



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۷۲، دوره ۱۹، شماره ۳، پاییز 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>

psychstudies@alzahra.ac.ir

پست الکترونیک:

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فن‌آوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل‌نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه 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 درکمتر 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 ۱۰ باشد). برای ابزارها حرف اول کلمات بزرگ باشد که به مخفف خارجی آن منطبق گردد.

روش: شامل نوع و توصیف کامل طرح پژوهش، جامعه و تعداد اگر در دسترس است، تعداد نمونه و دلیل آن - روش نمونه‌گیری کامل - تنظیم گروه‌های کنترل و آزمایشی، معیارهای 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 هم‌یار، برنامه آموزشی از کجا برداشته شده با ذکر منبع و ایا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است و از روش اجراء آنها ابزار، نام روش آماری برای نتایج). درکل متن مقاله از کلمه شرکت‌کننده / گان بجای ازمودنی استفاده شود

نام نرم افزار ابزار: نام ابزار دقیق و بولد و مخفف آن، 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 آن‌ها، 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 ۱۰۱۵ 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 اخر 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 مسئله 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

- تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد و سطح اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی
۷-۲۰
- لیلا مهدیزاده فانید؛ منصور بیرامی؛ حسن صبوری مقدم؛ تورج هاشمی؛ سیامک داداشی
سهام میانجی باورهای و سواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی زنان با اختلال و سواس فکری-جبری
۲۱-۳۴
- اسماعیل برزگر؛ پریسا صادقی؛ علیرضا بوستانی پور
اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در دانش‌آموزان با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی
۳۵-۴۸
- علی پروندی؛ غلامرضا چلبیانلو؛ حسن بافنده قراملکی
مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان براضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی بهبود یافتگان کووید-۱۹
۴۹-۶۲
- نسرین زمانی زاد؛ اسماعیل سلیمانی؛ علی عیسی زادگان
فرا تحلیل مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناخت بر اضطراب زهرا گلی زاده؛ ابوالفضل فرید
۶۳-۷۶
- بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش و توجه کودکان مبتلا به طیف اتیسم
۷۷-۸۸
- الهام شفیعی؛ علی اکبر ارجمندنیا؛ سوگند قاسم زاده؛ سعید حسن زاده؛ مسعود غلامعلی لوسانی
نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در میان پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹
۸۹-۱۰۴
- سلمان زارعی؛ مریم سادات جلالی؛ خدیجه فولادوند
ناتربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا
۱۰۵-۱۱۹
- ساجده سادات صفوی ریزی؛ محمد عاشوری

تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد و سطح اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی

لیلا مهدیزاده فانید^۱، منصور بیرامی^۲، حسن صبوری مقدم^۳، تورج هاشمی^۴، سیامک داداشی^{۵*}

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد (بازداری حرکات چشم) و سطح اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی بود. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این راستا، پس از غربالگری ۲۵۰ دانشجو، تعداد ۳۰ دانشجوی اضطرابی توسط پرسشنامه اضطراب بک انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). همه شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمون بلوک‌های تپنده کرسی، تکلیف آنتی‌ساکاد و پرسشنامه اضطراب بک ارزیابی شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ضربان‌های دوگوشی ۱۰ هرتز را به مدت ۳۰ دقیقه، ۵ روز در هفته طی مدت یک ماه دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که ضربان‌های دو گوشی ۱۰ هرتز (باند آلفا) به طور معنی داری حافظه فعال را بهبود بخشیده، آنتی‌ساکاد را افزایش داده و موجب کاهش سطح اضطراب شد. بنابراین، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا به عنوان روش مداخله ای غیر تهاجمی جهت کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای شناختی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، آنتی‌ساکاد، حافظه فعال، همگام‌سازی امواج مغز

^۱ استادیار، گروه علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشیار، گروه علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

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

^۵ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری علوم اعصاب شناختی، گروه علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

siamakdadashi94@gmail.com

اضطراب و ترس پاسخ‌های طبیعی به تهدیدهای بالقوه یا واقعی هستند. آنها ممکن است مکرر، بیش‌ازحد و طولانی شوند، عملکرد طبیعی را مختل کرده و منجر به اضطراب پاتولوژیک شوند (کاسکینن و هواتا^۱، ۲۰۲۳). تجربه ذهنی پریشانی همراه با اختلالات خواب، تمرکز، عملکرد اجتماعی و یا شغلی از علائم رایج در بسیاری از اختلالات اضطرابی است. افراد اضطرابی اغلب با شکایت از سلامت جسمی ضعیف به عنوان نگرانی اصلی خود مراجعه می‌کنند (ادواز^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع اضطراب در طول همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافته است؛ بطوری‌که، تقریباً ۲۵٪ از بزرگسالان علائم اضطراب را گزارش کرده‌اند (زوهانی و سیمون^۳، ۲۰۲۲). علت اضطراب ممکن است شامل استرس، وضعیت جسمانی مانند دیابت یا سایر بیماری‌های همراه مانند افسردگی، ژنتیکی، بستگان درجه یک مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۲۵٪)، عوامل محیطی مانند سوء استفاده از کودکان و سوء مصرف مواد باشد. از دیدگاه عصب‌شناختی به نظر می‌رسد که سیستم‌های نورآدرنرژیک، سروتونرژیک و سایر انتقال‌دهنده‌های عصبی در پاسخ بدن به اضطراب و استرس نقش دارند. سیستم سروتونین و سیستم نورآدرنرژیک مسیرهای رایجی هستند که در اضطراب دخالت دارند. بسیاری بر این باورند که کاهش فعالیت سیستم سروتونین و افزایش فعالیت سیستم نورآدرنرژیک مسئول ایجاد و تحول اضطراب است (منیر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

تصور می‌شود که گسترش قابل توجه قشر پیش‌پیشانی^۵ زمینه‌ساز تجربه پیچیده اضطراب و ظرفیت مشارکت در استراتژی‌های سطح بالا برای تنظیم پاسخ‌های مرتبط با اضطراب در انسان است. درحالی‌که این قابلیت‌های مبتنی بر قشر پیش‌پیشانی شانس ارگانیزم را برای موفقیت تطبیقی در محیط افزایش می‌دهند؛ درعین‌حال بستر پیچیده‌تری را برای ظهور پردازش‌های مختل‌شده فراهم می‌کنند (کنوود^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). دراین راستا نشان داده شده است که اضطراب، عملکردهای شناختی مرتبط با قشر پیش‌پیشانی از جمله حافظه فعال را مختل می‌کند (لوکاسیک^۷ و همکاران، ۲۰۱۹).

نظریه کنترل توجه^۸ (ACT) فرض می‌کند که نقایص کنترل توجه نقش اصلی را در تحول اضطراب ایفا می‌کند. کنترل توجه به عنوان توانایی تمرکز انعطاف‌پذیر و تغییر توجه بر اساس اهداف فعلی در نظر گرفته می‌شود و تصریح می‌کند که دو سیستم توجه وجود دارد: سیستم‌های توجهی که توجه انتخابی را هدایت می‌کنند (یک سیستم محرک از پایین به بالا) و یک سیستم هدایت‌شده از بالا به پایین مشابه مجری مرکزی در حافظه کاری. به این ترتیب، هنگامی که یک تهدید وجود دارد، محرک‌های تهدید کننده توجه را به خود جلب می‌کند و این سازگاری است. با این حال، هر چه فرد اضطراب حالت یا ویژگی بیشتری را تجربه کند، اطلاعات مبهم به احتمال زیاد به شیوه‌ای تهدیدآمیز تفسیر می‌شود و در نتیجه توجه را به خود جلب

1. Koskinen & Hovatta
2. Adwas
3. Szuhany & Simon
4. Munir
5. prefrontal cortex
6. Kenwood
7. Lukasik
8. attentional control theory

می‌کند(شی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). کنترل توجه جزء اصلی حافظه فعال است که برای نگهداری هدفمند و دستکاری اطلاعات در حافظه فعال مفید است. حافظه فعال ممکن است ارتباط بین اضطراب و عملکرد شناختی را تعدیل کند. همچنین، اضطراب می‌تواند عملکرد حافظه فعال را مختل کند(بیلو و درکشن^۲، ۲۰۲۰).

یکی از کارکردهای اصلی که به عنوان جزء فرعی سیستم اجرایی بالا به پایین در ACT شناسایی شده، بازداری می‌باشد. بازداری شامل جلوگیری از توزیع منابع توجه به محرک‌های بی‌ربط با تکلیف است(شی و همکاران، ۲۰۱۹). بازداری در خدمت هدف فرد عمل می‌کند تا محتوای موجود در حافظه فعال را محدود به هدف کند. تغییر در کارایی بازداری یک عامل تعیین کننده اساسی برای تفاوت های مشاهده شده در تکالیف حافظه فعال است. آیدمون^۳ و همکاران(۲۰۱۹) معتقدند که بازداری شامل چندین موقعیت است که می‌توان آنها را به دو رویکرد کلی تقسیم کرد: رویکردهای یک‌بعدی و چندبعدی. اولی پیشنهاد می‌کند که بازداری یک فرآیند منحصربه‌فرد است، در حالی که دومی آن را متشکل از چندین فرآیند می‌داند. رویکرد چند بعدی فرآیندهای بازداری متفاوته را شناسایی می‌کند: (الف) یک فرآیند بازداری که با سرکوب فعال‌سازی ایجاد شده توسط محرک‌های نامربوط محیطی، یعنی مقاومت در برابر تداخل حواس پرت کننده و مهار توجه، در سطح ادراکی عمل می‌کند. (ب) یک فرآیند بازداری اختصاص داده شده به سرکوب اطلاعات نامربوط از حافظه فعال که با فعالیت فعلی تداخل دارد، یعنی مقاومت در برابر تداخل فعال و بازداری شناختی و (ج) یک فرآیند بازداری که امکان سرکوب پاسخ‌های پرقدرت و نامناسب برای زمینه و اهداف فعلی را فراهم می‌کند، یعنی مهار پاسخ‌های غالب و بازداری پاسخ. توانایی‌های بازداری سالم تضمین می‌کند که رفتارها با نیت و انگیزه‌های فرد سازگار است اما پاسخ‌های نامربوط یا نامناسب را سرکوب می‌کند. در زمینه بازداری، دو مکتب فکری وجود دارد: دیدگاه پیمان‌های^۴ و دیدگاه شبکه^۵. به‌طور ویژه، دیدگاه پیمان‌های پیشنهاد می‌کند که شکنج پیشانی تحتانی راست^۶ (rIFG) یک منطقه اختصاصی برای بازداری رفتاری است. دیدگاه پیمان‌های بازداری را به یک عملکرد شناختی گسسته کاهش می‌دهد که در آن شکنج پیشانی تحتانی راست، افکنش‌هایی را به هسته ساب تالامیک می‌فرستد تا فرآیندهای حرکتی را مهار کند. با این حال، شکنج پیشانی تحتانی راست عمدتاً با توانایی حفظ اطلاعات مربوط به تکلیف بر اساس شروع پاسخ و همچنین بازداری پاسخ تعریف می‌شود. در مقابل، دیدگاه شبکه پیشنهاد می‌کند که درست مانند سایر عملکردهای اجرایی، بازداری توسط نواحی عمومی مغز مانند قشر پیشانی با تقاضای چندگانه^۷ (MD) پشتیبانی می‌شود که در انواع تکالیف شناختی فعال می‌شود و شامل rIFG می‌شود(کنگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). شواهدی وجود دارد که اضطراب با بازداری پاسخ ضعیف نیز ارتباط دارد(وی^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌های تصویربرداری عصبی نشان می‌دهند که اضطراب با بکارگیری مکانیسم‌های پیش‌پیشانی مورد نیاز برای کنترل توجه تداخل

1. Shi
2. Beloe & Derakshan
3. Aydmune
4. modular perspective
5. network
6. right inferior frontal gyrus
7. multiple-demand
8. Kang
9. Wei

۱۰..... تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا برحافظه فعال، آنتی‌ساکاد...

می‌کند(شی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). شواهدی از این اثر معمولاً با استفاده از پارادایم تکلیف آنتی‌ساکاد^۲ (بازداری حرکات چشم) مشاهده شده‌است. پارادایم تکلیف آنتی‌ساکاد(بازداری حرکات چشم) از شرکت‌کننده می‌خواهد که حرکات چشم (ساکادها) را به سمت یا به دور از محرکی که ناگهان ارائه می‌شود، برگرداند(پلومکا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعات تصویربرداری عصبی کارکردی نواحی درگیر در تکلیف آنتی‌ساکاد را نشان داده‌اند که شامل میدان‌های بینایی مکمل^۴(SEF)، میدان‌های بینایی پیشانی^۵ (FEF)، ناحیه پستی- جانبی پیش‌پیشانی^۶ (DLPFC)، قشر سینگولیت قدامی^۷ (ACC)، نواحی قشر آهیانه‌ای^۸(به‌عنوان مثال، شیار ایتراپاریتال^۹) و برجستگی‌های فوقانی^{۱۰} (SC) می‌باشند(والدالر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲؛ فرناندز-رویز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). تصور می‌شود که فعال‌سازی بیشتر این نواحی در عملکرد آنتی‌ساکاد با کنترل توجه مورد نیاز برای عملکرد هدفمند آنتی‌ساکاد مرتبط است. تبیین‌های شناختی آنتی‌ساکاد بیانگر این است که همبسته های عصبی مشترکی بین آنتی‌ساکاد، کنترل اجرایی رفتار و حافظه فعال وجود دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که DLPFC نقش حیاتی در عملکرد آنتی‌ساکاد(والدالر و همکاران، ۲۰۲۲)، حافظه فعال(بالدرستون و همکاران، ۲۰۲۰) و کنترل توجه(آیزنک و همکاران، ۲۰۲۳) دارد. به‌طورکلی، تکلیف آنتی‌ساکاد برای بررسی بازداری توجه مطرح شده است (والدالر و همکاران، ۲۰۲۲) که یک فرایند کلیدی کنترل توجه است و از لحاظ نظری پیش‌بینی می‌شود که سطح بالای اضطراب صفت آن‌را مختل می‌کند(تاد^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲).

بدکارکردی‌های شناختی را می‌توان توسط روش‌های نوین علوم اعصاب بهبود بخشید. یکی از این روش‌ها، همگام‌سازی امواج مغزی می‌باشد. همگام‌سازی امواج مغزی به معنای استفاده از محرک‌های ریتمیک برای ایجاد پاسخی هم‌راستا با فرکانس محرک‌ها در امواج مغزی است(یاداوا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از روش‌های مطمئن و رایج برای همگام‌سازی امواج مغزی، استفاده از ضربان‌های دوگوشی^{۱۵} (باینورال بیتز) می‌باشد(اینچندو و همکاران، ۲۰۲۳). در این روش که یک اتفاق ادراک شنیداری است، دو صوت سینوسی به‌طورمجزا به دوگوش ارائه می‌شوند به‌نحوی که فرکانس صدای ارائه‌شده به هرگوش اندکی متفاوت با گوش دیگر است و این تفاوت برابر میزان فرکانس تحریکی موردنظر است (باسیو و بانرجی^{۱۶}، ۲۰۲۳). مبنای ادراکی ضربان‌های دوگوشی، تداخل دو موج صوتی نیست، بلکه نتیجه فعالیت عصبی ترکیبی آن‌ها است که در مسیر

1. Shi
2. antisaccade
3. Plomecka
4. supplementary eye fields
5. frontal eye fields
6. dorsolateral Prefrontal Cortex
7. anterior cingulate cortex
8. Parietal cortex
9. intraparietal sulcus
10. superior colliculus
11. Waldthaler
12. Fernandez-Ruiz
13. Todd
14. Yadav
15. binaural Beats
16. Basu & Banerjee

شنوایی ایجاد می‌شود. مجتمع زيتونی فوقانی^۱ (SOC)، اولین مکان مسیر شنوایی برای دریافت ورودی از هر دو گوش و یک ساختار مهم برای ادغام صدا، به عنوان ساختار عصبی آناتومیک اصلی درگیر در درک ضربان‌های دو گوش شناخته شده است (اینجندو همکاران، ۲۰۲۳).

فعالیت باند آلفا را می‌توان به عنوان نشانه عصبی مهار عوامل حواس پرت‌کننده تفسیر کرد. توان آلفا به‌طور نسبی در نیمکره مقابل ورودی بصری غیرمرتبط افزایش می‌یابد و به عنوان تعدیل آلفای منفی حواس پرت‌کننده‌ها نامگذاری شده است (ژائو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند با توجه به اینکه موج آلفا در بسیاری از پردازش‌های شناختی از جمله حافظه فعال نقش دارد (ویاندا و راس^۳، ۲۰۱۹)، بنابراین، ضربان‌های دوگوشی در باند فرکانسی آلفا می‌تواند اثرات درمانی داشته، بر سیستم اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک تأثیر گذاشته (لونگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۲)، و با تأثیر بر مغز منجر به بهبود کارکردهای شناختی و روان‌شناختی شود. برای مثال، اولچوکوه^۵ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که گوش دادن به ضربان‌های دوگوشی ۱۰ هرتز (آلفا) منجر به کاهش نمرات درد و اضطراب در بیماران تحت عمل سیستم اسکوپبی تشخیصی و برداشتن استنت حالب می‌گردد. منزلت اوغلو^۶ و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که ضربان‌های دوگوشی ۱۰ هرتز منجر به کاهش سطح اضطراب دندانپزشکی می‌شود. پارودی^۷ و همکاران (۲۰۲۱) با استفاده از تکنیک ضربان‌های دوگوشی نشان دادند که این روش می‌تواند منجر به کاهش اضطراب زنان قبل از عمل سزارین شود. کوپر^۸ (۲۰۲۱) نشان داد وقتی شرکت‌کنندگان در معرض یک عامل استرس‌زا قرار می‌گیرند و پس‌از آن در معرض ضربان‌های صوتی دوگوشی قرار می‌گیرند، سطح هدایت پوست و ضربان قلب به سطح معینی کاهش می‌یابد که به لحاظ فیزیولوژیکی نشان‌دهنده افزایش میزان آرامش است. باتوجه به مبانی نظری و پیشینه پژوهشی ذکر شده، ضربان‌های دو گوش در باند آلفا می‌تواند منجر به کاهش سطح اضطراب شده و همچنین با فیلتر اطلاعات نامناسب، عملکردهای شناختی را بهبود بخشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد و سطح اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی انجام گرفت. در این پژوهش، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر افزایش حافظه فعال شرکت‌کنندگان اضطرابی تأثیر دارد.

- همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر افزایش آنتی‌ساکاد (بازداری حرکات چشم) شرکت‌کنندگان اضطرابی تأثیر دارد.

- همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر کاهش اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی تأثیر دارد.

-
1. superior olivary complex
 2. Zhao
 3. Wianda & Ross
 4. Loong, Ling, Tai, Kueh
 5. Ölçücü
 6. Menziletoglu
 7. Parodi
 8. Cooper

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود. در پژوهش حاضر متغیر مستقل ضربان‌های دوگوشی در باند آلفا و متغیرهای وابسته حافظه فعال، آنتی‌ساکاد و سطح اضطراب بود. در این راستا، پس از سرند کردن ۲۵۰ نفر توسط پرسشنامه اضطراب بک، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری در دسترس و با نمره ۱۶ و بالاتر (اضطراب متوسط و بالاتر) انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابتدا شرکت‌کنندگان هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون توسط تکلیف آنتی‌ساکاد و آزمون بلوک‌های تپنده کرسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمره پرسشنامه اضطراب بک نیز به عنوان نمره شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون ثبت شد. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به مدت ۳۰ دقیقه، ۵ بار در هفته، به مدت چهار هفته (مطابق با برنامه مداخله‌ای لسکورانس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱) ضربان‌های دوگوشی ۱۰ هرتز را از طریق هدفون دریافت کردند. سپس شرکت‌کنندگان هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون، مجدداً توسط ابزارهای مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره ۱۶ و بالاتر در پرسشنامه اضطراب بک، نداشتن سابقه بیماری‌های قلبی و عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی دیگر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل هرگونه مشکل شنوایی، احساس تپش قلب و هرگونه احساس ناخوشایند و سرگیجه حین مداخله بود. قبل از اجرای ابزارهای پژوهش، فرم رضایت آگاهانه تأیید شده توسط کمیته اخلاق زیست‌پزشکی دانشگاه تبریز در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفته، بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و فرایند پژوهش برای آنان توضیح داده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل آماری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۲ - پرسشنامه سنجش اضطراب بک برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ گویه است که در برابر هر گویه، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر گویه بیانگر یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (بک و استیر^۳، ۱۹۹۰). شرکت‌کنندگان میزان رنجش خود از علائم اضطراب را در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. نحوه امتیازدهی به صورت، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه می‌باشد. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ می‌باشد. اگر نمره بدست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد شرکت‌کننده هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸-۱۵ باشد اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد، بیانگر اضطراب شدید است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۷۵ و

1. Le Scouranec
2. Beck Anxiety Inventory
3. Beck & Steer

همبستگی ماده های آن به طور متغیر از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین این آزمون در جمعیت ایرانی دارای روایی ارزیاب‌ها (۳=۰/۷۲) و پایایی آزمون - باز آزمون ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۷). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

تکلیف آنتی ساکاد^۱ - تکلیف آنتی ساکاد بیش از هر تکلیف دیگری بر روی عملکرد بازداری بارگذاری می‌شود. در طول هر کوشش آنتی ساکاد، ابتدا یک نقطه ثابت در وسط صفحه کامپیوتر ارائه می‌شود. سپس یک نشانه بصری در یک طرف صفحه نمایش (به عنوان مثال، سمت چپ) به مدت ۲۲۵ میلی ثانیه ارائه می‌شود، سپس یک محرک هدف در طرف مقابل (به عنوان مثال، سمت راست) قبل از اینکه توسط هاشورزنی‌های متقاطع خاکستری پوشانده شود، به مدت ۱۵۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود. نشانه بصری یک مربع سیاه است و محرک هدف یک فلش در داخل یک مربع است. تکلیف شرکت کننده، نشان دادن جهت فلش با پاسخ فشار دادن یک دکمه است. با توجه به این که فلش قبل از پوشانده شدن فقط ۱۵۰ میلی ثانیه ظاهر می‌شود، شرکت کنندگان باید واکنش بازتابی نگاه کردن به نشانه اولیه (یک مربع سیاه کوچک) را مهار می‌کردند، زیرا انجام این کار، تشخیص درست جهت فلش را دشوار می‌کند. نشانه‌ها و اهداف هردو در فاصله ۸/۶۴ سانتی متر (در طرفین مقابل) ارائه می‌شوند و شرکت کنندگان باید در فاصله ۴۵/۷۲ سانتی متر از مانیتور کامپیوتر قرار گیرند (میاک^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). نمره دقت (از صفز تا یک است به صورت ۶ رقم اعشار به درصد تبدیل می‌شود) که از درصد پاسخ های صحیح تقسیم بر ۱۰۰ محاسبه می‌شود، تا شش رقم اعشار به عنوان شاخص بازداری به عنوان خروجی آزمون ارائه می‌شود. پایایی این تکلیف با روش آزمون - باز آزمون در شاخص های مختلف، از ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (پلومکا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر پایایی این آزمون به روش آزمون - باز آزمون ۰/۸۶ به دست آمد.

