌گیری خوشبینانه، زندگی زناشویی موفق‌تری را تجربه می‌کنند. خوش‌بینی و به‌طور کلی باورهای مثبت بر سلامت روانی و جسمانی انسان تاثیر زیادی می‌گذارند. خوش‌بینی با خلق مثبت و اخلاق خوب رابطه دارد و هم‌چنین خوش‌بینی با موفقیت‌های شغلی، خانوادگی و اجتماعی، سلامتی و حتی با طول عمر رابطه مثبت نشان داده است (صانعی، ۱۳۹۹). براساس مطالعات، افراد دارای جهت‌گیری زندگی به صورت خوشبینانه و مثبت، سالم‌تر و خلاق‌تر بوده و زندگی زناشویی موفق‌تری را تجربه می‌کنند؛ توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه رضایت‌بخش نیاز به شناسایی و ابراز هیجان‌ها و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل دارد که در این خصوص نوع دلبستگی‌های عاطفی در روابط زوجین در بیان هیجان‌ها و پاسخ به نیازها و در شکل‌گیری جهت‌گیری به زندگی خود را نشان می‌دهد؛ در مقابل افراد بدبین و مضطرب در مقایسه با افراد خوش‌بین، دارای فشارخون بالاتری می‌باشند اما خوش‌بینی باعث پیشرفت و پشتکار و سلامت روانی و جسمانی فرد می‌شود (صابونچی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان متمرکز بر هیجان یکی از مداخلات، کوتاه‌مدت، نیمه‌ساختاریافته و با دستورالعمل مشخص است. درمان متمرکز بر هیجان از نظریه درمان‌های فردمحور، دلبستگی، ساخت‌گرایی دیالکتیکی، گشتالت، تجربه‌گرا و وجودی نشأت می‌گیرد و رویکردی انسان‌گرایانه و تجربی می‌باشد (گرینبرگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). هدف محوری درمان کمک به افراد است تا بتوانند با بازسازی طرح هیجانی سازگاران و آگاهی به نیازهایشان در مورد تجربیات خود پذیرش بیشتری به دست آورند، این امر موجب بهبود روابط بین‌فردی و افزایش مهارت‌های ارتباطی می‌شود (نفیسی و همکاران، ۲۰۲۰). در خصوص اثربخشی این درمان می‌توان به پژوهش متقی و همکاران (۱۳۹۷) اشاره نمود که با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی، امید به آینده و

1. interpersonal communication
2. Wicaksono
3. Amritharaj & Manikandan
4. Elliott & Ben
5. Greenberg

۵۸..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

اعتماد بین فردی در زنان مطلقه انجام شد. آنها نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان، با آموزش‌های لازم می‌تواند از طریق تقویت مهارت‌های ارتباطی و افزایش مثبت‌اندیشی، به بهبود وضع روانی افراد و بالا بردن سطح رضایتمندی به زندگی فرد کمک کند. مرادی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مبتنی بر هیجان بر سرد مزاجی زنان و کاهش طلاق و هالمووا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی اثر مثبت و معنادار این رویکرد بر کاهش خودانتقادی در زوجین مطلقه را نشان دادند. پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۴۰۰)، نشان داد که درمان هیجان‌مدار برای افزایش میزان شفقت خود از طریق ابراز هیجان‌ات، توانایی همدلی با دیگران و انتقادپذیری در زنان دارای تعارض زناشویی اثربخش است. همچنین نتایج پژوهش یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰) بیانگر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش کیفیت ارتباطات بین فردی در بین زنان دارای تعارض زناشویی بود. پژوهش نامنی و همکاران (۱۳۹۶) حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه بود. رحیمی و موسوی (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش با رویکرد هیجان‌مدار بر صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین متعارض زناشویی نشان دادند که رویکرد هیجان‌مدار موجب بهبود بخشش بین فردی در زوجین متعارض می‌شود.

با مروری بر پیشینه پژوهش زنان بعد از وقوع طلاق عمدتاً درگیر مشکلاتی هم‌چون خودسرزنشگری، تعارض در ارتباط بین فردی و دشواری تنظیم هیجانی می‌شوند، که این مسأله می‌تواند آنها را آسیب‌پذیرتر سازد. نگرش منفی نسبت به زنان مطلقه از سوی جامعه و نیز تغییراتی که در منزلت اجتماعی افراد ایجاد می‌شود از پیامدهای طلاق می‌باشد. چرا که ازدواج یک ارزش مهم اجتماعی محسوب می‌شود، لذا خارج شدن از آن با تنزل نقش و منزلت افراد همراه است (بیگی، ۱۴۰۰). لوند<sup>۲</sup> (۱۹۹۰)؛ به نقل از ایمان و همکاران، (۱۳۹۹) ادعا می‌کند که انتقال از فرد متأهل به فردی مطلقه برای زنان دشوارتر است، چرا که آنان به علت نقش‌های جنسیتی که دارند (هم‌چون پرورش دهنده و مراقبت از دیگران)، اغلب هرگونه احساسی از هویت فردی خود را از دست می‌دهند، از این رو وقتی که طلاق رخ می‌دهد، زن بخشی از نقش‌های اولیه خود که در ارتباط با همسر و خانواده او می‌باشد را از دست می‌دهد و خودش را به اجبار در موقعیتی می‌یابد که باید در آن از نو تعریف شود. با توجه به تغییرات اساسی همچنین از دست رفتن بخشی از روابط خانوادگی و روابط دوستانه که بعد از طلاق در چهارچوب خانواده شکل می‌گیرد، شکل‌گیری روابط جدید بین فردی موثر می‌تواند منجر به بروز خوش‌بینی در جهت‌گیری زندگی شود (الیوت وین، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند با توانمند ساختن زنان در حل تعارضات درونی هم‌چون شرم، احساس گناه، افسردگی و نیز با بهبود مهارت‌های ارتباطی از طریق بازسازی الگوهای ارتباطی به فرد دریافتن معناهایی برای جهت‌گیری جدیدی در زندگی کمک کند (کنری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به مرور پیشینه پژوهش و اثربخشی و کارایی رویکرد متمرکز بر هیجان در بهبود مشکلات بین فردی و با در نظر گرفتن کمبود پژوهش در حوزه اثربخشی رویکردهای درمانی بر زنان مطلقه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین فردی و جهت‌گیری زندگی در زنان مطلقه انجام شد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

1. Halamová
2. Lund
3. Conroy



۱-درمان متمرکز برهیجان بر خودناتوان‌سازی زنان مطلقه اثربخش است.

۲-درمان متمرکز برهیجان بر مهارت‌های ارتباطی بین فردی زنان مطلقه اثربخش است.

۳-درمان متمرکز برهیجان بر جهت‌گیری زندگی زنان مطلقه اثربخش است.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۹ بود. جهت اجرای پژوهش ابتدا در مراکز مشاوره، اعلان فراخوان داده شد. سپس از میان افراد متقاضی دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، به صورت غیر تصادفی، ۴۴ نفر انتخاب و پس از مصاحبه بالینی اولیه توسط پژوهشگر ۳۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در نهایت به خاطر ریزش شرکت‌کنندگان، ۲۸ نفر در پژوهش باقی ماندند (هر گروه ۱۴ نفر). گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان را در کلینیک بهشت شهر اصفهان توسط کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی به صورت فردی در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، از کلیه زنان برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه کسب و در خصوص اصل رازداری در خصوص اطلاعات پرسشنامه‌ها توضیحات لازم ارائه گردید.

ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل: سپری شدن حداقل شش ماه از طلاق رسمی، داشتن سطح سواد سیکل، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم استفاده از درمان‌های هم‌زمان، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن، عدم مصرف مواد و الکل می‌شد. ملاک‌های خروج نیز در بردارنده عدم تمایل به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در طی دوره مداخله می‌شد. جهت انجام پژوهش ابتدا شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل و سپس گروه آزمایش تحت درمان فردی قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۳۰ روز هر دو گروه به عنوان دوره پیگیری مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لازم به ذکر است که تمامی تحلیل‌های آماری توسط نسخه ۲۳ بسته آماری برای علوم اجتماعی<sup>۱</sup> انجام شد.

## ابزار

**مقیاس خودناتوان‌سازی<sup>۲</sup>: (SHS)** این پرسشنامه توسط (جونز و رودوالد<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲) تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه و دارای طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌باشد. نمره بالا نشانگر میزان بالای خودناتوان‌سازی است. حداکثر نمره در این مقیاس ۱۲۵ و حداقل نمره ۰ می‌باشد. روایی ساز این مقیاس با استفاده از تحلیل

1. Statistical Package for Social Science (SPSS)
2. Self- Handicapping Scale (SHS)
3. Jones & Rudwalt

۶۰..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

عامل اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت که سه عامل خلق منفی<sup>۱</sup>، تلاش<sup>۲</sup> و عذر تراشی<sup>۳</sup> از آن استخراج شد. روایی محتوایی این مقیاس توسط پنج تن از متخصصان مورد تایید قرار گرفت (صالحی و دلاور، ۱۳۹۴). پایایی عوامل آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ (کاتلین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹) و ۰/۶۰ تا ۰/۷۲ (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸) بدست آمده است. پایایی پرسشنامه در این مطالعه ۰/۷۲ می‌باشد.

**پرسشنامه مهارت ارتباطی بین فردی<sup>۵</sup>: (ICSQ):** این پرسشنامه توسط (جرابک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴) ابداع شده و نسخه تجدید نظر شده آن دارای ۳۴ گویه که با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۵= همیشه) تنظیم شده، حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۴ و حداکثر ۱۷۰، نمره برش این پرسشنامه ۱۰۲ می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده مهارت‌های ارتباطی قوی فرد است. این مقیاس دارای ۵ زیر مقیاس (گوش دادن<sup>۷</sup>، تنظیم عواطف<sup>۸</sup>، درک پیام<sup>۹</sup>، بینش<sup>۱۰</sup> و قاطعیت<sup>۱۱</sup>) می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حسین چاری و فداکار، (۱۳۸۴) در نمونه‌ای متشکل از ۷۳۳ دانش آموز دانشجوی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن برای نمره کل آزمون به ترتیب برابر ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است. افزون بر این، آنها با به کارگیری روش تحلیل عاملی، روایی سازه این پرسشنامه را در پژوهش خود بررسی کرده‌اند و به ۵ عامل درک پیام‌های کلامی و غیر کلامی، مهارت نظم‌دهی به هیجان‌ها، مهارت گوش دادن، مهارت بینش نسبت به فرایند ارتباط و قاطعیت در ارتباط دست یافته‌اند. مقدار پایایی پرسشنامه در این مطالعه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

**پرسشنامه جهت‌گیری زندگی<sup>۱۲</sup> (LOQ):** پرسشنامه جهت‌گیری زندگی توسط نسخه تجدید نظر شده (شی و وکارور و بریج<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱) برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی، آزمون جهت‌گیری زندگی می‌باشد. نسخه تجدید نظر شده شامل ۶ گویه که ۳ گویه نشان دهنده تلقی خوش‌بینانه و ۳ گویه نشان‌دهنده تلقی بدبینانه است و دارای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۰) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) می‌باشد. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ تا ۲۴ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خوش‌بینی و بدبینی سرشتی با طیف گسترده‌ای از سازه‌های مرتبط مانند عزت‌نفس، ناامیدی و روان‌آزرده‌خویی رابطه دارند که این مطلب بیانگر اعتبار همگرایی این پرسشنامه است. به علاوه، تحلیل عاملی خوش‌بینی سرشتی و سازه‌های مرتبط با آن نشان داده است که خوش‌بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزا است، که این مطلب نشان‌دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمده است. ضرایب روایی هم زمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی

1. negative mood
2. effort
3. apology
4. Kathleen
5. Interpersonal Communication Skills Questionnaire (ICSQ)
6. Jerabek
7. listen
8. regulation of emotions
9. understanding the message
10. insight
11. decisiveness
12. Life Orientation Questionnaire (LOQ)
13. Scheier, Carver & Bridges

و خود تسلطیابی به ترتیب ۰/۶۵- و ۰/۷۲ به دست آمد(شی و همکاران، ۲۰۰۱). پایایی پرسشنامه در این مطالعه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ می‌باشد.

درمان متمرکز بر هیجان: بعد از اجرای پیش‌آزمون، مداخله بر اساس مدل (گولدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵) یک بار در هفته به صورت ۹ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی برای گروه آزمایش اجرا گردید. گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمانی متمرکز بر هیجان (گولدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵)

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	برقراری رابطه و اتحاد درمانی	معارفه و آشنایی، بررسی الگوهای دلبستگی، منابع تاب‌آوری هیجانی، بررسی انگیزه و انتظار مراجع، آشنایی اولیه با مشکلات درمانجو.	ساخت رابطه درمانی	مشخص کردن اهداف خود از مراجعه
دوم	آگاهی و نام‌گذاری هیجانی	مشاهده سبک هیجانی مراجع در پرداختن به روایت، آموزش هیجان‌ها و نحوه ابراز و بیان بدنی هیجان‌ها.	آگاه شدن به افکار و گرم شدن هیجانی	ذهن آگاهی و توجه به بدن
سوم	جداسازی افکار و تجربه هیجانی	تکرار آموزش هیجان، شناسایی افکار همراه و توجه به سبک پردازش هیجانی از طریق توجه به نمادهای بدنی پردازش هیجان ثانویه - دستیابی به	جداسازی افکار و هیجان ها و دیدن خود بصورت یک کل منسجم	شناخت افکار از طریق توجه به گفتگوی درونی و تمرکز بر بدن
چهارم	آگاهی به نیاز هیجانی و آگاهی به نیاز	هیجان زیرین (اولیه ناسازگار) دستیابی به نیازهای زیرین هیجان - تعمیق تجربه هیجانی و آگاهی به انسداد هیجانی	تخلیه هیجانی و پذیرش هیجان‌ها اولیه	انجام تکنیک دو صندلی و آگاهی به نیازهای هیجانی
پنجم	بررسی انسداد هیجانی	تعمیق هیجانی و بررسی بلاک‌های هیجانی (از لحاظ کارا بودن مسیر هیجانی جدید) دسترسی به طرح هیجانی و نیازهای زیرین و هیجان اولیه سازگار.	بالارفتن آگاهی و یافتن خود به عنوان عامل انسدادها	انجام تکنیک دو صندلی و آگاهی به نیازهای هیجانی
ششم	ارزیابی الگوهای ارتباطی	تمرکز مشارکتی و شناسایی هیجان‌ها اصلی و پرداختن به محور دلبستگی.	به کارگیری راهبردهای حل مساله در روابط	انجام تکنیک صندلی خالی در مورد روابط میان فردی در حال جریان <sup>۱</sup>

۶۲..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودنا توان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

هفتم	بررسی انسداد هیجانی	آگاهی و پردازش انسدادهای هیجانی الگوهای دلبستگی.	آگاهی ویافتن خود به عنوان عامل انسدادها	انجام تکنیک دو صندلی و آگاهی به فرآیند انسداد
هشتم	آگاهی به نیاز	شناخت نیازها در ارتباط با دیگری - پردازش هیجانی اولیه ناسازگار - دسترسی و پردازش هیجانی اولیه سازگار.	آگاهی به نیازهای ارتباطی و شناخت رابطه ایمن	انجام تکنیک صندلی خالی - تامین نیاز از طریق شناخت منابع امن یا شفقت به خود
نهم	ارزیابی و کاربرد	جمع‌بندی و چک کردن خروجی درمان در صورت نیاز به بررسی بیشتر ارجاع به مراکز.	توانایی به کارگیری مهارت‌های آموخته شده	

### یافته‌ها

در نمونه پژوهش حاضر تحصیلات اکثر شرکت‌کنندگان دیپلم می‌باشد (گروه آزمایش ۳۵/۷٪ و گروه کنترل ۵۰٪). بیشتر افراد در هر دو گروه خانه‌دار هستند (۶۴/۳۰٪ گروه آزمایش و ۵۷/۱۰٪ گروه کنترل). میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۲/۲۱ سال و در کنترل ۳۱/۰۷ سال بوده است. در هر دو گروه بیشتر افراد نمونه کمتر از یک سال از زمان جدایی آن‌ها می‌گذرد (۴۲/۹۰٪ گروه آزمایش و ۵۰٪ گروه کنترل). نتایج آزمون تحلیل واریانس بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت‌شناختی تحصیلات، مدت زمان طلاق، تعداد فرزندان و آزمون t گروه‌های مستقل جهت بررسی تفاوت متغیر شغل و آزمون همبستگی جهت بررسی رابطه سن با متغیرهای پژوهش نشان داد که نمونه پژوهش در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارد ( $p > 0/05$ )، هم‌چنین سن با متغیرهای پژوهش رابطه معنی‌داری نشان نداده است ( $p > 0/05$ ). لذا نیازی به کنترل این ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمی‌باشد.

با توجه به این که آزمون فرضیه‌های این پژوهش نیازمند استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری بود، باید پیش‌فرض‌های لازم رعایت می‌گردید. پیش‌فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های نمرات و تساوی کواریانس‌ها بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد متغیرها نشان داد فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها و ابعاد آن در پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری باقی مانده است؛ یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ( $p > 0/05$ ). برای بررسی فرضیه همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در تمامی متغیر و ابعاد آن‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری تأیید شده است ( $p > 0/05$ ). یکی از پیش‌فرض‌های لازم در انجام تحلیل‌های چند متغیره، تساوی کواریانس‌های متغیرهای وابسته می‌باشد که از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس نشان داد فرض یکسانی کواریانس‌ها مربوط به متغیرها تأیید شد. جهت بررسی پیش‌فرض یکنواختی کواریانس‌ها یا برابری کواریانس‌ها با کواریانس کل از آزمون ماچلی استفاده شد که پیش‌فرض یکنواختی کواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی برای تمامی متغیرها تأیید شد. نتایج بدست آمده

بین شرکت کنندگان در دو گروه که در جدول ۲ ارائه شده است. نشان می‌دهد میانگین نمرات خودناتوان سازی در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش بیشتری در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است و نیز میانگین مهارت‌های ارتباطی و جهت‌گیری زندگی در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای وابسته به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	پیش آزمون	آزمایش		پیش آزمون	پس آزمون	کنترل
		پیگیری	پیش آزمون			
خودناتوان سازی	میانگین	۸۹/۱۴	۷۳/۵۰	۷۲/۱۴	۹۱/۲۱	۸۴/۴۲
	انحراف معیار	۱۳/۵۰	۱۰/۱۰	۱۲/۷۱	۱۳/۵۰	۱۱/۴۹
مهارت‌های ارتباطی	میانگین	۸۴/۳۵	۱۰۳/۵۰	۹۲/۴۲	۷۷/۹۲	۸۳/۰۰
	انحراف معیار	۹/۵۱	۸/۲۵	۸/۱۰	۷/۸۹	۶/۹۱
جهت‌گیری زندگی	میانگین	۱۱/۷۱	۱۵/۶۴	۱۴/۰۷	۱۳/۲۱	۱۰/۷۸
	انحراف معیار	۳/۱۴	۴/۲۳	۴/۷۱	۳/۴۴	۴/۱۵

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳ پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی تایید شده است ( $p < 0/05$ ).

جدول ۳: آزمون ماچلی بررسی یکنواختی کوواریانس‌های نمرات در دو گروه

متغیر	آماره	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
خودناتوان سازی	۰/۷۴	۳/۶۲	۲	۰/۰۵۲
مهارت‌های ارتباطی	۰/۹۳	۱/۷۶	۲	۰/۴۱۴
جهت‌گیری زندگی	۰/۸۶	۳/۷۴	۲	۰/۱۵۴

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴ میانگین نمرات خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی و جهت‌گیری زندگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ( $p < 0/05$ ). نتایج نشان داد که ۳۴/۴ درصد از تفاوت‌های فردی در خودناتوان‌سازی، ۰/۷۱ درصد در مهارت‌های ارتباطی و ۰/۳۳ درصد در جهت‌گیری زندگی، به تفاوت بین دو گروه مربوط است. اما اثر زمان و تعامل زمان و گروه معنی‌دار به دست نیامده است ( $p > 0/05$ ). به عبارت دیگر مراحل پژوهش به صورت کلی با هم تفاوت ندارند و تغییرات در مراحل در گروه‌ها دارای تفاوت معنی‌دار نیست.

۶۴ ..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات بین شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش

متغیر	تحلیل	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
خودناتوان‌سازی	بین آزمودنی	گروه	۲۳۴۳/۵۶	۱	۲۳۴۳/۵۶	۱۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۳
	درون آزمودنی	زمان	۳۷/۲۹	۱	۳۷/۲۹	۰/۶۱	۰/۴۴۳	۰/۰۲	۰/۱۲
مهارت‌های ارتباطی	بین آزمودنی	گروه	۳۷۲۳/۸۹	۱	۳۷۲۳/۸۹	۶۴/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	درون آزمودنی	زمان	۲/۵۴	۱	۲/۵۴	۰/۰۳	۰/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵
جهت‌گیری زندگی	بین آزمودنی	گروه	۱۸۰/۹۳	۱	۱۸۰/۹۳	۱۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۳
	درون آزمودنی	زمان	۷/۰۱	۱	۷/۰۱	۰/۴۰	۰/۵۳۳	۰/۰۲	۰/۰۹
جهت‌گیری زندگی	بین آزمودنی	گروه	۴۳/۵۰	۱	۴۳/۵۰	۲/۴۸	۰/۱۲۸	۰/۰۹	۰/۳۳
	درون آزمودنی	زمان	۵۴/۳۳	۱	۵۴/۳۳	۰/۶۰	۰/۴۴۶	۰/۰۲	۰/۱۲

نتایج در جدول ۵ بصورت جزئی‌تر نشان می‌دهد که در متغیر خودناتوان‌سازی و مهارت‌های ارتباطی تفاوت گروه آزمایش با کنترل در پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار به دست آمده است ( $p < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر این درمان بر خودناتوان‌سازی و مهارت‌های ارتباطی زنان مطلقه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته و آن را کاهش داده است. میزان تأثیر درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای خودناتوان‌سازی به ترتیب برابر با ۲۲/۱ و ۰/۳۴ و برای مهارت‌های ارتباطی ۰/۶۲ و ۰/۳۹ بود و نیز تأثیر درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برای جهت‌گیری زندگی ۰/۳۳ و ۰/۰۶ بود که نشان می‌دهد درمان منجر به بهبودی در جهت‌گیری زندگی در مرحله پس‌آزمون شده اما اثرات درمان در مرحله پیگیری پایدار نبوده است.

جدول ۵: نتایج جزئیات برآورد آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر وابسته در مراحل پژوهش

متغیر وابسته	مراحل	B	خطای انحراف استاندارد	T	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
خودناتوان‌سازی	پس‌آزمون	-۱۱/۰۸۲	۴/۱۷	-۲/۶۶	۰/۰۱۳	۰/۲۲	۰/۷۳
	پیگیری	-۱۴/۸۸	۴/۱۵	-۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۳
مهارت‌های ارتباطی	پس‌آزمون	۱۹/۵۶	۳/۱۰	۶/۳۲	۰/۵۷۹	۰/۶۲	۱/۰۰
	پیگیری	۱۵/۳۵	۳/۸۴	۳/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۷
جهت‌گیری زندگی	پس‌آزمون	۵/۵۰	۱/۵۶	۳/۵۲	۰/۰۰۲	۰/۳۳	۰/۹۲
	پیگیری	۱/۸۸	۱/۵۳	۱/۲۳	۰/۲۳۰	۰/۰۶	۰/۲۲

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری زندگی در زنان مطلقه بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای نمره خودناتوان‌سازی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با گروه کنترل وجود دارد. علاوه بر این نتایج آزمون نتایج برآورد پارامترها برای خودناتوان‌سازی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار و بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت غیرمعناداری وجود داشت، بدین معنی که درمان سبب کاهش خودناتوان‌سازی زنان مطلقه شده و در طول زمان هم اثر آن باقی مانده است. در رابطه با این نتیجه، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های هالمووا و کونوسکی (۲۰۱۹) و مرادی و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد.

یکی از روش‌هایی که افراد سعی می‌کنند برای توجیه عملکرد ضعیف خود بیاورند تا توانایی آنها را زیر سوال نرود خودناتوان‌سازی است که شخص سعی می‌کند به ایجاد موانعی بر سر راه موفقیت خود پردازد و از یافتن راهی برای حل مشکلات، خود را ناتوان سازد (ماناهان، ۲۰۲۳). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار، کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، درمان متمرکز بر هیجان با توجه به شناخت و تمرکز بر هیجانی که در پی آن تجربه می‌شود موجب تغییر عملکرد سیستم‌های شناختی و سپس تغییر هیجان می‌شود. با توجه به اینکه اکثراً هیجان‌ها قبل از رفتارها واقع می‌شوند و سازگاری فرد را با محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می‌سازند هیجان با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و ضمن رسیدن به پاسخ‌های کارآمد و مناسب با مسائل، موجب بقاء جسمانی و اجتماعی او شود (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان متمرکز بر هیجان، فرد را به این آگاهی می‌رساند که خود مانعی بر سر راه عملکرد صحیح خویش می‌باشد و اگرچه اتفاقات در بیرون رخ می‌دهند ولی فرایند خودناتوان‌سازی، درونی بوده بنابراین به کمک این درمان، می‌توان نگرش و شیوه حل تعارضات را در فرد تغییر داد (کنری و همکاران، ۲۰۲۳).

از دیگر یافته‌های این پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در مهارت‌های ارتباطی تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل وجود داشت. علاوه بر این نتایج برآورد پارامترها برای مهارت‌های ارتباطی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار و بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت غیرمعناداری وجود داشت، بدین معنی که درمان سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی شده و در طول زمان هم اثر آن باقی مانده است. در رابطه با این نتیجه، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های متقی و همکاران (۱۳۹۷)، یعقوبی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت یکی از مولفه‌های ضروری درمان که می‌بایست اصلاح شود، پاسخ‌های غیرانطباقی اولیه افراد است. این پاسخ‌ها در خلال تجربیات آسیب‌زای گذشته فرد بوجود آمده‌اند و در ارتباطات جدید در پاسخ به یک محرک خاص تحریک می‌شوند. کارکردن بر روی پاسخ‌های مذکور در طول درمان سبب افزایش بینش فرد شد. چرا که این افراد بارها عنوان کرده‌اند دلیل کناره‌گیری و یا سبک رفتار ناصحیح‌شان با دیگران را نمی‌دانند. در خلال درمان درستی این رفتار و چرایی

۶۶..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

آن‌ها به چالش کشیده شد و بینش فرد نسبت به ارتباطات تغییر یافته است. از سویی دیگر اجتناب از هیجانات ناخوشایند سبب کناره‌گیری فرد از ارتباطات عمیق می‌شود، چرا که فرد به‌جای تجربه این هیجانات با اجتناب از ارتباط راهی برای فرار از درد پیدا می‌کند. در خلال درمان از طریق آگاهی به دنیای درونی و نیز شناخت هیجانات و پاسخ‌های هیجانی متناسب، مراجع به خلق معنای جدید ارتباطی دست می‌یابد و نیز الگوهای ارتباطی تغییر می‌یابد (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین دور از انتظار نیست که درمان سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود جهت‌گیری زندگی زنان مطلقه بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل در جهت‌گیری زندگی وجود دارد. علاوه بر نتایج برآورد پارامترها در متغیر جهت‌گیری زندگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که درمان سبب بهبود جهت‌گیری زندگی زنان مطلقه شده ولی در طول زمان اثر آن باقی نمانده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۹) همسوم می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که یکی از اهداف درمان تسهیل در دسترسی به هیجانات می‌باشد. با تمرکز به درون به مراجع کمک کرده تا خوش‌بینی درونی خود را افزایش داده و نیز به منابع درونی بدبینی برسد. پس از پردازش چرخه هیجانی و بستن چرخه نیاز به صلح و خوش‌بینی درونی برسد (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). این امر به صورت کار با صندلی‌ها و حل آسیب‌های هیجانی می‌باشد که در نهایت فرد یا به توانمندسازی خویش‌نمی‌پردازد و در یک موقعیت قوی قرار می‌گیرد و می‌تواند به بخشودگی برسد و یا به توانایی رها کردن و دست کشیدن می‌رسد و در تمامی این موارد آگاه شدن به هیجانات و نیز بالا رفتن مقیاس‌های تجربه هیجانی و رسیدن به اینکه عاملیت چنین پروسه‌ای در دست خود فرد می‌باشد. تمرکز به درون و بررسی اتفاقات درونی و رسیدن به درد هیجانی و نیازهای زیرین و تجربه هیجانات اولیه سازگار می‌تواند به مراجع کمک کرده تا خوش‌بینی درونی خود را افزایش داده و در تکالیف صندلی‌ها بتواند به منابع درونی بدبینی خویش که به صورت دوپارگی‌هایی در قالب خویش ترساننده یا خویش ناامیدکننده می‌باشد، برسد و بتواند به پردازش این چرخه درونی پرداخته و پس از دسترسی به نیاز و نیز هیجان اولیه به صلح و خوش‌بینی درونی برسد. در خصوص عدم پایداری درمان در این متغیر می‌توان به کوتاه بودن زمان پیگیری اشاره نمود.

پژوهش حاضر مانند تمامی مطالعات دارای محدودیت‌هایی است؛ بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در گروه زنان مطلقه، تعمیم نتایج به مردان مطلقه را دشوار می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، این پژوهش به شکل گسترده‌تری بر روی مردان مطلقه نیز اجرا گردد. همچنین پژوهش حاضر در شهر اصفهان اجرا شده است، با توجه به تفاوت نگرش‌های افراد در شهرهای مختلف و یا بافت زندگی خانواده محور که در شهرها و روستا پس از طلاق به خانواده اصلی برمی‌گردند و یا در شهرهای بزرگ افراد بیشتر مستقل زندگی می‌کنند. بنابراین برای تعمیم نتایج به دیگر مکان‌ها بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای ارزیابی تداوم اثر درمان، اجرای مرحله پیگیری در فاصله زمانی ۶ ماه پس از درمان نیز اجرا شود. در نهایت براساس نتایج پژوهش به درمانگران و مشاوران حوزه خانواده پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های مداخلاتی خود بر روی زنان مطلقه، درمان متمرکز بر هیجان، را در پروتکل درمانی خویش بگنجانند؛ چرا که آگاه کردن زنان مطلقه از هیجانات



درونی خود و سپس کمک به آن‌ها در بازسازی طرح هیجانی سازگارانه که از جمله مولفه‌های محوری این درمان می‌باشد، اثرات سودمند در کاهش مشکلات زنان مطلقه خواهد داشت.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از کلیه شرکت‌کنندگان و نیز پرسنل کلینیک بهشت که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### منابع

- ایمان، محمدتقی؛ ستوده، مهرانگیز؛ عنایت، حلیمه؛ رجیبی، ماهرخ. (۱۳۹۹). تولید و بازتولید سلطه نمادین علیه زنان در دهشت. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*. ۱۸(۱): ۷-۶۴. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2020.27950.2073>
- بیگی، میلاد(۱۴۰۱). نقش طلاق در تغییر ترکیبات زندگی با تاکید بر تمایزات جنسی. *پژوهشهای راهبردی مسائل اجتماعی ایران*. ۱۱(۳۷): ۱-۲۰. <https://doi.org/10.22108/srsp.2022.133503.1802>
- حسین چاری، مسعود؛ فداکار، مسعود(۱۳۸۴)، بررسی تأثیر دانشگاه بر مهارت های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش آموزان و دانشجویان. *دانشور رفتار*. ۱۲(۱۵): ۲۱-۳۲. [http://tlr.shahed.ac.ir/article\\_2157.html?lang=en](http://tlr.shahed.ac.ir/article_2157.html?lang=en)
- حیدری، محمود؛ خداپناهی، محمدکریم؛ دهقانی، محسن(۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودناتوان‌سازی. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۷(۲): ۹۷-۱۰۵. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1388.7.2.3.8>
- رحیمی، پوپک؛ موسوی، آرزو سادات. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش با رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین متعارض زناشویی. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۹(۸۶): ۲۲۹-۲۳۶. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.86.3.1>
- صابونچی، فرانک؛ دوکانه ای فرد، فریده و بهبودی، معصومه (۱۳۹۹). الگوی ساختاری پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سبکهای دلبستگی و جهت گیری زندگی در زنان متأهل: با نقش واسطه ای هیجان خواهی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۱۱(۲): ۱۰۲-۱۲۰. <https://doi.org/10.22034/aftj.2020.255752.1020>
- صالحی، محمد؛ دلاور، علی. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان‌سنجی مقیاس خودناتوان سازی. *نشریه اندازه گیری تربیتی*، ۶(۲۰): ۹۷-۱۱۷. <https://civilica.com/doc/723219>
- صانعی، عفت. (۱۳۹۹). مقایسه کیفیت زندگی و جهت گیری زندگی والدین کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*. ۵(۵۱): ۴۲-۵۲. <http://ijndibs.com/article>
- فصیحانی فرد، سارا؛ جوکار، بهرام؛ خرمایی، فرهاد و حسین چاری، مسعود (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای خودناتوان‌سازی در رابطه بین احساسات شرم و گناه. *پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*. ۳(۲۷): ۳۷-۵۰. <https://doi.org/10.30473/etl.2020.50596.3146>
- متقی، شکوفه؛ شاملی، لیلا و هنرکراف، رحیم. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان برافسردگی، امید به آینده و اعتماد بین فردی در زنان مطلقه. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۴(۴): ۱۰۷-۱۲۲. <https://doi.org/10.22051/psy.2018.20314.1649>
- مرادی، افسانه؛ تبریزی، مهدی؛ کرمی، افسون؛ عظیم زاده بالانچی، نازنین. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش هیجان مدار بر طلاق عاطفی و سردمزاجی زنان شهر اصفهان با رویکرد اسلامی. *قرآن و طب*. ۵(۲): ۱۷۴-۱۶۵

۶۸ ..... اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر خودناتوان‌سازی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی و جهت‌گیری ...

<http://quranmed.com/article-1-521-fa.html>

نامنی، ابراهیم؛ محمدی پور، محمد؛ نوری، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین‌فردی و امید

در زنان المطلقه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۸(۲۹): ۷۸-۵۷ <https://doi.org/10.22054/qccpc.2017.19768.1463>

یعقوبی، حمید؛ توزنده جانی، حسن؛ زنده دل، احمد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان پذیرش-تعهد بر شفقت خود

در زنان دارای تعارض زناشویی. مجله علوم پزشکی خراسان شمالی. ۱۳(۳): ۱۲۲-۱۱۲

<http://dx.doi.org/10.52547/nkums.13.3.113>

Amritharaj, K., & Manikandan, K. (2018). Influence of interpersonal communication on marital satisfaction. *Zenith International Journal of Multidisciplinary Research*. 8(4), 187-199.

Bagi, M. (2022). The role of divorce on changes in living arrangements, focusing on gender differentials. *Strategic Research on Social Problems in Iran*. 11(37): 1-20 <http://dx.doi:20.1001.1.26457539.1401.11.2.1.0>

Boruchovitch, E., Rufini, S. E., Ganda, D. R., Miranda, L. C., & Almeida, L. S. D (2022). Self-handicapping strategies in educational context: construction and validation of the Brazilian self-handicapping strategies scale (EEAPREJ). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-4415v37n75a04>

Hosseinchari, M., & Fadakar, M. (2006). Investigating the Effects of Higher Education on Communication Skills Based on Comparison of College and High School Students. *Teaching and Learning Research*, 3(2), 21-32. (Text in Persian). [http://tlr.shahed.ac.ir/article\\_2157.html?lang=en](http://tlr.shahed.ac.ir/article_2157.html?lang=en)

Clarke, I. E., & MacCann, C (2016). Internal and external aspects of self-handicapping reflect the distinction between motivations and behaviors: Evidence from the self-handicapping scale. *Personality and Individual Differences*. 100 :6-1. <http://dx.doi:10.1016/j.paid.2016.03.080>

Conroy, J. Perryman, K. Robinson, S. Rana, R. Blisard, R. Gray, M. (2023). The coregulatory effects of emotionally focused therapy. *Journal of counseling & development*. 101 (1): 46-55. <https://doi.org/10.1002/jcad.12453>

Elliott, R. Ben, S. (2019). *Emotion-focused therapy for social anxiety*. Clinical handbook of emotion-focused therapy. United states. American Psychological Association: 337-360. <https://doi.org/10.1037/0000112-015>

Fasihani, S. Jowkar, B. Khormaei, F. Hossein Chari, M. (2019). The mediating role of self-handicapping in relation between shame and guilt feelings and academic adjustment. *Journal of Research in School and Virtual Learning*. 3(27): 37-50. (Text in Persian).

Greenberg, L. Pascual-Leone, A & Morrison, O (2020). Working with emotion predicts sudden gains during experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 31(7):895-908. <http://dx.doi:10.1080/10503307.2020.1866784>

Goldman, R. Greenberg, L (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association.

Halamová, J. Kanovský, M (2019). Emotion-focused training for emotion coaching – an intervention to reduce self-criticism. *Human Affairs*. 29(1): 20-31. <https://doi.org/10.1515/humaff-2019-0003>

Heidari, M. Khodapanahi, M.K. Dehghani, M (2009). Psychometric examination of self-handicapping scale (SHS). *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 7(2):97-105. (Text in Persian) <http://dx.doi:20.1001.1.17352029.1388.7.2.3.8>

Iman, M. Sotoudeh, M. Enayat, H. Rajabi, M. (2020). Reproduction of symbolic domination against women in Dehdasht. *Journal of Women Social and Psychological Studies*. 18(1): 7-64. (Text in Persian). <http://dx.doi:10.22051/jwsps.2020.27950.2073>

- Jerabek, I. (2019). *Communication skills inventory revised*. Body-Mind Queendom .
- Jones E E, Rhodewalt F. (1982). The self-handicapping scale. Princeton, NJ: Princeton University.
- Kathleen, A. Lawrence, R (1999). Is the self-handicapping scale reliable in non-academic achievement domains? *Personality and Individual Differences* .1999; 27(5): 901-11. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00039-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00039-2)
- Markoc,M (2022). Feeling like home again: After divorce processes from different family perspective. *Journal of family Counseling and Education*. 7(2): 55-72. <https://doi.org/10.32568/jfce.1175330>
- Mannahan, Racchel (2023). Self-Esteem and Rational Self-Handicapping. *Tennessee Technological University*. Page37. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4422597>
- Moradi,A. Tabrizi, M. Karami, N. Azimzadeh,B(2020). The effectiveness of emotion-based education on emotional divorce and cold-tempered women in Isfahan with an Islamic approach. *Journal of Quran and Medicine*. 5(2): 165-174. <http://quranmed.com/article-1-521-fa.html>
- Mottaghi,Sh. Shameli, L & Honarkar,R(2018). Effectiveness of emotion-focused therapy on depression, hope to future and interpersonal trust in divorce women. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 14(4): 107-122. <http://dx.doi: 10.22051/psy.2018.20314.1649>
- Nafisi, P. Eftekhari S. Hafezi, F. Heidari, A (2020). Investigation of the effect of compassion-focused therapy on social anxiety and interpersonal relationships among women on an overweight diet. *Women Health*. Bull. 7(4): 10-18. <http://dx.doi: 10.30476/whb.2020.87458.1073>
- Sabonchi,F. Dokaneifard, F. & BehboodI, M. (2020). Structural model of predicting marital satisfaction based on attachment styles and life orientation in married women: With the mediating role of sensation seeking. *Journal of Applied Family Therapy*. 1(2): 102-120. (Text in Persian).
- Sanei, E (2020). Comparing the quality of life and life orientation in parents of normal children and parents of educable mentally retarded children. *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 5(51): 42-52. <http://dx.doi://ijndibs.com/article>
- Sbarra, D, A. Whisma, N., M. (2022). *Divorce, health, and socioeconomic status: An agenda for psychological science*. *Current Opinion in Psychology*. 43:75-78. <http://dx.doi: 10.1016/j.copsyc.2021.06.007>
- Scheier, M. Carver, S & Bridges, M. W .(2001). *Optimism, pessimism, and psychological wellbeing*. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American psychological association. 189–216. <https://doi.org/10.1037/10385-009>
- Tasew, A & Getahun, K (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete Town, Amhara region. *Ethiopia. Cogent Psychology*. 27(5): 901-11. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1903127>
- Wicaksono, I & Indrijati, H (2018). The Effect of interpersonal communication on marital satisfaction among wives who married early in mandangin islands. *In Proceedings of the 3rd International Conference on Psychology in Health, Educational, Social, and Organizational* .1: 133-139. <http://dx.doi: 10.5220/0008586301330139>
- Yaghoobi, Hamid, Toozandehjani, Hassan. Zendedel, Ahmad. (2020). Comparison of emotionally-focused couple therapy and acceptance and commitment therapy regarding quality of interpersonal relationships in couples with marital conflicts. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology* .7(2): 116-125. <http://dx. doi: 10.32592/ajnpp.2020.7.2.106>



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).





## اثربخشی زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در مردان خودشیفته

سحر حقیقی فرد<sup>۱</sup>، شهناز خالقی پور<sup>۲\*</sup>، محمد زارع نیستانک<sup>۳</sup>

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری در مردان خودشیفته دارای تعارض زناشویی انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری مردان خودشیفته دارای تعارض زناشویی یکی از مراکز مشاوره شرق تهران بودند که ۳۰ نفر با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار سیاهه شخصیت خودشیفته زوجین ایرانی محمد شارونی و همکاران، پرسشنامه قلدری در روابط زناشویی گل‌پرور، پرسشنامه سازگاری با همسر اسپانیر و همکاران و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ بود. گروه آزمایش زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت را به صورت زوجی و حضوری به مدت ۲ ماه در ۱۵ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دوبار دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت، استحقاق و قلدری را کاهش و سازگاری با همسر را افزایش داد و تاثیر مداخله تداوم داشته است. بنابراین زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت می‌تواند جهت اصلاح روابط زناشویی مردان خودشیفته مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** استحقاق، درمان مثبت‌گرا، سازگاری با همسر، شفقت، قلدری

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران [Sh.khaleghipour@iau.ac.ir](mailto:Sh.khaleghipour@iau.ac.ir)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

## مقدمه

روابط زناشویی موفق براساس ارتباط سازنده و الگوی عاطفی استوار است که آسیب‌های شخصیتی یکی از زوجین تاثیر مستقیم بر روابط صمیمانه دارد. کیفیت روابط به رشد شخصیت بستگی دارد (بابایی گرمخانی و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از آسیب‌های شخصیتی تاثیرگذار بر روابط زناشویی زمانی شکل می‌گیرد که یکی از زوجین با شخصیتی خودشیفته<sup>۱</sup> رابطه را ادامه دهد. مطالعات نشان می‌دهد رابطه عمیق مثبت در همسران خودشیفته در درازمدت کاهش می‌یابد. خودشیفته‌ها از همدلی اجتناب کرده، احساس بزرگ منشی داشته و نیاز عمیق به تحسین دارند و برای احساسات دیگران ارزشی قائل نیستند (فارل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). کوهات بر این باور است خودشیفته‌ها خودبرتربینی بسیار نامحدودی دارند، در برابر هر طرد و انتقادی حساس هستند که این ویژگی، عزت نفس شکننده آن‌ها را پنهان می‌کند (ویلیام<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). به جهت ایگوی ضعیف از ابعاد عاطفی و روانی سبب نیاز شدیدش به دیگران می‌شود ولی با داشتن تصویری خودکفا از خود، از وابستگی در روابط و ایجاد صمیمیت با دیگران اجتناب می‌کنند. ارتباط آن‌ها با دیگران صرفاً در راستای تایید خودپنداره‌شان می‌باشد. احساسی از غرور که انعکاس عزت نفس شکننده و اضطراب آن‌ها می‌باشد، پاسخ‌های پرخاشگرانه آن‌ها را برانگیخته می‌کند که می‌تواند ناشی از فعال شدن طحوازه آن‌ها باشد (استاربرد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

یانگ معتقد است طحوازه‌ها قالب‌هایی هستند که از دوران کودکی در ذهن ایجاد شده و کنترل کننده فکر، احساس و رفتار هستند. مطالعات نشان می‌دهد خودشیفتگی با طحوازه استحقاق رابطه دارد (فریس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). افراد با طحوازه استحقاق خود را دارای ویژگی‌های خاص می‌دانند و باور دارند هر چه می‌خواهند می‌بایست فراهم باشد و خود را مستحق دریافت امتیازها و شرایط ویژه می‌دانند (کالوت و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). رفتارهای محق بودن که ناشی از طحوازه استحقاق است اگر مورد تایید قرار نگیرد می‌تواند رفتار قلدری را در فرد خودشیفته تقویت کند (زاینسکوکسی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

از دیدگاه الویوس<sup>۸</sup> (۱۹۹۳) قلدری رفتاری است که طی آن در یک رابطه فرد دارای قدرت به صورت کلامی، روانی یا احساسی و فیزیکی آشکارا از بیشتر بودن قدرت خود سوء استفاده می‌کند و با پرخاشگری سعی در ارباب طرف دیگر دارد و توسط وی مورد آزار قرار می‌گیرد. شخصیت قلدر توجه جهت‌داری را در نحوه رفتار افراد به نظام شناختی‌اش دیکته می‌کند. نگرش بدبینانه در یک چرخه معیوب، نظام توجه و پردازش جهت‌دار، تمایل به مجاورت‌جویی زیاد ناشی از سبک دلبستگی آسیب پذیر باعث تمرکز بر رفتارهای پرخاشگرانه، زورگویی و قلدری در روابط با همسر می‌شود (گل پرور و همکاران، ۲۰۲۰). میل به تسلط بر دیگران و اثبات شایستگی خود در برتر بودن عاملی محوری برای بروز قلدری در روابط با همسر است. خودشیفته‌ها حرمت

- 1 . Narcissistic
2. Farrell
3. Williams
- 4 . STARBIRD
- 5 . Freis
- 6 . Calvete
- 7 . Zajenkowski
- 8 . Olweus

خود را با تسلط و ارزش‌زدایی از همسر افزایش می‌دهند که روابط سازگارانه با همسر را تحت تاثیر قرار می‌دهد (زاینسکوکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

سازگاری با همسر ارزیابی کلی از وضعیت فعلی رابطه است که می‌تواند انعکاسی از میزان شادی از روابط و یا ترکیبی از خشنود بودن به واسطه وجود بسیاری از عوامل مختص رابطه زناشویی باشد که لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت ویژگی‌های فردی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای گفتگو است. آن‌ها در فرایند زناشویی همانند ابراز محبت و عشق، احترام متقابل، روابط جنسی، تشابه نگرش و چگونگی ارتباط و حل مسئله موفق‌ترند (دادوندی و همکاران، ۱۳۹۹).

الگوی دل‌بستگی آسیب‌پذیر و عزت‌نفس‌شکننده در زوجین خودشیفته بیانگر شفقت نداشتن با خود و سایر افراد است و ارائه درمان‌های موثری که بتواند با تمرکز بر شفقت روابط زوجی را استحکام بخشد قابل توجه است (پارنل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). خود شفقت‌ورزی یک عامل محافظ برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود که جهت‌گذار از یک رابطه سلطه‌گر تسلیم شده و گسترش یک رابطه محبت‌آمیز بنا شده است (کرایچ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

در زوج درمانی مثبت گرا جهت دهی ذهن به سمت طرز فکر راه حل محور است که برای نقاط قوت و هیجانات مثبت در رابطه زوجی اهمیت قائل است و یادآوری، همخوانی و همبستگی، نحوه کارکرد مثبت در رابطه با همسر را توضیح می‌دهد و دلیل تعارضات زناشویی را تجربه هیجانات منفی مثل انتقاد، دفاعی بودن، تحقیر و سرزنش می‌داند (اسنایدر و همکاران، ۲۰۱۵)، ترجمه خالقی پور و رحیمی، ۱۴۰۱).

درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۰) تلفیقی از نظریه‌های مکاتب روان‌شناسی و مذهب است که مستلزم پاسخ‌های متعادل و ذهن آگاه در مقابل ناراحتی‌هاست و اجتناب از احساسات ناراحت‌کننده نیست. توانایی تبدیل درک، پذیرش و عشق به شکل درونی است. خودشفقتی به جای دور شدن از روایت مشکلات فردی حفظ متانت و قضاوت‌های عادلانه در مواجهه با تجربیات ناخوشایند و خوش‌بینی نسبت به زندگی در زمان حال است. توانایی تبدیل درک، پذیرش و عشق به شکل درونی است (تیموری و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات نشان می‌دهند که شفقت به خود یک راهبرد تنظیم هیجانی موثر در بهبود روابط زوجین است که زمینه را برای شکل‌گیری عواطف مثبت، مهرورزی و خودارزشمندی فراهم می‌کند (نِف<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲).

در زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت زوجین ضمن تلاش برای مهربان بودن با خود با بهوشیاری زمینه مهرورزی با همسر را یاد می‌گیرند و با ترسیم نقشه عشق در سه حوزه دوستی، کنترل دعوا و ایجاد معانی مشترک تعارضات منفی خود را به تعاملات مثبت تغییر می‌دهند همچنین نگرانی‌هایی که در گذشته پیش آمده و باعث شکاف در رابطه شده را ترمیم کرده و با توجه به رابطه قوی عاطفی و اهداف مشترک براساس روابط استوار نقشه عشق را پایه‌ریزی و با دیدگاه مثبت تعارض را مدیریت می‌کنند (وینتر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

- 1 . Zajenkowski
- 2 . Parnell
- 3 . Craig
- 4 . Neff
- 5 . Winter



۷۴..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...

روبین (۲۰۱۹) مطرح کرد استحقاق نادرست در تمایلات جنسی با تنظیم هیجان رشد نیافته رابطه دارد. پژوهش خدمتی (۱۳۹۹) نشان داد خودشفقتی و ارتباط با دیگران با قلدری رابطه منفی دارد. پژوهش چان و تان (۲۰۲۲) نشان داد زوج درمانی مثبت گرا می‌تواند بر خشم، حسادت، مسائل جنسی و پیوند بهتر با شریک زندگی موثر باشد. پژوهش مراد حاصلی و خلعتیری (۱۴۰۰) نشان داد هر دو درمان مثبت‌نگر و شفقت‌ورزی بر خودارزشمندی و مسئولیت‌پذیری تاثیر دارد. مطالعه بابایی و همکاران (۱۳۹۸) ( نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد شفقت راهبردهای تنظیم هیجان غیرسازگارانه را کاهش می‌دهد و بر رضایت زناشویی تاثیر دارد. پژوهش تیموری و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر اثربخش است. پژوهش لسانی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد نقص در شفقت بر خود و احساس شرم در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و خودشیفتگی نقش میانجی دارد. پژوهش رحیمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد ابعاد سازش نیافته خودشیفتگی همانند محق بودن و بهره‌کشی با عشق رابطه منفی دارد و برای کاهش خودشیفتگی می‌توان از بهوشیاری و خودشفقت‌ورزی بهره گرفت.

بنابراین باتوجه به اینکه آسیب‌های ناشی از خودشیفتگی کانون عاطفی خانواده را تحت تاثیر قرار داده و طلاق عاطفی را در خانواده گسترش می‌دهد، توجه به مداخلاتی که بتواند افراد را از بحران‌های ناشی از گسترش آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از تعارضات در حوزه خانواده محافظت کند مورد توجه می‌باشد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در مردان خودشیفته بود. فرضیه پژوهش عبارتند از: زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در مردان خودشیفته اثربخش است.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری مردان دارای صفات غیربالینی شخصیت خودشیفته دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره شرق تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از ۳۷ نفر ۳۰ نفر انتخاب شدند و با انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود، کسب نمره بالاتر از ۲۰ در سیاهه شخصیت خودشیفته زوجین ایرانی، داشتن تعارضات زناشویی طبق تایید مشاور و تمایل به همکاری جهت بیان تجارب زندگی زناشویی بود. سپس از آنها دعوت شد همراه با همسر خود جهت ورود به مداخله زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت‌ورزی شرکت کنند. معیارهای خروج غیبت بیشتر از دو جلسه، دریافت درمان موازی به صورت همزمان و عدم تمایل به ادامه درمان بود. اصول اخلاقی پژوهش شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، در اختیار قرار دادن نتایج به شرکت‌کنندگان و ارائه درمان به گروه کنترل بعد از پایان پژوهش بود.

جهت اجرا در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ با فراخوان در رسانه‌های اجتماعی از زوجینی که تمایل داشتند رضایت زناشویی خود را ارتقا دهند دعوت شد به یکی از مراکز مشاوره شرق تهران مراجعه کنند. با بررسی خودشیفتگی مردان و تعارضات زناشویی زوجین افرادی که ملاک‌های ورود را داشتند با روش قرعه کشی در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخله زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت را ۱۵ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای به صورت زوجی به مدت ۲ ماه، هر هفته دو جلسه دریافت کرد و پس از آن بلافاصله بعد از اتمام مداخله اجرا شد. سپس بعد از یک ماه مجدداً آزمون پیگیری به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در برنامه SPSS انجام شد.

## ابزار

**سیاهه شخصیت خودشیفته زوجین ایرانی<sup>۱</sup>:** این سیاهه توسط محمد شارونی و همکاران (۱۳۹۸) در زوجین ایرانی روسازی شده است. دارای ۴۰ گویه و هفت عامل اقتدار<sup>۲</sup>، خودبستگی<sup>۳</sup>، برتری جویی<sup>۴</sup>، تکبر<sup>۵</sup>، خودنمایی<sup>۶</sup>، محق بودن<sup>۷</sup> و استعمار<sup>۸</sup> است. گویه‌ها به صورت صفر و یک و در دامنه ۰ تا ۴۰ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر از ۲۰ خودشیفتگی را نشان می‌دهد. ضرایب همسانی درونی عامل‌ها بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. ضرایب همبستگی ۰/۱۶ تا ۰/۴۷ بین عامل‌های خودشیفتگی با تعارض زناشویی و دلزدگی زناشویی از روایی سازه حمایت می‌کند. در این پژوهش ضرایب همسانی درونی عامل‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ بدست آمد.

**پرسشنامه قلدری زناشویی<sup>۹</sup>:** پرسشنامه قلدری گل پرور و خبازیان (۱۳۹۴) دارای ۳۰ گویه و شش عامل اهانت و تهدید<sup>۱۰</sup>، نادیده گرفتن و کم توجهی<sup>۱۱</sup>، کینه توزی و آزار<sup>۱۲</sup>، تحقیر<sup>۱۳</sup>، انتقاد<sup>۱۴</sup> و فشار کاری غیرمتعارف عمدی<sup>۱۵</sup> است. گویه‌ها در طیف پنج درجه‌ای هرگز=۱ تا خیلی زیاد = ۵ در دامنه ۳۰ تا ۱۵۰ نمره‌گذاری می‌شود که نمره افزایشی نشان‌دهنده قلدری بیشتر است. پایایی با آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۴ و برای عامل‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ است. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع واریماکس مبتنی بر مولفه‌های اصلی روایی سازه را تایید می‌کند و ۶۶/۲۷ درصد کل واریانس مشترک عامل‌ها را تبیین می‌کند. در این پژوهش ضریب پایایی برای نمره کل ۰/۸۷ بدست آمد.