آزمون ضربه زدن بلوک های کرسی^۴ - آزمون ضربه زدن بلوک های کرسی توسط کرسی طراحی و مورد استفاده قرار گرفت (کرسی^۵، ۱۹۷۲). این آزمون بر مبنای آزمون فراخنای ارقام طراحی شده است ولی به جای فرم کلامی موجود در آزمون فراخنای ارقام در این آزمون نیازمند استفاده از حافظه فعال دیداری-فضایی است. در حالت کلی فراخنای مستقیم آزمون کرسی نیازمند پشتیبانی لوح دیداری - فضایی بوده و هیچ نیازی به حلقه واج شناختی نیست و هنگامی که توالی موارد بازیابی بیش از سه یا چهار آیت می‌شود منابع مجری مرکزی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اجرای آزمون کرسی بدین گونه است که شرکت کننده در صفحه کامپیوتر ۹ بلوک را می‌بیند که در هر کوشش چندتا از این بلوک‌ها با توالی خاص روشن می‌شود. تکلیف شرکت کننده این است که توالی روشن شدن بلوک‌ها را به یاد بسپارد و بعد از اتمام روشن شدن بلوک‌ها شرکت کننده با کلیک کردن روی بلوک‌ها توالی را تکرار کند. این آزمون ابتدا از ۲ بلوک آغاز شده و کم کم به تعداد بلوک‌های روشن در هر کوشش افزوده می‌شود. این آزمون تا ۹ بلوک ادامه پیدا می‌کند و در صورت دوبار اشتباه در یک توالی آزمون به پایان می‌رسد و طولانی ترین توالی یادآوری شده توسط شرکت کننده ثبت می‌شود و به طور کلی میانگین یادآوری برای شرکت کنندگان بهنجار ۵ بلوک

1. antisaccade task
2. Miyake
3. Plomecka
4. Corsi block-tapping test
5. Corsi

۱۴..... تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا برحافظه فعال، آنتی‌ساکاد...

می‌باشد (آرس و مک‌مولن^۱، ۲۰۲۱). والکر^۲ و همکاران (۲۰۱۰) پایایی این آزمون را به‌روش آزمون - بازآزمون ۰/۷۳ بدست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی این آزمون به روش آزمون - بازآزمون، ۰/۸۱ به‌دست آمد.

همگام‌سازی امواج مغزی به روش ضربان‌های دوگوشی - محرک صوتی مطابق با پروتکل استفاده‌شده توسط کوپر^۳ (۲۰۲۱) برای ساخت ضربان‌های دوگوشی در باند آلفا برای درمان اضطراب ساخته‌شد. بدین‌منظور توسط نرم‌افزار Gnaural فرکانس پایه ۴۰۰ هرتز و فرکانس آفست ۴۱۰ هرتز انتخاب‌شده و فرکانس ۱۰ هرتز تولید شد. فرمت فایل خروجی با فرمت WAV و به مدت ۳۰ دقیقه می‌باشد که توسط هدفون دوگوشی به شرکت‌کنندگان ارائه شد.

روش اجرا

پس از انجام مراحل پیش‌آزمون توسط ابزارهای ارزیابی، جهت انجام مداخله، شرکت‌کنندگان طی مدت یک‌ماه و به‌مدت پنج‌روز در هفته در آزمایشگاه علوم اعصاب‌شناختی دانشگاه تبریز حضور یافته و فایل صوتی تولیدشده در باند آلفا به‌مدت ۳۰ دقیقه توسط تبلت ویندوزی فوجیتسو مدل Q616 اجرا و بوسیله هدفون Sparkle مدل b570c به شرکت‌کنندگان ارائه شد. باتوجه به وجود تفاوت‌های فردی در آستانه شنیداری، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که میزان بلندی مناسب صدا را که برایشان به خوبی قابل شنیدن بوده و در عین حال آزاردهنده نباشد، انتخاب کنند. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد درحالی‌که در صندلی در حالت آرمیده نشست‌اند، چشمان خود را بسته و به صوت گوش کنند. یک‌روز پس از اتمام آخرین جلسه مداخله، مرحله پس‌آزمون اجرا گردید. باتوجه به اینکه ضربان‌های دوگوشی پس از اجرا می‌تواند تا چندساعت اثر موقت داشته باشند، این وقفه یک روزه از این بابت ایجاد شد که اثر موقت ضربان‌های دوگوشی روی اجرای تکالیف شناختی، تأثیرگذار نباشد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ دانشجوی شرکت داشتند که شامل ۱۴ مرد و ۱۶ زن بود. میانگین سنی مردان ۲۱/۷۱ با انحراف استاندارد ۱/۴۳ و میانگین سنی زنان ۲۱/۵۶ با انحراف استاندارد ۱/۴۱ بود. یافته‌های توصیفی ارائه شده در جدول ۱، نشان‌دهنده افزایش نمرات حافظه فعال و آنتی‌ساکاد و کاهش نمرات اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		
متغیرها	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین

1. Arce & McMullen
2. Walker
3. Cooper

حافظه فعال	۴/۸۳	۰/۵۵	۴/۷۶	۰/۷۰	۶	۰/۵۹	۵/۰۶	۰/۶۵
آنتی ساکاد	۰/۷۷	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۰۳	۰/۷۸	۰/۰۳
اضطراب	۳۲/۹۳	۵/۵۲	۳۴/۳۳	۵/۸۳	۳۰/۲۰	۳/۸۵	۳۳/۵۳	۵/۵۷

قبل از اجرای آزمون MANCOVA، پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشد ($p < ۰/۰۵$). مطابق جدول ۲ نتایج آزمون لون نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لون

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
حافظه فعال	۰/۰۸۰	۱	۲۸	۰/۷۷۹
آنتی ساکاد	۰/۷۰۸	۱	۲۸	۰/۴۰۷
اضطراب	۳/۲۹۳	۱	۲۸	۰/۰۸۰

همچنین نتایج آزمون M باکس نیز مطابق جدول ۳ نشان داد که پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس محقق شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون M-Box برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس

متغیرهای وابسته	M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
متغیرهای وابسته	۶/۴۵	۰/۹۵	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۴۵

مطابق با جدول ۴ نتایج آزمون کورویت بارتلت نیز نشان داد که بین متغیرهای وابسته همبستگی متعارف وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون کورویت بارتلت

متغیرهای وابسته	نسبت درست‌نمایی	مجذور خی تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی داری
متغیرهای وابسته	۰/۰۰۰	۲۳۹/۶۲	۵	۰/۰۰۱

آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره نیز حاکی از این است که شاخص Wilks' lambda با نسبت ۴۰/۰۵ در سطح $P > ۰۰۰۱$ معنادار است. باتوجه به معناداربودن آزمون تحلیل واریانس، از آزمون اثرات بین‌آزمودنی تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در هر سه متغیر وابسته وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). بعلاوه، مجذور اتا نشان می‌دهد که همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا ۴۶ درصد از واریانس حافظه فعال، ۵۸ درصد از واریانس آنتی ساکاد (بازداری حرکات چشم) و ۱۶ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می‌کند.

۱۶..... تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد...

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	حافظه فعال	۵/۹۰	۱	۲۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	آنتی ساکاد	۰/۰۱	۱	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	اضطراب	۳۳/۹۷	۱	۴/۸۸	۰/۰۳	۰/۱۶
خطا	حافظه فعال	۶/۷۵	۲۵			
	آنتی ساکاد	۰/۰۰۸	۲۵			
	اضطراب	۱۷۳/۸۳	۲۵			
کل	حافظه فعال	۹۳۶	۳۰			
	آنتی ساکاد	۱۹/۵۰	۳۰			
	اضطراب	۳۱۱۹۲	۳۰			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، حرکات چشمی آنتی‌ساکاد و سطح اضطراب شرکت‌کنندگان اضطرابی انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که استفاده از همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا می‌تواند باعث بهبود ظرفیت حافظه فعال، بهبود عملکرد آنتی‌ساکاد و کاهش سطح اضطراب دانشجویان اضطرابی شود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های اولچوکو و همکاران (۲۰۲۱)، منزلت‌اوغلو و همکاران (۲۰۲۱)، کوپر و همکاران (۲۰۲۱) و پارودی و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد.

در پژوهش حاضر، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا منجر به بهبود حافظه فعال شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که موج آلفا نقش مهمی در پردازش حافظه فعال دارد (ویاندا و راس، ۲۰۱۹) بنابراین، نوسانات آلفا برای نگهداری حافظه فعال و فیلترکردن عوامل حواس‌پرت‌کننده اهمیت بالایی دارد. همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا با القاء موج آلفا به مغز باعث افزایش این موج در مغز شده و عملکرد حافظه فعال را بهبود می‌بخشد. از سوی دیگر، اضطراب موجب مختل شدن حافظه فعال می‌شود (لوکاسیک و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، افزایش موج آلفا و در نتیجه ایجاد حس آرامش و کاهش اضطراب نیز می‌تواند موجب افزایش عملکرد شرکت‌کنندگان در تکلیف حافظه فعال شود. همچنین، لازمه ورود اطلاعات به حافظه فعال، توجه کردن است و توجه نیز با بازداری اطلاعات نامربوط میسر می‌شود. بنابراین، موج آلفا بعنوان یک موج مهار می‌تواند با مهار اطلاعات نامرتب باعث توجه بهتر شده و در نتیجه ورود اطلاعات به حافظه فعال را تسهیل کند.

ازسوی دیگر، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا منجر به بهبود عملکرد آنتی‌ساکاد (بازداری حرکات چشم) شد. سرکوب ورودی‌های حواس پرت کننده دیداری - فضایی توسط فعالیت موج آلفا هدایت می‌شود (ژائو و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی، اضطراب منجر به مختل شدن عملکرد شرکت‌کنندگان در تکلیف آنتی‌ساکاد می‌شود (تاد و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا، به‌طور مستقیم با افزایش موج آلفا در مغز، می‌تواند عملکرد شرکت‌کنندگان را در تکلیف آنتی‌ساکاد (بازداری حرکات چشم) بهبود بخشد و به‌طور غیر مستقیم از طریق کاهش اضطراب منجر به بهبود عملکرد شرکت‌کنندگان در این تکلیف می‌شود. همچنین، افراد اضطرابی معمولاً یک وضعیت گوش بزنگی دارند که باعث می‌شود به برخی محرک‌ها به‌طور سریع واکنش نشان دهند. در تکلیف آنتی‌ساکاد نیز، شرکت‌کنندگان در حالی که باید محرک اول را نادیده بگیرند تا بتوانند محرک دوم را ببینند، شرکت‌کنندگان اضطرابی نمی‌توانند محرک اول را نادیده بگیرند و در نتیجه نمی‌توانند به محرک دوم به درستی پاسخ دهند. با توجه به اینکه موج آلفا یک موج مهاری بوده و در مهار و سرکوب محرک‌های مزاحم نقش دارد، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا می‌تواند با افزایش توانایی مهار و بازداری نسبت به محرک‌های مزاحم، باعث بهبود عملکرد آنتی‌ساکاد شود.

از طرفی، همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا منجر به کاهش اضطراب در شرکت‌کنندگان اضطرابی شد. فرضیه اصلی این است که مغز انسان امواج خود را مطابق با محرک‌های حسی بیرونی تغییر می‌دهد تا فعالیت عصبی را با محرک‌های ضربان‌های دو گوشه همگام کند (اینجندو همکاران، ۲۰۲۳). اعمال ضربان‌های صوتی دوگوشی پس از یک محرک اضطراب‌آور، سطح هدایت پوست و ضربان قلب را کاهش می‌دهد (کوپر، ۲۰۲۱). این افزایش آرامش و کاهش اضطراب می‌تواند ناشی از افزایش فعالیت موج آلفا در مغز باشد. همچنین ضربان‌های دوگوشی ممکن است بر سیستم اعصاب خودمختار تأثیر بگذارد، به نحوی که فعالیت پاراسمپاتیک را افزایش داده و کاهش فعالیت سمپاتیک را تسهیل می‌کند (لونگ و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین ضربان‌های دوگوشی در باند آلفا با کاهش فعالیت سیستم اعصاب سمپاتیک، می‌تواند علائمی همچون تپش قلب، تنفس سریع و اسپاسم عضلانی را کاهش داده و باعث احساس آرامش در فرد شده و در نتیجه باعث کاهش علائم اضطراب شود.

نتیجه‌گیری می‌شود که همگام‌سازی امواج مغزی توسط ضربان‌های دوگوشی در باند آلفا، منجر به کاهش سطح اضطراب دانشجویان اضطرابی می‌شود. با توجه به این که اضطراب می‌تواند عملکردهای شناختی را مختل کند، کاهش اضطراب منجر به بهبود عملکرد شناختی شرکت‌کنندگان نیز می‌شود. ازسوی دیگر، موج آلفا به‌عنوان یک موج مهاری، اطلاعات و پردازش‌های اضافی و نامتناسب مغز را فیلتر کرده و منجر به بهبود عملکرد حافظه فعال و حرکات آنتی‌ساکاد چشم می‌شود. زیرا، برای وارد شدن اطلاعات از حافظه حسی به حافظه فعال، در گام اول بایستی به اطلاعات توجه شود و لازمه توجه نیز، بازداری اطلاعات نامرتب است. این پژوهش نشان می‌دهد که استفاده از ضربان‌های دو گوشه در باند آلفا هم با کاهش سطح اضطراب و هم با کمک به پردازش شناختی، می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخلاتی ایمن و کم‌هزینه منجر به بهبود عملکرد دانشجویان اضطرابی شود.

۱۸ تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا برحافظه فعال، آنتی‌ساکاد...

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان انتخاب نمونه‌های بالینی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخلات همگام‌سازی امواج مغزی بر روی نمونه‌های بالینی اضطراب اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روش مداخلاتی ضربان‌های دوگوشی به‌عنوان یکی از روش‌های مداخلاتی در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری به کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1401.061 کمیته اخلاق زیست‌پزشکی دانشگاه تبریز می‌باشد. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591. <https://doi.org/10.36349/EASMS.2019.v02i10.006>
- Arce, T., & McMullen, K. (2021). The Corsi Block-Tapping Test: Evaluating methodological practices with an eye towards modern digital frameworks. *Computers in Human Behavior Reports*, 4, 100099. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100099>
- Aydmune, Y., Introzzi, I., & Lipina, S. (2019). Inhibitory processes training for school-age children: Transfer effects. *Developmental Neuropsychology*, 44(7), 513-542. <https://doi.org/10.1080/87565641.2019.1677667>
- Balderston, N. L., Flook, E., Hsiung, A., Liu, J., Thongarong, A., Stahl, S., ... & Grillon, C. (2020). Patients with anxiety disorders rely on bilateral dlPFC activation during verbal working memory. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 15(12), 1288-1298. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa146>
- Basu, S., & Banerjee, B. (2023). Potential of binaural beats intervention for improving memory and attention: insights from meta-analysis and systematic review. *Psychological Research*, 87(4), 951-963. <https://doi.org/10.1007/s00426-022-01706-7>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beloe, P., & Derakshan, N. (2020). Adaptive working memory training can reduce anxiety and depression vulnerability in adolescents. *Developmental Science*, 23(4), e12831. <https://doi.org/10.1111/desc.12831>
- Cooper, K. (2021). *The Relaxing Effect of Binaural Beats*. Doctoral dissertation, Webster Vienna Private University, Austria.
- Eysenck, M. W., Moser, J. S., Derakshan, N., Hepsomali, P., & Allen, P. (2023). A neurocognitive account of attentional control theory: how does trait anxiety affect the brain's attentional networks?. *Cognition and Emotion*, 37(2), 220-237. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2159936>
- Fernandez-Ruiz, J., Hakvoort Schwerdtfeger, R. M., Alahyane, N., Brien, D. C., Coe, B. C., & Munoz, D. P. (2020). Dorsolateral prefrontal cortex hyperactivity during inhibitory control in children with ADHD in the antisaccade task. *Brain Imaging and Behavior*, 14, 2450-2463. <https://doi.org/10.1007/s11682-019-00196-3>

- Hao, S., Shi, W., Liu, W., Chen, Q. Y., & Zhuo, M. (2023). Multiple modulatory roles of serotonin in chronic pain and injury-related anxiety. *Frontiers in Synaptic Neuroscience*, *15*, 1122381. <https://doi.org/10.3389/fnsyn.2023.1122381>
- Kang, W., Hernández, S. P., Rahman, M. S., Voigt, K., & Malvaso, A. (2022). Inhibitory control development: a network neuroscience perspective. *Frontiers in Psychology*, *13*, 651547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.651547>
- Kenwood, M. M., Kalin, N. H., & Barbas, H. (2022). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, *47*(1), 260-275. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>
- Koskinen, M. K., & Hovatta, I. (2023). Genetic insights into the neurobiology of anxiety. *Trends in Neurosciences*, *46*(4), 318-331. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2023.01.007>
- Le Scouranec, R. P., Poirier, R. M., Owens, J. E., & Gauthier, J. (2001). Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: a pilot study of tape preference and outcomes. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *7*(1), 58. PMID: 11191043
- Loong, L. J., Ling, K. K., Tai, E. L. M., Kueh, Y. C., Kuan, G., & Hussein, A. (2022). The Effect of Binaural Beat Audio on Operative Pain and Anxiety in Cataract Surgery under Topical Anaesthesia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(16), 10194. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610194>
- Lukasik, K. M., Waris, O., Soveri, A., Lehtonen, M., & Laine, M. (2019). The relationship of anxiety and stress with working memory performance in a large non-depressed sample. *Frontiers in Psychology*, *10*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00004>
- Menziletoglu, D., Guler, A. Y., Cayir, T., & Isik, B. K. (2021). Binaural beats or 432 Hz music? which method is more effective for reducing preoperative dental anxiety?. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, *26*(1), e97. <https://doi.org/10.4317/medoral.24051>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, *41*(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Munir, S., Gondal, A.Z., & Takov, V., (2019). Generalized anxiety disorder. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870>
- Ölçücü, M. T., Yılmaz, K., Karamık, K., Okuducu, Y., Özsoy, Ç., Aktaş, Y., ... & Ateş, M. (2021). Effects of listening to binaural beats on anxiety levels and pain scores in male patients undergoing cystoscopy and ureteral stent removal: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Endourology*, *35*(1), 54-61. <https://doi.org/10.1089/end.2020.0353>
- Ölçücü, M. T., Yılmaz, K., Karamık, K., Okuducu, Y., Özsoy, Ç., Aktaş, Y., ... & Ateş, M. (2021). Effects of listening to binaural beats on anxiety levels and pain scores in male patients undergoing cystoscopy and ureteral stent removal: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Endourology*, *35*(1), 54-61. <https://doi.org/10.1089/end.2020.0353>
- Parodi, A., Fodde, P., Pellecchia, T., Puntoni, M., Fracchia, E., & Mazzella, M. (2021). A randomized controlled study examining a novel binaural beat technique for treatment of preoperative anxiety in a group of women undergoing elective caesarean section. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *42*(2), 147-151. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1751607>
- Płomecka, M. B., Barańczuk-Turska, Z., Pfeiffer, C., & Langer, N. (2020). Aging effects and test-retest reliability of inhibitory control for saccadic eye movements. *Eneuro*, *7*(5). <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0459-19.2020>

۲۰ تأثیر همگام‌سازی امواج مغزی در باند آلفا بر حافظه فعال، آنتی‌ساکاد...

- Shi, R., Sharpe, L., & Abbott, M. (2019). A meta-analysis of the relationship between anxiety and attentional control. *Clinical psychology review*, 72, 101754. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101754>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety disorders: A review. *Jama*, 328(24), 2431-2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Todd, J., Notebaert, L., & Clarke, P. J. (2022). The association between self-report and behavioural measure of attentional control: Evidence of no relationship between ACS scores and antisaccade performance. *Personality and Individual Differences*, 184, 111168. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111168>
- Waldthaler, J., Vinding, M. C., Eriksson, A., Svenningsson, P., & Lundqvist, D. (2022). Neural correlates of impaired response inhibition in the antisaccade task in Parkinson's disease. *Behavioural Brain Research*, 422, 113763. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2022.113763>
- Waldthaler, J., Vinding, M. C., Eriksson, A., Svenningsson, P., & Lundqvist, D. (2022). Neural correlates of impaired response inhibition in the antisaccade task in Parkinson's disease. *Behavioural Brain Research*, 422, 113763. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2022.113763>
- Wei, H., Oei, T. P., & Zhou, R. (2022). Test anxiety impairs inhibitory control processes in a performance evaluation threat situation: Evidence from ERP. *Biological Psychology*, 168, 108241. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2021.108241>
- Wianda, E., & Ross, B. (2019). The roles of alpha oscillation in working memory retention. *Brain and Behavior*, 9(4), e01263. <https://doi.org/10.1002/brb3.1263>
- Yadav, Ghazal Suhani, Francisco José Cidral-Filho, and Ranjani B. Iyer. "Using mindfulness meditation and brainwave entrainment to improve teenage mental wellbeing." *Frontiers in Psychology* 12 (2021): 742892. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.742892>
- Zhao, C., Kong, Y., Li, D., Huang, J., Kong, L., Li, X., ... & Song, Y. (2023). Suppression of distracting inputs by visual-spatial cues is driven by anticipatory alpha activity. *PLoS Biology*, 21(3), e3002014. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3002014>



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/>).