- 1 . Narcissistic Personality Inventory for Iranian Couples (NPI-IC)
- 2 . authority
- 3 . self-sufficiency
- 4 . superiority
- 5 . vanity
- 6 . exhibitionism
- 7 . entitlement
- 8 . exploitativeness
- 9 . Marital bullying scale(MBS)
- 10 . Insults and threats
- 11 . Ignoring and underestimating
- 12 . Malice and abuse
- 13 . Humiliation
- 14 . Criticism
- 15 . Unconventional work pressure

۷۶..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup>: فرم کوتاه پرسشنامه ۷۵ سوالی طرحواره ناسازگار اولیه که توسط یانگ و براون<sup>۲</sup> طراحی شده است ۱۵ طرحواره را در پنج حوزه طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری را ارزیابی می‌کند. گویه‌ها در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از ۱= کاملاً غلط تا ۶= کاملاً درست نمره گذاری می‌شوند. نمره بیشتر در هر طرحواره نشان‌دهنده احتمال بیشتر وجود طرحواره ناسازگار است. در این پژوهش شرکت‌کنندگانی که در طرحواره استحقاق نقطه برش ۱۸/۶۳ کسب کرده بودند دارای طرحواره استحقاق شناسایی شدند. یانگ پایایی با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۸۰ گزارش کرده است (یان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). غیائی و همکاران (۱۳۹۰) ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ و روایی همزمان آن با مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را ۰/۶۴ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای طرحواره استحقاق ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری با همسر<sup>۴</sup>: پرسشنامه سازگاری با همسر ۳۲ سوالی که توسط اسپانیر<sup>۵</sup> (۱۹۷۶) اعتباریابی شده دارای چهار عامل رضایت<sup>۶</sup>، همبستگی<sup>۷</sup>، توافق دو نفری<sup>۸</sup> و ابراز محبت<sup>۹</sup> می‌باشد که به صورت طیف ۶ درجه‌ای از صفر (همیشه اختلاف داریم تا پنج (توافق دائم داریم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره از صفر تا ۱۶۰ می‌باشد. پایایی آن با آلفای کرونباخ برای عامل‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. عیسی نژاد (۱۳۹۹) پایایی با روش همسانی درونی را ۰/۸۱ گزارش کرده است. روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس ۰/۹۰ همبستگی مثبت دارد (داودوندی و همکاران، ۱۳۹۹). در این پژوهش همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت<sup>۱۰</sup>: گروه آزمایش مداخله زوج‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت را طی ۱۵ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای به صورت زوجی هفته‌ای دو جلسه دریافت کردند. جهت ارزیابی روایی محتوایی بسته از نظرات ۵ متخصص در مورد تطابق محتوایی، تناسب جلسات، زمان اختصاص یافته، ترتیب و کفایت جلسات را در چک لیست نمره‌گذاری کنند. نسبت روایی محتوایی برای کل اهداف ۰/۸۹ بدست آمد که از سطح ملاک قابل قبول بالاتر است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت خالق پور و حقیقی (۱۴۰۱)

جلسات	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین
-------	-------	-------	-------------------------	-------

- 1 . Early Maladaptive Schemas Questionnaire-Short Form (EMSQ-SF)
- 2 . Young & Brown
- 3 . Yan
- 4 . Dyadic adjustment scale (DAS)
- 5 . Spanier
- 6 . Dyadic Satisfaction
- 7 . Dyadic Cohesion
- 8 . Dyadic Consensus
- 9 . Affectional Expression
- 10 . Compassion-focused positive couple therapy

اول	آشنایی با منطق کار	معرفی طرح «زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت»	پذیرش درمان	فرم قرارداد همکاری
دوم	رابطه فعلی زوجین	شناسایی رابطه فعلی، سنجش سطح تمایز، ارزیابی نیازها و انتظارات و تعهد زوجین	شناخت نیازها و انتظارات	قرم مشکلات، مقیاس مشارکت زناشویی
سوم	رهایی از تجارب فردی گذشته	شناخت ترس ها، خواسته ها و آرزوهای گذشته تاثیرگذار بر روابط با همسر، قاب بندی داستان های فردی منفی از تجارب گذشته و تبدیل آن ها در قالب داستان های زوجی مثبت	چشم انداز جدید به روابط با همسر	داستان های خانوادگی قبل از ازدواج، مجسمه سازی خلاقانه
چهارم	مذاکره سازنده	گفتگوی "آنچه اتفاق افتاده، گفتگوی احساسات و نیازها و گفتگوی هویت، موانع ابراز احساسات (اضطراب، بازداری، شرم)، درک احساسات همسر با شفقت، استفاده نکردن از تحقیر و رفتار دفاعی	پذیرش ذهن آگاهانه احساس خود و همسر	فرم ثبت روزانه احساسات و نیازها
پنجم	گوش دهی فعال	گوش دهی فعال شامل روشن کردن، بازخورد، گوش دادن با بدن، همدلی، تعویض نقش و از موضع طرف مقابل استدلال کردن، موانع گوش دادن شامل فکر خوانی، مرور ذهنی، قضاوت کردن، نصیحت کردن، برحق بودن و از ریل خارج شدن و تسلی دادن	روابط مثبت	تمرین مهارت گوش دهی
ششم	موانع روابط متقابل	تغییر روش های آزارنده شامل اهمیت ندادن، کناره گرفتن، تهدید و آشنایی با موانع ارتباطی شامل قربانی دیدن خود، تناقض نهفته و نقاط همیشه تاریک	حذف روش های آزارنده در رابطه	فرم ثبت اختلاف
هفتم	مهارت مدیریت عصبانیت و استحقاق	تحلیل افکار محرک، شناسایی ملامت گرها و بایدها شامل استدلال نادرست محق بودن، عدالت و تغییر، با جرات و احترام مذاکره کردن، مقاومت در بایدها با اصل مسئولیت شخصی، ایجاد منابع جدید حمایت	اجرای کردن اصل مسئولیت شخصی	فرم سنجش عصبانیت
هشتم	تقویت روابط متقابل	انجام رفتارهای مهرآمیز، درخواست رفتارهای مهرآمیز، رفتارهای مهرآمیز متقابل همراه با احترام، همدلی و پذیرش	تولید عناصر مثبت ارتباطی	تعهدنامه رفتارهای مهرآمیز، حساب بانکی عاطفی
نهم	مدیریت هیجان	مدیریت هیجانات در طول گفتگو، ابهام نداشتن محتوای پیام، عدم شخصی سازی افراطی، یادآوری نیات خوب خود و همسر با بازگویی مشکل، تایید کردن، عبارات اعتباربخش، قدردانی برای اعتباربخشی	سیستم مشارکتی	ایفای نقش معکوس، "نخواهید که برنده شوید"
دهم	تایام ارتباطی	یادآوری عناصر مثبت رابطه زوجی، مرور خاطرات گذشته برای یافتن رفتارهای مراقبت آمیز و تجارب تاییدکننده عشق به همدیگر و ترکیب آن ها در قالب داستانی زوجی و اختصاص نام "زوج انعطاف پذیر"	رابطه انعطاف پذیر	نوشتن داستان زندگی زوجی و خواندن آن با صدای بلند
یازدهم	مهارت شفقت ورزی	شفقت از درون به بیرون، تامل در مورد احساس های خود و همسر، توصیف مغزآگاه، منطقی و هیجانی، توصیف توجه، رفتار، استدلال و احساس مشفقانه و غیر مشفقانه، چگونه مهربان بودن با خود و همسر با حالت ذهن آگاهانه، اتصال	پذیرش مسئولیت هیجان ها	تصویرسازی ذهنی رفتار مشفقانه نگاه کردن در آینه روابط

۷۸ ..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...

	همدلانه، جدایی اتحاد یافته و ایجاد تحمل، تجربه حسی و تصویر مهربانانه از خود و همسر		
دوازدهم	مدیریت تعارض با شروع ملایم، پرسیدن سوال، باز تعبیر مثبت، باز تولید تعاملات و رفتارهای مثبت به صورت تجسمی و واقعی، پرسش های مثبت گرا، عمق بخشیدن خلاقانه به رابطه با انجام فعالیت های غیر منتظره و مهربانانه برای همسر	تسهیم فعالیت های مثبت ، سه یادآوری برای سپاسگزاری از همسر ، پنج ساعت جادویی	مدیریت تعارض
سیزدهم	شناسایی افکار بدبینانه و مجادله ، بیان خوبی هایی که در رابطه وجود دارد، بیان مهربانی ها و الطافی که توسط همسر انجام گرفته و توجه به واکنش های وی، یادآوری و بیان توانمندی های همسر، قگردانی از همسر ، انجام کارهای مشترک ، تقدیر از همسر با جشن کوچک، ابداع روش هایی برای افزایش تجارب هدفمند، پذیرش شوخ طبعی همسر، تجسم موفقیت های آینده	تصویرسازی همسر مهربان	تقویت عناصر مثبت ارتباطی
چهاردهم	تلاش اصلاحی برای حل تعارض، باز نویسی مشکل در راستای پیامد مطلوب، تعیین اهداف، ارائه راه حل با مشارکت همدیگر	یادگیری روش حل مسئله	پرورش فضای حل مسئله
پانزدهم	تعیین ارزش ها در رابطه با همسر، خلق معنای مشترک در زندگی زوجی ، شناسایی اهداف ارزشمند خود در رابطه زناشویی ، تمرکز بر عشق و دلبستگی، خودکاوی، بخشش خود و پذیرش اشتباهات، دیدن شایستگی ها و توانمندی های خود و همسر، بازسازی حس احترام و پذیرش رادیکالی همسر با وجود تفاوت ها، خوش بینی به همسر، توجه به شریک زندگی به عنوان دارایی و نه آسیب رسان یا نجات بخش	فرم ارزش ها در رابطه با همسر، تکنیک های خنثی سازی، فاصله گرفتن از صدای ذهن و تکنیک روی دیگر سکه	پذیرش و تعهد تغییر

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ زوج حضور داشتند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۷/۴۱ و میانگین سنی در گروه کنترل ۳۶/۵۳ بود. تعداد فرزندان در گروه آزمایش ۴۶/۶۷ درصد دارای یک فرزند، ۴۰ درصد دارای دو فرزند و ۱۳/۳۳ درصد بدون فرزند بوده‌اند. در گروه کنترل ۴۰ درصد دارای یک فرزند، ۵۳/۳ درصد دارای دو فرزند و ۶/۷ درصد بدون فرزند بوده‌اند. میزان تحصیلات در گروه آزمایش ۳۳/۳۳ درصد دکتری، ۲۶/۶۷ درصد فوق لیسانس، ۲۰ درصد لیسانس و ۲۰ درصد فوق دیپلم و دیپلم بوده‌اند. در گروه کنترل ۲۶/۶۷ درصد دکتری، ۴۰ درصد فوق لیسانس، ۲۶/۶۳ درصد لیسانس و ۶/۷ درصد فوق دیپلم و دیپلم بوده‌اند. میانگین مدت ازدواج در گروه آزمایش ۸/۹۱ و در گروه کنترل ۷/۳۶ سال بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر های مورد مطالعه گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
استحقاق	پیش آزمون	۲۴/۱۳	۰/۳۲	۰/۲۳
		۲۴		

۰/۳۶	۲۶/۴۳	۰/۲۰	۱۳/۲۰	پس آزمون	
۰/۳۳	۲۵/۶۰	۰/۱۸	۱۳/۰۶	پیگیری	
۰/۵۸	۷۰/۲۶	۰/۶۳	۶۹/۸۶	پیش آزمون	
۰/۶۲	۶۹/۸۰	۰/۵۸	۴۷/۹۳	پس آزمون	قلدری
۲/۸۵	۶۹	۰/۴۹	۴۶/۸۳	پیگیری	
۰/۳۳	۷۵	۰/۳۵	۷۵/۴۶	پیش آزمون	
۰/۴۱	۷۴/۴۶	۱/۲۶	۱۱۱/۶۶	پس آزمون	سازگاری با همسر
۰/۴۷	۷۴/۶۶	۱/۵۶	۱۱۳/۰۶	پیگیری	

ابتدا مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره‌ها و مقدار احتمال در متغیر طرحواره استحقاق ( $\text{Statistic}=0/819 \text{ sig}= 0/517$ )، در قلدری ( $\text{Statistic}=0/817 \text{ sig}= 0/327$ ) و سازگاری با همسر ( $\text{Statistic}=0/907 \text{ sig}= 0/411$ ) نشان داد، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار است. جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لون در طرحواره استحقاق ( $0/298$ ) واریانس دو جامعه تایید شد. در بررسی مفروضه ماتریس کواریانس - واریانس نتایج نشان می‌دهد پیش فرض تساوی واریانس کواریانس برای استحقاق ( $F = 1/52, \text{BoxsM} = 0/710, \text{sig} = 0/161$ )، قلدری ( $F = 1/79, \text{BoxsM} = 0/983$ )، سازگاری با همسر ( $F = 1/61, \text{BoxsM} = 0/891, \text{sig} = 0/125$ ) است که نشان می‌دهد مفروضه یکسانی کواریانس رعایت شده است. نتایج آزمون موجلی نشان می‌دهد که فرض کرویت برای هر سه متغیر استحقاق ( $0/02 = \text{sig}, W = 0/08$ )، قلدری ( $0/01 = \text{sig}, W = 0/17$ ) و سازگاری با همسر ( $0/01 = \text{sig}, W = 0/11$ ) برقرار نیست. براین اساس در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیسر استفاده می‌شود. در متغیر استحقاق نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان  $0/42$ ، عامل زمان و گروه  $0/38$ ، عامل گروه  $0/65$  است. در متغیر قلدری نتایج نشان می‌دهد بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور سهمی انا برای زمان  $0/63$  و برای زمان و گروه  $0/54$  و برای گروه  $0/36$  است. در متغیر سازگاری با همسر بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور سهمی انا برای زمان  $0/49$ ، تعامل زمان و گروه  $0/68$  و برای گروه  $0/72$  می‌باشد.

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
---------	-------------	---------------	------------	-----------------	---	------------

۸۰..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...

۰/۴۲	*۷۶/۱۳	۱۹۴۵۹/۹۷	۱/۲۵	۳۸۹۱۹/۹۴	زمان	
۰/۳۸	*۳۲/۴۵	۱۱۴۵۵/۲۸	۱/۶۵	۲۲۹۱۰/۵۶	تعامل زمان × گروه	استحقاق
۰/۶۵	*۵۳/۷۱	۳۲۴۸۹/۷۶	۱	۳۲۴۸۹/۷۶	گروه	
۰/۶۳	*۳۸/۴۰	۹۳۸۱/۱۰	۱/۱۷	۱۸۷۶۲/۲۱	زمان	
۰/۵۴	*۲۴/۴۷	۵۴۶۷/۰۹	۱/۸۷	۱۰۹۳۴/۱۸	تعامل زمان × گروه	قلدری
۰/۳۶	*۳۱/۹۱	۱۲۵۴۰/۲۹	۱	۱۲۵۴۰/۲۹	گروه	
۰/۴۹	*۶۰/۹۸	۴۳۱۳۳/۹۳	۱/۰۶	۸۶۲۶۷/۸۷	زمان	
۰/۶۸	*۹۱/۸۷	۲۷۱۸۴/۶۱	۱/۹۱	۵۴۳۶۹/۲۳	تعامل زمان × گروه	سازگاری با همسر
۰/۷۲	*۷۲/۶۵	۸۳۴۰۹/۱۰	۱	۸۳۴۰۹/۱۰	گروه	

\*P≤0/05

جدول ۴ نتایج آزمون تعدیل بونفرونی را برای هم‌سنجی نمرات نشان می‌دهد. در گروه آزمایش میانگین نمرات طرحواره استحقاق و قلدری در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است. مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد تاثیر مداخله بر استحقاق و قلدری تداوم داشته است. همچنین در گروه آزمایش میانگین نمره سازگاری با همسر در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معنادار داشته است. مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد تاثیر مداخله بر سازگاری با همسر تداوم داشته است ( $p \leq 0/05$ ).

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین های نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیرها	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین
	پیش آزمون	۲۴/۴۳	پیش آزمون-پس آزمون	*۱۰/۹۳
استحقاق	پس آزمون	۱۳/۲۹	پیش آزمون-پیگیری	*۱۱/۰۷
	پیگیری	۱۳/۱۶	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۴
قلدری	پیش آزمون	۶۹/۸۳	پیش آزمون-پس آزمون	*۲۱/۹۳
	پس آزمون	۴۷/۹۷	پیش آزمون-پیگیری	*۲۲/۹۳
	پیگیری	۴۶/۸۶	پس آزمون-پیگیری	۱/۰۱
سازگاری با همسر	پیش آزمون	۷۵/۵۳	پیش آزمون-پس آزمون	*-۳۶/۲۰
	پس آزمون	۱۱۱/۷۲	پیش آزمون-پیگیری	*-۳۷/۶۰
	پیگیری	۱۱۳/۴۹	پس آزمون-پیگیری	-۱/۴۰

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف اثربخشی زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در مردان خودشیفته انجام گرفت. براساس یافته‌ها این مداخله بر استحقاق اثربخش بود که با پژوهش روبین (۲۰۱۹) همسو بود. براساس دیدگاه کوهات استحقاق، موجب توجه به خواسته‌های خود و بی‌مسئولیتی می‌شود و در مواقعی فعال می‌شود که فرد خودشیفته احساس کند مورد سرزنش و قضاوت همسر قرار گرفته است که در این وضعیت با توجه به دیدگاه نف (۲۰۲۲) با تحریک شبکه‌های عصبی چندگانه مغز در مراکز شناخت و هیجان، رفتار همسر، توهین‌آمیز و رنج‌آور تصور می‌شود و زمینه شرم فرد را موجب می‌شود، فرد خودشیفته به نشانه تلافی به نیازهای همسر، بی توجه می‌شود. براساس رویکرد اسنایدر (۲۰۱۵) درمان مثبت‌نگر مبتنی بر شفقت در زوج‌ها با فعال کردن فضیلت‌های عشق و مهرورزی، خرد، شادی و صبر، انعطاف‌پذیری و سرمایه روانی را ارتقا داده، با پذیرش مسئولیت هیجان‌ها به طور ذهن‌آگاهانه، ضمن توجه به حقوق خود و همسر به دور از هر گونه تحقیر و سرزنش، به توانمندی‌های مثبت همسر توجه می‌شود. همچنین با فن نگاه در آینه روابط، فرد خواسته‌ها، قضاوت‌ها، انتظارات و دلبستگی‌های خود را می‌بیند و با پذیرش مسئولیت هیجان‌های خود با مهربانی و کنجکاوای تمام علائم هشداردهنده نگرانی تغییر یافته و طرحواره استحقاق غیرفعال می‌شود. با فعال شدن عاطفه مثبت پنهان و تعادل یافتگی ایگو، رفتارهای منفی و غیر اخلاقی جایش را به رفتارهای فضیلت محور می‌دهد باعث بازسازی کفایت، خودارزشمندی و رضایت شده، شدت رفتارهای استحقاق در رابطه زوجی را کاهش می‌دهد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر قلدری اثربخش بود. یافته‌های این پژوهش هم جهت با پژوهش خدمتی (۱۳۹۹) بود. با توجه به دیدگاه فارل (۲۰۱۹) می‌توان مطرح کرد در افراد خودشیفته به جهت کمال‌گرایی و انتظارات ایده‌آل‌گرایانه از همسر، نحوه رفتار به طور ناخواسته قلدرانه شده، منجر به تداوم خودشیفتگی و همدلی عاطفی پایین در روابط می‌شود و احساس عدم امنیت و تعلق‌پذیری و گرایش‌های خودمحورانه را تقویت می‌کند. این رفتار ناخواسته موجب قربانی شدن همسر می‌شود. زوج درمانی مثبت‌نگر مبتنی بر شفقت با رویکرد نف (۲۰۲۲) به عنوان یک سبک هیجانی مثبت و یک ویژگی پایدار جایگزین بدتنظیمی هیجانی شده، موجب تنظیم و تعادل هیجان می‌شود که به جای پذیرش منفعلانه و تسلیم در برابر موقعیت‌ها، با شکل‌گیری رابطه مراقبت‌محور در شرایط رنج کمک می‌کند با موقعیت‌ها بهتر کنار بیاید و امنیت هیجانی ایجاد شود، توجه به نیازها و خواسته‌های تعادل یافته بیشتر می‌شود، به صورتی که زوج‌ها می‌توانند با احترام و بدون سرزنش یکدیگر قضاوت‌ها و خواسته‌های ایده‌آل‌گرایانه خود را مشاهده کنند و با درک و اصلاح الگوهای ناسازگار رفتاری و هیجانی بر رفتار قلدری فرد خودشیفته تأثیر بگذارند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت بر سازگاری با همسر در مردان خودشیفته اثربخش بود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های چان و تان (۲۰۲۲) و مرادحاصلی و خلعتبری (۱۴۰۰) همراستا می‌باشد. با توجه به دیدگاه استاربرید (۲۰۲۰) خودشیفته‌ها به جهت ایگوی ضعیف نمی‌توانند با همسر خود صمیمی شوند و ارتباط آن‌ها فقط در جهت تأیید خودپنداره‌شان می‌باشد که اگر با عدم تأیید مواجه شوند در روابط شان ناسازگاری نشان می‌دهند. زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت با تمرین سرمایه‌گذاری عاطفی و روابط مراقبت‌محور، زوجین را ترغیب می‌کند به خواسته‌ها و نیازهای همسر با مهربانی، انعطاف‌پذیری و حمایت‌گرایانه پاسخگو باشند و با رفتارهای تأییدی و توجه به یکدیگر کانون مثبتی



۸۲..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...

را برای روابط بهتر آغاز کنند، این مسئله موجب می‌شود فرد خودشیفته احساس کند بدون سرزنش و نادیده گرفته شدن با همدلی و روابط مراقبت محور مورد محبت و پذیرش همسر قرار می‌گیرد. این اشتیاق و انگیزش بر حالت مثبت خلقی و پذیرش همسر تاثیر می‌گذارد، خاطرات ضمنی نگران‌کننده بازسازی می‌شود و صمیمیت و سازگاری زناشویی ارتقا می‌یابد. در مجموع زوج درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر شفقت باعث مهارتی می‌شود که زوجین با تعهد به کار روی داستان "ما" پیامد داستان منفی زندگی‌شان را در قالب یک داستان مثبت قاب‌بندی کنند، تجارب و انتظارات خود را در قالب علاقه به ایجاد یک داستان منسجم یکپارچه کنند که از پیامدهای آن تاثیر مثبت بر رفتارهای استحقاق، قلدری و ناسازگاری با همسر در زوج خودشیفته می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که گروه مورد هدف مردان خودشیفته دارای تعارض زناشویی در شهر تهران بوده‌اند که با توجه به خاص بودن نمونه‌ها نمی‌توان داده‌های مختص به یک جامعه خاص را به سایر جوامع اختصاص داد. این پژوهش به مقایسه با سایر درمان‌ها نپرداخته است. فقط تاثیر پیگیری یک ماهه بررسی شده و پیگیری ۶ ماهه و یک ساله ارزیابی نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مرحله پیگیری بلندمدت برای ارزیابی ماندگاری مداخله اجرا شود، از سایر مداخلات برای مقایسه با درمان حاضر استفاده شود و مشاوران خانواده از این درمان جهت کاهش قلدری زناشویی و طرحواره استحقاق و بهبود سازگاری زناشویی در زوجینی که دارای همسر خودشیفته هستند استفاده کنند.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری سحر حقیقی فرد است، نویسندگان مراتب تشکر خود را از شرکت کنندگانی که با پژوهشگران همکاری کرده اند اعلام می‌دارد.

## منابع

- اسنايدر، سی آر و لویز، سی جی. (۲۰۱۵). روان شناسی مثبت نگر، علم توانمندی های انسان، ترجمه شهناز خالقی پور؛ سعید رحیمی (۱۴۰۱) اصفهان: انتشارات دانشگاه ازاد اسلامی نجف آباد. ۱-۶۷۶.
- بابایی گرمخانی، محسن؛ کسای، عبدالرحیم؛ زهراکار، کیانوش و اسدپوره اسماعیل. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان شکن دارای خیانت سایبری. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۹(۲)، ۷۳-۹۲.
- ۲۰۰۱۰۱۰۱.۲۲۵۱۶۶۵۴.۱۳۹۸.۹.۲۴۰.
- تیموری، زهره؛ مجتبابی، مینا؛ و رضا زاده، محمدرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خیانت همسر. مجله علوم پزشکی گیلان، ۲(۳۰)، ۱۳۰-۱۴۳.
- 20.1001.1.23223065.1400.11.4.1.0
- خدمتی، نسرين. (۱۳۹۹). بررسی نقش ارضاء نیازهای بنیادین روانشناختی و خودشفقت ورزی در پیش بینی قلدری دانش آموزان دبیرستانی .
- رویش روان شناسی ، ۹(۲)، ۶۵-۷۲ . 20.1001.1.2383353.1399.9.2.14.9
- داودوندی، مریم، نوابی نژاد، شکوه و ولی اله، فرزاد (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی هیجان-محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوجها. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۵(۱)، ۵۶-۳۹ . ۲۰۰۱۰۱۰۱.۲۶۷۶۶۷۲۸.۱۳۹۷.۱۵.۱.۳۰.۱

رحیمی نژاد، عباس؛ رضازاده، رضا؛ قربانی، نیما؛ درخشان، مرضیه. (۱۳۹۸). ارتباط ابعاد سازش یافته و سازش نایافته خودشیفتگی با عشق: نقش واسطه‌ای بهوشیاری و خودمهارگری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۴)، ۲۲۴۷-۲۲۵۵. [10.22059/JAPR.2020.277483.643200](https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200)

عیسی نژاد، امید و علیزاده، زینب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تقویت مقابله زوجی بر سازگاری زناشویی و راهبردهای مقابله ای زوجی، فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۱(۱)، ۶۷-۸۵. [10.22059/JAPR.2020.277483.643200](https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200)

غیاثی، مهناز، مولوی، حسین، نشاط دوست، حمید طاهر، & صلواتی، مژگان. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (نسخه‌ی سوم فرم کوتاه) در شهر تهران. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۱۸(۱)، ۹۳-۱۱۸.

گل‌پرور، محسن و خبازیان، بیتا. (۱۳۹۴). رابطه شخصیت خودشیفته و دل‌بستگی آسیب‌پذیر با قلدری (زورگویی) و سرمایه روان‌شناختی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳(۲)، ۱۳۹-۱۴۸. [10.22059/JAPR.2020.277483.643200](https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200)

لسانی سمانه، شاهقلیان مهناز، سرافراز مهدی رضا، عبداللهی محمدحسین. (۱۴۰۰). پیش‌بینی نارسیسیزم آسیب‌شناختی بر اساس آسیب‌های دوران کودکی و به واسطه‌ی نقص در شفقت خود و احساس شرم. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۷)، ۷۷-۸۸.

[20.1001.1.17357462.1400.20.97.6.3](https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200)

محمدشارونی، رضوان؛ حسین زاده تقوایی، مرجان؛ شکری؛ امید؛ دانش، عصمت و برجعلی، احمد. (۱۳۹۸). مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی سیاهه‌ی شخصیت خودشیفته در زوجین ایرانی: ساختار عاملی، روایی و پایایی. *روان‌سنجی*، ۷(۲۸)، ۱۷۱-۱۴۹.

مراذحاصلی، نرگس، خلعتبری. جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر با درمان متمرکز بر شفقت بر خودارزشمندی، بهزیستی، مسئولیت‌پذیری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات اسلامی در حوزه سلامت*، ۴(۳)، ۳۹-۶۰.

[2022.254249.1088/۱۰.۳۰۴۸۳](https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200)

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. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200>

Calvete, E., Fernández-González, L., González-Cabrera, J. M., & Gámez-Guadix, M. (2018). Continued bullying victimization in adolescents: Maladaptive Schemas as a Mediation Mechanism. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(3), 650-660. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0677-5>.

Chan, E. W. L., & Tan, H. J. R. (2022). Positive psychology couple schema therapy: A new model of couple therapy focusing on reigniting couple attraction via schema therapy and positive psychology. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 2(2), 61-69. <https://doi.org/10.26407/2019jrtd.1.24>

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion-focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>.

Davoudvandi, M., Navabinejad, P. D., & Farzad, P. D. (2018). The effectiveness of emotionally focused couple therapy in improving marital adjustment and couples' intimacy. *Quarterly Journal of Family and Research*, 15(1), 39-56. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200>

Isanejad, O & Alizade, Z. (2020). The Effectiveness of Couples Coping Enhancement Training (CCET) on Marital Adjustment and Marital Coping Strategies, *Applied Psychological Research Quarterly*, 11(1), 67-85. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22059/JAPR.2020.277483.643200>

- ۸۴ ..... اثربخشی زوج درمانی مثبت گرا مبتنی بر شفقت بر استحقاق، قلدری و سازگاری با همسر در ...
- Farrell, A. H., & Vaillancourt, T. (2019). Developmental pathways of perfectionism: Associations with bullying perpetration, peer victimization, and narcissism. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 65(1), 101065. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101065>.
- Freis, S. D., & Hansen-Brown, A. A. (2021). Justifications of entitlement in grandiose and vulnerable narcissism: The roles of injustice and superiority. *Personality and Individual Differences*, 168, 110345. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110345>
- Ghiasi, M., Molavi, M., Neshatdost, H., & Salavati, M. (2011). The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. *Psychological Achievements*, 18(1), 93-118, (Text in Persian).
- Golparvar, M., & Khabazian, B. (2015). The Relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital. *Clinical Psychology and Personality*, 13(2), 139-148. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22070/13.2.139>.
- Khedmati, N. (2020). The role of satisfying basic psychological needs and self-compassion in predicting bullying in high school. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 9(2), 65-72. (Text in Persian). <https://doi.org/20.1001.1.2383353.1399.9.2.14.9>.
- Lessani S, Shahgholian M, Sarafraz M R, Abdollahi M H. (2021). Prediction of pathological narcissism based on childhood trauma with the mediating role of self-compassion deficit and shame. *Journal of Psychological Science*. 20(97), 77-88. (Text in Persian). <https://doi.org/20.1001.1.17357462.1400.20.97.6.3>.
- Mohamad Sharooni, R., Hosein zade Taghvai ,M., Shokri, O., Danesh , E., BorjAli, A (2019 ). Psychometric Properties of the Farsi Version of the Narcissistic Personality Inventory among Iranian Couples: Factor Structure, Validity and Reliability. *Psychometry*, 7(28), 149-171. (Text in Persian).
- Moradhaseli,T& Khalatbari.(2020). Comparison of the Effectiveness of Positive Psychotherapy and Compassion Focused Therapy in Promoting Self-Worth and Psychological Well-Being in Breast Cancer Patients. *Razavi International Journal of Medicine*, 10(2), 17-22. <https://doi.org/10.30483/RIJM.2022.254249.1088>.
- Neff, K. D. (2022). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>.
- Parnell, K. J., & Hammer, J. H. (2018). Deciding on couple therapy: The role of masculinity in relationship help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(2), 212. <https://doi.org/10.1037/men0000098>.
- Rahiminezhad A, rezazadeh R, ghorbani N, derakhshan M. (2020). The relationship between adapted dimensions and unexplained compromise with love: the mediating role of self-care and self-control. *Journal of Psychological Science*, 18(84), 2247-2255. (Text in Persian). <https://doi.org/20.1001.1.17357462.1398.18.84.5.2>.
- Ruben, D. (2019). Chapter 4 - Mis-entitlement of thrill-seeking sexual assaults in individuals with unregulated urges (establishing operations) .*Behavioral Forensics*, 113-127. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819805-6.00004-X>.
- Snyder, C. R & Lopez, S, G. (2015). *Positive Psychology*, Translated by Khaleghipour S & Pordanjani Rahimi, S. New York Published by Oxford University Press, Inc.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Starbird, A. D., & Story, P. A. (2020). Consequences of childhood memories: Narcissism, malevolent, and benevolent childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104656. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104656>.

- Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh SMR.(2021).Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Selfcompassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*; 30(2):130-143.(Text in Persian). <https://doi.org/20.1001.1.23223065.1400.11.4.1.0>.
- Williams, R., Casini, M. P., Moselli, M., Frattini, C., & Ronningstam, E. (2021). The road from pathological narcissism to suicidality in adolescence: An empirical study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9761.<https://doi.org/10.3390/ijerph18189761>.
- Winter, F., Mander, J., Jarczok, M. N., Warth, M., Negi, L. T., Harrison, T. & Aguilar-Raab, C. (2022). Change Mechanism of Cognitively-Based Compassion Training for Couples with Depression: An Exploratory Empirical Investigation of Process Variables. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. 28(7):591-599. <https://doi.org/10.1089/jicm.2022.0497>.
- Young, J.E. and Brown, G. (1990) Young Schema Questionnaire. Cognitive Therapy Center of New York, New York.
- Yan, Y., Wang, J., Yu, W., He, L., & Oei, T. P. (2018). Young Schema Questionnaire: Factor structure and specificity in relation to anxiety in Chinese adolescents. *Psychiatry investigation*, 15(1), 41. <https://doi.org/10.4306/pi.2018.15.1.41>.
- Zajenkowski, M., & Gignac, G. E. (2021). Narcissism and intelligence among couples: Why are narcissistic women perceived as intelligent by their romantic partners? *Personality and Individual Differences*, 172, 110579. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110579>.

### تناقض و حمایت مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از سازمانی خاص انجام شده است و هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان وجود ندارد.



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی

محسن عبدی حمل آباد<sup>۱</sup>، رضا کاظمی<sup>۲</sup>، قاسم ابوطالبی<sup>۳</sup>، سمیه تکلوی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اردبیل در سال ۱۴۰۰ بود. از جامعه مذکور ۳۰ دانشجو به شیوه نمونه‌گیری هدفمند با معیار کسب بالاترین نمره از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و اضطراب کرونا و پایین‌ترین نمره از مقیاس سرسختی روان‌شناختی انتخاب، در دو گروه (۱۵ نفره) کنترل و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ هفته و هر جلسه ۷۵ دقیقه مداخله معنادرمانی را دریافت کردند و پس از آزمون پس از خاتمه جلسات، مرحله پیگیری هم دو ماه بعد انجام شد. در این مدت گروه کنترل، مداخله‌ی دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس لابیوند، اضطراب بیماری کرونا علیپور و همکاران و سرسختی روان‌شناختی لانگ و گولت بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و بونفرونی استفاده شد نتایج نشان داد که معنادرمانی بر کاهش اضطراب بیماری کرونا و افزایش سرسختی روان‌شناختی تاثیر معنی‌دار دارد. بنابراین روان‌شناسان می‌توانند در جهت بهبود متغیرهای پژوهش از این مداخله استفاده نمایند

**کلیدواژه‌ها:** آشفتگی هیجانی، اضطراب کرونا، سرسختی روان‌شناختی، معنادرمانی

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران [dr.reza.kazemi2@gmail.com](mailto:dr.reza.kazemi2@gmail.com)

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

## مقدمه

حضور در دانشگاه یک رویداد بسیار مهم و حساس در زندگی نیروهای جوان، فعال و کارآمد، در هر کشوری است که تغییرات زیادی در روابط فردی و اجتماعی آن‌ها ایجاد می‌کند (رئیس سرشنیزی و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از چالش‌ها و مشکلات در این دوران آشفتگی هیجانی<sup>۱</sup> است (تاشورن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). داشتن مشکل در آگاهی، درک و پذیرش هیجانات، عدم دسترسی به سبک‌های سازگارانه در رویارویی با هیجانات مختلف یا ناتوانی فرد در کنترل کردن رفتار در هنگام مقابله با برانگیختگی‌های شدید هیجانی به عنوان آشفتگی هیجانی تعریف می‌شود (باتی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). علاوه بر این آشفتگی‌های هیجانی به‌عنوان حالات درونی ناخوشایند و غیرسازنده باعث کاهش شادکامی و افزایش اختلالات روانی مثل افسردگی، اضطراب و استرس می‌گردد (کولپ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). دانشجویانی که از آشفتگی‌های هیجانی رنج می‌برند، کاهش قابل توجهی در کیفیت کار یا نوشتن و مشارکت در کلاس، افزایش غیبت، دوره‌های طولانی مدت افسردگی، بی‌تفاوتی، اشک ریختن، حواس‌پرتی، کاهش وزن، عصبی بودن، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و حرف‌زدن بی‌وقفه را نشان می‌دهند (ظفر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا نتایج مطالعات حاکی از این است که محیط دانشگاه می‌تواند زمینه‌ساز آشفتگی‌های هیجانی بسیاری از جمله اضطراب (جی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، استرس، افسردگی (پلوکیو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) شود.

ویروس کرونا به دلیل قدرت سرایت بسیار بالا به سرعت در کل جهان انتشار پیدا کرد و بسیاری از مشاغل، ورزش‌ها و دانشگاه‌ها را تحت‌تاثیر خود قرارداد (ژو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از گروه‌های مهمی که آسیب زیادی به آن‌ها وارد شد، دانشجویان هستند (هاسکی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب کرونا<sup>۱۰</sup> اغلب به سبب جدید و ناشناخته بودن بیماری کووید-۱۹، انتقال فوری ویروس، مرگ و میر نسبتاً بالا و نگرانی در مورد آینده است. مطالعات نشان داده‌اند اضطراب کرونا با ناهنجاری‌های روانی و استرس (گراماگلیا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، وحشت‌زدگی و انزوای اجتماعی (کی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، احساس تنهایی، (بابیکی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و بی‌خوابی (چا<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) رابطه دارد.

1. Emotional distress
2. Taşören
3. Batty
4. Kulip
5. Zafar
6. Ji,
7. Pelucio
8. Zhu
9. Husky
10. Corona anxiety
11. Gramaglia
12. Qi
13. Babicki
14. Cha

از طرفی بسیاری از این مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی که دانشجویان با آن روبه‌رو هستند را نمی‌توان فوراً حل کرد و این مشکلات، دانشجویان را مجاب می‌کند تا قبل از حل شدن، در برابر آن‌ها مقاومت کنند. بنابراین، دانشجویان برای درک مثبت شرایط فعلی و حل مشکلات خود به طور مستقل با پیش‌بینی و تجهیز خود برای چنین شرایطی نیاز به کمک دارند. یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند کمک‌کننده باشد و واکنش افراد را به موقعیت‌ها، فشارها و شرایط هیجانی ناخوشایند متمایز کند، سرسختی روان‌شناختی<sup>۱</sup> می‌باشد (واگنی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی شخصیتی است که بر عملکرد، سلامت و خلق و خوی افراد در موقعیت‌های استرس‌زا تأثیر مثبت می‌گذارد اورال<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) سرسختی را ترکیبی از نگرش‌ها و رفتارهای شناختی و عاطفی می‌داند که برای بقا و غنی‌سازی زندگی ضروری است. با توجه به این تعریف، فردی با سرسختی روان‌شناختی بالا باید زندگی یا کار را بسیار معنادار بداند، به کنترل وقایع اعتقاد داشته باشد، بر نتایج تأثیر بگذارد و پذیرای تغییر و مبارزه باشد. افراد دارای سرسختی بالاتر، رویدادهای پر استرس و تنش‌زا را کنترل‌پذیرتر و منطقی‌تر ارزیابی می‌کنند. همین مسئله سبب می‌شود تا برانگیختگی‌های جسمانی که در نتیجه ارزیابی‌های منفی به وجود می‌آیند و به بروز بیماری منجر می‌شوند، در افراد سرسخت کمتر باشد و درماندگی روانی کمتری را تجربه کنند (اورال و همکاران، ۲۰۲۲)..

با توجه به اینکه اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی پایین می‌تواند دانشجویان را با مشکلات بسیاری روبه‌رو کند، بنابراین به کار بردن رویکردهای درمانی اثربخش جهت ارتقاء و بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی آنان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. از جمله روش‌های درمانی مؤثر در این حیطه که اخیراً مورد توجه پژوهشگران زیادی بوده است، معنادرمانی است. معنادرمانی یک درمان مبتنی بر معنا و ارزش محور است که توسط ویکتور فرانکل پایه‌گذاری شد؛ او منطق درمانی را بر این اصل بنا نهاد که نیروی انگیزشی اصلی انسان، یافتن هدف یا معنا در زندگی است (ریتوف<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، فرض اولیه معنادرمانی کمک به بیماران برای پاسخ دادن به درد و رنج به روشی معنادار است منطق درمانی این رویکرد فرض می‌کند که هر فرد انسانی دارای یک هسته درونی سالم است که از ویژگی‌های منحصر به فرد انسانی و سازگاری مانند حس شوخ طبعی، عشق و توانایی غلبه بر مشکلات در زندگی تشکیل شده است (رهگذر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در راستای اثربخشی معنادرمانی، فریدونی و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که معنادرمانی به طور قابل توجهی نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس دانشجویان را کاهش داد. در همین راستا قاسمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که معنادرمانی گروهی بر میزان تاب‌آوری دانشجویان دختر، تأثیر معناداری دارد. همچنین اسمعیل‌پور و همکاران (۱۴۰۱) در تحقیق دیگری اثربخشی معنادرمانی را در بهبود متغیرهای مرتبط با سلامت روان‌شناختی در گروه‌های مورد مداخله نشان دادند.

بنابراین با توجه اینکه روش مداخله معنادرمانی در درمان اختلالات و مشکلات روان‌شناختی مؤثر بوده است و همچنین به دلیل ضرورت توجه به سلامت روان دانشجویان به عنوان قشر فعال و کارآمد جامعه و با توجه به اینکه پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی بیشتر رابطه‌ای هستند، انجام چنین تحقیقاتی از لحاظ علمی می‌تواند به فهم

1. Psychological hardiness
2. Vagni
3. Oral
4. Riethof
5. Rahgozar

۹۰..... اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی

مکانیسم و روش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم نماید. لذا با توجه به اهمیت و لزوم حل مشکلات و بحران‌های هیجانی و کاهش آسیب‌های روانی آن از جمله اضطراب کرونا و همچنین ارتقاء سرسختی روان‌شناختی دانشجویان، این پژوهش با هدف اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و افزایش سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی انجام گرفت. در این پژوهش فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت

معنا درمانی در کاهش اضطراب کرونا دانشجویان با آشفتگی هیجانی تاثیر دارد.  
معنادرمانی در افزایش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان با آشفتگی هیجانی تاثیر دارد.

### روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال تحصیلی ۱۴۰۰ بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند با معیار هدف کسب بالاترین نمره از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و اضطراب کرونا و پایین‌ترین نمره از مقیاس سرسختی روان‌شناختی از میان شرکت‌کنندگان انتخاب شدند. با هماهنگی استاد راهنما و حراست دانشگاه در خصوص کار پژوهش و فراخوان انجام شده ابتدا تعداد ۳۰۰ نفر از دانشجویان پرسشنامه آشفتگی هیجانی، اضطراب کرونا و سرسختی را در دانشگاه آزاد اردبیل تکمیل کردند سپس ۳۰ نفر از افرادی که بالاترین نمرات را در مقیاس آشفتگی هیجانی، اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی کسب کردند، به عنوان نمونه آماری انتخاب و در دو گروه معنادرمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، داشتن رضایت شرکت در مطالعه، ساکن شهر اردبیل بودن به منظور شرکت در جلسات آموزشی/ درمانی. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ندادن تکالیف و عدم همکاری و غیبت در دو جلسه آموزشی بود.

جلسات درمانی برای گروه آزمایشی به صورت حضوری و در سالن بزرگ آمفی تئاتر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و با رعایت فاصله بین شرکت‌کنندگان، زدن ماسک و سیستم تهویه مناسب و با رعایت تمامی پروتکل‌های بهداشتی انجام شد و در این مدت گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه توسط کلیه شرکت‌کنندگان تکمیل شد. در پایان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش جلسات معنادرمانی به صورت یک کارگاه دو روزه برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل برگزار شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونو با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

### ابزار پژوهش



**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):** این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۱ گویه است که در هر دو محیط بالینی و غیر بالینی به راحتی قابل استفاده است و برای اندازه‌گیری احساسات منفی افراد در هفته اخیر استفاده می‌شود. مقیاس از سه خرده مقیاس افسردگی (۷ گویه)، اضطراب (۷ گویه) و استرس (۷ گویه) تشکیل شده است و هر خرده مقیاس شامل هفت گویه است. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ است. هر چه امتیاز بالاتر باشد، سطح احساسات منفی بالاتر است. روایی همگرایی افسردگی، اضطراب و استرس توسط سازندگان این مقیاس با مقیاس افسردگی، اضطراب بک و استرس ادراک شده کوهن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۱، و ۰/۷۶ گزارش شد. همچنین پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش شد (لایبوند و همکاران، ۱۹۹۵). در ایران نیز صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) پایایی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب با مقیاس اضطراب زانگ ۰/۶۷، همبستگی خرده‌مقیاس افسردگی با مقیاس افسردگی بک ۰/۷۰ و همبستگی خرده‌مقیاس استرس با مقیاس استرس ادراک شده ۰/۴۹ بدست آمد (صاحبی و همکاران، ۱۳۸۴). پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۹ و ۰/۷۱ به دست آمد.

**مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS<sup>3</sup>):** این مقیاس جهت سنجش اضطراب ویروس کرونا توسط علیپور و همکاران (۱۳۹۸) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۸ گویه و ۲ خرده‌مقیاس علائم روانی (گویه‌های ۱ تا ۹) و علائم جسمانی (گویه‌های ۱۰ تا ۱۸) است. نمره‌گذاری ابزار بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۳) می‌باشد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۴ است. نمره بالا تر نشان‌دهنده سطح بالای اضطراب و برعکس است. پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های علائم روانی و علائم جسمانی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ به دست آمد. نتایج روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه GHQ-28 نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل مقیاس GHQ-28 و مؤلفه‌های اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۵۱، ۰/۴۲، ۰/۳۳ و ۰/۲۷ است که کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار است (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های علائم روانی و علائم جسمانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۱ به دست آمد.

**مقیاس سرسختی روان‌شناختی:** این پرسشنامه توسط لانگ<sup>۵</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. این مقیاس شامل ۴ گویه و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و چالش هر کدام با ۱۵ گویه می‌باشد. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل با تعیین مجموع نمرات در هر یک از گویه‌ها به دست می‌آید. نمرات ۸۴-۴۲، ۱۲۶-۸۴ و بالاتر از ۱۲۶ به ترتیب نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی کم، متوسط و بالا است. لانگ و

1. Depression, Anxiety, Stress Scale(DASS)
2. Lovibond
3. Corona Disease Anxiety Scale
4. Psychological Hardiness Questionnaire
5. Lang

همکاران روایی همگرایی این مقیاس را با پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا بین خرده‌مقیاس‌های کنترل، تعهد، چالش و کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۱ گزارش کردند، همچنین لانگ و همکاران پایایی خرده‌مقیاس‌های کنترل، تعهد، چالش و کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۴ گزارش کردند (لانگ و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی نسخه فارسی مقیاس بر اساس روش بازآزمایی (فاصله زمانی دو هفته) برای خرده‌مقیاس‌های کنترل، تعهد، چالش و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۶۱ و ۰/۷۱ گزارش شده است. همچنین نتایج روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی بارتون بین خرده‌مقیاس‌های کنترل، تعهد، چالش و کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۳۴، ۰/۵۹ و ۰/۶۴ بدست آمد که همه این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (روشن و شاکری، ۱۳۸۸). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های کنترل، تعهد، چالش و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد.

**برنامه مداخله معنادرمانی** - در این پژوهش مبتنی بر جلسه‌های معنادرمانی فرانکل و طرح شولنبرگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) بود که شامل جلسات آموزشی هشت جلسه ای ۷۵ دقیقه‌ای است که به صورت هفته‌ای طبق جدول ۱ انجام گرفت:

جدول ۱. خلاصه جلسات معنادرمانی فرانکل و طرح شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکالیف
۱	برقراریارتباط درمانی، آشنایی افراد با موضوع	معارفه و توضیح قوانین و چارچوب جلسات	برقراری رابطه بهینه مابین اعضا و با روانشناس	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه
۲	زمینه‌سازی برای آموزش معنادرمانی	آشنایی با مفاهیم تنهایی، آزادی اراده و معنای زندگی	توانایی تفسیر از عملکرد آزاد و باور به تصمیم‌گیری نهایی در انتخاب‌ها	گزارش از احساس تنهایی و هیجانان برخواسته از آن
۳	ارزیابی آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی	آشنایی با مفهوم معنا و ناکامی وجودی	توانایی چگونگی نبود یک رابطه معنادار منجر به رشد و تعالی	توجه به رابطه‌های معنی‌دار زندگی خود
۴	ارزیابی شناختی	باورداشتن و پذیرفتن خویش	شناخت ویژگی‌های خویش، توجه به آزادی اراده	تفحص و تمرکز بیشتر بر رفتارهای خود با افراد متفاوت
۵	آشنایی با اضطراب وجودی و مدیریت آن	آشنایی با اضطرابو راهکارهای مقابله‌ای با آن،	به‌کارگیری مهارت تغییر شناخت در باورهای اضطراب وجودی	ارائه گزارش از تغییر در اضطراب وجودی

۶	ارزیابی مثلث عشق	اضطراب پیش‌بین و تکنیک قصد متضاد	ابعاد مثلث عشق. توضیح	شناخت عشق صحیح و مثلث عشق	بررسی احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن،
۷	یافتن معنا و قبول مسئولیت	کسب معنا و مسئولیت پذیری	آشنایی با مفاهیم مسئولیت‌پذیری	تمرین قبول مسئولیت و کسب معنا در زندگی	
۸	ارزیابی و کاربرد	رفع موانع انجام تکالیف، جمع‌بندی کلی	به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های خارج		

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش (۳/۶۴±۲۵/۸۰) و گروه کنترل (۲/۶۳±۲۶/۰۶) بود. در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۸۶/۷ درصد) مجرد و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) متأهل بودند، در گروه کنترل ۱۲ نفر (۸۰ درصد) مجرد و ۳ نفر (۲۰ درصد) متأهل بودند. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در مؤلفه‌های اضطراب بیماری کرونا کاهش و در مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی افزایش داشته است. اما در گروه کنترل نمرات در هر سه مرحله تفاوت چندانی با هم ندارند. برای تحلیل واریانس ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ( $P > 0.01$ ). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد واریانس مؤلفه‌های علائم روانی ( $F=0.206, P>0.05$ )، علائم جسمانی ( $F=0.790, P>0.05$ )، تعهد ( $F=1.349, P>0.05$ )، کنترل ( $F=0.202, P>0.05$ ) و چالش ( $F=0.207, P>0.05$ ) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری در مؤلفه‌های علائم جسمانی، کنترل و مبارزه‌طلبی کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین‌هاس-گایزر در این مؤلفه‌ها استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس برقرار است.

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی را همراه با مؤلفه‌های آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
علائم روانی	آزمایش	۱/۲۷	۱۱/۲۶	۱/۲۲	۱۱/۶۰	۱/۵۰

۱/۰۵	۱۴/۶۰	۱/۰۶	۱۴/۵۳	۱/۰۸	۱۴/۸۰	کنترل	علائم جسمانی
۱/۵۶	۱۴/۲۰	۱/۵۵	۱۴/۱۳	۱/۲۵	۱۷/۰۰	آزمایش	
۰/۹۱	۱۶/۴۶	۱/۰۳	۱۶/۷۳	۰/۸۸	۱۶/۲۶	کنترل	اضطراب بیماری کرونا
۲/۳۳	۲۵/۸۰	۲/۱۳	۲۵/۴۰	۱/۹۰	۳۰/۹۳	آزمایش	
۱/۴۸	۳۰/۹۲	۱/۵۳	۳۱/۲۶	۱/۳۲	۳۱/۰۶	کنترل	تعهد
۲/۷۳	۲۴/۷۳	۲/۸۵	۲۳/۸۶	۲/۴۱	۱۷/۴۰	آزمایش	
۱/۹۵	۱۶/۳۳	۱/۹۸	۱۷/۲۶	۱/۹۲	۱۷/۱۳	کنترل	کنترل
۳/۲۵	۲۶/۰۰	۳/۱۲	۲۶/۲۰	۳/۸۳	۲۰/۶۰	آزمایش	
۳/۳۱	۲۰/۸۹	۴/۰۲	۲۰/۳۶	۴/۷۲	۲۱/۲۶	کنترل	چالش
۲/۶۳	۲۶/۹۳	۲/۴۹	۲۷/۲۶	۱/۵۹	۲۰/۴۰	آزمایش	
۱/۶۱	۲۱/۸۰	۱/۷۴	۲۱/۲۰	۱/۷۶	۲۰/۶۰	کنترل	سرسختی روان‌شناختی
۴/۹۶	۷۷/۶۷	۵/۶۳	۷۷/۳۳	۵/۴۶	۵۸/۴۰	آزمایش	
۴/۰۶	۵۷/۵۳	۴/۲۷	۵۸/۵۳	۵/۲۵	۵۹/۰۰	کنترل	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان  $F$  اثر تعامل مراحل و گروه برای مؤلفه‌های علائم روانی ( $F=۳۵/۶۷$ )، علائم جسمانی، ( $F=۱۳/۷۳$ )، تعهد ( $F=۲۷/۷۱$ )، اضطراب کرونا ( $F=۲۸/۱۶$ )، کنترل ( $F=۴۷/۷۴$ )، چالش ( $F=۴۵/۲۳$ ) و سرسختی روان‌شناختی ( $F=۳۹/۳۵$ ) معنی‌دار است ( $P<۰/۰۰۱$ ).

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی

مؤلفه	SS	Df	MS	F	P	Eta
علائم روانی	۷۰/۲۸	۲	۳۵/۱۴	۴۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	۵۳/۶۲	۲	۲۶/۸۱	۳۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰
علائم جسمانی	۱۱/۴۰	۲	۷/۰۹	۶/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۱۹۰
	۲۳/۸۸	۲	۱۴/۸۷	۱۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
اضطراب کرونا	۹۰/۱۵	۲	۴۵/۰۸	۲۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	۱۱۲/۳۰	۲	۵۶/۱۵	۲۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
تعهد	۲۱۵/۶۲	۲	۱۰۷/۸۱	۲۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
	۲۷۳/۷۵	۲	۱۳۶/۸۷	۲۷/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
کنترل	۸۱/۴۸	۲	۶۴/۰۸	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸
	۲۴۸/۱۵	۲	۱۹۵/۱۴	۴۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۹

۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۷۶/۲۶	۲۱۴/۱۸	۲	۲۸۹/۰۶	تعامل مراحل و گروه	چالش
۰/۶۱۸	۰/۰۰۱	۴۵/۲۳	۱۲۷/۰۴	۲	۱۷۱/۴۶	مراحل	
۰/۴۷	۰/۰۰۱	۲۵/۱۴	۲۹۰/۴	۲	۵۸۰/۸	تعامل مراحل و گروه	سرسختی روان-
۰/۵۴	۰/۰۰۱	۳۹/۳۵	۳۱۴/۳۳	۲	۶۱۸/۶۵	مراحل	شناختی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که، در اضطراب کرونا و مؤلفه‌های آن میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است ( $P < ۰/۰۱$ )، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > ۰/۰۱$ )، اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۱$ )، این یافته بدان معنی است که معنادرمانی نه تنها منجر به بهبود اضطراب کرونا دانشجویان در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی اضطراب بیماری کرونا

گروه کنترل		گروه آزمایش		زمان اندازه‌گیری		متغیر	
sig	SD	اختلاف میانگین	sig	SD	اختلاف میانگین		
۰/۳۰	۰/۹۶	-۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱/۰۵	-۳/۶۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	
۰/۲۶	۱/۱۴	-۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	-۳/۳۳	پیش‌آزمون-پیگیری	علائم روانی
۰/۳۴	۰/۸۱	۰/۷۰	۰/۳۱	۰/۹۱	۰/۳۴	پس‌آزمون-پیگیری	
۰/۳۶	۰/۸۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱/۱۱	-۳/۸۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	علائم جسمانی
۰/۲۷	۱/۱۳	۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸	-۲/۸	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۲۹	۱/۰۲	-۰/۲۷	۰/۳۹	۰/۶۹	۰/۸	پس‌آزمون-پیگیری	
۰/۳۱	۰/۹۲	۰/۲	۰/۰۰۱	۱/۲۵	-۵/۵۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	اضطراب کرونا
۰/۳۵	۰/۷۹	-۰/۱۴	۰/۰۰۱	۱/۱۸	-۵/۱۳	پیش‌آزمون-پیگیری	
۰/۳۴	۰/۸۵	-۰/۳۴	۰/۳۲	۰/۸۳	۰/۴۰	پس‌آزمون-پیگیری	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که، در سرسختی روانشناختی و مؤلفه‌های آن میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است ( $P < ۰/۰۱$ )، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > ۰/۰۱$ )، اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۱$ )، این یافته بدان معنی است که معنادرمانی نه تنها منجر به بهبود سرسختی روانشناختی دانشجویان در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی سرسختی روانشناختی

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		اختلاف میانگین	SD	sig	اختلاف میانگین	SD	sig
تعهد	پیش آزمون-پس آزمون	۶/۴۶	۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱/۱۲	۰/۴۹
	پیش آزمون-پیگیری	۷/۳۲	۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۲	۰/۳۷
	پس آزمون-پیگیری	۰/۸۶	۰/۹۵	۰/۳۸	-۱/۰۳	۰/۹۵	۰/۳۲
کنترل	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۶	۱/۱۹	۰/۰۰۱	-۰/۹	۱/۲۵	۰/۳۵
	پیش آزمون-پیگیری	۵/۴۰	۱/۰۸	۰/۰۰۱	-۰/۳۷	۰/۸۸	۰/۴۴
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۲۰	۱/۰۲	۰/۴۳	-۰/۵۳	۱/۲۹	۰/۴۲
چالش	پیش آزمون-پس آزمون	۶/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶	۱/۵۱	۰/۵۱
	پیش آزمون-پیگیری	۶/۵۳	۱/۳۷	۰/۰۰۱	۱/۲	۰/۷۹	۰/۳۹
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۳۳	۱/۰۸	۰/۵۷	۰/۸۰	۱/۰۵	۰/۴۸
سرسختی - روان - شناختی	پیش آزمون-پس آزمون	۱۸/۹۳	۱/۹۶	۰/۰۰۱	-۰/۴۷	۱/۶۹	۰/۵۳
پیش آزمون-پیگیری	۱۹/۲۷	۱/۷۸	۰/۰۰۱	-۱/۴۷	۱/۷۸	۰/۳۴	
پس آزمون-پیگیری	۰/۳۸	۱/۲۴	۰/۵۶	-۱	۱/۸۴	۰/۴۴	

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و افزایش سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که فرضیه اول پژوهش مبنی بر تاثیر معنادرمانی بر کاهش اضطراب کرونا دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی مورد تایید است و این شیوه از درمان به طور معنی داری اضطراب کرونا را در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی کاهش داده است. این یافته با برخی از نتایج فریدونی و فورستمیر (۲۰۲۲) و اسمعیل پور و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاکید معنادرمانی بر توانایی‌های بالقوه و منحصر به فرد انسان به بهترین شکل می‌تواند یک شکست را به موفقیت شخصی تبدیل کند و یک موقعیت ناخوشایند و آزاردهنده را به یک موقعیت انسانی و قابل تحمل تغییر دهد؛ زمانی که نمی‌توانیم یک وضعیت ناخوشایند را تغییر بدهیم مثلاً در مواجهه با یک بیماری غیرقابل علاج، باید بکوشیم خود را تغییر دهیم. در واقع معنادرمانی علاوه بر این که با دربرگرفتن آرمان‌های متعالی انسان به گسترش مفهوم انسان بودن کمک می‌کند می‌تواند با تقویت روحیه معناجویی در بیمار، چشمان وی را بر روی توانمندی‌هایش بگشاید؛ از سویی این رویکرد درمانی بیماران را در مقابل خالی شدن از مفهوم انسانیت ایمن می‌گرداند و به کاهش اضطراب کرونا منجر می‌شود. همچنین اصل پذیرش مسئولیت در معنادرمانی اهمیت زیادی دارد چرا که فرد با حس مسئولیتی که دارد

احساس می‌کند که کنترل شرایط زندگی خود را دارد و قادر است با پذیرش مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل زندگی خویش را در دست داشته باشد. در اینجا قبول مسئولیت به راه‌کارهایی پیشگراانه در خصوص ویروس کرونا برمی‌گردد که با انجام آن‌ها و مسئول دانستن خود در مقابله پیشگراانه از این ویروس نگاه خود را از حالت غیر قابل کنترل نسبت به مبتلا شدن به ویروس کرونا به حالت کنترل شده در آورده و از اضطراب این بیماری به سبب قابل کنترل بودن کاهش دهیم. در حقیقت پذیرش مسئولیت و تسلط بر شرایط و وقایع زندگی، به کنترل درونی ناامیدی در رسیدن به خواسته‌ها در بیمار منتهی می‌شود و زمینه را برای کاهش نشانه‌های اضطراب در فرد را فراهم می‌کند. از طرف دیگر هدف معنادرمانی، ارتقاء توانایی‌های انسان جهت کشف معنای منحصر به فرد است تا در مقابل مشکلات و بحران‌ها معنایی پیدا کرده، از سردرگمی‌های یافته و تغییر کند، در واقع وجود معنا به انسان جرأت بودن و شدن می‌دهد و از اضطراب‌هایی که در زندگی با آن روبه‌رو می‌شود، می‌کاهد (اسمعیل‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). از این رو معنا درمانی به افراد کمک می‌کند تا این واقعیت را بپذیرند که علی‌رغم این که آنها نمی‌توانند برخی از وقایع زندگی خود را تغییر دهند، اما می‌توانند مهارت‌هایی را برای پذیرش تجربیات دردناک کسب کنند که می‌تواند به عنوان هدایای زندگی شناخته شوند. اگر آن‌ها معنای زندگی را پیدا کردند، می‌توانند تجربیات دردناک (از جمله اضطراب کرونا) را تغییر دهند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تاثیر معنادرمانی بر افزایش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی مورد تایید است و این شیوه از درمان به طور معنی داری سرسختی روان‌شناختی را در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی افزایش داده است. این یافته با نتایج قاسمی و همکاران (۱۳۹۹) و ریتوف و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که معنادرمانی با در نظر گرفتن هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب‌شان نیست، بلکه بی‌معناشدن زندگی است که مصیبت‌بار بوده و از این رو معنادرمانی همواره افراد را جهت تلاش بیشتر و مقابله با سختی‌ها و دشواری‌های فعالیت‌های مختلف برانگیخته می‌نماید (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین معنادرمانی به واسطه بهبود باورهای افراد مقاومت آن‌ها را در مقابله با برخی شرایط افزایش می‌دهد. این مسئله سبب گردیده تا معنادرمانی از ظرفیت مهمی در بهبود سرسختی روان‌شناختی افراد برخوردار باشد. سرسختی روان‌شناختی نقش مهمی را در سلامت روانی بازی می‌کند و آسیب به این سازه می‌تواند تحمل بحران‌ها را در افراد را به شدت کاهش دهد، به طوری که بحران ویروس کرونا و به تبع آن افزایش آشفتگی هیجانی، سرسختی روان‌شناختی افراد را به شدت تحت تاثیر قرار داده است (اورال و همکاران، ۲۰۲۱). در آموزش معنادرمانی به افراد با تاکید بر هستی وجود انسان که سرشار از بحران‌های گوناگون در شرایط مختلف زندگی است بر قابل تحمل بودن این بحران‌ها با معنی بخشیدن به سختی‌های زندگی، افراد آماده پذیرش بحران‌ها در زندگی شده و تحمل سختی‌ها برای آنها قابل تحمل می‌گردد (ریتوف و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در معنادرمانی بر گذرا بودن همه مشکلات و موانع در زندگی تاکید می‌شود. بر اینکه هیچ شکست و سختی در زندگی همیشگی نیست و لذا بر همین اساس دانشجویان یاد می‌گیرند که اگر در هر زمینه‌ای دچار شکست شدند نه تنها ناامید و سرخورده نشوند بلکه با تمام

۹۸..... اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دارای آشفتگی هیجانی

تلاش و توانایی خود با موانع و چالش‌ها درگیر شوند و به این صورت هم سرسختی خود را در برداشتن موانع نشان دهند و هم اینکه به موفقیت‌های بیشتری دست پیدا کنند.

در مجموع در جلسات معنا درمانی با افزایش تمرکز، توانمندی‌ها، داشته‌های افراد و تقویت نقش خود در شناسایی موفقیت‌ها و شکست‌ها، مراجعین این توانایی و قدرت را پیدا کردند تا به این باور برسند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می‌کنند، در کنترل خودشان است؛ و با شناخت کامل از موقعیت به جای سرکوبی احساسات و هیجانات و فرار، موقعیت فعلی را پذیرفته و در قبال این انتخاب و اختیار اضطراب خود را کاهش و سرسختی روان‌شناختی خود را افزایش دهند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری در همین راستا به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. همچنین در بخش پیشنهاد کاربردی با توجه به نتایج حاصل از پژوهش دال بر اثربخشی معنا درمانی بر اضطراب کرونا و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان پیشنهاد می‌شود که در جهت کاهش اضطراب کرونا و افزایش سرسختی روان‌شناختی از این شیوه درمانی در مراکز روانشناسی و درمانی استفاده بهینه گردد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با مشارکت و همکاری خود ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آورند.

## منابع

اسمعیل پور دیلمقانی، روح انگیز، پناه علی، امیر، اقدسی، علی نقی، خادمی، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ، احساس تنهایی و معنای زندگی در زنان سالمند با ترس از ویروس کرونا. *روانشناسی پیری*. ۸(۲): ۱۴۷-۱۳۵. DOI:

[https://jap.razi.ac.ir/article\\_2212.html?lang=fa](https://jap.razi.ac.ir/article_2212.html?lang=fa)

رئیس سرشنیزی، زهرا، لطفی، مژگان، پیرمرادی، محمدرضا، اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۹). نقش پیش بین خودکارآمدی در تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بر کاهش آشفتگی هیجانی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۳۰(۱۸۹)،

DOI: [https://jmums.mazums.ac.ir/index.php?slc\\_lang=fa&sid=1](https://jmums.mazums.ac.ir/index.php?slc_lang=fa&sid=1). ۱۶۹-۱۶۴

روشن، رسول، و شاکری، رضا. (۱۳۸۹). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس برای سنجش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان. *مجله روانشناسی*

بالینی و شخصیت. ۸(۱)، ۵۲-۳۵. DOI: [10.23452/188.1389.8.1.4.9](https://doi.org/10.23452/188.1389.8.1.4.9)

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، رضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) برای

جمعیت ایرانی. *روانشناسی تحولی*، ۱(۴)، ۱۸-۱. DOI: [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443.html?lang=fa](https://jip.stb.iau.ir/article_512443.html?lang=fa)

علیپور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علی‌پور، زهرا؛ عبدالله پور، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS)

در نمونه ایرانی. *مجله روانشناسی سلامت*. ۶(۴)، ۱۷۵-۱۶۳. DOI:

<https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52023.4756>



قاسمی، نعمت اله، فتحی اقدم، قربان، قمری، محمد، پویا منش، جعفر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی معنادرمانی گروهی و فراشناخت درمانی گروهی بر تاب‌آوری دانشجویان دختر. *مطالعات روانشناسی ورزشی*. ۹(۳۴)، ۲۱۴-۱۹۷. DOI: 20.1001.1.23452978.1399.9.34.10.4

Alipuor, A., Ghadami, A., Alipuor, Z., and Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the corona disease anxiety scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(4), 163-175. (Text in Persian). DOI: <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52023.4756>

Babicki, M., Bogudzi, B., Kowalski, K., and Mastalerz-Migas, A. (2022). Depression, anxiety and quality of life among online responders in Poland: A cross-sectional study covering four waves of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 9934. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169934>

Batty, E. (2018). The emotional turmoil of contract research. *emotion, Space and Society*, 28, 18—23. DOI: <http://shura.shu.ac.uk/information.html>

Cha, E.J., Jeon, H.J., and Chung, S. (2022). Central symptoms of insomnia in relation to depression and COVID-19 anxiety in general population: A Network Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 3416. DOI: [10.3390/jcm11123416](https://doi.org/10.3390/jcm11123416)

Esmailpour, R., Panahali, A., Aghdasi, A., and Kadami, A. (2022). The effectiveness of group logo therapy on death anxiety, feeling of loneliness and meaning of life in the elderly women with fear of coronavirus. *Aging Psychology*, 8(2), 136-147. (Text in Persian). DOI: [https://jap.razi.ac.ir/article\\_2212.html?lang=fa](https://jap.razi.ac.ir/article_2212.html?lang=fa)

Fereydouni, S., and Forstmeier, S. (2022). An Islamic form of logo therapy in the treatment of depression, anxiety and stress symptoms in university students in Iran. *Journal of Religion and Health*, 61(1), 139–157. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35018526/>

Ghasemi, N., Aghdian, G., Ghamari, m., and Pouyamanesh, J. (2021). Comparison of the effectiveness of group meaning therapy and group meta cognitive therapy on resilience of female students. *Sport Psychology Studies*, 9(34), 197-214. (Text in Persian). DOI: [20.1001.1.23452978.1399.9.34.10.4](https://doi.org/10.3390/ijerph19169934)

Gramaglia, C., Gattoni, E., Gambaro, E., Bellan, M., Balbo, P. E., Baricich, A., Sainaghi, P. P., Pirisi, M., Binda, V., Feggi, A., Jona, A., Marangon, D., Prosperini, P., and Zeppegno, P. (2022). Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: results from a 1-year follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 862651. DOI: [10.3389/fpsy.2022.862651](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.862651)

Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., and Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191. DOI: [10.1016/j.comppsy.2020.152191](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152191)

Ji, C., Yang, J., Lin, L., and Chen, S. (2022). Anxiety and sleep quality amelioration in college students: A comparative study between team sports and Individual sports. *Journal of Behavioral Sciences*, 12, 149. DOI: [10.3390/bs12050149](https://doi.org/10.3390/bs12050149) Sciences

Kulip, J., Jeffree, M.S., Pang, N.T.P., Nasiruddin, N., and Wider, W. (2022). Relationships between coping styles, Emotional distress, and Fear of COVID-19 among workers in the Oil and Gas Industry in Malaysia during the COVID-19 Pandemic. *Sustainability*, 14, 5398. DOI: <https://doi.org/10.3390/su14095398>

Lang, A., and Goulet, C. (2003). Lang and Goulet hardness scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/ infant. *Death Studies*, 25(2), 851-880. DOI: [10.1080/716100345](https://doi.org/10.1080/716100345)

Lovibond, P.F., and Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scale (SADD) with the beak depression and anxiety inventories. *Behavior Research Therapy*, 33(3), 335-343. DOI: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Oral, M., and Karakurt, N. (2022). The impact of psychological hardiness on intolerance of uncertainty in university students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Community Psychology*. 1-16. DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci13050476>
- Pelucio, L., Simões, P., Dourado, M., Quagliato, L. A., and Nardi, A. E. (2022). Depression and anxiety among online learning students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Psychology*, 10(1), 192. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35922866/>
- Qi, A., & Dada, D. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in the elderly population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), S84-S85. DOI: [10.1016/j.jagp.2021.01.076](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.076)
- Raeisarteshneizi, Z., Lotfi, M., Pirmoradi, M., and Asgharnejad, F.A. (2020). The respective role of self-efficacy in emotional regulation and cognitive flexibility on reducing emotional distress in university students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 30(89), 164-169. (Text in Persian). DOI: <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-15149-en.html>
- Rahgozar, S., and Giménez-Llort, L. (2020). Foundations and applications of logo therapy to improve mental health of immigrant populations in the third millennium. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 451. DOI: [10.3389/fpsy.2020.00451](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00451)
- Riethof, N., and Bob, P. (2019) Burnout syndrome and logo therapy: as useful conceptual framework for explanation and prevention of burnout. *Front. Psychiatry* 10:382. DOI: [10.3389/fpsy.2019.00382](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00382)
- Roshan, R., and Shakeri, R. (2010). The study of the validity and reliability scale for university students. *Clinical Psychology & Personality*. 8(1), 35-52. (Text in Persian). DOI: [20.1001.1.23452188.1389.8.1.4.9](https://doi.org/10.1001.1.23452188.1389.8.1.4.9)
- Sahebi, A., Asghari, M.J., and Salari, R.S. (2015). Validation of depression anxiety and stress scale (SASS-21) for an Iranian population. *Developmental Psychology*. 1(4), 36-54. (Text in Persian). DOI: [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512443\\_en.html](https://jip.stb.iau.ir/article_512443_en.html)
- Schulenberg S.E., Schnitzer, L.W., Winters, M.R and Hutzell, R.R. (2010). Meaning-centered couple therapy: Logo therapy and intimate relationships. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 95-102. DOI: [10.1007/s10879-009-9134-4](https://doi.org/10.1007/s10879-009-9134-4)
- Taşören, A. B. and Burhan, S. (2022). The Role of Emotional Distress in the Relationship between COVID-19 Burnout and Academic Burnout in University Students. *Journal of Society Research*, 19(46), 340-353. DOI: <https://doi.org/10.26466/opusjsr.1065787>
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., Pajardi, D., and Bartone, P. (2022). Emergency stress, hardiness, coping strategies and burnout in health care and emergency response workers during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, 918788. DOI: [10.3389/fpsyg.2022.918788](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.918788)
- Zafar, N., and Mubashir, T. (2018). Emotional distress and coping strategies in university students after the death of parental figure. *Journal of Behavioural Sciences*. 22 (3), 90-103. DOI: <https://www.proquest.com/docview/1372088503>
- Zhu, H., Wei, L., and Niu, P. (2020). The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Global Health Research and Policy*. 5:6. DOI: [10.1186/s41256-020-00135-6](https://doi.org/10.1186/s41256-020-00135-6)



## اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

ابوذر گل‌ورز<sup>۱\*</sup>، سید حمیدرضا عریضی سامانی<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۶۱۸ نفر بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه خیریه دیابت جنان شهر نجف‌آباد در سال ۱۳۹۸ بودند که از میان آن‌ها ۳۶ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت توبرت و گلاسگو را قبل از دوره درمان تکمیل کردند. برنامه مداخله واقعیت‌درمانی گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه کنترل این مداخله را دریافت نکردند. بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه خودمراقبتی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد در پس‌آزمون، واقعیت‌درمانی باعث افزایش معنادار نمره‌های خودمراقبتی و خرده‌مقیاس‌های آن (ورزش، درمان پزشکی و مراقبت از پاها) به‌جز رژیم غذایی در زنان مبتلا به دیابت شده است. واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله درمانی مفید برای افزایش میزان خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت به‌کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** خودمراقبتی، دیابت، رفتار سلامت، واقعیت‌درمانی

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران [agolvarz@gmail.com](mailto:agolvarz@gmail.com)

<sup>۲</sup> استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران



## مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، دیابت از جمله بیماری‌های متابولیک چندعاملی است که ناشی از اختلال در ترشح انسولین، یا عملکرد انسولین و یا هر دوی آنها است و با افزایش مزمن قندخون مشخص می‌شود (السید<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۲۱ حدود ۵۳۷ میلیون نفر بوده است؛ پیش‌بینی می‌شود که این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۶۴۳ میلیون نفر برسد و تا سال ۲۰۴۵ بالغ بر ۷۸۳ میلیون نفر شود (ایوب تدیسو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین یاسری و همکاران (۲۰۲۲) به استناد آمارهای اعلامی فدراسیون بین‌المللی دیابت تعداد مبتلایان به دیابت در ایران را ۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۲ تخمین زده‌اند. دیابت علاوه بر مرگ‌ومیر زیاد، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به‌همراه دارد. از یک‌سو این بیماران به‌دلیل جدال با بیماری به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی می‌شوند و احساس خوب بودن روحیه اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از سوی دیگر بسیاری از آنان احساسات خشم، گناه و ترس را درباره بیماری‌شان گزارش می‌کنند (کاتبی و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از عوارض بیماری دیابت ابتلا به برخی از اختلالات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی به‌ویژه در زنان است (کاستلانو-گوئررو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). اگرچه زنان برای سلامت خود و اطرافیانشان اهمیت قائل می‌شوند، اقدامات خودمراقبتی آنها ممکن است از سوی اعضای خانواده با مانع مواجه شود (گری<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از طرف دیگر زنان مبتلا به دیابت برای پرداختن به فعالیت‌های خودمراقبتی با موانع حمایتی و درونی مواجه هستند (گری و همکاران، ۲۰۱۹).

دیابت بیماری مزمنی است که تاکنون درمان قطعی برای آن یافت نشده و در نتیجه عمده کارهای طبی و روان‌شناختی مبتنی بر پیشگیری و یا کنترل این بیماری جهت کاهش پیامدهای آن است، از جمله کاهش علائم PTSD (لانکنهایمر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)، افزایش خودکارآمدی (گارنر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش علائم افسردگی و اضطراب (کیان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ دنسن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از عواملی که باعث کاهش عوارض بیماری دیابت می‌شود خودمراقبتی<sup>۱۰</sup> است (کیان و همکاران، ۲۰۲۳؛ پاترا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۸). با این حال مطالعات پیشین نشان داده که اکثر بیماران مبتلا به دیابت در ایران خودمراقبتی ضعیفی داشته و برای افزایش خودمراقبتی آنان نیاز به آموزش‌های مؤثر وجود دارد (جلیلیان و همکاران، ۲۰۲۳). رفتارهای خودمراقبتی ساختاری چندبعدی دارد و شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها است که توسط بیمار و با اخذ دیدگاه مثبت به خود و بیماری به‌صورت آگاهانه و هدفمندانه انجام می‌شود (شرابن<sup>۱۲</sup>

1. World Health Organization
2. ElSayed
3. Eyob Tediso
4. Castellano-Guerrero
5. Gray
6. Lunkenheimer
7. Garner
8. Qian
9. Deschênes
10. Self-Care
11. Patra
12. Schrauben

و همکاران، ۲۰۲۰). خودمراقبتی در واقع عبارت است از مجموعه اعمالی که فرد به تنهایی یا به کمک دیگران برای حفظ، بهبود و گسترش سلامتی و تندرستی خود انجام می‌دهد و به‌عنوان فرایندهای شامل آموزش، حفظ سلامتی از طریق اقدامات مثبت سلامت و مدیریت بیماری مزمن از طریق فرآیند تشخیص، شناخت، ارزیابی، درمان علائم و ارزیابی اثربخشی درمان، تعریف می‌شود (بیلانی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ کرال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش و حمایت تعاملی از خودمراقبتی بیمار در حال حاضر برای جلوگیری از عوارض حاد و کاهش خطر عوارض طولانی‌مدت ضروری است (انجمن دیابت امریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). شواهد قابل توجهی از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی برای بهبود نتایج خودمراقبتی دیابت حمایت می‌کند (فکری و همکاران، ۲۰۲۲) و یکی از مداخلات درمانی مؤثر واقعیت‌درمانی<sup>۴</sup> است.

واقعیت‌درمانی شامل مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است که به افراد کمک می‌کند تا از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود حرکت کنند. این درمان در دهه ۱۹۶۰ میلادی به‌وسیله روان‌پزشکی به‌نام ویلیام گلسر<sup>۵</sup> مطرح شد. واقعیت‌درمانی نوعی روان‌درمانی است که در آن سعی می‌شود با توجه به مفاهیم واقعیت، مسئولیت و تشخیص امور درست و نادرست در زندگی فرد به رفع مشکلات او کمک شود (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۴۰۱). واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و کنترل است که علت مشکلات را انتخاب‌ها و مسئولیت‌گریزی فرد در برآورده‌سازی نیازهای خود می‌داند. در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند و مسئولیت‌پذیری، مدیریت انتخاب‌ها و نیازهای عاطفی خود از جمله مبادله عشق و نیاز به احساس ارزشمندی را برای دستیابی به امید تقویت کنند (الور<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). برتری این روش درمانی نسبت به روش‌های درمانی دیگر در این است که در واقعیت‌درمانی به مسئولیت‌پذیری و داشتن ارتباط و روابط کارآمد با دیگران و سازگاری اجتماعی در زندگی اهمیت زیادی داده می‌شود. از منظر گلسر (۱۹۶۵، ۱۹۹۹ و ۲۰۰۱) تئوری انتخاب به چهار عنصر کلیدی نیازها، خواسته، رفتار و ادراک توجه و واقعیت‌درمانی عنصر پنجمی با عنوان مسئولیت‌پذیری را اضافه می‌کند. منظور گلسر از مسئولیت‌پذیری این است که چون افراد تمام رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند پس مسئولیت آن را نیز بر عهده دارند. انسان‌ها انتخاب نمی‌کنند که به بیماری مبتلا شوند یا دسترسی مناسبی به خدمات درمانی نداشته باشند اما می‌توانند با انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه اثرات بیماری را کاهش دهند و یا به‌نوعی بیماری را تحت کنترل خود درآورند. در نتیجه گلسر ادعا می‌کند که تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی را می‌توان برای بسیاری از بیماری‌های موسوم به روان‌تنی به‌کار برد. در خصوص بیماری دیابت خودمراقبتی رفتاری مسئولانه و مؤثر است که می‌تواند به کاهش عوارض و پیامدهای بیماری دیابت منجر شود.

1. Billany
2. Krall
3. American Diabetes Association
4. Reality Therapy
5. William Glasser
6. Olver

۱۰۴ ..... اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

در این راستا نتایج پژوهش‌های نصیردهقان و همکاران (۱۴۰۰) و سولم<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان درمانی مؤثر بر مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت به‌شمار آید. همچنین بهزادی و همکاران (۱۴۰۰) و شهنوازی و همکاران (۱۴۰۱) به این نتیجه رسیدند که واقعیت‌درمانی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II اثربخش بود و این تأثیر در طول زمان نیز پایدار بود. حمیدی و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که مداخله واقعیت‌درمانی می‌تواند میزان پیروی از درمان دارویی را در بیماران مبتلا به دیابت افزایش داده و افسردگی و اضطراب آنها را کاهش دهد.

با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عمده آنها در زمینه پرداختن به رفتارهای خودمراقبتی، به‌نظر می‌رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند. در صورت آموزش صحیح و تدوین و اجرای پروتکل‌های آموزشی و درمانی با محتوای متناسب و هماهنگ با نیازهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت می‌توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. نظر به اهمیت نقش مؤلفه مسئولیت‌پذیری در تبعیت از درمان در بیماری‌های طبی از جمله دیابت، به‌نظر می‌رسد که رویکردهای درمانی جهت ترغیب بیماران به مراقبت از خود و پیروی از دستورات درمانی باید اهمیت ویژه‌ای برای این سازه در نظر بگیرند و آن را به مراجعان آموزش داده و مداخلات لازم را اجرا کنند. چنان‌که اشاره شد، واقعیت‌درمانی تأکید خاصی بر مسئولیت‌پذیری دارد و احساس مسئولیت نیز به‌نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد اثر می‌گذارد. پژوهش‌های موجود در زمینه تأثیر واقعیت‌درمانی و به‌خصوص مسئولیت‌پذیری مبتنی بر مفاهیم این رویکرد درمانی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت صورت نگرفته است و بخش عمده پژوهش‌هایی که از تئوری انتخاب یا واقعیت‌درمانی برای این بیماری استفاده کرده‌اند به کاهش علائم و نشانه‌های روان‌شناختی آن پرداخته‌اند و مفهوم خودمراقبتی در این بیماری مغفول مانده است. نظر به میزان بالای شیوع دیابت در استان اصفهان (هاشمی‌پور و همکاران، ۲۰۲۳) ضروری است که ضمن شناسایی افراد مبتلا نسبت به درمان روان‌شناختی یا دست کم آموزش برخی از مهارت‌های مرتبط با سبک زندگی و خودمراقبتی صورت گیرد. فرضیه پژوهش حاضر این است که مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت تأثیر معناداری دارد.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه شامل ۶۱۸ نفر از بیماران مبتلا به دیابت عضو انجمن خیریه دیابت جنان نجف‌آباد بودند. برای محاسبه حجم نمونه از جدول مورفی و میورز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) استفاده شد که باتوجه به توان آماری ۰/۸۰ و  $d = \frac{\sum d_{ini}}{\sum n_i}$  در فراتحلیل پیشینه پژوهش‌ها حجم نمونه ۳۰ در نظر گرفته شد که در هر گروه ۱۵ نفر به‌صورت تصادفی قرار می‌گیرند. بنابراین در این پژوهش با احتساب احتمال افت شرکت‌کنندگان، ۱۸ نفر برای گروه آزمایش و ۱۸ نفر برای گروه کنترل انتخاب شد. بر اساس مفاهیم تئوری روش تحقیق و آماری این تعداد نمونه

1. Solem
2. Murphy & Myers

اولیه تأیید و کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجرای مداخله موکول شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی، شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری برابر با ۰/۹۹ به دست آمد، یعنی امکان خطای نوع دوم بسیار ناچیز بوده است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد.

مداخله مبتنی بر پروتکل و به صورت گروهی در درمانگاه خیریه دیابت نجف‌آباد از سوی درمانگر دارای مدرک دوره‌های تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی از مؤسسه بین‌المللی ویلیام گلسر اجرا شد. در حین اجرای پژوهش ۵ نفر از گروه مداخله واقعیت‌درمانی و ۶ نفر از گروه کنترل به دلایل مشکلات پیش‌بینی نشده (عدم همکاری همسر، عمل جراحی، مسافرت و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها) از پژوهش کنار رفتند و نهایتاً گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۳ و ۱۲ نفر شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت زن، تشخیص دیابت به مدت حداقل شش ماه، دریافت درمان دارویی زیر نظر متخصص، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی شدید، ناتوانی عقلانی، اختلالات روان‌پریشی و اختلالات شناختی (نظیر دمانس)، تحت درمان روان‌شناختی نبودن. معیارهای ورود هر بیمار به پژوهش براساس گزارش پزشک متخصص و معتمد مرکز دیابت مورد تأیید قرار گرفت. همچنین غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس [آنکوا] و تحلیل کوواریانس چندمتغیره [مانکوا]) انجام گرفت.

#### ابزار

پرسشنامه خودمراقبتی بیماری دیابت<sup>۱</sup> (SDSCA) بود. این پرسشنامه توسط توبرت و گلاسگو<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) با ۱۴ گویه طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه ۴ خرده‌مقیاس رژیم غذایی<sup>۳</sup>، ورزش<sup>۴</sup>، پیروی از درمان<sup>۵</sup> و مراقبت از پاها<sup>۶</sup> را سنجیده و در آن از بیمار پرسیده می‌شود که طی هفته گذشته چندبار فعالیت خودمراقبتی مندرج در هر گویه را انجام داده است. مجموع تعداد فعالیت در هفته گذشته به‌عنوان نمره کل خودمراقبتی بیمار محسوب می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح عملکرد بالاتر خودمراقبتی است. توبرت و گلاسگو (۱۹۹۴) همسانی درونی نسخه اصلی این ابزار را با استفاده از همبستگی بین‌گویه‌ای در بیماران مبتلا به دیابت بزرگسال ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. توبرت و همکاران (۲۰۰۰) میانگین روایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه را ۰/۴۰ و قابل قبول گزارش کردند؛ پایین‌ترین میزان به رژیم غذایی (۰/۲۳) اختصاص داشت. نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط وثوقی کرکزلو و همکاران (۱۳۹۰) تهیه شد که پایایی ابزار فارسی با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۷۸ و همسانی درونی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۱ مورد تأیید قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه از سوی سازندگان با بررسی ۷ پژوهش مشتمل بر ۱۹۸۸ بیمار صورت گرفت به‌صورت تأیید خبرگانی اجرا و تأیید شد (توبرت و

1. Summary of Diabetes Self – Care Activities (SDSCA)
2. Toobert & Glasgow
3. Diet
4. Exercise
5. Regimen Adherence
6. Foot Care



۱۰۶..... اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

همکاران، ۲۰۰۰). رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن را به صورت هفتگی، ماهانه و سالانه محاسبه کردند که به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۵، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد و روایی صوری و محتوایی مقیاس پس از بررسی سه استاد روان‌شناسی و دو استاد غدد و متابولیسم دانشگاه تهران مورد تأیید قرار گرفت. همسانی درونی در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

فرایند اجرا: پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت توبرت و گلاسگو را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک جلسه در هفته تحت واقعیت‌درمانی گروهی گلسر قرار گرفتند. در پایان دوره مداخله، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند. درمانگر دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان و دارای مدرک دوره‌های چهارگانه تئوری انتخاب، واقعیت‌درمانی و مدیریت راهبرانه و همچنین دوره‌های زوج‌درمانی از مؤسسه بین‌المللی ویلیام گلسر بود. شرکت‌کنندگان پیش از شروع دوره فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و امضا کردند. محتوای جلسات مداخله واقعیت‌درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله واقعیت‌درمانی

جلسه	محتوا	تکلیف	تغییر رفتار مورد انتظار
۱	- معرفی گروه و تعداد جلسات، بیان قواعد گروه - معارفه بین شرکت‌کنندگان و درمانگر- دادن تعهد کتابی بر رازداری افراد- شناسایی مهم‌ترین خواسته‌ها و اهداف اعضا از شرکت در گروه - بیان گزیده‌ای از علائم و عوارض دیابت	- تعیین چشم‌انداز - هدف شرکت در جلسات	- آمادگی برای شرکت در جلسات- ترغیب مشارکت در تعاملات گروهی- بیان تجارب زیسته مرتبط با بیماری
۲	- بیان اصول رفتاری (انتخابی و هدفمند بودن رفتارها جهت رفع نیازهای اساسی)-معرفی ۵ نیاز اساسی بقاء، عشق و محبت، قدرت، آزادی، تفریح -ترسیم نیم‌رخ نیازهای خود	-انتخاب ۵ رفتار پرتکرار در هفته-تعیین نیاز مرتبط با رفتارها	-تأمل در خصوص انتخاب‌ها -تأمل درباره ارتباط رفتار با نیاز
۳	-معرفی استعاره ماشین و رفتار کلی -معرفی مؤلفه‌های رفتار کلی و نوع کنترل آنها از سوی فرد: (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) -تمرین‌های گروهی برای نشان دادن اثربخشی تغییر عمل و فکر بر احساس و فیزیولوژی	-انتخاب ۵ رفتار و تعیین مؤلفه‌های هر رفتار	-تمرکز بر تغییر رفتار یا فکر به جای تغییر احساس یا حالات فیزیولوژیکی
۴	-آشنایی با مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط-آشنایی با هفت عادت مخرب و هفت عادت مهرورزی	-توجه به این رفتارها تا جلسه آینده	-کاهش رفتارهای مخرب -افزایش رفتارهای سازنده

<p>-انتخاب چند رفتار پرتکرار در تعامل با دیگران یا - کاهش کنترل دیگران و تسلیم تعارضات زندگی و تعیین نوع کنترل دیگران شدن کنترل به‌کاررفته در این رفتارها</p>	<p>-معرفی انواع چهارگانه کنترل بیرونی-ارزیابی تعارضات موجود در زندگی شرکت‌کنندگان و تعیین شدت رواج آن (۱۰-۰)</p>	<p>۵</p>
<p>- پذیرش و احترام به دنیای مطلوب خود و دیگران</p>	<p>-معرفی دنیای کیفی و مقوله‌های آن (افراد، باورها، اشیا) -واکاوی دنیای مطلوب شرکت‌کنندگان-بررسی شکاف بین دنیای کیفی (آنچه می‌خواهم)، دنیای واقعی (آنچه دارم) و پیامدهای اضطرابی، افسردگی و خشم حاصل از آن</p>	<p>۶</p>
<p>-حل مشکلات با استفاده از دایره حل اختلاف به‌جای استفاده از عادات مخرب</p>	<p>-اجرای یک عادت مهرورزانه به‌جای یک عادت مخرب</p>	<p>۷</p>
<p>-توجه به هدف شرکت‌کنندگان W و تعیین رفتار D و ارزیابی E مستمر و برنامه‌ریزی درمانی مناسب-انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه مرتبط با بیماری دیابت</p>	<p>-شناسایی اجزای فرمول WDEP: خواسته (W)، رفتاری که جهت رسیدن به خواسته انجام می‌دهد (D)، اثربخش بودن رفتار (E)، برنامه‌ریزی عملی برای رسیدن به خواسته (P) -بحث و بررسی راجع به آموخته‌ها و دستاوردهای این جلسات در رابطه با چالش‌ها و مشکلات احتمالی آینده</p>	<p>۸</p>

## یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، نشان داد، میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه مداخله واقعیت‌درمانی (۵۱/۲±۱/۸۶) و شرکت‌کنندگان گروه کنترل (۵۰/۴±۲/۱۸) بوده است. گروه واقعیت‌درمانی، ۱۳ نفر زن و شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۱۲ نفر زن بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به دیابت شرکت‌کنندگان گروه مداخله واقعیت‌درمانی (۱۱/۹±۱/۷۵) و شرکت‌کنندگان گروه کنترل (۹/۰۸±۲/۲۳) بوده است. اطلاعات مربوط به مقایسه سن و مدت زمان ابتلای به دیابت در دو گروه در جدول ۲ آمده است.