سهم میانجی باورهای وسواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی زنان با اختلال وسواس فکری-جبری

اسماعیل برزگر^{۱*}، پرینا صادقی^۲، علیرضا بوستانی‌پور^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم میانجی باورهای وسواسی در رابطه بین میل جنسی و رضایت زناشویی زنان وسواس فکری-جبری انجام شد. روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان حافظ و چند مطب خصوصی در شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بود که ۲۰۰ نفر از آنها به‌روش در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان شاخص میل جنسی هالبرت، پرسشنامه رضایت زناشویی، پرسشنامه باورهای وسواسی و پرسشنامه تجدیدنظرشده وسواس فکری-عملی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ماتریس همبستگی، تحلیل رگرسیون و آزمون تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که میل جنسی به‌طور مستقیم با رضایت زناشویی رابطه‌ی معنادار دارد. همین‌طور میل جنسی به‌طور غیرمستقیم و از طریق سهم میانجی باورهای وسواسی با رضایت زناشویی رابطه‌ی معنادار دارد. به نظر می‌رسد که میل جنسی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با میانجیگری نقش باورهای وسواسی، رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند. این مطالعه ضرورت افزایش شناخت باورها، دانش جنسی و تسهیل مشاوره جنسی را برای زنان متأهل نشان داد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواس فکری-جبری؛ باورهای وسواسی؛ رضایت زناشویی؛ میل جنسی.

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران counselor1363@yahoo.com

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات، تهران، ایران

مقدمه

اختلال وسواس فکری-جبری یک بیماری مزمن عصبی و روانپزشکی است که سازمان بهداشت جهانی گزارش داد که دهمین بیماری ناتوان‌کننده پزشکی در سراسر جهان است (لیو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع آن بین ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود (کروز^۲ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ریکلمه-مارین^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که در دوران بزرگسالی، اختلال وسواس فکری-جبری در زنان بیشتر از مردان رخ می‌دهد (فاوست^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ تروونگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران شیوع اختلال وسواس فکری-جبری در بین زنان بیشتر از مردان نشان داده شده است (امانی و کیوانلو^۶، ۲۰۲۲). مشخصه آن وسواس و اجبار است که زمان‌بر است و باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجه بالینی در زمینه‌های مهم عملکرد می‌شود. وسواس فکری، امیال، یا تصاویر ذهنی مزاحم و تکراری هستند که کنترل آنها دشوار است، اغلب به هدفی نمی‌رسند و با خلق‌وخوی منفی یا پریشانی همراه هستند. اجبارها رفتارهای تکراری هستند که فرد مبتلا احساس می‌کند مجبور به انجام مکرر آن‌ها می‌شود و از این طریق تلاش می‌کند تا ناراحتی ناشی از وسواس‌های فکری را کاهش دهد یا از رویدادهای ترسناک جلوگیری کند. اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌تواند باعث ایجاد وسواس شود نیز ممکن است رخ دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۷، ۲۰۱۳؛ سروین^۸ و همکاران، ۲۰۲۰؛ دالماسو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

این اختلال، بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بولتون^{۱۰}، ۲۰۲۰) و به‌عنوان یکی از جدی‌ترین علل ناتوانی و اختلال در کیفیت زندگی در روابط خانوادگی و اجتماعی شناخته می‌شود (پوزا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال وسواس فکری-جبری با محدودیت‌های متعددی در عملکرد شخصی و بین‌فردی همراه است (هودنی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱)، باعث رنج و تداخل در زندگی روزمره، ایجاد مشکلات در عملکرد شغلی و تحصیلی، خواب، فعالیت‌های اجتماعی، کاهش کیفیت زندگی و همچنین اختلال در روابط خانوادگی و عملکرد زناشویی می‌شود (طباطبائی و نجفی، ۱۴۰۱؛ اسکاپیناکیس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاسالووا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰؛ هودنی و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج مطالعه کاسالووا و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری اغلب مشکلات بین‌فردی دارند که به علائم و نیاز بیش از حد به کنترل بر رابطه و دیگران مربوط می‌شود که احتمالاً به نیاز مبالغه‌آمیز آنها به ایمنی مربوط می‌شود.

1. Liu
2. Kruz
3. Riquelme-Marín
4. Fawcett & Power
5. Truong
6. Amani & Keyvanlo
7. American Psychiatric Association
8. Cervin,
9. Dalmaso
10. Boulton
11. Pozza
12. Hodny
13. Skapinakis
14. Kasalova

اختلال وسواس فکری-جبری می‌تواند مستقیماً بر روی همسران تأثیر بگذارد و منجر به سطوح بالایی از ناراحتی‌های خانوادگی و نارضایتی در زندگی زناشویی شود (مولباور^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سینگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). رضایت زناشویی یک سازه ذهنی مهم مرتبط با کیفیت رابطه است که صمیمیت، تعهد، محبت، توافق و حمایت را دربر می‌گیرد (دلاتور و واگنر^۳، ۲۰۲۰) و شامل ارزیابی است که فرد در مورد رابطه با در نظر گرفتن انتظارات فردی انجام می‌دهد (نونس^۴ و همکاران، ۲۰۲۲). رضایت زناشویی یک عامل کلیدی در رفاه فردی و خانواده است، زیرا میزان رضایت در حوزه زناشویی بر روابط با افراد مهم و در عملکرد کل خانواده تأثیر دارد (کانتر و پرولکس^۵، ۲۰۲۱؛ نونس و همکاران، ۲۰۲۲). بیماران مبتلا به وسواس فکری-جبری اغلب رضایت ضعیف از رابطه دارند، که ممکن است موجب اختلال در عملکرد جنسی و اختلال در رضایت جنسی آنها گردد (کیلیچ و آلتینوک^۶، ۲۰۲۱). یکی از بزرگترین عوامل تعیین‌کننده در سازگاری و رضایت زناشویی، مسائل جنسی مانند میل جنسی است (بیلال و رسوو^۷، ۲۰۲۰).

میل جنسی اغلب به‌عنوان یک انگیزه طبیعی، به‌ویژه در جهت تجربه ارگاسم یا لذت تناسلی و بدنی در نظر گرفته می‌شود. میل جنسی چندوجهی است و می‌تواند نه تنها میل به ارگاسم یا لذت بدنی، بلکه میل به نزدیکی، قدرت، آرامش و... را منعکس کند (اندرس^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). کاهش میل جنسی زنان، کاهش رضایت زناشویی هر دو طرف را پیش‌بینی می‌کند (مکنالتی^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات جنسی می‌تواند اثرات مخربی بر کیفیت زندگی زنان داشته باشد و با کیفیت، روابط رضایت‌بخش، سلامت روان‌شناختی، حس عمومی بهزیستی و همچنین رشد زوجین، نزدیکی عاطفی و روابط صمیمانه آنها مرتبط است (زالر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ اپیفانیو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال وسواس فکری-جبری با عملکرد جنسی ضعیف‌تر، شیوع بیشتر اختلالات جنسی و رضایت جنسی کمتر مرتبط است (پوزا و همکاران، ۲۰۲۱). افزایش نارضایتی و اجتناب جنسی، میل و برانگیختگی کمتر، یا مشکلات ارگاسم در این وضعیت بیشتر از جمعیت عمومی است (کولوال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰؛ پوزا و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری که ارتباط بین باورهای وسواسی و حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی را نشان می‌دهد، باورهای وسواسی با عملکرد جنسی ضعیف‌تر در این جمعیت مرتبط است (پوزا و همکاران، ۲۰۲۰).

باورهای وسواسی منجر به تفسیر نادرست افکار مزاحم، رفتارهای کاهش‌دهنده اضطراب و در نتیجه حفظ مشکل می‌شوند (اولیوارس-الیوارس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). سه مولفه از باورهای وسواسی شناسایی شده‌اند که عبارتند از: الف) پیش‌برآورد

1. Muhlbauer
2. Singh
3. Delatorre & Wagner
4. Nunes
5. Kanter & Proulx
6. Kılıç & Altnok
7. Bilal & Rasoo
8. Anders
9. McNulty
10. Zahler
11. Epifanio
12. Koolwal
13. Olivares-Olivares

۲۴..... سهم میانجی باورهای وسواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی...

تهدید/مسئولیت افراطی: برآوردهای افراطی از احتمال و هزینه‌های حوادث منفی، باورهای افراطی دربارهٔ مسئولیت شخصی در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجیع و خطرناک مرتبط با افکار مزاحم. (ب) باورهای مربوط و به اهمیت افکار مزاحم و نیاز به کنترل افکار مزاحم: باورهای مربوط به اینکه صرف وجود افکار مزاحم نشان‌دهندهٔ این است که چنین باورهایی بسیار معنی‌دارند؛ باورهایی مبنی بر اینکه کنترل کامل چنین افکاری ضروری و ممکن است. (ج) کمال‌گرایی/تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت: باور مربوط به اینکه کامل و مشخص بودن امری ضروری و محتمل است؛ باورهایی دربارهٔ ناتوانی در مقابله با عدم کمال و ابهام (هاولی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). برآورد بیش از حد تهدید/احساس مسئولیت افراطی ممکن است باعث ایجاد حالت انتقاد از خود در مورد عملکرد جنسی شود و فرد را بر شکست متمرکز کند. اهمیت/کنترل افکار ممکن است فرد را به تلاش برای سرکوب/کنترل افکار منفی و در نتیجه تمرکز بر محرک‌های غیرجنسی سوق دهد و در نتیجه امکان میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم را به خطر بیندازد (پوزا و همکاران، ۲۰۲۱). کمال‌گرایی/عدم تحمل نسبت به عدم قطعیت می‌تواند استانداردهای بی‌امان را بر فرد تحمیل کند و به مشکلاتی در رضایت جنسی، لذت، برانگیختگی و عملکرد کلی کمک کند (هاولی و همکاران، ۲۰۲۱؛ پوزا و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین نیاز مفرط به کنترل افکار و در دست گرفتن کنترل، حساسیت انزجاری بالا و پنهان کردن باورهای وسواسی ممکن است توانایی فرد را برای صمیمیت مختل کند، زیرا آشکار ساختن وسواس‌ها احتمالاً وقوع آنها را افزایش می‌دهد و ممکن است منجر به شرم و خجالت شود (کولوال و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به علاقه به عملکرد جنسی به‌عنوان یک عنصر قابل توجه سلامت و رضایت زناشویی و از آنجایی که نگرانی در مورد خطرات عملکرد جنسی در حال افزایش است، درک بهتر میل جنسی و رضایت زناشویی و متغیرهایی که می‌توانند در تبیین آنها نقش داشته باشند، ضروری است که این می‌تواند به نوآوری در طراحی مداخلات روان‌شناختی آینده برای درمان عملکرد جنسی و بهبود رضایت زناشویی کمک کند. همچنین از آنجایی که اختلال عملکرد جنسی نتیجهٔ بسیاری از عوامل اغلب متقابل است، دانش و شناخت تاثیر عوامل روان‌زاد از جمله باورهای وسواسی ممکن است به درک بهتر تعامل بین عوامل چندگانه‌ی روان‌زاد و اختلال عملکرد جنسی کمک کند که کمبود مطالعات در این زمینه مشهود است. بنابراین، با توجه به موارد بیان شده پژوهش حاضر به دنبال این آزمون فرضیهٔ کلی است که باورهای وسواسی در رابطه بین میل جنسی و رضایت زناشویی سهم میانجی ایفا می‌کند.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان حافظ و چند مطب خصوصی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به اینکه شیوع اختلال وسواس فکری-جبری در شهر شیراز توسط جامعهٔ روانپزشکان بررسی نشده و آمار دقیقی در دسترس نبود، حجم جامعهٔ آماری در این پژوهش نامعلوم است. با توجه به محدودیت‌های پژوهشگران، از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه استفاده شد. در این پژوهش با مراجعه به درمانگاه سرپایی بیمارستان حافظ و چند مطب خصوصی

روانپزشکی، نمونه‌ها به روش در دسترس از بین افرادی که توسط روانپزشک به‌عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری تشخیص داده شدند، انتخاب و مقیاس مربوطه (پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-جبری فوآ) و مصاحبه با این بیماران اجرا شد. نمونه از بین زنانی که به صورت سرپایی برای بار اول به درمان دارویی روی آورده بودند و یا در مراحل اولیه درمان قرار داشتند، انتخاب شدند. از آنجا که از نظر بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم در مدل‌های ساختاری دویست نفر است (کلاين^۱، ۲۰۲۳؛ هو^۲، ۲۰۰۸)، دویست نفر از زنان متاهل مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری به‌عنوان نمونه این پژوهش انتخاب شدند. این افراد بر اساس مصاحبه بالینی (مبتنی بر DSM-5) و نمره ۲۱ (و بیشتر از آن) در پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-جبری فوآ مورد غربال‌گری قرار گرفتند. دامنه سنی بیماران ۲۲ تا ۵۵ سال در نظر گرفته شد و معیار اصلی برای شرکت در این پژوهش، مبتلا بودن به اختلال وسواس فکری-جبری، وابستگی دارویی، استفاده از هر نوع داروی روانپزشکی یا خدمات روانشناختی بود. پس از توضیح اهمیت، اهداف و نحوه‌ی اجرای پژوهش و همچنین رعایت ملاحظات اخلاقی (از جمله محرمانه بودن پاسخ‌ها، رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن هویت آنها و آزادی انتخاب در مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش) با استفاده از پرسشنامه‌ها مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس رضایت زناشویی^۳ (EMSS): مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۴ که شامل ۴۷ گویه می‌باشد توسط اولسون^۵ و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است که دارای ۱۲ خرده مقیاس مسائل شخصیتی^۶، رضایت^۷، ارتباط زناشویی^۸، حل تعارض^۹، نظارت مالی^{۱۰}، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت^{۱۱}، روابط جنسی^{۱۲}، ازدواج و فرزندان^{۱۳}، بستگان و دوستان^{۱۴}، تحریف آرمان^{۱۵}، نقش‌های مساوات طلبی^{۱۶} و جهت‌گیری عقیدتی^{۱۷} می‌باشد. این ابزار به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره بین ۲۳۵-۴۷ است. نمره بالا نشان‌دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. اولسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ در پژوهشی، میزان روایی ملاکی این مقیاس را ۰/۸۵ و ضریب اعتبار برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند. ثنایی (۱۳۹۶) گزارش کرده است که ضریب همبستگی این مقیاس با دیگر مقیاس‌های رضایت زناشویی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است که نشان‌دهنده روایی سازه آن است. همچنین تمامی خرده مقیاس‌های این مقیاس زوج‌های

1. Kline
2. Hoe
3. Enrich Marital Satisfaction Scale
4. Enrich
5. Olson
6. personality issues
7. satisfaction
8. marital relationship
9. conflict resolution
10. financial supervision
11. leisure activities
12. sex
13. marriage and children
14. relatives and friends
15. Ideal distortion
16. egalitarian roles
17. ideological orientation

۲۶..... سهم میانجی باورهای وسواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی...

راضی و ناراضی را متمایز می‌کند که نشان دهنده روایی ملاک می‌باشد. سلیمانیان در سال ۱۳۷۳ فرم کوتاه ۴۷ سوالی پرسشنامه را ترجمه و همبستگی درونی آن را ۰/۹۵ و همچنین ضریب پایایی آزمون را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرد (به نقل از طبخی و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

شاخص میل جنسی هالبرت^۱ (HISD): این شاخص توسط هالبرت در سال ۱۹۹۲ ساخته شد که میزان تمایل جنسی آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این شاخص شامل ۲۵ گویه است، که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۱۰۰ است، اگر نمره بالا باشد به معنی تمایل جنسی بیشتر فرد است. هالبرت پایایی شاخص تمایل جنسی را به شیوه آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ بدست آورد. ضرایب همسانی درونی شاخص تمایل جنسی هالبرت با استفاده از دو روش (سازنده شاخص و اساتید متخصص روانشناسی) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود که در سطح رضایت‌بخشی قرار دارند. در پژوهش یوسفی و همکاران در سال ۱۳۹۲ ضریب همسانی درونی کل شاخص به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی همگرایی شاخص در ارتباط با سازه خودابرازی جنسی و عملکرد جنسی بخش اول سوالات (۱۲ گویه) برابر با ۰/۹۲ و برای بخش دوم سوالات (۱۳ گویه) برابر با ۰/۹۱ و نیز ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن گاتمن برابر با ۰/۷۸ بود که همگی نشان از رضایت بخش بودن همسانی درونی سوالات با کل شاخص است (به نقل از اسدی حیه و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل شاخص ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای وسواسی^۲ (OBQ-44): این پرسشنامه توسط کار گروه شناخت‌های وسواس-اجباری در سال ۲۰۰۵ ساخته شده و ابعاد بیماری‌زایی در حیطه شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه شامل ۴۴ سوال و دارای ۳ خرده مقیاس احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی تهدید^۳، کمال‌طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان^۴، اهمیت دادن به افکار و کنترل افکار^۵ است که در طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. هر چقدر میزان پاسخ به سوالات مثبت بالاتر باشد نشانه متعادل بودن افکار فرد است. در بودن افکار وسواسی در فرد می‌باشد. هر چقدر میزان پاسخ به سوالات مثبت بالاتر باشد نشانه متعادل بودن افکار فرد است. در خارج از کشور دیدریش^۶ و همکاران (۲۰۱۶) پایایی این ابزار را در سه نوبت مورد مطالعه قرار دادند که آلفای آن بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ در نوسان بود و مقیاس‌های نسخه آلمانی این پرسشنامه ضریب روایی سازه همگرا ۰/۴۶ را نشان می‌دهند. شمس و همکاران در سال ۱۳۸۳ پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی با استفاده از آلفای کرونباخ را محاسبه کردند که برای نمره کلی پرسشنامه ۰/۹۱ بدست آمد و ضریب روایی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری-عملی و وسواسی-جبری مادزلی^۷ ۰/۵۰ گزارش شده است (به نقل از سرلک و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

1. Hurlbert index of sexual desire
2. Obsessive Beliefs Questionnaire
3. inflated personal responsibility for harm and overestimation of threat
4. perfectionism and intolerance of uncertainty
5. importance of and need to control thoughts
6. Diedrich
7. Maudsley

پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری-جبری^۱ (OCI-R): این پرسشنامه توسط فوآ^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شد. برای ارزیابی وسواس فکری-جبری طراحی شده است که دارای ۱۸ گویه و ۶ خرده مقیاس شست و شو^۳، واریسی کردن^۴، نظم‌دهی^۵، وسواس^۶، احتکار کردن^۷، خنثی‌سازی ذهنی^۸ می‌باشد. هر سوال بر اساس میزان باور از صفر تا چهار درجه‌بندی شده است. نمره کلی بین صفر تا ۷۲ می‌باشد که خط برش آن ۲۱ و بالاتر است که نشان‌دهنده گرایش به اختلال وسواس فکری-جبری است. این آزمون از ثبات درونی ($\alpha=0.77-0.88$) و ضریب پایایی آزمون-بازآزمون ($r=0.62-0.76$) برخوردار است. فوآ و همکاران ضریب روایی همگرای این پرسشنامه با نسخه اصلی پرسشنامه وسواس فکری-عملی را ۰/۹۸ و روایی افتراقی آن نیز، با مقیاس افسردگی همیلتون^۹ برابر ۰/۵۸ گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهشی محمدی، زمانی و فتی در سال ۱۳۸۷ ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس را ۰/۸۵ به دست آوردند (به نقل از احدی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و در روش‌های آمار استنباطی از تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. ۲۰۰ زن متاهل (۲۰ تا ۵۵ سال؛ میانگین سن ۳۵/۶۸ سال و انحراف استاندارد ۴/۲۶) در این مطالعه شرکت کردند.

در جدول ۱ میانگین‌ها و انحراف‌های معیار متغیرهای مورد مطالعه ذکر شده‌اند. از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف^{۱۰} استفاده گردید که نتایج بیانگر آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p>0.05$). همچنین همان‌گونه که در این جدول نشان داده شده است، بین باورهای وسواسی با رضایت زناشویی و میل جنسی همبستگی منفی و بین میل جنسی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت وجود دارد. جهت بررسی مفروضه فرض استقلال خطاها، از آماره دوربین-واتسون^{۱۱} استفاده گردید که مقدار آن ۱/۸۶ به دست آمد؛ که می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه عدم همبستگی زیاد بین متغیرهای پیش‌بین (چندگانگی خطی) با استفاده از دو آماره تحمل^{۱۲} و عامل تورم واریانس^{۱۳} بررسی شد.

1. Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
2. Foa
3. washing
4. checking
5. ordering
6. obsessing
7. hoarding
8. mental neutralizing
9. Hamilton
10. Kolmogoro-Smirnov test
11. Durbin-Watson
12. Tolerance
13. Variance Inflation Factors (VIF)

۲۸ سهم میانجی باورهای وسواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی...

نتایج نشان داد مفروضه هم خطی ثابت شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آنها از حد بحرانی ۲ کمتر بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

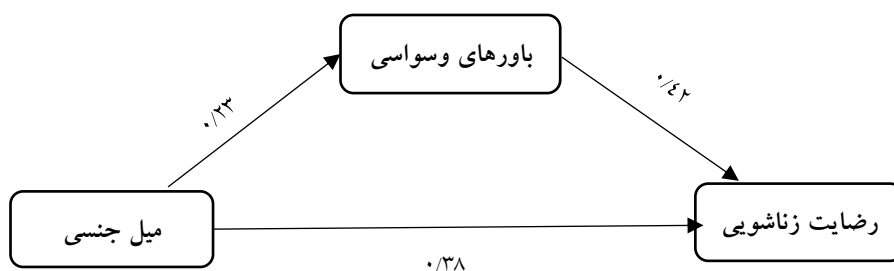
متغیرها	M	SD	آزمون آماره	کولموگروف اسمیرنوف سطح معناداری	رضایت زناشویی	باورهای وسواسی	میل جنسی
رضایت زناشویی	۴۶/۹۵	۶/۲۳	۰/۰۹	۰/۱۸	۱		
باورهای وسواسی	۱۳۷/۵۷	۱۴/۲	۰/۱۶	۰/۱۳	-۰/۵۰**	۱	
میل جنسی	۱۸/۲۳	۷/۱۱	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۳۸**	-۰/۳۴**	۱

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که در مرتبه اول میل جنسی برای پیش‌بینی رضایت‌زناشویی وارد معادله شدند در این مرتبه میل جنسی قادر به پیش‌بینی رضایت‌زناشویی بود ($F=۳۴/۶۱, P<۰۰۱$). در مرتبه دوم متغیر میانجی باورهای وسواسی وارد معادله گردید. نتایج این تحلیل حاکی از آن بود که در مرتبه دوم میزان واریانس تبیینی متغیر رضایت‌زناشویی با ورود میانجی باورهای وسواسی افزایش معناداری را نشان داد و همچنین باورهای وسواسی نیز قادر به پیش‌بینی رضایت‌زناشویی بود ($F=۴۳/۱۶, P<۰۰۱$). مقدار ضریب تعیین از ۱۴ درصد در مرحله نخست به ۳۰ درصد در مرتبه دوم می‌رسد. به بیان دیگر با وارد شدن متغیر باورهای وسواسی ۱۶ درصد به قابلیت پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بین افزوده شده و این نشان‌دهنده سهم میانجی باورهای وسواسی در رابطه بین میل جنسی و رضایت زناشویی زنان وسواس فکری-جبری می‌باشد.

جدول ۲. یافته‌های تحلیل مسیر به روش سلسله مراتبی جهت تعیین سهم میانجی باورهای وسواسی

مرتب	متغیرها	beta	T	P	R	R ²	F	P
اول (رضایت زناشویی)	میل جنسی	۰/۳۸	۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۱۴	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱
دوم (رضایت زناشویی)	میل جنسی	۰/۲۳	۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۳۰	۴۳/۱۶	۰/۰۰۱
	باورهای وسواسی	-۰/۴۲	-۶/۶۴	۰/۰۰۱				

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۱، ۲، شکل ۱ اثرات مستقیم، غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین را بر متغیر رضایت‌زناشویی نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل تایید شده سهم میانجی باورهای وسواسی در رابطه بین میل جنسی و رضایت زناشویی

جدول ۳. اثرات و ضرایب مسیر متغیرها

متغیرها	اثرهای مستقیم	اثرهای غیرمستقیم	اثرهای کل
میل جنسی	۰/۳۸	۰/۲۳	۰/۶۱
باورهای وسواسی	۰/۴۲	---	۰/۴۲

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم میانجی باورهای وسواسی در رابطه بین میل جنسی و رضایت زناشویی زنان وسواس فکری-جبری صورت گرفت. نتیجه حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که میل جنسی، علاوه بر تاثیر مستقیم بر رضایت زناشویی، به طور غیرمستقیم و از طریق سهم میانجی باورهای وسواسی بر رضایت زناشویی تاثیر دارد. بنابراین مدل پیشنهادی میل جنسی، باورهای وسواسی، قابلیت پیش بینی رضایت زناشویی را دارد. تاکنون پژوهشی در زمینه تدوین مدل پیشنهادی بر اساس این متغیرها با رضایت زناشویی صورت نگرفته است ولی تاثیر هر یک از این متغیرها به صورت جداگانه به نوعی به صورت مستقیم و غیرمستقیم مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مولباور و همکاران (۲۰۲۲)؛ سینگ و همکاران (۲۰۲۲)؛ زالر و همکاران (۲۰۲۱)؛ مک‌نالتی و همکاران (۲۰۱۹)؛ پوزا و همکاران (۲۰۲۰) و کولوال و همکاران (۲۰۲۰) هماهنگ و همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین اذعان نمود که افراد اختلال وسواس فکری-جبری، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) است که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار، اعمال وسواسی انجام می‌دهند (سروین و همکاران، ۲۰۲۰). چنین افکار مزاحم و اعمالی ممکن است به‌طور جدی فرآیندهای اصلی رابطه (مانند صمیمیت، رضایت) را تضعیف کند و مستقیماً پیوندهای عاطفی را بی‌ثبات کند. بیماران وسواسی به علت نگرانی از آشکار شدن افکار و احساساتشان، صمیمیت عاطفی کمتری از خود نشان می‌دهند (مولباور و همکاران، ۲۰۲۱). افراد که دارای ویژگی وسواسی هستند به آسانی از اشیا و اشخاص کسل می‌شوند و از موقعیت خود، خانواده خود، محدودیت‌های زندگی و سلامت خویش ناراضی هستند. چنین افرادی معمولاً مضطرب، افسرده با احساس‌های گناه، عزت نفس پایین، تنیده، غیرمنطقی، دمدمی و هیجانی و همچنین تمایل به حالت نگرانی، اضطراب و خلق ناپایدار دارند. این بیماری باعث می‌شود افراد در وضعیت ترس، اضطراب و بلا تکلیفی زندگی کنند که در نتیجه باعث می‌شود این افراد از راهبردهای منفی تری در ابراز یا اعمال هیجان استفاده کنند و تمرکز حواس کمتری داشته باشند. حساسیت انزجاری و تمایل مفرط به کنترل و پنهان افکار و باورهای وسواسی توانایی این افراد را برای صمیمیت با مشکل مواجه می‌کند. همچنین برای شریک زندگی نیز دشوار است که شناخت‌ها و رفتارهایی را که منجر به ناامیدی می‌شود، درک کند، احساس می‌کند که طرف مقابل عمداً این کار را انجام می‌دهد، یا فکر می‌کند که طرف مقابل دیوانه است و بنابراین احترامش را برای او از دست می‌دهد (کولوال و همکاران، ۲۰۲۰). بدیهی است که وجود چنین ویژگی‌هایی در زوجها می‌تواند دلسردی همسر و کاهش رضایت زناشویی را به دنبال آورد. افکار و تصاویر ناخواسته و مزاحم و رفتارها مرتبط با کاهش رضایت از رابطه ممکن است با لذت شهوانی در حین اعمال جنسی و

۳۰..... سهم میانجی باورهای وسواسی در ارتباط بین میل جنسی و رضایت زناشویی...

تجربه برخوردهای جنسی لذت بخش تداخل کند. در واقع هرچه افکار و تصاویر منفی بیشتر شود برانگیختگی جنسی ذهنی کمتر خواهد شد، بنابراین حین برانگیختگی جنسی تمرکز زنان بر این افکار بیشتر از هیجان‌های جنسی معطوف خواهد شد. افراد مبتلا به وسواس، احساس نیاز افراطی به کنترل افکارشان دارند در حالی که لازمه برانگیختگی این است که فرد خودش و ذهنش را رها کند، این احتمال وجود دارد که آنها هنگام رابطه جنسی به نشانه‌ها و قراین جنسی توجه نکنند و همین امر میل جنسی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (پوزا و همکاران، ۲۰۲۱). به این ترتیب است که مبتلایان به اختلال وسواس، دچار کاهش میل جنسی می‌شوند، چرا که این باورها و تفکرات اتوماتیک منفی، هیجان‌ها و رفتارهای شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهند. علاوه بر این، تجربه ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری از رضایت جنسی کم ممکن است به نوبه خود باعث ایجاد شک و ترس‌های مرتبط با رابطه شود و چرخه‌ای از شک و تردید و رضایت زناشویی کم را حفظ کند. بنابراین می‌توان گفت افرادی که باورهای وسواسی دارند در زمینه میل جنسی و داشتن رابطه با همسر خود چندان راغب نبوده و حتی درخواست‌دهنده برای داشتن رابطه زناشویی نیستند و علاوه بر این حتی اگر همسرشان هم درخواست رابطه جنسی دهند چندان پذیرای این رابطه نیستند که دلیل این امر را می‌توان افکار فرد وسواسی و نگرانی این شخص در زمینه افکار مزاحم جنسی باشد و چنانچه رابطه جنسی در بین زوج‌ها کاهش یابد، می‌تواند بر رضایت زوج‌ها تأثیر بسزایی گذاشته و باعث کاهش رضایت-زناشویی زوج‌ها گردد. همچنین می‌توان اذعان نمود که باورهای وسواسی باعث گوش به‌زنگ بودن شخص شده و باعث می‌گردد این اشخاص همیشه ترس از خطرات افکار مزاحم به ذهن داشته باشند و اغلب این افراد به دنبال تلاش برای خنثی‌سازی این افکار هستند (پوزا و همکاران، ۲۰۲۰). داشتن این ویژگی باعث می‌گردد که افراد وسواسی ذهنی پر از تشویش و نگرانی داشته باشند. پرواضح است که این افراد عموماً در استرس به سر می‌برند که تمامی این عوامل باعث می‌شود آنان چندان راغب به برقراری رابطه جنسی نباشند و این مساله (نداشتن یا کم شدن رابطه جنسی) و نیز عدم اختصاص وقت برای همسر و توجه بیشتر به افکارهای مزاحم می‌تواند رضایت زندگی را کاهش دهد. به‌طور کلی، عملکرد جنسی باید همیشه در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری در نظر گرفته شود، زیرا اختلال عملکرد جنسی می‌تواند تأثیر منفی عمیقی بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی انجام می‌شود، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب شرکت‌کنندگان از یک منطقه جغرافیایی و یک جنس و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بودند. بنابراین، تعمیم نتایج این مطالعه دشوار است و در آینده، انجام یک مطالعه دیگر با نمونه‌های متنوع و از هر دو جنس که مناطق مختلف را هدف قرار می‌دهند، ضروری است. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که در عملکرد بالینی مانند زوج‌درمانی، عملکرد جنسی در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری در نظر گرفته شود، زیرا اختلال عملکرد جنسی می‌تواند تأثیر منفی عمیقی بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد و حتی می‌تواند منجر به قطع درمان توسط بیمار شود. همچنین نتایج این بررسی، با توجه به محدودیت‌های آن، ممکن است به درک بهتری از تعامل احتمالی بین باورهای وسواسی و عملکرد جنسی کمک کند و در نتیجه ممکن است منجر به مشاوره و درمان روان‌جنسی متناسب‌تر شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی افرادی که با رضایت و صبوری ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی داریم.

منابع

- احدی، بتول؛ مرادی، فاطمه و کرمان، مینا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی فرسودگی تحصیلی بر اساس نشانه‌های وسواس فکری-عملی و اهمال‌کاری. *نشریه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۱(۴)، ۱۴۴-۱۳۶. <https://doi.org/10.29252/edcbmj.11.04.17>
- اسدی‌حیه، امین؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز و علیپور، احمد. (۱۴۰۱). بررسی مشخصه‌های روانسنجی پرسشنامه تحریک جنسی و بازداری جنسی در مردان ایرانی. *پایش*، ۲۱(۵)، ۵۰۱-۵۱۱. <https://doi.org/10.52547/payesh.21.5.501>
- ثنایی‌ذاکر، باقر. (۱۳۹۶). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- سرلک، معصومه؛ لطفی‌کاشانی، فرح و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۶). مدل‌یابی ساختاری تبیین باورهای وسواسی دانش‌آموزان دبیرستانی براساس نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی، باورهای فراشناختی و عزت‌نفس: نقش میانجی‌گری آشفستگی استنتاج. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۲)، ۱-۱۵. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.2.1>
- طباطبائی، آذرسادات و نجفی، محمود. (۱۴۰۱). رابطه حساسیت اخلاقی با علائم وسواس فکری-عملی و مشکلات خواب: نقش واسطه‌ای ترس از خود. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸(۲)، ۶۱-۴۷. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.38964.2557>
- طبخی، فریبا؛ فلاح‌زاده، هاجر و نظربلند، ندا. (۱۴۰۱). مقایسه ابعاد صمیمیت، تعهد، و رضایت زناشویی در زوجین با و بدون تجربه مشاوره قبل از ازدواج. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۱(۸۱)، ۱۸۰-۲۱۰. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9496>
- Ahadi, B., Moradi, F., & Karamian, M. (2018). Predicting academic burnout based on obsessive compulsive symptoms and procrastination. *Education Strategies in Medical Sciences*, 11(4), 136-144. <https://doi.org/10.29252/edcbmj.11.04.17>, (Text in Persian)
- Amani, M., & Keyvanlo, S. (2022). Executive functions and reinforcement sensitivity in women with obsessive compulsive symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(2), 177-186. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8908>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-fifth edition (DSM 5)*. VA American Psychiatric Publishing.
- Anders, S., Herbenick, D., Brotto, L., Harris, E., & Chadwick, S. (2022). The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, 51,391-415. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02100-x>
- Asadihieh, A., Aliakbaridehkordi, M., & Alipour, A. (2022). Evaluation of psychometric properties of the sexual excitation and sexual inhibition questionnaire in Iranian Men Population. *Payesh*, 21(5), 501-511. <https://doi.org/10.52547/payesh.21.5.501>, (Text in Persian)
- Bilal, A., & Rasoo, S. (2020). Marital Satisfaction and Satisfaction with Life: Mediating role of sexual satisfaction in married women. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1) 77-86. <https://doi.org/10.1177/2631831820912873>
- Boulton, E. (2020). *One dead bedroom': Exploring the impact of obsessive-compulsive disorder (OCD) on women's lived experience of sex and sexuality*. Department of Health and Social Sciences, Faculty of Health and Applied Sciences University of the West of England, Bristol.

- Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., ClaesdotterKnutsson, E., & Lindvall, M. (2020). Incompleteness, harm avoidance, and disgust: a comparison of youth with OCD, anxiety disorders, and no psychiatric disorder. *Journal of anxiety disorders*, 69, 102175. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102175>
- Dalmaso, M., Petri, L., Patron, E., Spoto, A., & Vicovaro, M. (2022). Direct gaze holds attention, but not in individuals with obsessive compulsive disorder. *Brain Sciences*, 12, 288. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020288>
- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2020). Marital quality assessment: Reviewing the concept, instruments, and methods. *Marriage & Family Review*, 56(3), 193–216. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712300>
- Diedrich, A., Sckopke, P., & Schwartz, C. (2016). Change in obsessive beliefs as predictor and mediator of symptom change during treatment of obsessive-compulsive disorder: a process - outcome study. *BMC Psychiatry*, 16, 220. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0914-6>
- Fawcett, E.J., Power, H., & Fawcett, J.M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, 81, 19r13085. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Epifanio, M., Grutta, S., Alfano, P., Marcantonio, S., Piombo, M., Ammirata, M., Rebullia, E., Grassi, S., Leone, S., Clemenza, F., Girgenti, R., Baido, R., & Di Blasi, M. (2023). Sexual satisfaction and quality of life in cardiovascular patients: The mediating role of anxiety. *Healthcare*, 11(3), 290. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030290>
- Hawley, L. L., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2021). Technology supported mindfulness for obsessive compulsive disorder: The role of obsessive beliefs. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102405. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102405>
- Hodny, F., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Holubova, M., Sollar, T., & Nesnidal, V. (2021). Attachment in patients with an obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinology Letters*, 22(5), 283–291.
- Hoe, S. L. (2008). Issues and procedures in adopting structural equation modelling technique. *Journal of Quantitative Methods*, 3(1), 76. https://ink.library.smu.edu.sg/sis_research/5168
- Hurlbert, D. F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18(2), 104-114. <https://doi.org/10.1080/01614576.1992.11074044>
- Kanter, J. B., & Proulx, C. M. (2021). The longitudinal association between marital and psychological functioning in socioeconomically disadvantaged relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(9), 2465–2473. <https://doi.org/10.1177/02654075211011704>
- Kasalova, P., Prasko, J., Ociskova, M., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., Minarikova, K., Hodny, F., Slepicky, M., & Barnard, L. (2020). Marriage under control: obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuroendocrinology Letters*, 41(3), 134–145.
- Kılıç, N., & Altınok, A. (2021). Obsession and relationship satisfaction through the lens of jealousy and rumination. *Personality and Individual Differences*, 179, 110959. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110959>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5thed.). Guilford publications.

- Koolwal, A., Agarwal, S., Manohar, S., Koolwal, G., & Anubha Gupta, A. (2020). Obsessive-compulsive disorder and sexuality: A narrative review. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 37–43. <https://doi.org/10.1177/2631831819896171>
- Kruz, L., Isomura, K., Lichtenstein, P., Rück, C., & Mataix-Cols, D. (2022). Morbidity and mortality in obsessive-compulsive disorder: A narrative review. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 136(4), 104602. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104602>
- Liu, J., Li, X., Xue, K., Chen, Y., Wang, K., Niu, Q., Li, Y., Zhang, Y., & Cheng, J. (2021). Abnormal dynamics of functional connectivity in first-episode and treatment-naive patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75, 14–22. <https://doi.org/10.1111/pcn.13162>
- McNulty, J., Maxwell, J., Meltzer, A., & Baumeister, R. (2019). Sex-differentiated changes in sexual desire predict marital dissatisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2473–2489. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01471-6>
- Muhlbauer, J. E., Ferrão, Y. A., Eppingstall, J., Albertella, L., do Rosário, M. C., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2020). Predicting marriage and divorce in obsessive-compulsive disorder. *Journal of sex & marital therapy*, 47(1), 90-98. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1804021>
- Nunes, C., Ferreira, L., Martins, C., Pechorro, P., & Ayala-Nunes, L. (2022). The Enrich marital satisfaction scale: Adaptation and psychometric properties among at-risk and community Portuguese parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/02654075221095052>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1527-1542. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A., Martínez-Esparza, I. C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Obsessive beliefs and uncertainty in obsessive compulsive and related patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3), 100316. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100316>
- Pozza, A., Marazziti, D., Mucci, F., Angelo, D., Prestia, D., & Dèttore, D. (2021). Sexual response in obsessive-compulsive disorder: the role of obsessive beliefs. *CNS Spectrums*, 26(5), 528 – 537. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001649>
- Pozza, A., Veale, D., Marazziti, D., Delgadillo, J., Albert, U., Grassi, G., Prestia, D., & Dèttore, D. (2020). Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(8). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1262-7>
- Riquelme-Marín, A., Rosa-Alcázar, A., & Ortigosa-Quiles, J. (2022). Mindfulness-based psychotherapy in patients with obsessive-compulsive disorder: A meta-analytical Study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3), 100321. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100321>
- Sanaei Zakir, B. (2017). *The Family Measurement Scale*. Tehran: Besat Pub. (Text in Persian)
- Sarlak, M., Lotfi Kashni, F., & Mirhashmi, M. (2022). Use of structural modeling to explain high school students obsessive beliefs based on symptoms of stress, anxiety, and depression, metacognitive beliefs, and self-esteem: The mediating role of inferential confusion. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 9 (2), 1-15. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.2.1>, (Text in Persian)
- Singh, A., Kumar, R., Mishra, S., Kumar, P. & Singh, B. (2022). Marital Adjustment and Quality of Life of the Person with Obsessive Compulsive Disorder: A Brief Overview. *The International Journal of Indian Psychology*, 10(1), 220-231. <https://doi.org/10.25215/1001.100>

- Skapinakis, P., Politis, S., Karampas, A., Petrikis, P., & Mavreas, V. (2019). Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *International journal of psychiatry in Clinical Practice*, 23(3), 215–224. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1588327>
- Tabatabayi, A., & Najafi, M. (2023). Relationship between ethical sensitivity with obsessive-compulsive symptoms and sleep problems: The mediating role of fear of self. *Psychological Studies*, 18(2), 67. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.38964.2557>, (Text in Persian)
- Tabkhi, F., Falahzade, H., & Nazarboland, N. (2022). Comparing the dimensions of intimacy, commitment, and marital satisfaction in couples with and without pre-marriage counseling experience. *Journal of Counseling Research*, 21(81), 180-210. <https://doi.org/10.18502/qjcr.V21i81.9496>, (Text in Persian)
- Truong, T.P.A., Applewhite, B., Heiderscheit, A., & Himmerich, H. (2021). A Systematic review of scientific studies and case r on music and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 11799. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211799>
- Zahler, L., Meyers, M., Woud, M., Blackwell, S., Margraf, J., & Velten, J. (2021). Using three indirect measures to assess the role of sexuality-related associations and interpretations for women's sexual desire: An internet-based experimental study. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 2471–2484. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01897-3>



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 پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در دانش‌آموزان با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی

علی پروندی^{۱*}، غلامرضا چلبیانلو^۲، حسن بافنده قراملکی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی دانش‌آموزان با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل دانش‌آموزان ۱۶ تا ۱۹ ساله با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی شهرستان سنقر در سال ۱۴۰۱ بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. از تکلیف تصویری پروب دات و مقیاس رفتارهای ایمنی ترس اجتماعی در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس از مداخله و پیگیری) استفاده شد. گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان (آلوز و همکاران) دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، وجود دارد. همچنین، دستاوردهای درمانی در مرحله پیگیری حفظ شده بود. بنابراین، برای کاهش سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال، درمان پذیرش و تعهد، می‌تواند مورد استفاده روان‌درمانگران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان پذیرش و تعهد، رفتارهای ایمنی، سوگیری توجه به تهدید.

^۱ نویسنده مسئول: کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

parvandi.ali65@yahoo.com

^۲ دانشیار علوم اعصاب، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

^۳ دانشیار علوم اعصاب، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱، ترس مشخص و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی مانند تعاملات اجتماعی، مشاهده شدن و اجرا در مقابل دیگران است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). فرد می‌ترسد که به گونه‌ای رفتار کند که مورد ارزیابی منفی (تحقیرآمیز یا شرم‌آور) قرار گیرد؛ بنابراین فرد از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کند یا با اضطراب و پریشانی شدید آن را تحمل می‌کند (بلاند^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). تخمین زده می‌شود که ۹ درصد از نوجوانان، دارای اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشند و شیوع آن در دختران نوجوان (۱۱/۲ درصد) بیشتر از پسران (۷ درصد) است (آلوز^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). بیشتر موقعیت‌های اجتماعی که توسط نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اضطراب آور ادراک می‌شود و از آنها اجتناب می‌کنند، در شرایط مدرسه رخ می‌دهد (آلوز و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلال، پیشرفت تحصیلی را محدود می‌کند و افراد را در معرض خطر ترک تحصیل و کسب صلاحیت‌های ضعیف‌تر و افسردگی قرار می‌دهد (ساکل پامر^۵ و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق مدل‌های شناختی- رفتاری که نقش غالب در سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی دارند (ایوانز^۶ و همکاران، ۲۰۲۱) یکی از عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی، سوگیری توجه به تهدید^۷ است (آریزل و بار-هیم^۸، ۲۰۲۰) که عبارتست از تمایل به اولویت‌بندی پردازش محرک‌های تهدید نسبت به محرک‌های امن یا خنثی (ویسر و کیل^۹، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در نظارت بر محیط بیرونی خود برای علائم ارزیابی منفی از سوی دیگران، بسیار حساس هستند لذا تمایل دارند بر روی محرک‌های مرتبط با تهدید اجتماعی تمرکز کنند (کوستر و بوگارد^{۱۰}، ۲۰۱۹). در مدل‌های شناختی، همچنین، نقش رفتارهای ایمنی^{۱۱} در اختلال اضطراب اجتماعی به دلیل حفظ شناخت‌های نارکارآمد بسیار برجسته است (ایوانز و همکاران، ۲۰۲۱). رفتارهای ایمنی، فرآیندهای ذهنی^{۱۲} و راهبردهای رفتاری^{۱۳} هستند که توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی برای کاهش پریشانی و تسکین اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی ترس‌آور استفاده می‌شوند مانند کمتر صحبت کردن در حضور دیگران، پرهیز از انجام کارها یا اجتناب از تماس چشمی (کیم^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای ایمنی گرچه به طور موقت اضطراب را تسکین می‌دهد، ولی در درازمدت طیفی از پیامدهای منفی ناخواسته مانند جلوگیری از عدم تایید پیش‌بینی‌های منفی، حفظ علائم اضطراب اجتماعی (گری^{۱۵} و همکاران،

1. social anxiety disorder
2. American Psychiatric Association
3. Boland
4. Alves
5. Sackl-Pammer
6. Evans
7. attention bias
8. Azriel & Bar-Haim
9. Wieser and Keil
10. Koster and Bogaerde
11. safety behaviours
12. mental processes
13. behavioral strategies
14. Kim
15. Gray

۲۰۱۹) و تأثیر منفی بر کیفیت تعاملات اجتماعی را موجب می‌شود (ایوانز و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، رفتارهای ایمنی، به عنوان یکی از علل مهم سبب‌شناختی اختلالات اضطرابی پیشنهاد شده است (کیرک^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، کاهش رفتارهای ایمنی می‌تواند نشانگان اضطراب اجتماعی را به دلیل مواجهه فرد با موقعیت‌های اضطراب برانگیز کاهش دهد (کیم و همکاران، ۲۰۲۲).

در میان درمان‌های غیردارویی، درمان شناختی- رفتاری به عنوان خط اول درمان اضطراب در نظر گرفته شده است (هافمن و اوتو^۲، ۲۰۱۷). اما شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نتایج ضعیف‌تری را از درمان شناختی رفتاری عمومی در مقایسه با نوجوانان مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند (ایوانز و همکاران، ۲۰۲۲) و ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران به این درمان پاسخ نداده‌اند یا علائم بعد از مداخله همچنان باقی مانده است (خرم‌نیا و همکاران، ۱۴۰۰). برای غلبه بر این نقص درمان شناختی رفتاری، رویکردهای درمانی موج سوم از جمله درمان پذیرش و تعهد^۳ برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی به کار گرفته شده است (کالتی^۴ و همکاران، ۲۰۲۲).

از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، تفاوت بین اضطراب اجتماعی طبیعی و اختلال اضطراب اجتماعی، مربوط به واکنش و نوع رابطه‌ای است که فرد با تجربه علائم اضطراب اجتماعی برقرار می‌کند، نه شدت یا فراوانی تجربه این علائم به خودی خود (آلوز^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). فرض اصلی در درمان پذیرش و تعهد، این است که فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی، با افکار و احساسات آزار دهنده مرتبط با ترس و ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی، آمیخته شده و این افکار و نگرانی‌ها برای او تبدیل به واقعیت می‌شود. لذا برای پیشگیری یا خلاص شدن از تجربه پریشانی و تنش ناشی از آن، به رفتارهای ایمنی و اجتناب روی می‌آورد که در نهایت به تشدید این آشفتگی‌ها و تداوم اضطراب اجتماعی می‌انجامد (فلمینگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). از این منظر، وقتی نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از رویدادهای اجتماعی اجتناب می‌کند، از رویدادها به خودی خود اجتناب نمی‌کند، بلکه از تجربه درونی مرتبط با آن رویدادها اجتناب می‌کند (آلوز و همکاران، ۲۰۲۲). از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان شناختی^۷ به عنوان منبع اولیه آسیب‌شناسی روانی^۸ پیشنهاد شده است که به دلیل شش عامل اجتناب تجربه‌ای^۹ (تلاش مداوم برای اجتناب یا رهایی از تماس با رویدادهای درونی ناخواسته از قبیل افکار، احساسات، - حس‌های بدنی و خاطرات)؛ آمیختگی شناختی^{۱۰}؛ از دست دادن تماس با لحظه حال، خودمفهوم‌سازی شده^{۱۱}، فقدان ارزش‌ها و عمل به وجود می‌آید (هریس^{۱۲}، ۲۰۲۱). بنابراین هدف درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی و

1. Kirk
2. Hofmann and Otto
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
4. Caletti
5. Alves
6. Fleming
7. psychological inflexibility
8. psychopathology
9. experiential avoidance
10. cognitive fusion
11. conceptualized self
12. Harris

کاهش اجتناب است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از تماس با لحظهٔ حال، آگاهی کامل از افکار، احساسات و حس‌های بدنی و استقبال از آنها، بویژه آنهایی که ناخواسته‌ها و ناخوشایند هستند، پذیرش آنها و عمل بر اساس ارزش‌های بلندمدت نه انگیزه‌ها، افکار و احساسات کوتاه‌مدت که اغلب با اجتناب تجربی یا کنترل رویدادهای درونی ناخواسته مرتبط هستند (راماسی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان پذیرش و تعهد، برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مهارت ذهن‌آگاهی^۲ و شش مهارت اصلی پذیرش و تعهد یعنی پذیرش^۳ (پذیرش فعال تجارب درونی مثل افکار، احساسات، حس‌ها و خاطرات بدون دفاع، تلاش برای تغییر آنها و یا قضاوت آنها)، گسلش شناختی^۴ (فرآیند جدا کردن خود از تجربیات درونی؛ این به فرد این امکان را می‌دهد که افکار را صرفاً به عنوان افکار بدون معنایی که ذهن به آنها می‌بخشد، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و حس‌های بدنی را فقط حس بدنی دیدن)، بودن در لحظهٔ حاضر، خود به عنوان زمینه^۵، روشن-سازی ارزش‌ها^۶ و عمل متعهدانه^۷ بهره‌گرفته می‌شود (هریس، ۲۰۲۱).

خرم‌نیا و همکاران (۲۰۲۰) در درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی نشان دادند این درمان می‌تواند علائم اضطراب اجتماعی را کاهش دهد. نتایج پژوهش کالتی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد درمان پذیرش و تعهد ممکن است با بهبود سوگیری توجه و رفتارهای ایمنی/اجتنابی، درمان امیدوارکننده‌ای برای فوبی اجتماعی در نظر گرفته شود.

گرچه بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی به طور کلی مورد پژوهش قرار گرفته است اما تاکنون هیچ پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در دانش‌آموزان دختر با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی؛ آن هم با پروتکل مداخله‌ای ویژه نوجوانان نپرداخته است. بنابراین، با عنایت به پیامدهای ناخوشایند اختلال اضطراب اجتماعی، پیش‌آگهی بدتر در صورت عدم درمان و نیز فقدان پژوهش‌های کافی مرتبط با متغیرهای پژوهش، هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتار ایمنی در دانش‌آموزان دختر با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بود. فرضیه اصلی پژوهش حاضر، این است که درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتار ایمنی در دانش‌آموزان با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۶ تا ۱۹ ساله با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی شهرستان سنقر در سال ۱۴۰۱ بود. اجرای پژوهش آبان تا دی ماه ۱۴۰۱ در کلینیک مشاوره پیوند بود. پس از کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به ۴ مدرسه دخترانه، یک جلسه

1. Ramaci
2. mindfulness
3. acceptance
4. cognitive defusion
5. self as context
6. values
7. committed action

گردهمایی با حضور کلیه دانش آموزان در هر مدرسه (مجموع ۸۳۲ نفر) در سالن امتحانات برگزار شد. در این جلسات، پس از بیان هدف پژوهش و معرفی اختلال اضطراب اجتماعی، درخواست شد کسانی که نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی دارند می‌توانند در پژوهش شرکت کنند. در مجموع، ۴۳ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. پرسشنامه اضطراب اجتماعی جهت غربال‌گری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. از میان شرکت‌کنندگان، ۳۵ نفر که نمره ۵/۸ و بیشتر کسب کردند، دعوت شدند تا در یک جلسه ارزیابی روان‌شناختی که توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام می‌شود حضور یابند. در نهایت بر اساس نمره پرسشنامه، مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) گماشته شدند. برنامه مداخله توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی و با راهنمایی اساتید روان‌شناسی اجرا گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: محدوده سنی ۱۶ تا ۱۹ سال، دارا بودن نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌های مورد نظر و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: مصرف همزمان داروهای ضد اضطراب، عدم ادامه جلسات درمان (بیش از دو جلسه) و داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلالات همبود مثل گذرهراسی بود. به منظور رعایت موازین اخلاقی، از شرکت‌کنندگان رضایت نامه آگاهانه اخذ شد. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش بعد از اجرای طرح به منظور دریافت درمان تکمیلی به روانپزشک یا روان‌شناس، در صورت لزوم، ارجاع داده شدند. درمان پذیرش و تعهد، متغیر مستقل و سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای امنی هم متغیرهای وابسته بودند. از تکلیف تصویری پروب دات و مقیاس رفتارهای ایمنی ترس اجتماعی، در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس از مداخله و پیگیری) استفاده شد. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، هفته‌ای دو جلسه، مداخله دریافت کرد. داده‌ها، با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم افزار SPSS-۲۵ تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

تکلیف تصویری پروب دات^۱. بر اساس تکلیف پروب دات برای ارزیابی سوگیری توجه نسبت به چهره‌های تهدیدآمیز نسبت به چهره‌های خنثی و هیجانی توسط مگ و برادلی^۲، ۱۹۹۹ ساخته شده است (پاک و همکاران، ۱۴۰۱). برای ساخت آزمون، تصاویر چهره ۸ نفر (چهار تصویر زن و چهار تصویر مرد) با شش احساس مختلف (خوشحال - عصبانی - ترسیده - منزجر - غمگین - متعجب و خنثی) از مجموعه محرک صورت نیم استیم^۳ انتخاب شد.

در این تکلیف، ابتدا یک علامت + به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه در وسط صفحه رایانه، جهت ثابت کردن محل توجه شرکت‌کننده ظاهر می‌شود. سپس یک تصویر هیجانی و یک تصویر خنثی به طور همزمان یکی در سمت راست و دیگری در سمت چپ صفحه مانیتور ظاهر می‌شود. این که چه محرک‌هایی ظاهر می‌شوند و این که هر کدام در سمت چپ یا راست صفحه نمایش قرار گیرند و این که پروب جانشین کدام محرک شود، به صورت تصادفی تعیین شده و همه حالت‌های ممکن به یک نسبت

1. Pictorial Dot Probe Task
2. Mogg and Bradley
3. NimStim Face Stimulus Set

۴۰..... اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در ...

برابر و به گونه تصادفی ارائه می‌شود. پس از ۵۰۰ میلی ثانیه دو محرک ناپدید می‌شوند و یک پروب (نقطه یا فلش) به جای یکی از دو محرک ظاهر می‌شود (بنتین^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

شرکت‌کننده باید به محض دیدن پروب، با فشار دادن کلیدهای جهت‌نما بر روی صفحه کلید رایانه، جهت پروب ظاهر شده را مشخص کند و بر این اساس، زمان واکنش آزمودنی تا یک هزارم ثانیه به وسیله رایانه ثبت می‌گردد. اگر محرک عاطفی واقعاً توجه را به خود جلب کند، شرکت‌کننده سریعتر و دقیق‌تر به نقطه کاوشگری که در همان سمت محرک عاطفی ظاهر می‌شود پاسخ می‌دهد (کیشیموتو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). تحلیل داده‌های تکلیف براساس زمان‌های واکنش پاسخ‌های صحیح صورت می‌گیرد. زمان واکنش برای شناسایی پروب به عنوان نشانگر توجه اندازه‌گیری می‌شود. واکنش‌های سریع‌تر به نقطه-ای که دقیقاً در جایگاه چهره‌های تهدید کننده اجتماعی فرار می‌گیرد، نشان‌دهنده سوگیری توجه به سمت آن تصویر و زمان واکنش کندتر، نشان‌دهنده اجتناب یا دور کردن توجه از آن است (کیشیموتو و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش میسل و همکاران (۲۰۲۲) پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس (با تبیین ۷۰ درصد واریانس) و همبستگی با اضطراب اجتماعی با دامنه همبستگی ۰/۴۵ تا ۰/۶۹ دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این تکلیف ۰/۷۶ بدست آمد.

مقیاس رفتارهای ایمنی فوبی اجتماعی^۳: این مقیاس ۱۷ گویه‌ای را پیتو- گوویویا^۴ و همکاران (۲۰۰۳) برای ارزیابی رفتارهای ایمنی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی از آنها استفاده می‌کنند تا از ارزیابی‌های منفی احتمالی دیگران جلوگیری شود، طراحی کرده‌اند. شرکت‌کننده به این گویه‌ها بر روی یک مقیاس ۴ درجه-ای لیکرت ۱ تا ۴ پاسخ می‌دهد. نمره کل بین ۱۷ تا ۶۸ است (بوراتو^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). این مقیاس دارای پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی افتراقی بالایی با حساسیت ۰/۹۶ است (پریئو-فیدالگو^۶، ۲۰۲۲). در پژوهش هاشمی و همکاران (۱۴۰۰) نتایج میانگین واریانس استخراج شده ضرایب روایی همگرایی برای مقیاس، برابر ۰/۸۳ و پایایی با روش باز آزمون ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آمد.

مقیاس اضطراب اجتماعی تعمیم‌یافته کاپر برای نوجوانان^۷: این مقیاس، توسط کاپر برای ارزیابی شدت علائم اضطراب اجتماعی در کودکان یا نوجوانان (۱۱ تا ۱۸ سال) در طول زمان ساخته شده است و دارای سه بخش است: در بخش A، ۱۸ گویه مربوط به ترس و اجتناب^۸ (از موقعیت‌های اجتماعی) وجود دارد. هر گویه در دو مقیاس رتبه بندی می‌شود، اولی ناراحتی، اضطراب و پریشانی تجربه شده^۹ و دومی اجتناب. گویه‌ها با استفاده از یک مقیاس چهار درجه‌ای شدت ترس/اجتناب، از ۰= «هرگز»، ۱= «خفیف»، ۲= «متوسط» و ۳= «شدید» رتبه بندی می‌شوند. در بخش B، از پاسخ‌دهنده خواسته

1. Bantin
2. Kishimoto
3. Social Phobia Safety Behaviors Scale (SPSBS)
4. Pinto-Gouveia
5. Burato
6. Prieto-Fidalgo
7. Kutcher Generalised Social Anxiety Disorder Scale for Adolescents (K-GSADS-A)
8. fear and avoidance
9. iscomfort/anxiety/distress experienced

می‌شود سه مورد از ترسناک‌ترین موقعیت‌های اجتماعی خود را ذکر کند... بخش C ضریب پریشانی شامل ۱۱ گویه مربوط به پریشانی عاطفی و جسمانی^۱ در موقعیت‌های اجتماعی است. نمرات بخش A از مجموع نمرات گویه‌های ترس و اجتناب (۰ الی ۱۰۸) و بخش B نمره بین ۰ تا ۹ و بخش C (۰ الی ۳۳) بدست می‌آید. نمره کل از مجموع نمرات ۳ بخش (۰ الی ۱۵۰) بدست می‌آید (بروکس و کچرا، ۲۰۰۴). نمره برش، ۵۸ است. نمرات بالاتر از ۵۸ نشان‌دهنده بدتر شدن فویبای اجتماعی و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده بهبود احتمالی است. پایایی مقیاس با آلفای کرونباخ به طور متوسط بین ۰/۷۴ و ۰/۹۶ در ۵ زمان ارزیابی از کارآزمایی ۱۶ هفته‌ای بدست آمد. میانگین واریانس استخراج شده اعتبار همگرای مقیاس با مقیاس اضطراب اجتماعی کودکان (۰/۷۴) تایید شده است (اینام^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران استوار و رضویه (۱۳۹۲) پایایی مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ و روایی همگرای مقیاس را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۳ بدست آمد.

برنامه مداخله

برنامه مداخله بر اساس پروتکل درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی (الوز و همکاران، ۲۰۲۲) اجرا شد. همراه با رهنمودهای کلی برای جلسات (مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار، بررسی تکالیف مربوط به جلسه قبل، طرح موضوع جلسه کنونی، تعیین تکلیف جدید در پایان هر جلسه) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات و محتوای برنامه مداخله

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف منزل
۱ و ۲	آشنایی	آشنایی و معرفی اعضا، تعیین اهداف درمانی و تعداد و زمان جلسات؛ رابطه درمانی؛ استعاره مشارکت فعال در اضطراب‌زا دو کوه	ایجاد انگیزه برای تغییر	یادداشت موقعیت‌های
۲	آموزش روانی	معرفی درمان پذیرش و تعهد و دیدگاه آن در مورد اضطراب اجتماعی؛ معرفی مدل نقطه انتخاب	ایجاد یک مدل فردی برای نوجوان	تکمیل یک نمونه مدل نقطه انتخاب
۳	راهبردهای کنترل اجتناب تجربه‌ای	بررسی راهبردهای کنترل مساله‌ساز و راهبردهای کنترل فواید و هزینه‌ها؛ استعاره تغذیه ببر؛ استعاره‌های به بستنی وانیلی فکر نکن، توپ در استخر و مردی در چاه استعاره طناب کشی با هیولا	کاهش	بررسی و ثبت راهبردهای کنترل مساله‌ساز تکمیل مدل نقطه انتخاب
۴	پذیرش و ذهن آگاهی	انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان پیامد و هدف مطلوب درمان؛ ذهن آگاهی در عمل؛ پذیرش: استعاره مهمان ناخوانده، لنگر انداختن آگاهی	پذیرش افکار و هیجانات و تمرین ذهن و افکار ناخوشایند بدون قضاوت با تکنیک ذهن-	تمرین پذیرش هیجانات و افکار ناخوشایند بدون قضاوت با تکنیک ذهن-

1. affective and somatic distress
2. Brooks & Kutcher
3. Inam

با فرمول A.C.E		آگاهی.
۵	گسلش با افکار مرتبط با خجالتی و تحقیر در مشاهده افکار بدون گم شدن یا گیرکردن در تمرین تماس عمدی با شناور در رودخانه جاری	تکمیل مدل نقطه انتخاب
۶	خود به عنوان زمین: استعاره صفحه شطرنج؛ مشاهده خود به عنوان زمین و بررسی آسمان و آب و هوا- شفاف‌سازی ارزش‌ها و عملکرد ارزش‌ها: تمرین قهرمانان	تمرین گسلش با لحظه حاضر ارتباط با لحظه حاضر: تمرین ذهن‌آگاهانه خوردن کشمش و "جایی باش که هستی"
۷	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در عمل	اقدام متعهدانه: استعاره انتظار برای قطار اشتباه و پل طنابی اقدام متعهدانه در موقعیت‌های عملکرد رسمی و در تعاملات اجتماعی مثبت
۸	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در عمل	اقدام متعهدانه در موقعیت‌های اجتماعی مبهم پیشگیری و پایان دادن به درمان مرور تمرین‌ها و انجام آنها

یافته‌ها

نمونه پژوهش، دانش‌آموزان دبیرستانی دختر ۱۶ تا ۱۹ ساله بودند که ۱۱ نفر پایه دهم، ۹ نفر پایه یازدهم و ۸ نفر پایه دوازدهم بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات سوگیری توجه و رفتارهای ایمنی در جدول ۲ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری داشته است و این وضعیت در مرحله پیگیری حفظ شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سوگیری توجه	پیش‌آزمون	۷/۵۵	۱/۰۴	۸/۲۵	۱/۲۷
	پس‌آزمون	۹/۵۰	۱/۵۰	۸/۶۵	۱/۴۳
	پیگیری	۹/۲۴	۱/۳۸	۸/۴۸	۱/۳۲
	پس‌آزمون	۳۹/۰۰	۵/۱۵	۴۰/۰۷	۵/۹۱

رفتارهای ایمنی	پس آزمون	۳۱/۷۸	۶/۹۵	۴۱/۳۴	۶/۶۰
پیگیری		۳۰/۹۲	۷/۰۵	۴۰/۵۰	۶/۰۹

نتایج آماره ام باکس ($\text{sig}=0/36$; $p>0/01$; $\text{sig}=0/22$) نشان داد داده‌ها از مفروضه برابری ماتریس کوواریانس تخطی نکرده‌اند؛ بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده کرد. نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که این آزمون در بازه زمانی برای هیچ یک از متغیرها در سطح $0/05$ معنادار نبوده است ($\text{sig}=0/72$) و فرض یکسانی واریانس‌های بین گروه رعایت شده است.

برای بررسی این که آیا تغییر یکسانی در نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در طول زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد یا نه؟ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر سوگیری توجه، ۱۸ درصد ناشی از تغییرات بین‌گروهی، ۵۰ درصد ناشی از اثر زمان و ۴۸ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر رفتار ایمنی، ۲۴ درصد ناشی از تغییرات گروهی، ۵۳ درصد ناشی از اثر زمان و ۶۰ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. اثر زمان و اثر تعامل زمان * گروه برای متغیرهای سوگیری توجه و رفتار ایمنی در سطح $0/01$ و برای گروه در سطح $0/05$ معنادار است. بنابراین نتایج حاکی از آن است که نمرات در طول زمان و همچنین تعامل زمان و گروه معنادار هستند.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر	توان
سوگیری توجه	زمان	۱۰/۸۷	۲	۲۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	گروه	۱۸/۸۴	۱	۵/۴۵	۰/۰۲	۰/۱۸	۱
	زمان * گروه	۹/۸۸	۲	۲۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
رفتارهای ایمنی	زمان	۲۴۱/۵۹	۲	۳۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	گروه	۸۸۷/۲۵	۱	۷/۹۰	۰/۰۰۹	۰/۲۴	۱
	زمان * گروه	۳۱۱/۲۱	۲	۳۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱

نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها، در جدول ۵ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای سوگیری توجه و رفتارهای ایمنی در مقایسه با گروه کنترل معنادار است ($p=0/01$). همچنین تفاوت بین میانگین نمره‌های پیگیری در متغیرها در در گروه آزمایش و در مقایسه با گروه کنترل معنادار است ($p=0/01$) به عبارت دیگر این درمان بر سوگیری توجه و رفتارهای ایمنی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته و دستاورد درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

جدول ۴. آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
	پیش آزمون - پس آزمون	۰/۷۵	۰/۱۲	۰/۰۰۱
سوگیری توجه	پیش آزمون - پیگیری	۰/۸۰	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۵۶
	پیش آزمون - پس آزمون	۳/۳۲	۰/۵۸	۰/۰۰۱
رفتارهای ایمنی	پیش آزمون - پیگیری	۳/۸۲	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۰/۵۱	۰/۳۵	۰/۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در دانش‌آموزان دختر با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که مداخله، اثربخشی معناداری بر کاهش سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی دارد؛ به طوری که نمرات سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است، در حالی که در نمرات گروه کنترل، تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد. خودگزارشی شرکت‌کنندگان و نیز ارزیابی در طول دوره پیگیری نشان داد کاهش سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در موقعیت‌های اجتماعی همچنان تداوم دارد.

یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش کالتی و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت هنگام تعامل با محیط خود، با اطلاعات دیداری بمباران می‌شویم که فقط مقدار کمی از آنها به دلیل منابع ادراکی محدود ما، می‌تواند آگاهانه پردازش شوند. بنابراین از توجه انتخابی^۱ برای فیلتر کردن اطلاعات استفاده می‌شود تا سیستم بینایی بتواند به طور ترجیحی به جنبه‌های مهم و مرتبط محیط بینایی توجه کند. در نتیجه، توجه انتخابی در شکل‌گیری ادراک ما از جهان پیرامون یک امر حیاتی است (ویسر و کیل، ۲۰۲۰). گرچه این توجه انتخابی و گوش به‌زنگی نسبت به محرک‌های تهدید کننده به ویژه تهدید واقعی، از نظر تکاملی پاسخی طبیعی و سازگارانه است اما هنگامی که فردی بیش از حد به تهدیدات جزئی توجه کند، انتخاب بسیار گزینشی نسبت به محرک‌های تهدید داشته باشد و به نوعی این محرک‌ها را جستجو کند، این می‌تواند منجر به تلقی محیطی بیش از حد خصمانه شود؛ این به نوبه خود، فراوانی، شدت و طول دوره‌های اضطراب و ترس را افزایش داده و سبب اغراق در پردازش تهدید و تشدید اضطراب می‌شود (آریزل و بار-هیم، ۲۰۲۰). به همین خاطر است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ظاهراً پردازش سوگیرانه‌ای از محرک‌های مرتبط با اختلال مانند چهره‌های تهدیدکننده را در مقایسه با محرک‌های خنثی نشان می‌دهند (کوستر و بوگارد، ۲۰۱۹). اضطراب بیشتر، سوگیری توجه به تهدید را تقویت کرده و این سوگیری خود منجر به انجام رفتارهای ایمنی بیشتر می‌شود که برای کاهش یا پیشگیری از

پیشانی و سرکوب علائم اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی ترس آور استفاده می‌شوند. گرچه رفتارهای ایمنی به طور لحظه-ای سبب احساس امنیت در فرد می‌شود ولی چون مانع مواجهه فرد با موقعیت‌های اجتماعی استرس‌زا می‌شود، علائم اضطراب اجتماعی همچنان ادامه می‌یابد زیرا افراد مبتلا به مرور زمان کاهش اضطراب را تجربه نمی‌کنند (کیم و همکاران، ۲۰۲۲). لذا سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی نقش حیاتی را در برانگیختگی و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کنند. بنابراین کاهش سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی می‌تواند نشانگان اضطراب اجتماعی را کاهش دهد.

درمان پذیرش و تعهد، سبب تغییر واکنش و نوع رابطه نوجوان با تجربه علائم اضطراب اجتماعی می‌شود به طوری که در گام اول، به جای اجتناب از افکار، احساسات، حس‌ها و خاطرات آزارنده، آنها را بدون دفاع، تلاش برای تغییر و یا قضاوت کردن، پذیرش می‌کند و آنها را صرفاً به عنوان افکار، احساسات و خاطرات نگاه می‌کند نه چیز بیشتری و می‌پذیرد که اینها جزء طبیعی وجود هر انسانی است (آلوز و همکاران، ۲۰۲۲). در گام بعدی با گسلش، خود را از افکار، احساسات و خاطرات آزارنده مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی جدا کرده و دیگر با آنها آمیخته نمی‌شود که بر رفتار او مسلط شوند. از آنجایی که بیشتر افکار برانگیخته شده توسط اضطراب اجتماعی، قضاوت هستند، از طریق افزایش آگاهی، نوجوان می‌تواند تشخیص دهد که هیچ حقیقتی وجود ندارد، بلکه فقط درک آنها از خود و دیگران در هر لحظه وجود دارد. گسلش، این فرآیند را از طریق آگاهی از افکار بدون واکنش به آنها تقویت می‌کند. در گام بعدی، نوجوان با تلاش ذهن آگاهانه برای تماس با لحظه حاضر و ماندن در آن، از غلبه افکار اضطراب‌زای مرتبط با گذشته و آینده جلوگیری می‌کند. او یاد می‌گیرد خود را به عنوان زمینه‌ای در نظر بگیرد که افکار و احساسات به خاطر او وجود دارند و او برابر با افکارش نیست و می‌تواند خود مشاهده‌گر باشد. بررسی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه شرایطی را فراهم می‌کند که فرد به تدریج با موقعیت‌های اضطراب‌زا روبه‌رو شود. این زمینه را برای کاهش اجتناب از موقعیت‌هایی که قبلاً از آنها اجتناب می‌کرد، افزایش کارایی شخصی، پردازش عاطفی مجدد فرایند ترس و تغییر باورهای اضطراب‌زا در مورد موقعیت‌های اجتماعی فراهم می‌کند و به دنبال آن، شرطی‌زدایی نسبت به این موقعیت‌ها اتفاق می‌افتد به طوری که به هنگام مواجهه با این موقعیت‌ها، دچار ترس یا اضطراب شدید نمی‌شود.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، می‌تواند سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را کاهش دهد؛ لذا؛ پیشنهاد می‌شود در درمان این اختلال مورد استفاده روان‌درمانگران قرار گیرد.

پژوهش حاضر، دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این که پژوهش فقط بر روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ۱۶ تا ۱۹ ساله مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهرستان سنقر صورت گرفته است، لذا در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها احتیاط شود. عدم تفکیک جنسیتی، و پیگیری کوتاه مدت از دیگر محدودیت‌ها بود.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود از محدوده جغرافیایی متفاوت و نیز روش تصادفی برای انتخاب افراد نمونه استفاده کنند؛ برای مطالعه دوام و ثبات درمان، زمان بیشتری برای مرحله پیگیری در نظر گرفته شود و تفکیک جنسیتی نیز در برنامه درمانی صورت گیرد تا تفاوت تأثیرپذیری هر دو جنس مشخص گردد. در سطح کاربردی نیز،

۴۶ اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سوگیری توجه به تهدید و رفتارهای ایمنی در ...

پیشنهاد می‌شود درمان‌گرانی که در حیطه درمان اضطراب اجتماعی نوجوانان فعالیت دارند از درمان پذیرش و تعهد، به منظور کاهش اضطراب اجتماعی بهره ببرند.

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

منابع

استوار، صغری و رضویه، اصغر. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان جهت استفاده در ایران، *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۲)، ۶۹-۸۷.

پاک، راضیه؛ محمودعلیلو، مجید؛ بیرامی، منصور؛ بخشی پور رودسری، عباس(۱۴۰۱). مقایسه سوگیری توجه در دانشجویان مضطرب اجتماعی، با نشانه اضطراب اجتماعی و بهنجار در دانشگاه‌های شهر تبریز در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه توصیفی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۱ (۱۰): ۱۰۵۴-۱۰۳۷. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6730-fa.html>

تقی پور، بهزاد؛ بشرپور، سجاد؛ برزگران، رقیه؛ زارع، نرجس و زالی کره ناب، نعمت. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، *مطالعات روان‌شناختی*، ۶(۲)، ۵۶-۴۱

<https://doi.org/10.22051/psy.2020.30040.2143>

خرم‌نیا، صمد؛ طاهری، امیرعباس؛ محمدپور، محسن؛ فروغی، علی اکبر؛ کریم‌زاده، یاسمن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت بین فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۱): ۱۵-۲۷. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.8.1.15>

هاشمی، سید اسماعیل؛ حسنوند عموزاده، مهدی؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ بساک نژاد، سودابه و ربیعی، محمد. (۱۴۰۰). ارزیابی الگوی ساختاری عوامل ایجاد کننده و تداوم بخش اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۱ (۲۰۶): ۱۲۹-۱۱۴.

Alves, F., Figueiredo, D. V., & Vagos, P. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescence: Preliminary Appraisal Based on a Case Study Approach. *Clinical Case Studies*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/15346501221144069>

Alves, F., Figueiredo, D. V., & Vagos, P. (2021). The Prevalence of Adolescent Social Fears and Social Anxiety Disorder in School Contexts. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12458. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912458>

Azriel, O., & Bar-Haim, Y. (2020). Attention bias. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 203–218). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-012>.

Bantin, T., Stevens, S., Gerlach, A.L., Hermann, C. (2016). What does the facial dot-probe task tell us about attentional processes in social anxiety? A systematic review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 50:40-51. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.04.009>

Boland, R; Verduin, M and Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* 12th Edition. North American, Wolters Kluwer Health. Publication.




Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2004). The Kutcher Generalized Social Anxiety Disorder Scale for Adolescents: Assessment of its evaluative properties over the course of a 16-week pediatric psychopharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14(2), 273-286. doi: 10.1089/1044546041649002

- Burato, K.R.S.D.S., Crippa, Jose., Loureiro, Sonia. (2009). Validity and reliability of the social phobia safety behaviour scale in social anxiety. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 36. 175-181+182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000500001>
- Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of affective disorders*, 310, 174–182. DOI: [10.1016/j.jad.2022.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008)
- Evans, R., Chiu, K., Clark, D. M., Waite, P., & Leigh, E. (2021). Safety behaviours in social anxiety: An examination across adolescence. *Behaviour research and therapy*, 144, 103931. doi: [10.1016/j.brat.2021.103931](https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103931)
- Evans, R., Clark, D.M., Leigh, E. (2022). Are young people with primary social anxiety disorder less likely to recover following generic CBT compared to young people with other primary anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2021;49(3):352–369. DOI: [10.1017/S135246582000079X](https://doi.org/10.1017/S135246582000079X)
- Fleming, Jan E., Kocovski, Nancy L., Segal, Zindel V. (2013). *The Mindfulness and Acceptance Workbook for Social Anxiety and Shyness: Using Acceptance and Commitment Therapy to Free Yourself from Fear and Reclaim Your Life*. New Harbinger Publications.
- Gray, E., Beierl, ET., Clark, DM. (2019) Sub-types of safety behaviours and their effects on social anxiety disorder. *PLOS ONE*;14(10) DOI: [10.1371/journal.pone.0223165](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223165)
- Harris, Russ. (2021). *Trauma-Focused ACT: A Practitioner's Guide to Working with Mind, Body, and Emotion Using Acceptance and Commitment Therapy* (1st edition). Context Press Publications.
- Hashemi, S E., Hassanvand Amouzadeh M., Mehrabizadeh Honarmand M., Bassak Nejad S., Rabiei M. (2022). Evaluating The Structural Model for Causative and Maintaining Factors of Social Anxiety Disorder in Students of Medical Sciences. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 31 (206) :114-129. (Text in Persian). <http://jmums.mazums.ac.ir/article-۱-۱۷۲۶۸-fa.html>
- Hofmann, Stefan G., Otto, Michael W. (2017). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*, New York, Routledge publication. <https://doi.org/10.4324/9781315617039>
- Inam, A., Khalil, H., Tahir, W. B., & Abiodullah, M. (2014). Relationship of emotional intelligence with social anxiety and social competence of adolescents. *Nurture*, 8(1), 20-29. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxy.lib.monash.edu.au/docview/1807744503?accountid=12528>
- Khoramnia, S., Bavafa, A., Jaberghaderi, N., Parvizifard, A., Foroughi, A., Ahmadi, M., & Amiri, S. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42(1), 30–38. (Text in Persian) <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.8.1.15>
- Kim, D., Kang, H. Y., & Ahn, J. K. (2022). The relationship between three subtypes of safety behaviors and social anxiety: Serial mediating effects of state and trait post-event processing. *Frontiers in psychology*, 13, 987426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.987426>
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of anxiety disorders*, 64, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002>
- Kishimoto, T., Wen, X., Li, M., Zhang, R. Y., Yao, N., Huang, Y., & Qian, M. (2021). Vigilance-Avoidance Toward Negative Faces in Social Anxiety with and Without Comorbid Depression. *Frontiers in psychiatry*, 12, 636961. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.636961>

- Prieto-Fidalgo, Á., Miers, A. C., & Calvete, E. (2022). Interpretation Biases in Social Scenarios and Social Anxiety: The Role of Safety Behaviors. *Psicothema*, 34(4), 489–497. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.406>
- Koster, E., & Bogaerde, A. (2019). Attentional bias and the anxiety disorders. In B. O. Olatunji (Ed.), *The Cambridge handbook of anxiety and related disorders* (pp. 41–58). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108140416.003>
- Ostvar, S., & Razavieh, A. (2013). The Study of Psychometric Properties of Social Anxiety Scale for Adolescents for Use in Iran. *Psychological Methods and Models*, 3(vol 3/ no 12), 69-78. (Text in Persian).
- Pak, R., Mahmoud Alilou, M., Bayrami, M., Bakhshi Pour Roudsari, A. (2023). A Comparison of Attentional Bias in Socially Anxious, Subclinical, and Normal University Students in Tabriz in: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*; 21 (10) :1037-1054. URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-6730-fa.html>. (Text in Persian).
- Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers. *Frontiers in psychology*, 10, 1302. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01302>
- Sackl-Pammer, P., Jahn, R., Özlü-Erkilic, Z. et al (2020). Social anxiety disorder and emotion regulation problems in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 13, 37. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0297-9>
- Taghipoor, B., basharpour, S., barzegaran, R., Zare, N., & zali Kare nab, N. (2020). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Attention Bias and Emotional Inhabitation in Women with Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 16(2), 41-56. doi: 10.22051/psy.2020.30040.2143. (Text in Persian)
- Wieser, M. J., & Keil, A. (2020). Attentional threat biases and their role in anxiety: A neurophysiological perspective. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 153, 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.05.004>
- Meissel, E. E. E., Liu, H., Stevens, E. S., Evans, T. C., Britton, J. C., Letkiewicz, A. M., & Shankman, S. A. (2022). The Reliability and Validity of Response-Based Measures of Attention Bias. *Cognitive therapy and research*, 46(1), 146–160. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10212-w>



مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی بهبود یافته کرونا-۱۹

نسرین زمانی زاد^۱ , اسماعیل سلیمانی^{۲*} , علی عیسی زادگان^۳ 

چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی بیماران بهبودیافته کرونا بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کله مبتلایان به کرونا بود که به مراکز درمانی مراجعه کردند. از این تعداد ۷۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در گروه‌های آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند. آزمون اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی-هیجانی در پیش آزمون انجام شد. سپس هر دو روش درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت گروهی و آنلاین اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد استفاده از آموزش اکت در مرحله پس آزمون بر اضطراب سلامتی تأثیر داشت، اما در مرحله پس آزمون بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی تأثیری نشان نداد. آموزش تنظیم هیجان بر کاهش بازنمایی‌های شناختی-هیجانی، اضطراب سلامتی در مرحله پس آزمون تأثیر داشت. به نظر می‌رسد که تنظیم هیجان نتیجه موثرتری نسبت به اکت داشته باشد و می‌تواند در مراکز سلامت و بالینی جهت بهبود این بیماران استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: اکت، اضطراب سلامت، بازنمایی‌های شناختی-هیجانی، تنظیم هیجان، ویروس کرونا

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

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران soleymany.psy@gmail.com

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

مقدمه

با شیوع بیماری کرونا در جهان، سلامت جسمی و روانی افراد تحت تاثیر این بیماری قرار گرفت و منجر به بروز اختلالات روانی در حوزه سلامت روان شد که شایع ترین آنها اضطراب است (راجرز^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) که ناشی از نگرانی افراد در مورد تهدیداتی است که از جانب بیماری متوجه سلامتی فرد می شود (آسموندسون و تیلور^۲، ۲۰۲۰؛ تیلور، ۲۰۱۹) و با علایمی نظیر افزایش ضربان قلب، افزایش میزان تنفس، درد قفسه سینه، تنگی نفس، احساس گرما، مشکلات گوارشی، خستگی و در مواردی درد عضلانی ظاهر می شود و به اصطلاح با عنوان اختلال اضطراب سلامت^۳ شناخته می شود (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). این اضطراب ناشی از باورهای ناکارآمد در مورد وضعیت سلامتی و احتمال بروز بیماری است که اثر مهمی در انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری دارد (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). در واقع باورها تعیین کننده نحوه تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف هستند (خانی و همکاران، ۱۳۹۷).

در مطالعاتی که بر روی بازنمایی‌های ادراکی از بیماری^۴ مدل خود تنظیمی لونتال هوارد^۵ (۱۹۸۰) انجام شده است، نتایج حاکی از آن بوده‌اند که آدم‌ها در شرایط بیماری، تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می دهند: ۱- هویت بیمار: شامل برچسب یا نامی است که فرد برای توصیف بیماری خود و علایمی ناشی از آن، به کار می برد. ۲- علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است به طور کامل صحیح نباشند. ۳- سیر بیماری: باورهای پیشبینانه در این باره که بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیشرونده است یا ثابت. ۴- پیامدها: باورهای فرد در مورد اینکه پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر زندگی، جسم، روابط اجتماعی و اهداف و آرزوهای او چگونه خواهد بود و ۵- درمان/ کنترل پذیری بیماری: عقایدی درباره اینکه آیا خود فرد یا مراجع درمانی می توانند تأثیری بر بیماری او، دوره آن یا علائم اش داشته باشند. بنابراین شیوه معمول در درمان اضطراب می تواند متکی بر تغییر و اصلاح باورها و ادراک و رفتار بیماران باشد که نمونه آن در شیوه درمانی "انعطاف پذیری روانی" متجلی می باشد.

مطالعات نشان داده‌اند انعطاف پذیری روان شناختی، اثرات مخرب کووید-۱۹ بر سلامت روان را تسکین می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نمونه از درمان مبتنی بر انعطاف پذیری روان شناختی است که اساس آن، پذیرش درد جسمی و روانی بعنوان بخشی از زندگی طبیعی است. پذیرش درد و رنج اولین گام انعطاف پذیری روان شناختی است. بنابراین، هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روان شناختی بیماران در مورد افکار، احساسات و رفتارها می باشد و به دنبال افزایش تاب‌آوری و ایجاد زندگی هدفمند و مبتنی بر ارزش در افراد است.

از جمله دیگر مدل‌هایی که در درمان اضطراب به کار می روند، آموزش تنظیم هیجان‌ها است که طی شیوع بیماری کرونا مورد توجه قرار گرفت. با شیوع این بیماری به علت ناشناخته بودن، انتقال سریع، میزان ابتلای بالا، شکست در درمان و

1. Rogers
2. Asmundson, & Taylor
3. Health Anxiety
4. Illness Representation
5. Leventhal Hward

مرگ، بسیاری از مردم جهان هیجان های گوناگونی را تجربه کردند و توانایی تصمیم گیری درست در شرایط همه گیری را از دست دادند که راهبردهای تنظیم هیجان توانست تا حدودی تاثیر بیماری کرونا را بر سلامت روان تعدیل کند (کارا و گوک^۱، ۲۰۲۰) و مدل گراس بعنوان یکی از مداخلات درمانی در زمینه آموزش تنظیم هیجان مورد استقبال واقع شود. این مدل شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است و هدف غایی مدل کاهش یا اصلاح راهبرد های ناسازگار و یادگیری راهبردهای سازگار است. تنظیم هیجان به افراد در کاهش، افزایش و حفظ مؤلفه های هیجانی کمک می کند و در صورت بروز شرایط تنش آور و بحرانی مانند شیوع کووید-۱۹، این مهارت در کاهش شدت هیجان های منفی نقش بسزایی ایفا می کند (پریخیدکو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در همه گیری کووید-۱۹ نیز راهبردهای تنظیم هیجان در ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس در افراد نقش مهمی ایفا می کند (سوقوتلو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). بررسی های صورت گرفته طی شیوع کرونا نشان داده است افرادی که دارای خودسرزنجشی، نشخوار فکری و عدم پذیرش هستند، اضطراب و افسردگی بالایی را تجربه می کنند (وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، افرادی که از تنظیم هیجان سازگاران، مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی به صورت مثبت استفاده می کردند از سلامت روان شناختی و جسمانی بهتری برخوردار بودند (داویش و کیسلوا^۵، ۲۰۲۰). از طرفی دیگر، بررسی های انجام شده نشان داد نگرانی و ترس از مبتلا شدن به کووید-۱۹ باعث افزایش اضطراب سلامت در افراد می شود. در این بین تنظیم هیجان می تواند این اضطراب را تعدیل نماید (مونوز ناوارو^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعات موید اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در خصوص مشکلات روان شناختی است. مطالعه ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان موجب بهبود علائم وسواس و کاهش اضطراب در افراد گروه آزمایش شد؛ و در نهایت درمان متمرکز بر هیجان تلویحات کاربردی مفیدی در بهبود علائم روان شناختی بیماران مبتلا به کرونا دارد. زارعی و تکلوی (۱۴۰۱) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مداخله تنظیم هیجان به طور معناداری موجب کاهش اضطراب سلامت در افراد مورد مطالعه شده است.

مطالعات درحوزه ویروس کووید-۱۹ و بویژه درخصوص مداخلات درمانی روان شناختی برای کاهش اضطراب ناشی از آن برای بهبود یافتگان این بیماری بسیار کم می باشد. با توجه به اهمیت بالای سلامت روان جامعه و افزایش توانایی مهارت های مقابله با شرایط استرس زا، استفاده از دو شیوه درمانی تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر انعطاف پذیری روانی، مورد توجه کارشناسان حوزه سلامت روان می باشد و بیان نقاط قوت و ضعف هر کدام از روش ها نسبت به دیگری می تواند کارشناسان را در انتخاب شیوه مداخله یاری کند. لذا هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثر بخشی تنظیم هیجان مدل گراس و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اضطراب سلامت در بهبود یافتگان بیماری کرونا بود.

1. Kara, & Gök
2. Prikhidko
3. Sögütlü
4. Wang
5. Dovbysh, Kiseleva
6. Muñoz-Navarro

۵۲..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

فرضیات: آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی تاثیر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی تاثیر دارد. و پژوهش در پی پاسخ به این سوال می باشد که اثر بخشی کدامیک از این دو روش درمان بر اضطراب سلامت و بازنمایی شناختی - هیجانی بیشتر است.

روش پژوهش

روش پژوهش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بهبود یافتگان بیماری کرونا مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان تبریز در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ماه سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد آنها ۶۶۰ نفر بودند. نمونه مطالعه حاضر شامل ۷۵ نفر (۲۵ نفر برای هر گروه) از بین جامعه آماری با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی (با روش فهرست تصادفی اعداد) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند که در نهایت به دلایل ریزش و افت نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر شرکت کننده باقی ماند. مشارکت کنندگان، بیماران مبتلا به کرونا بودند که حداقل یک ماه از بهبودی آنها گذشته بود و تحت درمان دارویی (رمدسیویر، دفاویپیراویر، توسیلیزوماب و...) بوده و از طریق مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، افرادی که دارای علائم افسردگی و اضطراب بودند گزینش شدند.

معیارهای ورود به مطالعه: بهبود یافتگان بیماری کرونا، شرکت نکردن در جلسات روان درمانی دیگر، نداشتن اختلال خاص روانی بر اساس مصاحبه تخصصی توسط متخصص روان شناسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج: ادامه ندادن جلسات درمانی، غیبت دو جلسه متوالی.

ابزارها

پرسشنامه ادراک بیماری^۲ (IPQ-R): این پرسشنامه نسخه خلاصه شده ادراک بیماری است که فرم کوتاه آن تمام ابعاد شناختی مطرح شده در نظریه خود نظم - بخشی لونتال شامل (پیامدها، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان، هویت، نگرانی، پاسخ عاطفی و علت بیماری) را پوشش می دهد. از پرسشنامه ادراک بیماری که برای سنجش ابعاد بسط یافته مدل لونتال ساخته شده است (ماس ماریس^۳ و همکاران، ۲۰۰۲)، برای سنجش بازنمایی های ادراکی هفتگانه از بیماری (بخش شناختی) و همچنین بازنمایی های عاطفی از بیماری استفاده شد. هر کدام از ابعاد این پرسشنامه به استثنای گویه ۹ در یک درجه بندی بین صفر تا ده پاسخ داده می شود. گویه ۹ این مقیاس باز پاسخ است و به دیدگاه بیمار درباره علل بیماری وی مربوط می شود. نمره کلی ادراک بیماری، از مجموع زیر مقیاس های پیامد، خط زمان، هویت، نگرانی، پاسخ عاطفی با معکوس زیر مقیاس های کنترل شخصی، کنترل درمان و شناخت بیماری به دست می آید که نشان دهنده درجه ای است که بیماران، بیماری خود را به عنوان عامل تهدیدکننده یا خوشخیم تلقی می کنند. کمترین نمره در این

1. www.tbzmed.ac.ir
2. Illness Perception Questionnaire
3. Moss-Morris

مقیاس صفر و بیشترین نمره نود است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سئوالات مختلف ۰/۴۲ - ۰/۷۵ گزارش شده است. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($p < ۰/۰۰۱$ ، $r = ۰/۶۱$) (برودبنت^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). روایی سازه این پرسشنامه با مقیاس نسخه ایرانی پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری روی یک نمونه ۶۲ نفری بیماران قلبی آزمون شد که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۷۱ بوده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است (بزازیان و همکاران، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ مقیاس در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب سلامت (F-SHAI²): توسط سالکوسکیس^۳ و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شد. این ابزار، یک آزمون خودگزارشی با ۱۸ گویه است که در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. از آزمودنی خواسته می‌شود که هریک از گویه‌ها را به دقت بخواند و گویه‌ای که به بهترین وجه، وضعیت او را طی شش ماه اخیر در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، نشان می‌دهد، انتخاب نماید. این پرسشنامه، سه عامل نگرانی کلی سلامت^۴ (۷ گویه)، ابتلا به بیماری^۵ (۶ گویه) و پیامدهای بیماری^۶ (۵ گویه) را می‌سنجد. دامنه نمرات این آزمون بین صفر و ۵۴ بوده و نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است. سالکوسکیس و همکاران، اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. آبرامویتز^۷ و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی فرم کوتاه اضطراب سلامت را بررسی کردند. ضریب همبستگی روایی همگرا فرم کوتاه اضطراب سلامت با مقیاس نگرش بیماری^۸، سنج حساسیت اضطرابی^۹، پرسشنامه عدم تحمل ابهام^{۱۰} و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۲ بیان می‌کنند. در ایران نیز نرگسی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های نگرانی کلی سلامتی، ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۹ و ۰/۷۰ به دست آوردند. همچنین روایی سازه این پرسشنامه با تحلیل عامل تاییدی شامل سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ برآورد گردید.

1. Broadbent
2. Farsi-Short form of Health Anxiety Inventory
3. Salkovskis
4. General Health Concern
5. Getting a Disease
6. Consequences of the Disease
7. Abramowitz
8. Illness Attitude Scale
9. Anxiety Sensitivity Index
10. Intolerance for Uncertainty Scale

۵۴..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱: بعد از اجرای پیش آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس نظریه استیون هیز (۱۹۸۶) دو بار در هفته بصورت آنلاین و گروهی در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اول برگزار گردید. تغییری در اصل کار داده نشده و طبق پروتکل اجرا شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مبتنی بر نظریه استیون هیز (۱۹۸۶)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف منزل
اول	برقراری رابطه درمانی	آموزش مبتنی بر آگاهی	ارتقا آگاهی هیجانی	ذهن آگاهی
دوم	بررسی درماندگی خلاق نسبت به درمان های گذشته	آموزش استعاره و پرسش	یافتن ارزشها	مشخص نمودن اهداف و ارزشها، تمرینات رویارویی
سوم	پذیرش، ارزشها، تکالیف	آموزش پذیرش	بررسی سطح خلق	ادامه تمرینات ذهن آگاهی و مواجهه، مقابله با افکار و خاطرات ناخوشایند
چهارم	شفاف سازی ارزشها	بررسی موانع، تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه	تکمیل فرم مسیر ارزشمند بررسی اجتناب ها	آگاهی از حس ها و تمرکز بر فعالیت های ذهنی، بدنی و هیجانها
پنجم	مرور تکالیف، گسستگی از تهدیدها	آموزش گسستگی پیوستگی	رویارویی با مسئله	یادداشت اهداف مرتبط با ارزشها، تمرین
ششم	خود مشاهده گری	صحبت درباره رضایت از زندگی	تنظیم هیجانها	تمرینات تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، تمرین
هفتم	رنج اولیه و ثانویه، تعهد و موانع شکل گیری رضایت	گفتگو درباره ارزش ها	ثبات در ارزشها	ادامه تمرینات شفاف سازی و تلاش برای پایداری ارزشها
هشتم	شفاف سازی ارزش ها	پیشگیری، پذیرش تجارب و ایجاد انگیزه	تکلیف مادام العمر	مرور تکالیف و جمع بندی

درمان تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس^۲: در این پژوهش آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس (۲۰۰۲) مبتنی بر پروتکل ارائه شده توسط گراس، طی ۸ جلسه یک ساعته آنلاین روی گروه آزمایش دوم و دریافت کننده مهارت تنظیم هیجان اجرا و در هر جلسه تکالیف جلسات قبلی مرور شد. تغییری در اصل کار داده نشده و طبق پروتکل اجرا شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزش تنظیم هیجان مدل گراس (۲۰۰۲)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکالیف منزل
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع	معارفه، آشنایی با اهداف جلسات درمانی برقراری ارتباط بهینه با شامل توضیح قوانین گروه برقراری ارتباط با اعضا و آشناس اعضا و ارائه برنامه زمانبندی جلسات و اجرای پیش آزمون	برقراری ارتباط بهینه با اعضا و آشناس	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Emotion Regulation Based on Gross Theory

دوم	انتخاب موقعیت	شناسایی هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش، تفاوت عملکرد انواع هیجانها، ابعاد گوناگون هیجان مشکل ساز، اثر کوتاه و بلند مدت آنها	شناسایی هیجان و موقعیت های توانایی تشخیص طبیعی و درک گزارش بیان هیجان های رخدادهای برانگیزاننده و تمییز در موقعیت های برانگیزاننده
سوم	مهارت های هیجانی اعضا	مطرح کردن عملکرد هیجانها در فرایند ساگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان ها در برقراری ارتباط با دیگران و تاثیر گذاری روی آنها	توانایی خودارزیابی جهت شناختن تجارب خود و راهبردهای خود تنظیمی
چهارم	اصلاح موقعیت و هدف حل مسئله و مهارت های بین فردی	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده، جلوگیری از انزوا و اجتناب	به کارگیری راهبرد حل مسئله و گفتگو، اظهار آموزش وجود و حل تعارض اصلاح موقعیت
پنجم	گسترش توجه و آموزش توجه	بررسی تکالیف، تغییر توجه، توقف نشخوار	به کارگیری مهارت توجه
ششم	ارزیابی شناختی، آموزش راهبرد بازاریابی	تغییر ارزیابی های شناختی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالتهای هیجانی	تشخیص پی بردن به پردازش ذهنی در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ های هیجانی
هفتم	تعديل پاسخ، ابراز و تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس	تغییر پیامد های رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان مواجهه، اصلاح رفتار از طریق تقویت کننده های محیطی	تمرین ابراز هیجانی با توانایی شناسایی راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن
هشتم	ارزیابی و کاربرد	رفع موانع کاربرد آموزش ها، اهداف فردی، رفع موانع انجام تکالیف، جمع بندی کلی، اجرای پس آزمون	توانایی به کارگیری مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه

روش اجرا

جهت اجرای پژوهش بعد از کسب مجوز و دریافت کد اخلاق از دانشگاه ارومیه و انتخاب نمونه آماری و جایگزینی آنها در گروه های آزمایشی و کنترل، از افراد شرکت کننده درخواست شد به پرسشنامه های پیش آزمون شامل اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی بصورت مجازی و از طریق ایمیل و... پاسخ دهند. هماهنگی جلسات و آموزش های لازم در خصوص نحوه اجرای پژوهش در گروهی که در شبکه اجتماعی واتساپ تشکیل شده بود انجام می گرفت. سپس جلسات درمانی و آموزشی در ۸ جلسه گروهی بصورت هفتگی و هر هفته دو جلسه بصورت آنلاین (به علت شرایط کرونایی) و از طریق پلتفرم اسکای روم^۱ برگزار شد و استاد راهنما به عنوان ناظر مشارکت داشتند (عدم وجود مشاور). برای گروه کنترل نیز جلسات درمانی کوتاه بعد از اتمام پژوهش برگزار شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که افراد شرکت کننده از لحاظ بازه سنی بین ۱۹ تا ۳۶ سال قرار داشتند که میانگین سنی آنها برابر با ۲۷/۵ سال و بیشترین تعداد افراد در مردان و زنان مربوط به گروه سنی ۲۶-۳۵ بود (۵۳٪ زن ۴۷٪ مرد). از نظر تحصیلات بیشترین درصد (۶۶٪) مربوط به کارشناسی و کمترین درصد (۴/۸٪) به دکتری اختصاص داشت. ۲۵ نفر مجرد و ۲۰ نفر متأهل بودند. در ادامه آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی- هیجانی گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به همراه تفاوت میانگین در هر گروه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. مقایسه نمرات با حد بهنجار نمرات در آزمون مربوطه در مرحله پیش آزمون اضطراب سلامت از حد متوسط (۲۸) بسیار بالاتر بودند اما در مورد بازنمایی های شناختی- هیجانی (۴۵) شناخت متوسط از بیماری داشتند.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی اضطراب سلامت و بازنمایی‌های شناختی- هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون بازنمایی		پس آزمون اضطراب		پیش آزمون اضطراب		پس آزمون اضطراب		تفاوت میانگین
	های شناختی- هیجانی		سلامت		سلامت		سلامت		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
اکت	۳/۸۷	۴۳/۵۳	۶/۰۹	۲۰/۶۶	۲/۹۶	۲۴/۸۶	۳/۸۷	۲۴/۸۶	۱۰/۰۰
هیجان	۴/۸۳	۴۲/۳۳	۷/۹۱	۲۴/۰۰	۳/۸۷	۲۰/۶۰	۳/۸۷	۲۰/۶۰	۱۲/۲۶
کنترل	۹/۵۱	۴۷/۸۶	۶/۲۸	۳۶/۸۰	۷/۱۰	۳/۸۰	۷/۱۰	۳/۸۰	۴/۶۰

برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس بررسی شد. از آزمون ام باکس جهت بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد مفروضه همسانی همبستگی بین متغیرهای وابسته برقرار است. نتایج آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات بیماران دو گروه مداخله و کنترل هم پیش از درمان و هم پس از درمان در مقیاس بازنمایی های شناختی- هیجانی و اضطراب سلامت نرمال است (سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. برای بررسی همسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد در مرحله پس آزمون ($F=۰/۶۴$ Sig= $۰/۴۳$) بازنمایی های شناختی- هیجانی و و پس آزمون ($F=۲/۸۹$ Sig= $۰/۱۰$) اضطراب سلامت پیش فرض برابری واریانس ها مورد تایید است. همچنین از سطح معنی داری تعامل گروه و پیش آزمون ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد که با توجه به نتایج مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تایید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد. در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر مداخله بر روی بازنمایی های شناختی- هیجانی و در جدول شماره ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر مداخله بر روی اضطراب سلامت ارائه شده است. با توجه به نتایج جداول ۴ و ۵ تاثیر

مداخله بر بازنمایی های شناختی- هیجانی و همچنین بر اضطراب سلامت معنی دار است. به عبارت دیگر هر دو روش تنظیم هیجان و اکت بر متغیرهای بازنمایی های شناختی- هیجانی و اضطراب سلامت تاثیر داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان اکت و تنظیم هیجان بر متغیرهای وابسته اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی- هیجانی مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله بر بازنمایی شناختی هیجانی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	P-value
عرض از مبدا	۴/۶۸	۱	۰/۲۵	۰/۶۲
گروه	۴۰۵/۳۹	۲	۱۰/۷۹	<۰/۰۰۱

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله بر اضطراب سلامت

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	P-value
عرض از مبدا	۴۷/۶۲	۱	۳/۱۶	۰/۰۸
گروه	۲۵۷۲/۰۳	۲	۸۵/۳۶	<۰/۰۰۱

به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر متغیرهای وابسته اثربخشی بیشتری داشته و آیا تفاوت برآمده از تاثیر دو روش از لحاظ آماری معنادار است؟ از آزمون تعقیبی فیشر (LSD) استفاده شده است. نتایج حاصل نشان داد که بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بین دو روش درمانی اکت و تنظیم هیجان تفاوت معنی داری قابل مشاهده است ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر اضطراب سلامت و بازنمایی های شناختی - هیجانی در بهبود یافتگان کووید-۱۹ انجام گرفت. یافته‌ها با مطالعات پیشین؛ فتح آبادی و همکاران (۱۳۹۸)، خانی و همکاران (۱۳۹۷)، کارا و گوک (۲۰۲۰)، ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹)، زارعی و تکلوی (۱۴۰۱)، همسو می باشد.

بر اساس نظریه استیون هیز، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری شناختی است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می‌کند. همچنین روش مداخله‌ای منعطف روان شناختی است. منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، می باشد، تا بخواهند به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده شان باشد. در این روش درمانی، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها همگی منجر به کاهش شدید افسردگی و اضطراب می

۵۸..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

شود (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). به عقیده ناصری نیا و برجعلی (۱۳۹۹) در این روش بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی تاکید می‌شود. به این دلیل که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به آنچه در زندگی برای شان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع فرآیندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد آموزش داد، چگونه عقیده بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. در این روش درمان سعی شد به شرکت کنندگان آموزش داده شود که احساساتشان را بپذیرند، تا این که از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان بوسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد رویکرد تعهد و پذیرش بر بازنمایی های هیجانی و شناختی این بیماران تاثیر مثبتی دارد. یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده است که باورهای بیماران به شدیدتر بودن پیامدهای بیماری، طولانی تر شدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف تر روی بیماری، شدیدتر بودن علائم بیماری و همچنین نگرانی بیشتر درباره بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی کمتری همراه است (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). به عقیده آنها (فتح آبادی و همکاران) تمایل به تجربه عواطف منفی و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند، مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی، ادراک از بیماری را بهبود بخشیده است. با توجه به تأثیر عمیق بازنمایی های شناختی - هیجانی در بهبود وضعیت بالینی بیماران کرونایی، از تلویحات مهم بالینی این نکته است که برای تأثیرگذاری بهتر درمان های بیولوژیک در بیماران، توجه به ادراک صحیح بیماران از وضعیت بیماری خود، روند بهبود بیماران را تسریع می‌کند.

در ارتباط با فرضیه اثربخشی تنظیم هیجان می‌توان چنین تبیین نمود، افرادی که طی شیوع کووید-۱۹ هیجانانگیز خود را مدیریت و کنترل می‌کنند از سلامت روان بهتری برخوردارند. هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی رو به رو می‌شود احساس خوب و خوشبینی برای کنترل هیجان کافی نیست، بلکه وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد. در اصل در تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است، زیرا افراد با هر محرک و موقعیتی که مواجه می‌شوند آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین کننده واکنش های افراد است. به همین دلیل، افرادی که طی همه گیری کووید-۱۹ از روش های ناسازگارانه و ضعیف نظیر نشخوار، فاجعه انگاری و ملامت خویشتن استفاده می‌کنند نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر هستند. در واقع، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان های خود در برابر تنش ایجاد شده توسط کووید-۱۹ نیستند، استرس، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. استفاده از راهبردهای سازگارانه مانند ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی به صورت مثبت موجب افزایش هیجانانگیز مثبت در افراد می‌شود که نتیجه آن کاهش اضطراب سلامت و ترس ناشی از کرونا است.

در ارتباط با آموزش تنظیم هیجان می توان گفت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی ها و تفسیر های منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مستمر بیمار را به حالت حساسیت نسبت به علائم بدنی مرتبط با اضطراب نگه داشته و به افزایش توجه به محرک های تهدید کننده منجر شده و میزان تهدید آمیز بودن محرک های درونی و بیرونی ادراک شده را افزایش می دهد. افرادی که دارای اضطراب سلامت هستند، نسبت به علائم و نشانه های جسمانی خود حساس تر هستند که این خود باعث افزایش اضطراب و تنش در آنها می شود. افراد با اضطراب سلامتی، اعتقادات ناکارآمد و تحریف شده در مورد سلامت خودشان دارند و آنها بر نقص های جسمانی جزئی، مشکلات جسمانی و احساسات مبهم فیزیکی متمرکز می شوند. فرض تحریف شده در مورد سلامت، نگرانی های سلامت و ادراک متفاوت تغییرات جسمانی به عنوان مهم ترین جنبه های اضطراب سلامت شناخته می شوند (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). مشکل در تنظیم هیجان از عوامل مهم در حفظ و پایداری علائم و توجه افراطی به محرک های تهدید کننده در اختلالات اضطرابی است. مهارت های تنظیم هیجان به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب پذیر هستند اجازه می دهد که در زمان حال باشند و به جای آنکه واکنشی اضطرابی به موقعیت نشان دهند درک عینی تری از میزان تهدید به دست آورند، بدین صورت که با تغییر دادن واکنش افراد به حالت های اضطرابی و رویدادهای زندگی، سعی در تعدیل اضطراب و سایر اختلالات هیجانی دارند.

آموزش تنظیم هیجانی با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانان بهبود یافتگان کرونا فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت آنان می گردد. کنترل هیجان ها در قدم اول با ادراک صحیح هیجان ممکن خواهد بود و این ادراک به واسطه آگاهی از هیجان رخ می دهد. زمانی که شخص درک درستی از هیجانی که تجربه می کند، داشته باشد و بتواند علایم خلقی و احساسی خود را شناسایی کند، اطلاعات و توانمندی بیشتر جهت مقابله با تکانها و احساسات خود خواهد داشت. در نتیجه، آموزش تنظیم هیجان باعث می شود که آنان با آگاهی از هیجانان و استفاده درست، پذیرش آنها و ابراز هیجانان، مخصوصاً هیجانان مثبت در موقعیت های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند. که به تبع آن میزان افسردگی، اضطراب، استرس های غیرمنطقی و افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا می کند. در مجموع نتایج بررسی های انجام شده حاکی از نقش مهم راهبردهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روان شناختی در سلامت روانی بسیاری از مردم جهان طی شیوع کووید-۱۹ بود. با توجه به اینکه در دوران پسا کووید-۱۹ شاهد مشکلات روان شناختی متعددی خواهیم بود. لازم است تدابیری در جهت آموزش و ارتقای راهبردهای تنظیم هیجان برای گروه های آسیب پذیر اتخاذ شود. با توجه به این که درمان های غیردارویی در بهبود علائم اضطراب که شامل مداخلات روان شناختی می باشند، می توانند موثر واقع گردند؛ و با نظر به نقش اساسی آگاهی و تجربه هیجانی در پیش بینی و بهبود این علائم در مبتلایان به بیماری کرونا؛ و همچنین با نظر به شیوع روزافزون این بیماری، به عنوان یک نتیجه کاربردی، پیشنهاد می شود که مراکز درمانی با هدف ارتقای سطح آگاهی و مدیریت هیجانی، پیشگیری و بهبود علائم اضطراب، دوره های درمانی متمرکز بر هیجان و پذیرش را در قالب فردی یا گروهی در

۶۰..... مقایسه اثربخشی دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر اضطراب سلامت و...

نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا کنند. تضمین ایجاد و حتی تداوم امید به درمان و تعدیل باورهای بیماران در خصوص بیماری خود، نیازمند توجه به کلیه عوامل جسمانی و روانی بیماران مبتلا به کرونا می باشد.

از محدودیت‌های مطالعه میتوان به حجم نمونه پایین مطالعه که به سبب کنترل هزینه و وقت، کمترین میزان توصیه شده برای انجام مطالعه در نظر گرفته شده، توجه نمود، لذا ممکن است مقدار خطا بالا و توان مطالعه کم باشد. همچنین هرچند تخصیص مشارکت کنندگان در گروه‌های مطالعه به صورت تصادفی بود اما در کل انتخاب نمونه به صورت در دسترس از ارزش تعمیم پذیری مطالعه می کاهد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از درمان تعهد و پذیرش، و تنظیم هیجان برای آن گروه از بیماران است که خود و اطرافیان و حتی پزشک متخصص معالج آنها احساس می کنند از ادراک ناقص بیماری رنج می‌برند و همچنین انعطاف‌پذیری لازم را در مواجهه با شرایط غیر قابل پیشی‌بینی ندارند، پس پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان‌ها، روان‌شناسان سلامت و بالینی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی در کنار سایر روش‌های درمانی متداول خود استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود، در دوران پساکرونا به مشکلات هیجانی مبتلایان توجه ویژه گردد و برنامه‌های درمانی مدون جهت افزایش سازگاری روان شناختی با محوریت ارتقاء کیفیت هیجانی در مراکز درمانی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران و وظیفه خود می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان که به انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی نمایند.

منابع

بزازیان، سعیده، بشارت، محمد علی، بهرامی احسان، هادی و رجب، اسدالله. (۱۳۸۹). نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله در رابطه بین ادراک بیماری، هموگلوبین گلیکوزیله و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. *مجله غد درون ریز و متابولیسم*

ایران، ۱۲(۳)، ۲۲۲-۲۱۳. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-838-fa.html>

خانی جیحونی، علی؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاوه، محمدحسین؛ حاجی زاده، ابراهیم؛ غلامی، طاهره. (۱۳۹۶). تأثیر یک برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه شناختی اجتماعی در پیشگیری از پوکی استخوان در زنان. *مجله پزشکی جنوب ایران*، ۲۲ (۱)،

۵۲۹-۵۳۶. <https://www.sid.ir/paper/33892/fa>

داوودی، محمد رضا؛ طاهری، امیرعباس؛ فروغی، علی اکبر؛ احمدی، سید مجتبی؛ و حشمتی، خاطره. (۱۳۹۹). بر افسردگی و کیفیت خواب در نوروپاتی دیابتی دردناک: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله دیابت و اختلالات متابولیک*، ۱۹(۲)، ۱۰۸۱-۱۰۸۸.

<https://www.sid.ir/paper/966031/fa>

زارعی، حیدرعلی، تکلوی، سمیه. (۱۴۰۱). تأثیر مداخله تنظیم هیجان مدل گراس بر سازگاری آموزشی و اضطراب سلامت نوجوانان دارای خانواده مبتلا به کووید-۱۹. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۴(۱)، ۶۴-۷۵.

<https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1371-fa.html>

فتح آبادی، جلیل؛ ایزددوست، مونا؛ تقوی، داوود؛ شلانی، بیتا، و صادقی، سعید. (۱۳۹۷). نقش باورهای غیر منطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت. *پایش*، ۱۷(۲)، ۱۶۹-۱۷۸.

<http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>

ناصری نیا، سجاده؛ و برجعلی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا.

مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۰(۳۹)، ۱۳۵-۱۵۵. https://jcps.atu.ac.ir/article_12395.html

نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم، و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در بین دانشجویان پزشکی. *مجله سنجش آموزشی*، ۷(۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷. <https://www.sid.ir/paper/214567/fa>

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871-883. DOI: 10.1007/s10608-006-9058-1

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102211

Bazazian, S., Besharat, M., Bahrami, E., & Rajab, A. (2010). Moderating role of coping strategies in relation between the illness perception, glycosylated hemoglobin and quality of life in type I diabetic patients, *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 12 (3), 212-222. [persian]. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-838-fa.html>.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Dovbysh, D. V., & Kiseleva, M. G. (2020). Cognitive emotion regulation, anxiety, and depression in patients hospitalized with COVID-19. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 134-147. Doi: 10.11621/PIR.2020.0409

Davoudi, M., Taheri, A. A., Foroughi, A. A., Ahmadi, S. M., & Heshmati, K. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and sleep quality in painful diabetic neuropathy: a randomized clinical trial. *Journal of Diabetes Metabolic Disorders*, 19, 1081-1088. [persian]. <https://www.sid.ir/paper/966031/fa>

Fathabadi, J., Izaddost, M., Taghavi, D., Shalangi, B., & Sadeghi, S. (2018). The role of irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle in predicting the risk of diabetes. *Payesh*, 17(2), 169-178. [persian]. <http://payeshjournal.ir/article-1-56-fa.html>.

Gross, J. (2002). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>

Hayes, S. C. (1986). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7>

Kara, A., & Gök, A. (2020). Positive and Negative Affect during a Pandemic: Mediating Role of Emotional Regulation Strategies. *Journal of Pedagogical Research*, 4(4), 484-497. doi:10.33902/JPR.2020064452

Khani Jeehooni, A., Hidarnia, A., Kaveh, M. H., Hajizadeh, E., & Askari, A. (2017). Retarded: The effect of an educational program based on health belief model and social cognitive theory in prevention of osteoporosis in women. *Journal of Health Psychology*, 22(5), NP1-NP11. [persian]. <https://www.sid.ir/paper/33892/fa>.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, 2, 7-30. [tps://link.springer.com/article/10.1007/BF02090456](https://link.springer.com/article/10.1007/BF02090456)

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, J., Horne, R., Cameron, LD., Buick, D. (2002). The Revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation

- effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii, S. A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Journal of Educational Assessment*, 7(27), 160-147 [persian]. <https://www.sid.ir/paper/214567/fa>
- Naserinia, S., & Barjali, M. (2019). The effectiveness of emotion-focused therapy on obsessive and anxiety symptoms in corona patients. *Quarterly Journal of Clinical Studies in Psychology*, 10(39), 155-135. [persian]. https://jcps.atu.ac.ir/article_12395.html.
- Prikhidko, A., Long, H., & Wheaton, M. G. (2020). The effect of concerns about COVID-19 on anxiety, stress, parental burnout, and emotion regulation: the role of susceptibility to digital emotion contagion. *Frontiers in Public Health*, 8, 567250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.567250>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., . . . David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853. doi:10.1017/s0033291702005822
- SÖĞÜTLÜ, Y., SÖĞÜTLÜ, L., & GÖKTAŞ, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 41-49. <https://doi.org/10.16899/jcm.804329>
- 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.
- Zarei, H., & Takloi, S. (2022). The effect of Grass Model's emotion regulation intervention on educational adaptation and health anxiety of adolescents with families affected by Covid-19. *Health and Care Journal*, 24 (1), 64-75. [persian]. <https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1371-fa.htm>.



فرا تحلیل مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناخت بر اضطراب

زهرا گلی زاده ^۱، ابوالفضل فرید ^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ترکیب پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناختی بر اضطراب با روش فرا تحلیل بود. بنابراین از شاخص اندازه اثر g هجرت به عنوان یک مقیاس مشترک در این پژوهش استفاده شد. جامعه آماری پژوهش‌های در دسترس مرتبط با مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب بود که در بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰ در بانک‌های اطلاعاتی رایانه‌ای مانند پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات کشور (مگیران)، پایگاه مجلات تخصصی نور (نورمگز)، پرتال جامع علوم انسانی و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایراندک) قابل مشاهده بود. بر اساس ملاک‌های تعریف‌شده ورود و خروج پژوهش‌های اولیه، ۶۷ اندازه اثر از ۶۳ مطالعه اولیه توسط نرم‌افزار CMA مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. میزان اندازه اثر ترکیبی کل با توجه به معیار کوهن بزرگ ارزیابی شد، که بیانگر اثر مثبت انواع مداخلات بر اضطراب بود. در بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده، نتایج اثربخشی مطلوب مداخلات درمانی و آموزشی را بر انواع اضطراب نشان داد، همچنین بین دو جنس در اثربخشی مداخلات، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در نهایت پیشنهاد می‌شود مداخلات درمانی-آموزشی شناختی و فراشناختی یکی از موثرترین نوع مداخلات در بهبود انواع اضطراب است

کلیدواژه‌ها: اضطراب، مداخلات شناختی، مداخلات فراشناختی

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

Zahragolizade.mit.edu@gmail.com

^۲ دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

مقدمه

اضطراب^۱ به حالتی اشاره می‌کند که به موجب آن، فرد بیش از حد معمول درباره وقوع رخدادی وحشتناک در آینده، نگران، تنیده و ناراحت است. در تعریف این سازه، به ترکیب پیچیده‌ای از دیگر واکنش‌های احساسی منفی، مانند نگرانی و ترس نیز اشاره شده است. از جمله پیامدهای آسیب‌زای اضطراب می‌توان به اطمینان نداشتن فرد به توانایی خود در کنترل احساس‌ها و واکنش‌های اضطرابی و نیز اداره تکالیف زندگی به نحو مطلوب اشاره کرد (هالیون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

نوعی از اضطراب که سطح بروز عملکرد در موقعیت‌های آموزشی را تقلیل یافته‌تر از سطح واقعی نشان می‌دهد، اضطراب امتحان^۳ است. اضطراب امتحان شامل پاسخ‌های جسمی، شناختی و رفتاری است که در ارتباط با نگرانی از کسب نتایج منفی همراه با عملکرد ضعیف یا نامناسب در موقعیت‌های ارزیابی به وجود می‌آید (کارسلی و هیت^۴، ۲۰۱۹)؛ که در نتیجه فرد به توانایی‌های خود شک کرده و منجر به کاهش توان مقابله با موقعیت امتحان می‌شود (آنیر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب ریاضی به‌عنوان پدیده‌ای شایع و جهانی، یکی از هیجان‌های تحصیلی در موقعیت‌های آموزشی به شمار می‌رود و تأثیر عمیقی بر عملکرد تحصیلی فراگیران دارد و به معنای احساس بدبینی، دلهره و افزایش واکنش فیزیولوژیک، هنگامی که افراد با ریاضیات سروکار دارند، تعریف شده است (اسکاگلند^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

اختلال اضطراب اجتماعی پس از هراس خاص دومین اختلال شایع در سطح جهان است (کائو^۷، ۲۰۲۰). این اضطراب ترسی مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن، مورد انتقاد یا سرزنش واقع شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران است (سیگل و کوکواسکی^۸، ۲۰۲۰). چپو، کلارک و لایق^۹ (۲۰۱۹)، در پژوهش خود نشان دادند: هنگامی که تنش ارزیابی شده توسط فرد از حد توانمندی‌هایش فراتر رود، رفتار اجتنابی در او افزایش می‌یابد. این در حالی است که افزایش تجربه اضطراب و رفتار اجتنابی می‌تواند در بُعد اجتماعی، تحت عنوان اضطراب اجتماعی تلقی گردد (میلان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع اضطراب اجتماعی به ترس آشکار و پیوسته از حضور در موقعیت اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به طرز خجالت‌آوری عمل خواهد کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). مرادی (۱۳۹۸)، در پژوهش خود نشان داد که: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی شود. همچنین در بررسی اثربخشی درمان فراشناختی پژوهش

-
1. Anxiety
 2. Hallion
 3. Test anxiety
 4. Carsley & Heath
 5. Uner
 6. Skagerlund
 7. Cao
 8. Siegel & Kocovski
 9. Chiu, Clark & Leigh
 10. Milman

نشان داده است این شیوه درمانی بر طیف وسیعی از پیامدهای روان‌شناختی از قبیل علائم اضطرابی و خلقی بیماران روان‌پزشکی (ویتر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)، اثرگذار است.

فلاول^۲ فراشناخت^۳ را آگاهی از اینکه فرد چگونه یاد می‌گیرد تعریف کرد. فراشناخت، آگاهی شخصی از فرآیندهای راهبردهای شناختی^۴، تفکر درباره‌ی تفکر و دانش فرد درباره یادگیری خودش است. آموزش فراشناختی استفاده از فن‌های فراشناختی در راهنمایی آگاهانه افراد، کمک به استقلال در یادگیری و خودآموزی و توسعه توانمندی حل مسئله و کسب قدرت در جهت اصلاح رفتار هست (فلاول، ۱۹۸۸). چنین فرایندی موجب ارتقاء خود نظارتی می‌شود. افرادی که توانایی خود نظارتی بالایی دارند در دانستن اینکه در شرایط خاص چه رفتار یا عملکردی مناسب هست مهارت دارند، به همین دلیل خود نظارتی جزو مکمل‌های لازم فرآیند یادگیری و یک مکانیسم مهم در تحول و پیشرفت فرد است که به صورت ارادی انجام می‌شود. این پیشرفت به طور مؤثری باعث ارتقا سلامت روان می‌شود (نریمانی و همکاران، ۱۴۰۰). هدف اصلی درمان فراشناختی توانا کردن افراد برای برقراری ارتباط با افکارشان به گونه‌ای متفاوت، گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف و جلوگیری از پردازش همراه با نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید می‌باشد (مهدی و احمدیان، ۱۴۰۰). نریمانی و همکاران (۱۴۰۰)، در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش فراشناختی بر اضطراب و تاب‌آوری دختران نوجوان دریافتند، آموزش فراشناختی در گروه آزمایشی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب امتحان در دانش‌آموزان دختر در مقایسه با گروه گواه شده است. همچنین فرخی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که استفاده از راهبردهای فراشناختی به وسیله دانشجویان می‌تواند بر کاهش اضطراب امتحان تأثیرگذار بوده و در خیلی از موارد از اضطراب امتحان جلوگیری کرده و در نهایت موجب بهبود پیشرفت تحصیلی گردد.

درمان شناختی-رفتاری به فرد کمک می‌کند تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود را به طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد. این مداخلات دارای سه فرض می‌باشند: رفتار شخص تحت تاثیر افکار، تصورها، ادراک و سایر وقایع شناختی است؛ اشخاص نقش عامل در یادگیری خود دارند و تا حدودی محیط اطرافشان را خودشان به وجود می‌آورند؛ برای اینکه سازه‌های شناختی در تلاش‌های فرد برای تغییر رفتار سودمند باشد، باید درگیری شناختی، رفتاری به صورت عملی تحقق یابد. در درمان‌های شناختی-رفتاری سعی بر آن است که عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه و شناخت در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر به صورت یک پیکره درآیند (ویسکرمی و همکاران، ۱۳۹۹)، نتایج پژوهش‌های مختلف در سال‌های اخیر، بیانگر آن است که آموزش‌های شناختی بر کاهش انواع اضطراب‌ها مؤثر است. از جمله می‌توان به: مرادی (۱۳۹۸)، سهرابی فرد و همکاران (۱۳۹۸)، شعاعی و همکاران (۱۳۹۹) و رفیعی و همکاران (۱۳۹۹) و تاجیک (۱۴۰۰)، اشاره کرد.

1. Winter
2. Flavell
3. Meta-cognition
4. Cognitive Strategies

بر طبق آنچه گذشت مداخلات شناختی و فراشناختی به‌عنوان یک روش مداخله مبتنی بر شواهد برای مدیریت اضطراب حمایت‌فزاينده‌ای را دریافت کرده است در واقع اثر بخشی مداخلات شناختی و فراشناختی در درمان انواع اضطراب‌ها مورد توافق پژوهشگران داخلی و خارجی بسیاری است، ولی پژوهشگران تاکنون در ایران و خارج از کشور در مورد مقدار تأثیر این روش‌های درمانی بر کاهش علائم اضطراب به توافق نرسیده‌اند و هر کدام اندازه اثر مختلفی را در مطالعات خود گزارش کرده‌اند. در ایران پژوهش‌های مختلفی در این حوزه انجام شده است این در حالی است که با تأکید بر نقش فرهنگ و حجم زیاد پژوهش‌های داخلی انجام یافته با وجود تفاوت در جامعه و نمونه، روش‌های آماری، طرح‌های پژوهش و یافته‌های آن‌ها به‌منظور یکپارچه‌سازی یافته‌های این پژوهش‌ها و دستیابی به نتیجه‌ای کلی و مقایسه‌پذیر، انجام فرا تحلیل در این حیطه ضروری می‌نماید. بررسی‌ها نشان می‌دهند که در این زمینه تعدادی فرا تحلیل صورت گرفته است از جمله میتوان به فراتحلیل نورمن و مورینا^۱ (۲۰۱۸) که باهدف بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی و فراشناختی بر انواع شکایات روانی انجام شده است، اشاره کرد. این فراتحلیل با حجم نمونه ۲۵ پژوهش که کار آزمایشی تصادفی و کنترل شده بودند، نشان داد که مداخلات مبتنی بر راهبردهای فراشناختی یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از شکایات روانی است که تا به امروز قوی‌ترین شواهد در درمان افسردگی و اضطراب وجود دارد. همچنین در ایران امانی و همکاران (۱۳۹۹)، در فرا تحلیلی با عنوان « اثربخشی مداخله‌های درمانی بر کاهش اضطراب امتحان» به بررسی اثربخشی مداخله‌های درمانی بر کاهش اضطراب امتحان پرداختند. نتایج این فرا تحلیل نشان داد که: انواع مداخله‌های رفتاری، شناختی، شناختی- رفتاری و فراشناختی بر کاهش اضطراب امتحان مؤثر است؛ که از این بین مداخله شناختی - رفتاری نسبت به مداخله‌های دیگر کارآمدتر شناخته شد.

لازم به توضیح است که فرا تحلیل‌های پیشین صورت گرفته در این زمینه یا به بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر نوع خاصی از اضطراب، مانند اضطراب امتحان و یا به انواع دیگری از مداخلات درمانی مانند مداخلات رفتاری یا شناختی - رفتاری پرداخته‌اند، از آنجایی که در پژوهش‌های جدیدتر مداخلات فراشناختی بیشتر مورد توجه پژوهشگران این حوزه بوده است، و از آنجایی که اضطراب می‌تواند نسل جوان و آینده دار هر جامعه را نیز درگیر کند و کشور ایران نیز از این مسئله مبرا نیست، بنابراین نیاز به اتخاذ یک تصمیم جدید در زمینه درمان این اختلال و ارائه راهبردهای درمانی مؤثر و اثربخش جدید ضرورت دارد. بنابراین به نظر میرسد، انجام یک فراتحلیل، ضمن بازنگری پژوهش‌های پیشین، نتایج آن‌ها را ترکیب و به شفاف ساختن مقدار واقعی تأثیر این رویکردها بر کاهش نشانه‌های اضطراب کمک شایانی خواهد کرد. در نهایت، هدف پژوهش حاضر این بود که با استفاده از روش فراتحلیل، میزان اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی بر کاهش علائم اضطرابی در بین پژوهش‌های داخلی بررسی شود. در کنار این هدف اصلی به سه هدف فرعی نیز از جمله تعیین اندازه اثر ترکیبی اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی بر هر کدام از انواع اضطراب (اضطراب کلی، اضطراب امتحان، اضطراب ریاضی و اضطراب اجتماعی) و همچنین بررسی نقش جنسیت و سن فراگیران پرداخته شد. یافته‌های این فرا تحلیل می‌تواند ارزیابی عمیق و معتبری را با در نظر گرفتن اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی در گروه‌های مختلف همراه با شناسایی متغیرهای

تعدیل‌کننده و رفع تناقضات پژوهش‌های اولیه، در اختیار پژوهشگران و متخصصان این حوزه قرار دهد و به جهت‌گیری‌های پژوهشی آن‌ها در آینده کمک کرد.

از لحاظ روش‌شناختی در این پژوهش تلاش شده است تا با استفاده از یکی از روش‌های نوین پژوهشی، تحت عنوان فراتحلیل، به