بر اساس جدول ۲ گروه‌های مداخله واقعیت‌درمانی و کنترل به‌لحاظ سنی و مدت زمان ابتلا به دیابت تفاوت معناداری نداشتند.

### 1. Want, Doing, Evaluation, Plan

جدول ۲. مقایسه سن و مدت زمان ابتلای به دیابت دو گروه آزمایش و کنترل

نام متغیر	F	t	درجه آزادی	Sig.	تفاوت میانگین‌ها	خطای		
						استاندارد	بازه تفاوت	
					تفاوت	پایین	بالا	
سن	۱/۸۳	-۰/۲۶	۲۳	۰/۸۰	-۰/۷۴	۲/۸۵	-۶/۶۳	۵/۱۶
مدت ابتلا	۱/۲۳	-۱/۰۱	۲۳	۰/۳۳	-۲/۸۴	۲/۸۱	-۸/۶۵	۲/۹۷

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مربوط به خودمراقبتی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین‌های نمرات خودمراقبتی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته اما میانگین گروه کنترل تفاوت محسوسی در مرحله پس‌آزمون نداشته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گروه کنترل

نام متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۲۸/۱۵	۸/۶۹	۶۴/۵۳	۸/۵۰
	کنترل	۱۲	۳۴/۲۵	۱۰/۰۶	۳۵/۳۳	۱۰/۰۹
رژیم غذایی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۷/۰۷	۳/۴۹	۲۰/۳۰	۴/۷۸
	کنترل	۱۲	۹/۵۰	۳/۸۰	۱۲/۷۵	۲/۴۱
ورزش	واقعیت‌درمانی	۱۳	۳/۶۹	۳/۳۰	۹/۶۹	۱/۹۷
	کنترل	۱۲	۴/۱۰	۳/۰۴	۴/۸۳	۳/۲۴
درمان	واقعیت‌درمانی	۱۳	۷/۶۱	۴/۳۸	۱۴/۳۰	۲/۱۳
	کنترل	۱۲	۷/۸۳	۵/۳۰	۶/۱۶	۴/۴۲
پزشکی	واقعیت‌درمانی	۱۳	۹/۷۶	۵/۲۴	۲۰/۲۳	۶/۴۵
	کنترل	۱۲	۱۲/۷۵	۸/۲۰	۱۱/۵۸	۷/۳۴

به‌منظور نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات دو گروه درمان و کنترل در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در گام نخست به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی

قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس نشان داد که نمرات پس آزمون دارای توزیع بهنجار بودند ( $p < 0/05$ ). آزمون ام باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس را تأیید کرد ( $p < 0/05$ ). مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ( $p < 0/05$ ). در نهایت اینکه با توجه معنادار نبودن تعامل عضویت گروهی و پیش آزمون پیش فرض همگنی خطوط رگرسیون نیز تأیید شد ( $p < 0/05$ ). لذا با توجه به برقرار بودن پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، می‌توان از آن برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده نمود. نتایج بررسی فرضیه‌های پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس آزمون دو گروه در قلمروهای ورزش، درمان پزشکی و مراقبت از پاها ( $p < 0/01$ ) معنادار بود. به این معنا که واقعیت‌درمانی باعث افزایش اقدام برای دریافت مراقبت‌های پزشکی، پرداختن به ورزش و مراقبت از پاها شده است. از سوی دیگر در حوزه رژیم غذایی نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشتند که به این معنا است که مداخله واقعیت‌درمانی در زمینه رعایت رژیم غذایی اثربخش نبوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت نمرات پس آزمون گروه درمان و کنترل

نام متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری
رژیم غذایی	پیش آزمون	۴/۳۸	۱	۰/۲۸	۰/۶۱
	گروه	۴۹/۴۷	۱	۳/۱۱	۰/۰۹
ورزش	پیش آزمون	۶۷/۸۱	۱	۱۶/۴۷	۰/۰۱
	گروه	۱۱۶/۶۶	۱	۲۸/۳۳	۰/۰۱
درمان پزشکی	پیش آزمون	۷۵/۰۱	۱	۱۳/۲۸	۰/۰۱
	گروه	۲۸۵/۹۴	۱	۵۰/۶۲	۰/۰۱
مراقبت از پاها	پیش آزمون	۳۱۷/۳۷	۱	۹/۰۰	۰/۰۱
	گروه	۲۳۴/۲۷	۱	۷/۳۸	۰/۰۱

چنان‌که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/01$ ). نتایج به این معنا است که واقعیت‌درمانی باعث افزایش خودمراقبتی کلی در گروه آزمایش شده و لذا تفاوت گروه آزمایش و کنترل معنادار بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت نمرات خودمراقبتی پس آزمون گروه درمان و کنترل

نام متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری
خودمراقبتی	پیش آزمون	۲۴۸/۴۸	۱	۴/۱۲	۰/۰۶
	گروه	۱۶۸۳/۴۱	۱	۲۷/۹۰	۰/۰۱

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت بود. در واقع مداخله واقعیت‌درمانی توانست به‌طور معناداری نمرات خودمراقبتی در بیماران افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نصیردهقان و همکاران (۱۴۰۰)، سولم و همکاران (۲۰۱۹)، شهنازی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. البته از سوی دیگر، براساس نتایج مداخله واقعیت‌درمانی منجر به افزایش رعایت رژیم غذایی در بیماران نشد و این یافته تا حدودی با بررسی‌های سازندگان پرسشنامه (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰) که پایین‌ترین میزان روایی را متعلق به خرده‌مقیاس رژیم غذایی اعلام کردند همسو بود. ضمن اینکه به‌زعم شرکت‌کنندگان یکی از دشوارترین کارها رعایت رژیم غذایی است که عمدتاً به دلیل عدم همکاری اعضای خانواده یا دشواری تهیه دو نوع غذا (رژیمی برای بیمار و غیررژیمی برای سایر اعضای خانواده) در هر وعده بود. در نتیجه لازم است در مداخلات به بهبود روابط بیماران با اطرافیان را نیز مورد توجه قرار داد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است موارد مراقبت در بیماران مبتلا به دیابت اکثراً بر ارائه مراقبت‌های پزشکی، درمان و کنترل قندخون بیمار به هر قیمتی تأکید دارند و کمتر به آموزش و مشاوره در مورد نحوه انتخاب‌های بیمار مبادرت می‌کنند و به‌نوعی می‌توان گفت فرصتی برای شنیدن مشکلات بیماران و ارائه آموزش به بیمار و خانواده‌اش را ندارند؛ در حالی که خواسته بیماران، کسب اطلاعات بیشتر برای تعیین عواقب انتخاب روش‌های پیشنهادی کادر درمانی دیابت بر روند زندگی‌شان است (حمیدی و همکاران، ۱۴۰۱). در تبیین تأثیر مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش معنادار میانگین خودمراقبتی می‌توان گفت در این روش علاوه بر آموزش مفاهیم نظری به بیماران (گلسر، ۲۰۰۱)، بر انتخاب رفتارهای مؤثر و مسئولانه و توجه به پیامدهای رفتار انتخابی بر زندگی فرد نیز مورد تأکید قرار می‌گیرد. بخشی از هدف پروتکل مداخله واقعیت‌درمانی نیز آموزش و بخش دوم اقدامات مبتنی بر آموزش ارائه شده است. به‌نظر می‌رسد که فراگیری مسئولیت‌پذیری و همچنین تأمل در زمینه گزینه‌های موجود و در نهایت انتخاب بهترین آنها می‌تواند به بیماران مبتلا به دیابت کمک کند تا عواقب انتخاب‌های خود را مدنظر قرار دهند و بنا به تعبیر گلسر (۱۹۶۵ و ۱۹۹۹) دست به انتخابی مسئولانه و مؤثر بزنند. همچنین نحوه آموزش مفهوم رفتار کلی و ماشین رفتار به شرکت‌کنندگان نقش مهمی در درک آنها از اثرگذاری رفتارشان بر فیزیولوژی بدنشان دارد و در نتیجه به‌طور ملموس تأثیر اعمال خودمراقبتی را بر وضعیت جسمی‌شان ادراک می‌کنند. هدف مداخلات این پژوهش نیز توجه به انواع گزینه‌های رفتاری در دسترس بیماران و در نهایت انتخاب مؤثرترین رفتارها در زمینه افزایش خودمراقبتی بوده است.

گلسر (۱۹۶۵) مشکلات روان‌شناختی و روان‌تنی بلندمدت را ناشی از ارتباطات نامؤثر می‌داند و تأکید می‌کند که بهبود روابط به کاهش اثرات بیماری‌ها منجر می‌شود. با توجه به محتوای ارائه شده در جلسات مداخله در خصوص عادات‌های مؤثر تعاملی، می‌توان افزایش رفتارهای خودمراقبتی در شرکت‌کنندگان را به فراگیری شیوه‌های مؤثر ارتباطی با همسر نسبت داد و لذا نتایج پژوهش با یافته‌های گری و همکاران (۲۰۱۹) و گری و همکاران (۲۰۲۳) همسو است که یکی از موانع پرداختن به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت را روابط ناکارآمد با نزدیکان معرفی می‌کنند.

نظر به اینکه رویکرد واقعیت‌درمانی و نظریهٔ زیربنایی آن، تئوری انتخاب، بر دو مفهوم کنترل و مسئولیت‌پذیری نیز تأکید فراوانی دارد و با توجه به تأثیر این دو سازه بر رفتارهای مراقبتی و حتی پیشگیرانه، می‌توان در جلسات آموزشی مراکز درمانی دیابت یا مراکز بهداشتی این مفاهیم را به صورت فردی یا گروهی به مبتلایان و یا افراد در معرض ابتلا به دیابت آموزش داد؛ این امر مستلزم آموزش مریبان بهداشت، روان‌درمانگران، پزشکان و سایر کادر درمانی مراکز مربوطه است. همچنین می‌توان مسئولیت‌پذیری، ماشین رفتار (به‌ویژه تأثیر رفتار بر فیزیولوژی) و سایر مفاهیم مرتبط با به شکل بروشور آموزشی در اختیار مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی قرار داد. از سوی دیگر با توجه به اینکه فرایند مداخلهٔ به‌کاررفته در این پژوهش عموماً یک روند درمان گروهی بوده که برای تمام مشکلات طبی و اختلالات روانی از همین برنامه استفاده می‌شود، می‌توان این پروتکل درمانی را به صورت اختصاصی برای بیماری دیابت تدوین نمود و حوزه‌های مختلف اعم از خودمراقبتی، مشکلات جنسی و زناشویی و... را پوشش داد.

در برخی از رویکردهای درمانی فرصت ارزیابی اعمال بیمار در اختیار وی قرار نمی‌گیرد و مراجع یا تیم درمانی به ارزیابی رفتار و اثربخشی آن در زندگی بیمار می‌پردازند. ولدینگ (۲۰۱۷) خودارزیابی را کلید اصلی تغییر مراجعان مطرح می‌کند و لذا در فرایند مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی از مراجع دعوت می‌شود که با اجرای خودارزیابی تأثیر رفتارهای خود را بر زندگی به‌روشنی ببیند. خودارزیابی (E) یکی از مراحل چهارگانهٔ رویکرد WDEP است که واقعیت‌درمانگران در تمام بخش‌های اجرای درمان از مراجع می‌خواهند که چنین سنجشی را در خصوص رفتارها، انتخاب‌ها، افکار و... انجام دهند و پیامدهای آنها را به صورت عینی بررسی کنند. این مفهوم می‌تواند به بیماران مبتلا به دیابت کمک کند تا ببینند چه رفتارها و گزینه‌هایی باعث افزایش سلامتی و پیشگیری از پیامدهای منفی بیماری‌شان می‌شود و آنها را به خزانهٔ رفتاری خود بیفزایند. لذا مداخلهٔ واقعیت‌درمانی با ایجاد فرصت قبول مسئولیت انتخاب‌های بیماران باعث شده تا بیماران جوانب رفتاری، روانی و اجتماعی مراقبت از خود را با جوانب بالینی و ابعاد زندگی خویش به کمک تعامل کافی با روان‌درمانگر ادغام کرده و بتوانند به صورتی مناسب حل مسئله انجام دهند. بر این اساس مداخلهٔ واقعیت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش اثربخش و مفید باعث افزایش خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که از آن جمله می‌توان به عدم امکان انجام پیگیری‌های با زمان بیشتر اشاره کرد که به دلیل محدودیت‌های زمانی در اتمام مطالعه، امکان بررسی تأثیرات بلندمدت نتایج وجود نداشت. علاوه بر این، با توجه به اینکه جامعهٔ آماری تحقیق شامل زنان مبتلا به دیابت در استان اصفهان بود، قابلیت تعمیم به کل بیماران مبتلا به دیابت را بایستی با احتیاط انجام داد. عدم امکان کنترل دقیق تمام متغیرهای تأثیرگذار از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و... از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود تأثیرات طولانی مدت تر این مداخلات با انجام پیگیری و با زمان‌های طولانی تر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با انجام پژوهش‌های طولی می‌توان کیفیت ارتباط میان متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت را با متغیرهای دیگر مرتبط با خودمراقبتی در یک سیر تحولی مورد بررسی قرار داد.

تشکر و قدردانی

۱۱۲..... اثربخشی مداخله واقعیت‌درمانی بر افزایش خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو

در پایان نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، کارشناسان، کارکنان و مدیریت محترم مرکز خیریه دیابت جنان نجف‌آباد بابت مشارکت و همکاری در این پژوهش تشکر می‌نمایند.

## منابع

- الور، کیم، (۲۰۱۹). *راهنمای روان‌شناسی تئوری انتخاب برای روابط*، ابوذر گل‌ورز (۱۴۰۰)، تهران: ارجمند.
- بهزادی، سودابه، تاجری، بیوک، سوداگر، شیدا، و شریعتی، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع II، *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۴)، ۵۰۱-۴۸۳.
- <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.295235.1136>
- حمیدی، افروز، حسنی، فریبا، کشاورزی‌ارشدی، فرناز، یوسفی، فایق. (۱۴۰۱). تأثیر مهارت‌آموزی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۲)، ۴۷-۳۷.
- <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.37>
- رحیمیان بوگر، اسحاق، بشارت، محمدعلی، مهاجری‌تهرانی، محمدرضا، طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۰). نقش پیش‌بین خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و حمایت اجتماعی در خودمدیریتی دیابت قندی، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۳)، ۲۴۰-۲۳۲.
- <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1419-fa.html>
- شفیع‌آبادی عبدالله، ناصری غلامرضا، (۱۴۰۱). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شهنوازی، عبدالواحد، صداقت، مستوره، ثابت، مهرداد. (۱۴۰۱). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی سالم و شاخص‌های خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۵)، ۱۱۶-۱۰۱.
- <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.328226.1384>
- کاتبی، مریم‌سادات، مودی، آسیه، دهقان، فائزه، قلعه‌نوئی، مینا. (۱۳۹۸). مقایسه آموزش خانواده محور با فرد محور بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲، *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۶)، ۶۱-۷۵۵.
- <https://www.sid.ir/paper/362468/fa>
- کریمی، سیماء، دلور، علی، قائمی، فاطمه، درتاج، فریبرز. (۱۳۹۸). اثربخشی امیددرمانی بر سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *فصلنامه پرستاری دیابت زابل*، ۷(۲)، ۱۹-۸۰۹.
- <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1398.7.2.6.6>
- گلسر ویلیام، (۱۹۶۵). *واقعیت‌درمانی به‌ضمیمه درآمدی بر واقعیت‌درمانی نوین براساس تئوری انتخاب*، علی صاحبی (۱۴۰۰)، تهران: سایه سخن.
- گلسر ویلیام، (۱۹۹۹). *تئوری انتخاب: درآمدی بر روان‌شناسی امید*، علی صاحبی (۱۴۰۱)، تهران: سایه سخن.
- گلسر ویلیام، (۲۰۰۱). *تئوری انتخاب در اتاق مشاوره*، علی صاحبی (۱۳۹۷)، تهران: سایه سخن.
- نصیردهقان، مریم، طهمورسی، نیلوفر، مقیم‌بیگی، عباس، تقوی کجیدی، حبیبه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و HbA1c در مبتلایان به دیابت نوع ۲، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱)، ۸-۱.
- <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.209>
- وبل‌دینگ رابرت ای، (۲۰۱۷). *دروازه تغییر مراجع: چگونه به مراجعان کمک کنیم تا تغییر معناداری در زندگی خود ایجاد کنند*، علی صاحبی و ابوذر گل‌ورز (۱۴۰۱)، تهران: ارجمند.
- وثوقی کرکولو، نازیلا، ابوطالبی دریاسری، قاسم، فراهانی، بهزاد، محمدنژاد، اسماعیل، سجادی، اعظم. (۱۳۹۰). بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، *مراقبت‌های نوین*، ۸(۴)، ۱۹۷-۲۰۴.
- <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8>

یاسری، مریم، فیاضی، حانیه سادات، مرنضوی، سیده ساحره، فرجی، نیلوفر. (۱۴۰۰). بررسی سطح اسید اوریک و کنترل وضعیت گلیسمیک در بیماران دیابتی تیپ ۲ در شهر رشت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۴)، ۲۶۸-۲۷۵.

<http://dx.doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1786.1>

- American Diabetes Association. (2019). 3. Prevention or delay of type 2 diabetes: standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl 1), S29-S33. <https://doi.org/10.2337/dc19-s003>.
- Behzadi, S., Tajeri, B., Sodagar, S., & Shariati, Z. (2021). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Reality Therapy (WDEP) on life satisfaction and self-care behaviors in the elderly with type II diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(4), 483-501. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.295235.1136>.
- Billany, R. E., Thopte, A., Adenwalla, S. F., March, D. S., Burton, J. O., & Graham-Brown, M. P. (2023). Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Journal of Nephrology*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01537-0>.
- Castellano-Guerrero, A. M., Guerrero, R., Relimpio, F., Losada, F., Mangas, M. A., Pumar, A., & Martínez-Brocca, M. A. (2018). Prevalence and predictors of depression and anxiety in adult patients with type 1 diabetes in tertiary care setting. *Acta Diabetologica*, 55, 943-953. <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1172-5>.
- Deschênes, S. S., McInerney, A., Nearchou, F., Byrne, B., Nouwen, A., & Schmitz, N. (2023). Prediabetes and the risk of type 2 diabetes: Investigating the roles of depressive and anxiety symptoms in the life lines cohort study. *Diabetic Medicine*, e15061. <https://doi.org/10.1111/dme.15061>.
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Cusi, K., Das, S. R., Gibbons, C. H., Giurini, J. M., & Gabbay, R. A. (2023). Summary of revisions: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement\_1), S5-S9. <https://doi.org/10.2337/dc23-Srev>.
- Eyob Tediso, D., Bekele Daba, F., & Ayele Mega, T. (2023). In-hospital mortality and its predictors among hospitalized diabetes patients: a prospective observational study. *International Journal of Clinical Practice*, 2023, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2023/9367483>.
- Fiqri, A. M., Sjattar, E. L., & Irwan, A. M. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for self-care behaviors with type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clinical Research & Reviews*, 16(7), 102538. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102538>.
- Garner, K., Boggiss, A., Jefferies, C., & Serlachius, A. (2022). Digital health interventions for improving mental health outcomes and wellbeing for youth with type 1 diabetes: a systematic review. *Pediatric Diabetes*, 23(2), 258-269. <https://doi.org/10.1111/pedi.13304>.
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy, a new approach to psychiatry*. Ali Sahebi (2021), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).
- Glasser, W. (1999). *Choice Theory: A New Psychology of Personal Freedom*. Ali Sahebi (2022), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).
- Glasser, W. (2001). *Counseling with Choice Theory*. Ali Sahebi (2018), Tehran: Sayeh Sokhan. (Text in Persian).
- Gray, K. E., Silvestrini, M., Ma, E. W., Nelson, K. M., Bastian, L. A., & Voils, C. I. (2023). Gender differences in social support for diabetes self-management: A qualitative study among veterans. *Patient Education and Counseling*, 107, 107578. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107578>.



- Gray, K. E., Hoerster, K. D., Reiber, G. E., Bastian, L. A., & Nelson, K. M. (2019). Multiple domains of social support are associated with diabetes self-management among Veterans. *Chronic Illness, 15*(4), 264-275. <https://doi.org/10.1177/1742395318763489>.
- Hamidi, A., Hassani, F., Keshavarzi Arshadi, F., & Yousefi, F. (2022). The effectiveness of reality therapy based on skill-training on psychological capital and depression in adolescent girls with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 10*(2), 37-47. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/IJPN.10.2.37>.
- Hashemipour, M., Maracy, M., Javanmard, S. H., Zamaneh, F., Mostofizadeh, N., & Hovsepian, S. (2023). Trends in incidence rates of childhood type 1 diabetes mellitus: A retrospective study in Isfahan province, Iran. *Journal of Diabetes Investigation, 14*(3), 376-386. <https://doi.org/10.1111/jdi.13975>.
- Jalilian, H., Javanshir, E., Torkzadeh, L., Fehresti, S., Mir, N., Heidari-Jamebozorgi, M., & Heydari, S. (2023). Prevalence of type 2 diabetes complications and its association with diet knowledge and skills and self-care barriers in Tabriz, Iran: A cross-sectional study. *Health Science Reports, 6*(2), e1096. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1096>.
- Karimi, S., Delavar, A., Ghaemi, F., & Dortaj, F. (2019). Effectiveness of hope therapy on psychological capital of patients with type ii diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Nursing, 7*(2), 809-819. (Text in Persian). <https://dori.net/dor/20.1001.1.23455020.1398.7.2.6.6>.
- Katebi, M. S., Moudi, A., Dehghan, F., & Ghalenoei, M. (2020). Comparing the effects of family-center education with person-center on the quality of life in patient with type 2 of diabete. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 26*(6), 755-761. (Text in Persian). <https://www.sid.ir/paper/362468/fa>.
- Krall, J. S., Childs, B., & Mehrotra, N. (2023). Mobile applications to support diabetes self-management education: patient experiences and provider perspectives. *Journal of Diabetes Science and Technology, 19*322968231174037. <https://doi.org/10.1177/1932296823117403>.
- Lunkenheimer, F., Eckert, A. J., Hilgard, D., Köth, D., Kulzer, B., Lück, U., Lüdecke, B., Müller, A., Baumeister, H., & Holl, R. W. (2023). Posttraumatic stress disorder and diabetes-related outcomes in patients with type 1 diabetes. *Scientific Reports, 13*(1), 1556. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28373-x>.
- Murphy, K. R., & Myers, B. (1998). *Statistical Power Analysis: A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests*, Oxford: Routledge.
- Nasirdehghan, M., Tahmouresi, N., Moghimbeigi, A., & Taghavi, K. H. (2021). Comparing the effects of metacognitive therapy and reality therapy on depression, quality of life, and hba1c in patients with type 2 diabetes. *Journal of Disability Studies, 11*(1), 1-8. (Text in Persian). <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.209>.
- Olver, K. (2019). *A Choice Theory Psychology Guide to Relationships*. Abouzar Golvarz (2021), Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Patra, S., Patro, B. K., Padhy, S. K., & Mantri, J. (2023). Relationship of mindfulness with depression, self-management, and quality of life in type 2 diabetes mellitus: mindfulness is a predictor of quality of life. *Indian Journal of Social Psychiatry, 39*(1), 70-76. [https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp\\_436\\_20](https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_436_20).
- Rahimian Boogar, E., Besharat, M. A., Mohajeri Tehrani, M., & Talepasand, S. (2011). Predictive role of self-efficacy, belief of treatment effectiveness and social support in diabetes mellitus self-management. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology, 17*(3), 232-240. (Text in Persian). <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1419-fa.html>.

- Qian, Y., Emmerling, D. A., Kowitt, S. D., Ayala, G. X., Cherrington, A. L., Heisler, M., ... & Fisher, E. B. (2023). Diabetes distress mediates the relationship between depressive symptoms and glycaemic control among adults with type 2 diabetes: Findings from a multi-site diabetes peer support intervention. *Diabetic Medicine*, e15065. <https://doi.org/10.1111/dme.15065>.
- Schrauben, S. J., Cavanaugh, K. L., Fagerlin, A., Ikizler, T. A., Ricardo, A. C., Eneanya, N. D., & Nunes, J. W. (2020). The relationship of disease-specific knowledge and health literacy with the uptake of self-care behaviors in CKD. *Kidney International Reports*, 5(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004>.
- Shafi Abadi, A., & Naseri, Gh. (2022). *Counseling and Psychotherapy Theories*. Tehran: Markaz Nashre Daneshgahi. (Text in Persian).
- Shahnavazi, A., Sedaghat, M., & Sabet, M. (2023). The effectiveness of reality therapy on healthy lifestyle and self-care indicators of women with type 2 diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 101-116. (Text in Persian). <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.328326.1384>.
- Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A., & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. *Frontiers in Psychology*, 10, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>.
- Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1994). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Handbook of Psychology and Diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice*, 351, 75. [https://www.researchgate.net/publication/283363522\\_The\\_summary\\_of\\_diabetes\\_self-care\\_activities\\_questionnaire\\_Assessing\\_diabetes\\_self-management](https://www.researchgate.net/publication/283363522_The_summary_of_diabetes_self-care_activities_questionnaire_Assessing_diabetes_self-management).
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>.
- Vosoghi Karkazloo, N., Abootalebi Daryasari, Gh., Farahani, B., Mohammadnezhad, E., & Sajjadi, A. (2012). The study of self-care agency in patients with diabetes (ardabil). *Modern Care Journal*, 8(4), 197-204. (Text in Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8>.
- Wubbolding, R. E. (2017). *Reality Therapy and Self-Evaluation: The Key to Client Change*. Ali Sahebi & Abouzar Golvarz (2023), Tehran: Arjmand. (Text in Persian).
- Yaseri, M., Fayazi, H. S., Mortazavi, S. S., & Faraji, N. (2022). Uric acid level and glycemic status in patients with type 2 diabetes. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(4), 268-275. (Text in Persian). <https://doi.org/10.32598/JGUMS.30.4.1786.1>.



## نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب کرونا

سید حسین طباطبایی<sup>۱</sup>، جمشید جراره\*<sup>۲</sup>، اصغر جعفری<sup>۳</sup>

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب بیماری کرونا انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل بزرگسالان ۲۰ سال به بالا شهر تهران بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۸۰ شرکت‌کننده از طریق فراخوان اینترنتی شرکت کردند. ابزارها مقیاس اضطراب کرونا علی‌پور و همکاران، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و کرایچ و مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس بودند. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. نتایج نشان داد همبستگی منفی معنی‌داری بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با اضطراب کرونا و همبستگی مثبت معنی‌داری بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه و اضطراب کرونا وجود داشت. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق جهت‌گیری مذهبی بیرونی و دورنی با اضطراب کرونا، رابطه معنی‌داری داشتند. شاخص‌های نیکویی برازش نیز حاکی از برازندگی مطلوب مدل بود. بنابراین اضطراب کرونا متأثر از تنظیم شناختی هیجان و با نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی بیرونی و دورنی بود. از این یافته می‌توان برای طراحی مداخله جهت کاهش اضطراب در بزرگسالان در هنگام شیوع بیماری‌های واگیردار استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب کرونا، تنظیم شناختی هیجان، جهت‌گیری مذهبی.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

[Ja.jarareh@sru.ac.ir](mailto:Ja.jarareh@sru.ac.ir)

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران



## مقدمه

گسترش ویروس کرونا به دلیل سرعت انتقال آن منحصر به فرد بوده که باعث ایجاد یک وضعیت همه‌گیر در بهداشت جهانی طی کمتر از چند ماه در سراسر جهان شد (بتهاوسر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). به طوری که در اثر تعداد فزایندهٔ موارد مبتلا و مرگ و میر ناشی از آن، هم در کادر پزشکی و هم در افراد جامعه مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی (مینروینی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)، تنیدگی و اضطراب ایجاد شده بود و این اضطراب که در طول دوران کرونا افراد مختلف تجربه کردند، علائم جسمانی، روان‌شناختی و حتی علائم اضطراب مرگ را شامل می‌شد (گونر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). لذا اضطراب ویروس کرونا به عنوان یک نشانگر مهم در سلامت روان در طول بیماری همه‌گیر ویروس کرونا برجسته شد و با تعداد انگشت شماری از علائم جسمی مانند از بین رفتن اشتها، سرگیجه، بی‌خوابی و حالت تهوع مشخص شد (میلمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). به عبارتی، اضطراب کرونا به عنوان پتانسیل تبدیل شدن به کرونا هراسی توصیف می‌شود و مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی ناخوشایند است که با افکار مداوم در مورد آلوده شدن به ویروس کرونا فعال می‌شود (لی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). این اضطراب، توسط تمامی اقشار جامعه از جمله دانشجویان به ویژه دانشجویان پرستاری (بردیدا و گراند<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳)، کادر درمان (تامراکار<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) و بزرگسالان تجربه شد (پیوا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر بیشتر تحقیقات بر اضطراب بیماران مبتلا به کرونا تمرکز داشته‌اند، اما واقعیت آن است که در زمان همه‌گیری ویروس کرونا، ترس از بیماری و ترس از مرگ، در کنار آشفتگی‌های روزمره موجب می‌شود تا افراد سالم نیز با اضطراب ناشی از شیوع بیماری کرونا درگیر شوند (رحمتی و خواجویی میرزاده، ۱۴۰۰).

لذا بر اساس آنچه گفته شد، شناخت عوامل خطر ساز و محافظت کننده در برابر اینگونه اضطراب‌های ناشی از بیماری‌های واگیردار اهمیت دارد (رحمتی و خواجویی میرزاده، ۱۴۰۰). یکی از عوامل مرتبط با اضطراب کرونا تنظیم شناختی هیجان<sup>۹</sup> است (بوستان<sup>۱۰</sup>، و همکاران، ۲۰۲۳؛ وانگ<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) که به عنوان راهبردهایی تعریف شده‌اند که توسط گارنفسکی<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) ارائه شده است که افراد از آنها به عنوان راهبردهای مقابله‌ای برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا و مدیریت و کنترل اطلاعات برانگیخته هیجانی استفاده می‌کنند که شامل راهبردهای ناسازگاران و سازگارانه می‌باشند که راهبرد ناسازگارانه مانع از رسیدن به اهداف فرد می‌شود، ولی راهبردهای سازگارانه به فرد کمک می‌کنند که به صورت هدفمند با رویدادهای تنش‌زا که مواجه می‌شوند هیجان‌ات خود را به صورت شناختی مدیریت کنند (لیو<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات

1. Betthäuser
2. Minervini
3. Guner
4. Milman
5. Lee
6. Berdida & Grande
7. Tamrakar
8. Piva
9. cognitive emotion regulation
10. Bostan
11. Wang
12. Garnefski
13. Liu

گزارش کرده‌اند که تنظیم شناختی هیجان خاص که افراد معمولاً در طول رویدادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند، با پیامدهای هیجانی نامطلوب مرتبط هستند (موکان<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که شیوع جهانی ویروس کرونا یک رویداد فاجعه‌بار زندگی بود و افرادی که به استفاده از تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه عادت کرده بودند، علائمی همچون اضطراب را در خود ایجاد می‌کردند (وانگ، و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر این، بسیاری از مطالعات ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان و علائم اضطراب را مورد بررسی قرار داده‌اند (مونیری، و همکاران، ۲۰۲۲)، اما تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است که نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی را در این ارتباط مورد مطالعه قرار دهد. بنابراین درک مکانسیم‌های میانجی در ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان و اضطراب در طول شیوع بیماری‌ها از جمله ویروس کرونا، در جهت ترویج شناسایی زودهنگام احساسات نامطلوب و توسعه مداخلات روان‌شناختی در راستای فعال کردن آنها به منظور رویارویی در رویدادهای آینده و شیوع بیماری‌های مشابه مهم است. جهت‌گیری مذهبی اشاره به روی آورد کلی شخص است که از مذهب اتخاذ نموده است؛ یعنی در ارتباط با موجودی متعالی مجموعه‌ای از اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص را در زندگی دارد. به عبارت دیگر، بر اساس نظریه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، این مفهوم شامل دو سبک گرایشی بیرونی و درونی نسبت به مذهب است (فرانسیس<sup>۲</sup>، و همکاران، ۲۰۱۹). در تایید نقش جهت‌گیری مذهبی در افراد گفته شده است که جهت‌گیری مذهبی به ویژه از نوع درونی، تنظیم شناختی هیجان سازگارانه را برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی بزرگسالان جوان را تسهیل می‌کند و از میزان عواطف منفی افراد در طول شیوع بیماری‌های واگیر می‌کاهد (ایسوانتو<sup>۳</sup>، و همکاران، ۲۰۲۲).

در تایید اثرات جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی، نتایج پژوهشی نشان داده است که هم جهت‌گیری مذهبی بیرونی و هم درونی همبستگی مثبت و معناداری با اضطراب کرونا دارند (برقعی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین بر اساس آنچه گفته شد و با توجه به افزایش شیوع اضطراب کرونا در اقصای مختلف جامعه ایرانی، لازم است فرآیندهای شناختی، هیجانی و مذهبی مؤثر بر علائم اضطراب کرونا شناسایی شده تا راهکارهای درمانی مؤثرتری برای کاهش علائم اضطرابی انجام شود. لذا در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که اضطراب یک مشکل شایع است که به طور کلی در افراد مختلف جامعه در زمان شیوع بیماری‌های واگیردار مانند ویروس کرونا بروز می‌کند و اگر عوامل مؤثر بر آن شناسایی نشود و علائم آن در افراد مختلف جامعه مورد توجه روان‌شناسان و درمانگران بالینی قرار نگیرد، می‌تواند افراد را در برابر اضطراب ناشی شیوع بیماری‌های واگیردار احتمالی در آینده ناتوان و ضعیف کند و افراد شیوه‌های مقابله شناختی، هیجانی و مذهبی برای رویارویی با آن را فرا نگیرند و در این زمینه توانمندی لازم را نداشته باشد. لذا انجام پژوهشی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب کرونا دارای اهمیت و ضرورت است. از این رو، با توجه به موارد گفته شده این پژوهش برآن است که به این سوال پاسخ دهد که آیا جهت‌گیری مذهبی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با اضطراب کرونا نقش میانجی دارد؟

1. Mocan
2. Francis
3. Iswanto

## روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بزرگسالان ۲۰ سال به بالا شهر تهران در زمستان (بهمن تا اسفند) سال ۱۴۰۰ بود. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد (کلاین، ۲۰۱۶). بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین ۲۶۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. اما از آنجایی که احتمال ریزش وجود داشت و برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج ۵۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شد که بعد از بررسی داده‌های پرت، انتهایی و مخدوش تعداد ۲۰ پاسخنامه از تحلیل کنار گذاشته شد و تحلیل نهایی بر روی ۴۸۰ نفر انجام شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش در دسترس بود. به این صورت که نسخه آنالاین پرسشنامه‌ها تهیه و لینک آن در گروه‌های دانشجویی، مراکز آموزشی و سازمان‌های دولتی توزیع شد تا افرادی که مایل به شرکت در پژوهش هستند به گویه‌های پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. دامنه سنی ۲۰ سال به بالا و حداقل تحصیلات دیپلم به عنوان ملاک ورود به پژوهش و نقص در پاسخنامه از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. همچنین توضیح هدف پژوهش، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آنها به صورت گروهی تحلیل می‌شود، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۴ بود.

## ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب بیماری کرونا<sup>۲</sup> (CDAS): (علی‌پور، و همکاران، ۱۳۹۸) این مقیاس شامل ۱۸ گویه است که دو خرده مقیاس شامل علائم روانی<sup>۳</sup> با ۹ گویه و علائم جسمانی<sup>۴</sup> با ۹ گویه را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای صورت می‌گیرد، به این صورت که هرگز صفر نمره، گاهی اوقات ۱ نمره، بیشتر اوقات ۲ نمره و همیشه ۳ نمره تعلق می‌گیرد. در پژوهش توسط سازندگان مقیاس روایی آن با روش تحلیل عاملی تایید شد و متوسط واریانس استخراج شده برای علائم روانی ۰/۶۱ و برای علائم جسمانی ۰/۶۱ گزارش شده است و همچنین مقدار خطای ریشه مجذور میانگین تقریب ۰/۰۸۶ به دست آمد و همچنین پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ برای علائم روانی ۰/۸۸، علائم جسمانی ۰/۸۶ و کل مقیاس ۰/۹۹ به دست آورده‌اند و پایایی ترکیبی علائم روانی ۰/۸۳ و علائم جسمانی ۰/۸۴ گزارش شده است (علی‌پور، و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ علائم روانی ۰/۸۶، علائم جسمانی، ۰/۹۱ و کل گویه‌ها باهم ۰/۷۳ به دست آمد.

1. Kline
2. Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)
3. psychological symptoms
4. physical symptoms

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup> (CERQ): (گرانفسکی و کرایج<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۲ بعد راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود<sup>۳</sup> با ۴ گویه؛ سرزنش دیگران<sup>۴</sup> با ۴ گویه؛ نشخوارگری<sup>۵</sup> با ۴ گویه؛ فاجعه‌نمایی<sup>۶</sup> با ۴ گویه) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری<sup>۷</sup> با ۴ گویه؛ تمرکز مجدد مثبت<sup>۸</sup> با ۴ گویه؛ ارزیابی مجدد مثبت<sup>۹</sup> با ۴ گویه؛ پذیرش<sup>۱۰</sup> با ۴ گویه؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی<sup>۱۱</sup> با ۴ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. روش نمره‌گذاری به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که همیشه ۵ نمره، اغلب ۴ نمره، مرتباً ۳ نمره، گاهی ۲ نمره و هرگز ۱ نمره تعلق می‌گیرد. در نسخه اصلی برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب برای راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۷ و راهبردهای سازگارانه ۰/۹۱ به دست آمده است و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۲۱ تا ۰/۲۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۷). این پرسشنامه در ایران توسط حسنی (۱۳۹۰) ترجمه و آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (با تبیین ۷۴ درصد واریانس) و همبستگی بین زیر مؤلفه‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است (حسنی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ راهبردهای ناسازگارانه ۰/۷۶، راهبردهای سازگارانه ۰/۷۰ و کل گویه‌ها با هم ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس جهت‌گیری مذهبی<sup>۱۲</sup> (ROS): (آلپورت و راس<sup>۱۳</sup>، ۱۹۶۷) این مقیاس ۲۱ گویه است و دو خرده‌مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی با ۱۲ گویه؛ جهت‌گیری درونی با ۹ گویه را اندازه‌گیری می‌کند (فرانسیس و همکاران، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که کاملاً مخالفم ۱ نمره، تقریباً مخالفم ۲ نمره، تقریباً موافقم ۳ نمره و کاملاً موافقم ۴ نمره تعلق می‌گیرد. در خارج کشور نیز پایایی با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای جهت‌گیری درونی ۰/۹۰ و بیرونی ۰/۸۰ محاسبه شده است (گوره<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷). در پژوهش آلپورت و راس (۱۹۶۷) ضریب همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی ضریب ۰/۲۱- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمد (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). به علاوه، پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۷۲ و جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۶۲ به دست آمده است (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری بیرونی ۰/۷۶ و جهت‌گیری درونی ۰/۸۲ به دست آمد.

1. Cognitive Emotion Régulation Questionnaire (CERQ)
2. Garnefski & Kraaij
3. self-blame
4. other blame
5. focus on thought/rumination
6. catastrophizing
7. putting into perspective
8. positive refocusing
9. positive reappraisal
10. acceptance
11. refocus on planning
12. Religions Orientation Scale (ROS)
13. Allport & Ross
14. Gore



۱۲۲ ..... نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب کرونا

## یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰۱ نفر (۶۲/۷ درصد) زن و ۱۷۹ نفر (۳۷/۳ درصد) مرد بودند. ۱۳۸ نفر (۲۸/۸ درصد) کارمند، ۱۹۸ نفر (۴۱/۳ درصد) شغل آزاد، ۹۵ نفر (۱۹/۸ درصد) دانشجوی و ۴۹ نفر (۱۰/۲ درصد) خانه‌دار بودند. ۹۵ نفر (۱۹/۸ درصد) دیپلم، ۹۶ نفر (۲۰ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۵ نفر (۲۱/۹ درصد) لیسانس، ۱۲۷ نفر (۲۶/۵ درصد) فوق لیسانس و ۵۷ نفر (۸۹/۱۱ درصد) دکترا بودند. میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۳۶/۰۲ و انحراف معیار سن ۷/۳۷ بود. در ادامه در جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را آورده شده است. قبل از انجام تحلیل پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده شد که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ قرار داشت که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نرمال باشد (کلاين، ۲۰۱۶). همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا»<sup>۱</sup> و نسبت بحرانی استفاده شد که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ بود که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمال است (کلاين، ۲۰۱۶).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
علائم روانی	۱۰/۳۶	۵/۴۸	۰/۴۲	۰/۱۹
علائم جسمانی	۱۰/۷۴	۵/۷۰	۰/۴۴	-۰/۰۷
نمره کل اضطراب کرونا	۲۱/۱۰	۱۰/۶۱	۰/۲۴	-۰/۰۱
سرزنش خود	۸/۶۶	۳/۸۲	۰/۶۲	-۰/۳۴
سرزنش دیگران	۸/۹۷	۴/۰۵	۰/۳۷	-۰/۷۱
نشخوارگری	۸/۳۸	۴/۰۷	۰/۲۴	-۱/۴۵
فاجعه‌نمایی	۹/۲۸	۴/۰۵	۰/۱۰	-۱/۵۳
نمره کل تنظیم هیجان ناسازگارانه	۳۵/۲۹	۱۴/۲۲	۰/۳۸	-۱/۲۲
دیدگاه‌گیری	۸/۸۴	۴/۷۴	۰/۵۶	-۰/۹۴
تمرکز مجدد	۸/۸۶	۴/۱۵	۰/۲۶	-۱/۶۵
ارزیابی مجدد	۹/۰۸	۴/۴۹	۰/۵۴	-۰/۸۶
پذیرش	۹/۱۱	۴/۲۵	۰/۳۴	-۱/۶۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۰/۰۳	۴/۷۰	-۰/۰۹	-۱/۸۵
نمره کل تنظیم هیجان سازگارانه	۴۵/۹۱	۱۹/۱۱	۰/۱۵	-۱/۵۴
جهت‌گیری بیرونی	۱۷/۳۷	۴/۷۴	۰/۰۹	-۱/۸۲

جهت گیری درونی	۱۳/۱۴	۳/۲۴	-۰/۰۴	-۱/۷۲
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۳۸	نسبت بحرانی: ۱/۰۵		

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همه ضرایب همبستگی پیرسون در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. همچنین می‌توان گفت که، بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با اضطراب کرونا رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و جهت گیری مذهبی بیرونی و درونی با اضطراب کرونا رابطه منفی و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱).

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- اضطراب کرونا	۱											
۲- سرزنش خود	۰/۵۸	۱										
۳- سرزنش دیگران	۰/۶۵	۰/۷۹	۱									
۴- نشخوارگری	۰/۴۶	۰/۶۷	۰/۶۶	۱								
۵- فاجعه نمایی	۰/۶۷	۰/۷۳	۰/۸۰	۰/۶۷	۱							
۶- دیدگاه گیری	-۰/۳۸	-۰/۵۳	-۰/۴۵	-۰/۵۲	-۰/۶۱	۱						
۷- تمرکز مجدد مثبت	-۰/۵۱	-۰/۵۴	-۰/۵۶	-۰/۵۱	-۰/۶۷	۰/۶۰	۱					
۸- ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۴۶	-۰/۶۲	-۰/۵۷	-۰/۵۴	-۰/۶۰	۰/۵۱	۰/۶۷	۱				
۹- پذیرش	-۰/۳۶	-۰/۴۷	-۰/۵۶	-۰/۴۹	-۰/۶۸	۰/۶۱	۰/۷۶	۰/۵۲	۱			
۱۰- تمرکز مجدد	-۰/۶۲	-۰/۷۸	-۰/۷۸	-۰/۷۹	-۰/۷۷	۰/۶۹	۰/۷۲	۰/۷۴	۰/۷۲	۱		
۱۱- جهت گیری بیرونی	-۰/۶۵	-۰/۷۸	-۰/۷۷	-۰/۷۲	-۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۷۸	۰/۷۴	۰/۷۱	۰/۶۵	۱	
۱۲- جهت گیری درونی	-۰/۶۹	-۰/۷۳	-۰/۷۸	-۰/۶۹	-۰/۶۱	۰/۶۴	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۲	۰/۶۵	۱

در ادامه در جدول ۳- ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است، که همان طور مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم تنظیم هیجان ناسازگارانه ( $\beta=۰/۵۲$  و  $\text{sig}=۰/۰۰۱$ )، تنظیم هیجان سازگارانه ( $\beta=-۰/۵۱$  و  $\text{sig}=۰/۰۲۲$ )، جهت گیری مذهبی بیرونی ( $\beta=-۰/۳۹$  و  $\text{sig}=۰/۰۲۹$ ) و جهت گیری مذهبی بیرونی ( $\beta=-۰/۲۴$  و  $\text{sig}=۰/۰۱۵$ ) بر اضطراب کرونا اثر مستقیم و معنادار دارد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و مستقیم در مدل پژوهش

۱۲۴ ..... نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب کرونا

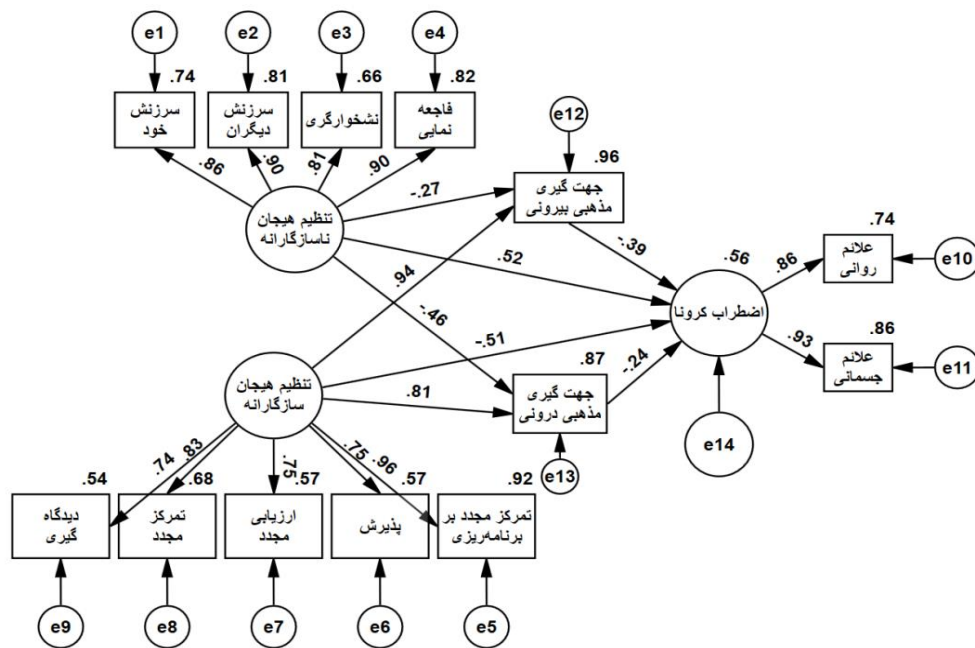
معناداری	C.R.	S.E	Beta	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۱	۴/۸۹	۰/۱۴	۰/۵۲	تنظیم هیجان ناسازگارانه ← اضطراب کرونا
۰/۰۲۲	-۲/۲۹	۰/۳۰	-۰/۵۱	تنظیم هیجان سازگارانه ← اضطراب کرونا
۰/۰۲۹	-۲/۱۸	۰/۲۹	-۰/۳۹	جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← اضطراب کرونا
۰/۰۱۵	-۲/۴۳	۰/۱۷	-۰/۲۴	جهت‌گیری مذهبی درونی ← اضطراب کرونا

نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴- ارائه شده است که بر اساس نتایج جدول شماره ۴- جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با اضطراب کرونا نقش میانجی دارد

جدول ۴. نتایج بوت استروپ تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی بر اضطراب کرونا

معناداری	سطح اطمینان ۰/۹۵		مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین	
۰/۰۰۳	-۰/۴۰۸	-۰/۱۰۷	تنظیم هیجان ناسازگارانه ← جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← اضطراب کرونا
۰/۰۰۲	۰/۳۸۷	۰/۳۱۲	تنظیم هیجان سازگارانه ← جهت‌گیری مذهبی بیرونی ← اضطراب کرونا
۰/۰۰۱	-۰/۷۱۸	-۰/۴۵۴	تنظیم هیجان ناسازگارانه ← جهت‌گیری مذهبی درونی ← اضطراب کرونا
۰/۰۰۱	۰/۷۵۹	۰/۴۶۶	تنظیم هیجان سازگارانه ← جهت‌گیری مذهبی درونی ← اضطراب کرونا

در ادامه جهت آزمون مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری اعمال گردیده است. بر اساس نتایج شاخص‌های برازندگی همگی مطلوب بود. همچنین اگر مقدار به دست آمده از شاخص خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب کمتر از ۰/۰۸ باشد نشان دهنده برازش مدل است، که در این پژوهش مقدار معناداری برای شاخص تقریب برازندگی ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۴۸ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین (۲۰۱۶) نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه مدل نهایی پژوهش آمده است که همان‌طور در این شکل ۱ مشاهده می‌شود، تنظیم‌شناختی هیجان با میانجی جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی در مجموع ۵۶ درصد از واریانس اضطراب کرونا را تبیین می‌کنند.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل ساختاری اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی بود. نتایج نشان داد که تنظیم هیجان ناسازگارانه به طور مثبت و معنادار بر اضطراب کرونا اثر مستقیم دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات بوستان، و همکاران (۲۰۲۳)، مونیری، و همکاران (۲۰۲۲)، وانگ، و همکاران (۲۰۲۱) همسویی دارد. در تبیین اثر مستقیم تنظیم هیجان ناسازگارانه بر اضطراب کرونا می‌توان اینگونه تبیین کرد که افرادی که نمی‌توانند به طور مؤثر پاسخ‌های هیجانی به حوادث روزانه را مدیریت و تنظیم کنند، دوره‌های پریشانی طولانی‌تری و شدیدتری را تجربه می‌کنند که ممکن است تبدیل به اضطراب قابل تشخیص شوند. به عبارت دیگر، افراد می‌توانند با تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود، هیجان‌های مثبت و تسهیل‌کننده را راه‌اندازی کنند و حتی تحت شرایط استرس‌زا، به شیوه مطلوبی تصمیم‌گیری کنند یا توجه خود را هدایت کنند. نگرانی و برانگیختگی هیجانی به عنوان عوامل اضطراب از عواملی هستند که به شدت بر عملکرد افراد در موقعیت‌هایی مانند مقابله با شیوع بیماری‌ها تأثیر می‌گذارند. به عبارتی دیگر، استفاده زیاد از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با سطوح بالایی از اضطراب همراه است و این راهبردها موجب تشدید و استمرار اضطراب می‌گردند. بنابراین می‌توان گفت استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، فرد را مستعد اضطراب می‌کند و در نتیجه به جای واکنش مناسب به رویدادهای تنش‌زا همچون اضطراب کرونا با آشفتگی و تشویش به آن رویدادها واکنش نشان می‌دهد. لذا منطقی است گفته شود که تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه بر اضطراب کرونا اثر مستقیم بگذارد.

در بخشی دیگری از نتایج، نشان داده شد که تنظیم شناختی هیجان سازگارانه به طور مثبت و معنادار بر اضطراب کرونا در بزرگسالان اثر مستقیم دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات بوستان، و همکاران (۲۰۲۳)، مونیری، و همکاران (۲۰۲۲)، وانگ، و همکاران (۲۰۲۱) همسویی دارد. در تبیین اثر مستقیم تنظیم شناختی هیجان سازگارانه بر اضطراب کرونا می‌توان اینگونه

۱۲۶..... نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب کرونا

تبیین کرد که همه‌گیری ویروس کرونا برای افراد جامعه خطرناک بود و باعث ایجاد اضطراب شد. در این میان، راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه را باید به عنوان فرایندی در نظر گرفت که از طریق آن، فرد هیجان‌های خود را به منظور ارائه پاسخ‌های متناسب با فشارهای محیطی به طور هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کند. استفاده از تنظیم هیجان سازگارانه از جمله ارزیابی مجدد با پردازش بهتر موقعیت همراه است و منجر به مدیریت و انطباق بهتر با شرایط دشوار همچون همه‌گیری ویروس کرونا می‌شود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که کارکردشان مقابله با رویدادهای تنش‌زا هستند باعث بهبود عزت‌نفس، صلاحیت‌های فردی و اجتماعی و مدیریت و کنترل بهتر در انجام امور می‌شود. مدیریت هیجان‌ات مثبت و منفی از پذیرش هیجان توسط خود فرد حمایت می‌کند و از این طریق فرد بهتر می‌تواند به هیجان‌ات مثبت خود توجه داشته و آگاهی و تمایل به استفاده بیشتری از آنها داشته باشد، از طرف دیگر هیجان‌ات منفی خود را نادیده بگیرد و در نتیجه تأثیر مثبتی بر سلامت روانی فرد داشته باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت که شیوه تنظیم هیجان، که به افراد در افزایش، کاهش و یا حفظ مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی کمک می‌کند و افراد در اثر برخورداری از مهارت تنظیم هیجانی، توانایی این را دارند که هیجان خود را به شیوه‌ای مناسب ابراز کنند و در صورتی که درگیر هیجان‌ات ناخوشایند همچون اضطراب کرونا شوند، بتوانند از شدت آن کم کنند. لذا منطقی است گفته شود که تنظیم شناختی هیجان سازگارانه بر اضطراب کرونا اثر مستقیم بگذارد.

نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بیرونی به طور مثبت و معنادار بر اضطراب کرونا در بزرگسالان اثر مستقیم دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات برقی، و همکاران (۱۴۰۱)، بوستان، و همکاران (۲۰۲۳)، ایسوانتو، و همکاران (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی بر اضطراب کرونا می‌توان اینگونه تبیین کرد که مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب کرونا که افراد در مواجهه با همه‌گیری ویروس کرونا تجربه کردند، باعث شد آنها به جستجوهای متفاوتی سوق پیدا کنند. در مواردی که افراد با استفاده از نیروی خود نمی‌توانند کنار بیایند، این جهت‌گیری‌های مذهبی به ویژه جهت‌گیری بیرونی را به عنوان راه چاره می‌پذیرند. جهت‌گیری مذهبی بیرونی مانند اعمال و رفتارهای دینی و مذهبی همچون نماز، روز و خواندن دعا می‌توانند پناهگاهی برای افراد در مواجهه با تجربیات دشوار زندگی باشند و می‌توانند قدرت مقابله با احساس درماندگی و ترس تجربه شده در آن لحظه را افزایش دهند. مشخص شده است که مذهب به افراد در داشتن استرس کمتر، مدیریت بهتر استرس و متعادل کردن اثرات مضر جسمی و روانی استرس کمک می‌کند. لذا جهت‌گیری مذهبی بیرونی همچون ادعیه، نماز و روزه به عنوان جهت‌گیری‌های مذهبی بیرونی به افراد کمک کرده و می‌کنند تا آنها بتوانند با چنگ انداختن به ریسمان الهی اضطراب کرونا را در خود کاهش دهند و کمتر این علائم را تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که جهت‌گیری مذهبی بیرونی بر اضطراب کرونا اثر مستقیم بگذارد.

نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی به طور مثبت و معنادار بر اضطراب کرونا در بزرگسالان اثر مستقیم دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات بوستان، و همکاران (۲۰۲۳) و ایسوانتو، و همکاران (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین اثر مستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی بر اضطراب کرونا می‌توان اینگونه تبیین کرد که جهت‌گیری درونی بعد اعتقادی یا باور دینی است که مشتمل بر ایده‌ها و نگرش‌هایی که انتظار می‌رود پیروان یک آیین به آن اعتقاد دارند. مانند اعتقاد به خدا، دوزخ، بهشت و جهنم. افرادی که نوعی جهت‌گیری درونی به سمت مذهب دارند، به عنوان افرادی توصیف شده‌اند که تعهد کاملی به عقاید

مذهبی‌شان دارند و تاثیر دین در هر جنبه از زندگی‌شان آشکار است. جهت‌گیری درونی به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می‌رود و کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می‌کند و الهام بخش عبادت است. بنابراین این شرایط باعث می‌شود افراد که با شیوع بیماری‌های کشنده که منجر به مرگ افراد مختلف در جامعه می‌شوند، بهتر مقابله کنند و خود را به نیروی ماورایی تکیه دهند و از آرامش روان‌شناختی برخوردار شوند و کمتر علائم اضطرابی ناشی از کرونا رو تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب بیماری کرونا اثر مستقیم بگذارد.

نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با اضطراب کرونا در بزرگسالان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی را در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با اضطراب کرونا در بزرگسالان نشان داده باشد، لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان اینگونه تبیین کرد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه باعث می‌شوند که افراد برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم، با رشد، پیشرفت یا بروز اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب کرونا رابطه دارد (وانگ، و همکاران، ۲۰۲۱). به طوری که می‌توان گفت که هرگونه نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در مقابل مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب آسیب‌پذیر سازد. این شرایط باعث می‌شود که افراد به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها منفی، نتواند از راهبردهای مقابله‌ای همچون مقابله مذهبی و جهت‌گیری مناسب مذهبی برای رویارویی با مشکلات روان‌شناختی استفاده کنند. لذا تنظیم شناختی هیجان از این طریق که فرد قادر به مدیریت صحیح هیجان‌ها منفی خود نیست، جهت‌گیری مذهبی فرد را تحت تاثیر منفی خود قرار می‌دهد. از سوی دیگر تکیه بر خالق که قادر، آگاه‌ترین و مهربان‌ترین نسبت به بندگانش است. دومین راهی که دین و مذهب به ما نشان می‌دهد، یاد خدا است که ترس از مرگ را به آرامش تبدیل می‌کند و ترس از هجوم مشکلات و گرفتاری‌ها را از بین می‌برد. یاد خدا دلهره‌ها و ترس‌های گوناگون را از میان می‌برد. انجام آداب و مناسک مذهبی که تنها بخشی از به یاد خدا بودن است، اضطراب را می‌کاهد و آرامش را نصیب قلب انسان می‌کند. لذا منطقی است گفته شود که جهت‌گیری مذهبی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه با اضطراب کرونا نقش میانجی داشته باشد.

در نهایت، نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با اضطراب کرونا در بزرگسالان نقش میانجی دارد. گرچه پژوهشی وجود ندارد که نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی را در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با اضطراب کرونا در بزرگسالان نشان داده باشد، لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان اینگونه تبیین کرد که افرادی که توانایی تنظیم شناختی هیجان سازگارانه تری دارند در معرض آسیب‌پذیری کمتر و پایین‌تری برای ابتلا و تجربه به اضطراب کرونا هستند. تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد او در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل‌زا مانند اضطراب کرونا بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را به کار گیرد. همچنین فردی که از تنظیم هیجانی سازگارانه استفاده می‌کند، هنگام روبه‌رو شدن با یک تجربه مشکل‌زا می‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد و به نیروهای مقدس و آسمانی نیز تکیه کند و از آن‌ها مدد بخواهد. به طوری که مذهب نقش یک راهبرد مقابله‌ای

۱۲۸..... نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی در ارتباط بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و اضطراب کرونا

ایفا می‌کند و فرد با استفاده از این راهبردهای مذهبی مقابله با استرس به مبارزه با هیجانات منفی همچون اضطراب کرونا می‌پردازد. بنابراین این گونه اعتقاد به خداوند به زندگی فرد معنا می‌بخشد. رابطه معنای زندگی و احساس آرامش و امنیت روانی را بیشتر روان‌شناسان به صورت ضمنی پذیرفته‌اند. افزایش واکنش و هیجان‌های مثبت از جمله امیدواری، خوش‌بینی، آرامش و کاهش واکنش و هیجان‌های منفی مانند اضطراب کرونا نیز از پیامدهای روان‌شناختی نقش مذهب به حساب می‌آید. لذا منطقی است گفته شود که جهت‌گیری مذهبی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با اضطراب کرونا نقش میانجی داشته باشد. علیرغم نقاط قوت این مطالعه، مانند بررسی فرآیندهای میانجی و جهت‌گیری اثرات مستقیم و غیرمستقیم، نتایج این مطالعه باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. اول اینکه به دلیل شیوع ویروس کرونا امکان اجرای روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و غیره وجود نداشت، به همین دلیل از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است، لذا در تعمیم نتایج باید محتاطانه عمل کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی با در نظر گرفتن پروتکل‌های بهداشتی در چنین تحقیقاتی از روش‌های تصادفی نیز استفاده شود. همچنین این پژوهش به بررسی اضطراب کرونا پرداخته است و مواردی مانند شدت آن به دلیل نبود یک ابزار استاندارد بررسی نشده است، که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی در کارهای مشابه شدت اضطراب کرونا را نیز مورد مطالعه قرار دهند. همچنین این پژوهش در شهر تهران انجام شده است و نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها نیست، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، مطالعه‌ای مشابه در سایر شهرها نیز انجام شود. به روان‌شناسان و مشاوران بالینی پیشنهاد می‌شود که در درمان مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب کرونا در بزرگسالان به نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توجه کنند. چرا که تنظیم شناختی هیجان قابل آموزش است. بر این اساس به روان‌شناسان و درمانگرانی که در زمینه اضطراب کرونا و سایر بیماری‌های واگیردار فعالیت می‌کنند در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی با در نظر کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان با همکاری مراکز درمانی و بهداشتی به بهبود مشکلات روان‌شناختی بزرگسالان از جمله اضطراب آنان کمک کنند.

### تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان که به گویه‌های پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### تناقض و حمایت مالی

این مقاله تناقض و حمایت مالی ندارد.

### منابع

حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجله علمی و پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری*،

۹(۴)، ۲۴۰-۲۲۹. [20.1001.1.117352029.1390.9.4.25](https://doi.org/10.117352029.1390.9.4.25)

برقعی، شیما سادات؛ دهقان سانج، آمنه؛ مرادی، فرانک؛ و حسینی مجد، ستاره. (۱۴۰۱). تدوین مدل اضطراب کرونا در زنان براساس تاب‌آوری و سبک‌های دلبستگی با نقش میانجی جهت‌گیری مذهبی. *نشریه روانشناسی اجتماعی*، ۱۰(۶۴)، ۲۹-۱۷.

[https://psychology.ahvaz.iau.ir/article\\_694135.html?lang=en](https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_694135.html?lang=en)

- رحمتی، عباس؛ و خواجه‌بوی میرزاده، آزاده. (۱۴۰۰). شیوع شناسی اضطراب ویروس کرونا: عوامل خطر و محافظ در دانشجویان و کارکنان دانشگاه شهید باهنر کرمان. *نشریه روان‌شناسی سلامت*، ۱۰(۳۹)، ۱۰۴-۱۰۵. [20.1001.1.23221283.1400.10.39.0.1](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1400.10.39.0.1)
- شفیعی، نرگس؛ شهبابی زاده، فاطمه؛ و پورشافعی، هادی. (۱۳۹۳). جهت‌گیری مذهبی و مرکز کنترل بیرونی، ادراک حمایت اجتماعی. *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، ۶(۲۴)، ۵۱-۴۱. [https://jwsf.tabriz.iau.ir/article\\_519789.html](https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_519789.html)
- علی‌پور، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ علیپور، زهرا؛ و عبدالله زاده، حسن. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا در نمونه ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۱۷۵-۱۶۳. [20.1001.1.23221283.1398.8.32.10.8](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1398.8.32.10.8)
- Borghei, S. S., Dehghan Sanegi, A., Moradi, F., & Hoseini Majd, S. (2022). Developing a model of covid anxiety in women based on resilience and attachment styles with the mediating role of religious orientation. *Scientific Journal of Social Psychology*, 10(64), 17-29. [https://psychology.ahvaz.iau.ir/article\\_694135.html?lang=en](https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_694135.html?lang=en)
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z., & Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary validation of the Corona disease anxiety scale (CDAS) in the Iranian sample. *Health Psychology*, 8(32), 163-175. (Text in Persian) [20.1001.1.23221283.1398.8.32.10.8](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1398.8.32.10.8)
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Berdida, D. J. E., & Grande, R. A. N. (2023). Academic stress, COVID-19 anxiety, and quality of life among nursing students: The mediating role of resilience. *International Nursing Review*, 70(1), 34-42. [10.1111/inr.12774](https://doi.org/10.1111/inr.12774)
- Bethhäuser, B. A., Bach-Mortensen, A. M., & Engzell, P. (2023). A systematic review and meta-analysis of the evidence on learning during the COVID-19 pandemic. *Nature Human Behaviour*, 7(3), 375-385. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01506-4>
- Bostan, C. M., Hrițuleac, A., & Măguriianu, L. A. (2023). Death Anxiety and COVID-19 Anxiety. The Mediating Role of Religious Relational Identification and the Impact of Emotional Regulation Strategies. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1(1), 1-10. [10.1177/00302228231151744](https://doi.org/10.1177/00302228231151744)
- Ding, Z., Song, Q., Chu, J., Zou, T., Zheng, K., Liu, Z., ... & Yi, J. (2023). Application of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Chinese Community Elderly. *Psychology Research and Behavior Management*, 1(2), 829-839. [10.2147/PRBM.S401087](https://doi.org/10.2147/PRBM.S401087)
- Francis, L. J., Village, A., & Powell, R. (2019). Quest-religious orientation among church leaders in Australia: A function of psychological predisposition or openness to mystical experience?. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(2), 123-125. <https://doi.org/10.1037/rel0000125>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32(2), 449-454. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Journal Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gore, J. (2017). My Religion and My People: Levels of Ingroup Identification and Christian Religious Orientations. *Kentucky Journal of Undergraduate Scholarship*, 1(1), 9-20. <https://doi.org/10.1111/jssr.12594>
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 87(1), 262-282. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Hassani, J. (2011). Reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 9(4), 229-240. [20.1001.1.17352029.1390.9.4.2.5](https://doi.org/10.1001.1.17352029.1390.9.4.2.5)



- Iswanto, A. H., Gustina Zainal, A., Murodov, A., A. Baker El-Ebiary, Y., & Sattarova, D. G. (2022). Studying the role of Islamic religious beliefs on depression during COVID-19 in Malaysia. *HTS Theologiese Studies/Theological Studies*, 78(4), 1-10. <https://doi.org/10.4102/hts.v78i4.7567>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (4th Ed.), New York: The Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910>
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of corona phobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. Maladaptive cognitive emotion regulation strategies and positive symptoms in schizophrenia spectrum disorders: The mediating role of global emotion dysregulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 826-836. [10.1002/cpp.2466](https://doi.org/10.1002/cpp.2466)
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., & Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1775362>
- Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M. M., Mehta, V., Fiorillo, L., Badnjević, A., ... & Cicciù, M. (2023). The Association between COVID-19 Related Anxiety, Stress, Depression, Temporomandibular Disorders, and Headaches from Childhood to Adulthood: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 13(3), 481-492. [10.3390/brainsci13030481](https://doi.org/10.3390/brainsci13030481)
- Mocan, A. Ş., Iancu, S. Ş., & Băban, A. S. (2018). Association of cognitive-emotional regulation strategies to depressive symptoms in type 2 diabetes patients. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 56(1), 34-40. [10.1515/rjim-2017-0037](https://doi.org/10.1515/rjim-2017-0037)
- Moniri, R., Pahlevani Nezhad, K., & Lavasani, F. F. (2022). Investigating anxiety and fear of COVID-19 as predictors of internet addiction with the mediating role of self-compassion and cognitive emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1), 460-480. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.841870>
- Piva, T., Masotti, S., Raisi, A., Zerbini, V., Grazi, G., Mazzoni, G., ... & Mandini, S. (2023). Exercise program for the management of anxiety and depression in adults and elderly subjects: Is it applicable to patients with post-covid-19 condition? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.155>
- Rahmati, A., & Khajouei Mirzadeh, A. (2021). The prevalence of coronavirus anxiety: Risk factors and Protectors in students and staff of Shahid Bahonar University of Kerman. *Health Psychology*, 10(39), 85-104. (Text in Persian) [20.1001.1.23221283.1400.10.39.5.1](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1400.10.39.5.1)
- Shafii, N., Shahabizadeh, F., & Pourshafi, H. (2013). Religious orientation and external locus of control, perception of social support. *Quarterly Journal of Women and Family Studies*, 6(24), 41-51. [https://jwsf.tabriz.iau.ir/article\\_519789.html](https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_519789.html)
- Saeeda, S., Bastami, M., Mootabi, F., & Safarpour, F. (2022). Prediction cognitive emotion regulation strategies based on attachment styles with the mediating role of self-compassion. *Rooyesh*, 11 (5), 147-160. (Text in Persian) [20.1001.1.2383353.1401.11.5.12.7](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1401.11.5.12.7)
- Tamrakar, P., Pant, S. B., & Acharya, S. P. (2023). Anxiety and depression among nurses in COVID and non-COVID intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 272-280. [10.1111/nicc.12685](https://doi.org/10.1111/nicc.12685)
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>





داوران این شماره

Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Mandana Niknam	Assistant Professor of Khatam University	استادیار دانشگاه خاتم	ماندانا نیکنام
Ezatolah Ghadam Pour	Associate Professor of Lorestan University	دانشیار دانشگاه لرستان	عزت اله قدم پور
Abbas Ali Hossein Khanzadeh Firouzjah	Associate Professor of Guilan University	دانشیار دانشگاه گیلان	عباسعلی حسین خانزاده فیروزجاه
Rahim Badri Gargari	Professor of Tabriz University	استاد دانشگاه تبریز	رحیم بدری گرگری
Mohammad Ghamari	Associate Professor of Islamic Azad University, Abhar Branch	دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر	محمد قمری
Mahsima Pourshahriari	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه سیما پورشهریاری
Leila Shameli	Assistant Professor of Salman Farsi Kazeron University	استادیار دانشگاه سلمان فارسی کازرون	لیلا شاملی
Simin Hossenian	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیمین حسینیان
Sajad Bashar Pour	Professor Mohaqeq of Ardebili University	استاد دانشگاه محقق اردبیلی	سجاد بشرپور
Afsaneh Naraghi Zadeh	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	افسانه نراقی زاده
Maryam Talebi	Assistant Professor of Babol University	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Mahmoud Najafi	Associate Professor of Semnan University	دانشیار دانشگاه سمنان	محمود نجفی
Seyedeh Fatemeh Mosavi	Associate Professor of Alzahra University Women's Research Institute	دانشیار پژوهشکده زنان دانشگاه الزهرا	سیده فاطمه موسوی

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

Faculty of Education and Psychology  
Vol. 19, No.2, Summer 2023, Serial No.71  
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-Pajooch

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 Hashemian.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghnaki

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**

3<sup>rd</sup> 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](mailto: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 Relationship between Parenting Styles and Adolescents Depression Symptoms with the Mediation of Psychological Inflexibility** 7-22  
Ali Rahimi; Asie Moradi; Jahangir Karami
- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Levels of Self-Criticism and Suicidal Thoughts in Adolescents with Self-Harm** 23-37  
Bahram Parsa; Saeed Ariapooran; Sayed Abbas Haghayegh; Maryam Ghorbani
- The Relationship of Maternal Traumatic Childhood Experiences and Children's Emotional and Behavioral Problems: The mediating Role of Reflective Functioning** 39-53  
Marzieh Shohrati; Mohtaram Nemattavosi
- The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Self Handicapping, Interpersonal Communication Skills and Life Orientation in Divorced Women** 55-69  
Shohreh Salmanizadeh; Ilnaz sajjadian
- The Effectiveness of Compassion-Focused Positive Couple Therapy on Entitlement, Bullying, and Marital Adjustment in Narcissistic Men** 71-85  
Sahar Haghighifard; Shahnaz Khaleghipour; Mohammad Zare Neyestanak
- The Effectiveness of Logo Therapy on Corona Anxiety and Psychological Hardiness in Students with Emotional Disturbance** 87-100  
Mohsen Abdi Hamlabad; Reza Kazemi; Ghasem Abotalebi; Somaye Taklavi
- Evaluation of the Effectiveness of Reality Therapy Intervention on Increasing Self-Care in Women with Type 2 Diabetes** 101-115  
Aboozar Golvarz; Hamidreza Oreizi
- The Mediating Role of Religious Orientation in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Corona Anxiety** 117-130  
Sayeed Hossein Tabatabaee; Jamshid Jarareh; Asghar Jafari



## The Relationship between Parenting Styles and Adolescents Depression Symptoms with the Mediation of Psychological Inflexibility

Ali Rahimi<sup>1</sup>; Asia Moradi<sup>2\*</sup>; Jahangir Karmi<sup>3</sup>

### Abstract

This study aimed to investigate the relationship between parenting styles and adolescent's depression symptoms, with psychological inflexibility as a mediator. The research method was descriptive correlational. The statistical population consisted of all teenagers of Kermanshah city. 308 teenagers were selected by cluster random sampling. The instruments used included the Kovacs Depression Questionnaires, Baumrind Parenting Styles, and measures of avoidance and fusion. To analyze the data Pearson correlation and structural equation modeling (SEM) were conducted. The results indicated that the authoritarian parenting style was directly associated with depression symptoms, while authoritative and permissive parenting styles were indirectly linked to depression symptoms through psychological inflexibility. Additionally, psychological inflexibility was found to have a direct influence on depression symptoms. Further analysis revealed a significant relationship between authoritative and permissive parenting styles and depression symptoms, mediated by psychological inflexibility. Based on these findings, it is recommended that the relationship between parenting styles, psychological inflexibility, and depression symptoms be considered in interventions targeting adolescent mental health.

**Keywords:** Depression symptoms, parenting styles, psychological inflexibility.

<sup>1</sup> Master of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

<sup>2</sup> Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. [asie.moradi@razi.ac.ir](mailto:asie.moradi@razi.ac.ir)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.



*Research paper*

## Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Levels of Self-Criticism and Suicidal Thoughts in Adolescents with Self-Harm

Bahram Parsa<sup>1</sup>; Saeed Ariapooran<sup>2\*</sup>; Seyyed Abbas Haghayegh<sup>3</sup>; Maryam Ghorbani<sup>4</sup>

### Abstract

The present study was conducted to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on levels of self-criticism and suicidal ideations in adolescents with self-harm. The research method was semi-experimental which was carried out with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the research included male adolescents in the age range of 13-18 years in Ardabil city in the second half of 2022. The research sample consisted of 30 adolescents who were selected by the purposeful sampling method and randomly replaced in experimental (15 adolescents) and control groups (15 adolescents). The self-criticism level scale of Thompson and Zoroff and the Beck suicidal ideation questionnaire were used to collect data. For the experimental group, eight 90-minute sessions of ACT were performed. Data analysis were done with the multivariate analysis of covariance test. Based on the findings, ACT was effective on comparative self-criticism, internal self-criticism, and suicidal ideations in adolescents with self-mutilation. Therefore, according to the results, ACT can reduce the levels of self-criticism and suicidal ideations in adolescents with self-mutilation. Therefore, counselors and therapists can use the mentioned treatment method to reduce the levels of self-criticism and suicidal ideations of adolescents.

**Keywords:** ACT, adolescents, self-mutilation, self-criticism, suicidal ideations

<sup>1</sup> Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanistic Sciences, Malayer University, Malayer, Iran [s.ariapooran@malayeru.ac.ir](mailto:s.ariapooran@malayeru.ac.ir)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran





*Research paper*

## **The Relationship of Maternal Traumatic Childhood Experiences and Children's Emotional and Behavioral Problems: The mediating Role of Reflective Functioning**

**Marzieh Shohrati <sup>1</sup>; Mohtaram Nemattavosi <sup>\*2</sup>**

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the role of maternal reflective functioning mediators in association with the mother's traumatic childhood experiences and their children's emotional and behavioral problems. The research method was descriptive correlational. The statistical population included the mothers who visited secured houses in the city of Tehran in 2021 that selected by voluntarily method. They answered to the Paternal Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) (Lutin et al.), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al.) and The Child Behavioral Check List (CBCL) (Achenbach & Rescorla). The data were analyzed by path analysis test. The findings of this research showed that traumatic childhood experiences significantly predict low reflective functioning. Also, traumatic childhood experiences and low reflective action of mothers have a significant positive relationship with emotional and behavioral problems in their children. These findings indicated that reflective functioning plays a mediating role in the relationship between traumatic childhood experience and children's emotional and behavioral problems. According to the findings, it is recommended to hold a workshop and training based on attachment theory in order to familiarize and deal with mothers' traumatic childhood experiences.

**Keywords:** Emotional and behavioral problem, reflective functioning, traumatic childhood experiences

<sup>1</sup> M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch. Tehran, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Psychology Department. Islamic Azad University, South Tehran Branch. Tehran, Iran [m\\_nemattavousi@azad.ac.ir](mailto:m_nemattavousi@azad.ac.ir)



*Research paper*

## **The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Self Handicapping, Interpersonal Communication Skills and Life Orientation in Divorced Women**

**Shohreh Salmanizadeh<sup>1</sup>; Ilnaz Sajjadian <sup>\*2</sup>**

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on self - handicapping, interpersonal communication skills and life orientation in divorced women referred to counseling centers in Isfahan. The research was semi-experimental with a pre-test, post-test design with a control group and a one-month follow-up which was performed in the fall of 2020. For this purpose, among the referents, 28 women who met the criteria for entering the research were selected with the convenience sampling and randomly replaced in two experimental and control groups. The participants of the experimental group received Goldman and Greenberg's emotion-focused therapy individually for 9 sessions of 90 minutes. They answered the questionnaires of Jones & Rudwalt Self-handicapping, Jerabek Interpersonal Communication Skills and Scheier & Carver Life Orientation <sup>2</sup> in three phases. For data analysis variance with repeated measures was used. Finding indicated reduction in mean of self-handicapping and improvement in interpersonal communication skills and life orientation in experimental group in comparison to control group. Based on the findings, for reduction of self-handicapping and improvement in interpersonal communication skills and life orientation in divorced women emotion focused therapy can be used.

**Keywords:** Divorced women, emotion focused therapy, interpersonal communication skills, life orientation, self- handicapping.

<sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor Clinical Psychology Department. Community Health Research Center, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran [sh.salmanizadeh@yahoo.com](mailto:sh.salmanizadeh@yahoo.com)



*Research paper*

## The Effectiveness of Compassion-Focused Positive Couple Therapy on Entitlement, Bullying, and Marital Adjustment in Narcissistic Men

Sahar Haghifard<sup>1</sup>; Shahnaz Khaleghipour<sup>2\*</sup>; Mohammad Zare neyestanak<sup>3</sup>

### Abstract

The current study aimed to determine the effectiveness of Compassion-Focused Positive Couple Therapy (CFPCT) on entitlement, bullying and compatibility in narcissistic men. The research's method was semi-experimental in comparison with a control with follow-up. The statistical population was men that came to a counseling center in east of Tehran in 2021, who showed narcissistic symptoms. 30 men who scored lower than others in compatibility with their spouses were selected and randomly assigned into one group of experimental and a control. The research tools were narcissistic personality of Iranian couple questionnaire, bullying in marital relationships, questionnaire of compatibility with spouse, Maladaptive schemas questionnaire, CFPCT protocol. The experimental group received CFPCT as a couple and face-to-face for 2 months in 15 sessions of 100 minutes twice a week. The data were analyzed by repeated measurement analysis of variance test. The results showed that there was a significant difference in entitlement and bullying in marital relations and compatibility with the spouse in the experimental group in comparison with to the control one in the post-test phase, this effect continued in a one-month follow-up. Therefore CFPCT can be applied in counseling centers to improve the relationships of narcissistic spouses.

**Keywords:** Bullying, compassion, entitlement, marital adjustment, positive therapy

<sup>1</sup> Ph.D. student Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran [Sh.khaleghipour@iau.ac.ir](mailto:Sh.khaleghipour@iau.ac.ir)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran



*Research paper*

## The Effectiveness of Logo Therapy on Corona Anxiety and Psychological Hardiness in Students with Emotional Disturbance

Mohsen Abdi Hamlabad, <sup>1</sup>; Reza Kazemi\*<sup>2</sup>; Ghasem Abotalebi <sup>3</sup>;

### Abstract

The research aimed to determine the effectiveness of logotherapy on corona anxiety and psychological hardiness in students with emotional disturbance. The research method was quasi-experimental, with a pretest-posttest and follow-up with the control group. The statistical population included all students of Islamic Azad University, Ardabil branch in 2021. The sample size included 30 students, which replaced two control and experimental groups using purposeful sampling (The criterion was the highest score from emotional disturbance scale, corona anxiety scale and the lowest score in psychological hardiness scale). The experimental group received Logotherapy for 8 weeks and each session was 75 minutes, after the termination, the follow-up phase was carried out two months later. The research tools included the DASS-21 Scale Lovibond & Lovibond, CDAS Scale Alipour& et al., and the LGHS Scale Lang and Goulet. To analyze the data, analysis of repeated measure ANOVA and Bonferroni tests used. The results showed that logotherapy has a significant effect on reducing the corona anxiety and increasing psychological hardiness. Therefore, psychologists can use this intervention to improve research variables.

**Keywords:** Corona anxiety, emotional disturbance, logotherapy, psychological hardiness.

<sup>1</sup> Department of Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamic Azad, Ardabil, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Department of Psychology, Faculty of human Sciences, Ardabil unit, University of Islamic Azad, Ardabil, Iran [dr.reza.kazemi2@gmail.com](mailto:dr.reza.kazemi2@gmail.com)

<sup>3</sup> Department of Nursing, Faculty of human Sciences, Ardabil unit, University of Islamic Azad, Ardabil, Iran

<sup>4</sup> Department of Psychology, Faculty of human Sciences, Ardabil unit, University of Islamic Azad, Ardabil, Iran



*Research paper*

## **Evaluation of the Effectiveness of Reality Therapy Intervention on Increasing Self-Care in Women with Type 2 Diabetes**

**Abouzar Golvarz <sup>\*ID</sup>1; Seyed Hamid Reza Oreyzi Samani <sup>ID</sup>2**

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy on increasing self-care in women with type 2 diabetes. The research design was quasi-experimental design with pre-test, post-test with control group. The statistical population included 618 diabetic patients, enrolled in the Diabetes Charity Clinic in Najafabad city of Iran during 2019, of whom 36 were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The participants completed the self-care questionnaire of diabetic patients before the intervention period. The group reality therapy intervention was performed on the experimental group for two months 90-minute sessions of weekly, but the control group did not receive this intervention. After the intervention, both groups completed the self-care questionnaire again. Multivariate analysis of covariance was used for data analysis. The results showed that in the post-test, reality therapy intervention significantly increased self-care scores and its subscales (exercise, treatment and foot-care), except diet, in women with diabetes. Glasser Reality Therapy Intervention can be used as an effective intervention method to increase self-care in women with diabetes.

**Keywords:** Diabetes, health behavior, reality therapy, self-care

<sup>1</sup> Corresponding Author: PhD Student, Psychology, Department of Education and Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran [agolvarz@gmail.com](mailto:agolvarz@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran,



*Research paper*

## The Mediating Role of Religious Orientation in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Corona Anxiety

Sayeed Hossein Tabatabaee <sup>1</sup>; Jamshid Jarareh <sup>2</sup>; Asghar Jafari <sup>3</sup>

### Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of religious orientation in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and corona anxiety. The research method was correlational. The statistical population of the study was the adults over 20 years old in Tehran. In this study, 480 participated in the research through an internet call with convenience sampling method. The instruments were Corona anxiety scale of Alipour, et al, emotion regulation questionnaire of Garnefski and Kraaij and religious orientation scale of Allport and Ross. Statistical analysis of data was performed using structural equation model. The results showed that there was negative correlation between adaptive of emotion regulation with corona anxiety and positive correlation between maladaptive of emotion regulation and corona anxiety. Also, cognitive emotion regulation had a significant relationship with corona anxiety both directly and indirectly through external and internal religious orientation. The indices also indicated the good fit of the model. Thus, the Corona anxiety of adolescents is influenced by emotion regulation and external and internal religious orientation. This finding can be used to design an intervention to reduce anxiety in the adults during the outbreak of infectious diseases.

**Keywords:** Cognitive emotion regulation, corona anxiety, religious orientation.

<sup>1</sup> PH.D Student, Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Corresponding Author: Assistant professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Rajaei teacher training University, Tehran, Iran  
[Ja.jarareh@sru.ac.ir](mailto:Ja.jarareh@sru.ac.ir)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran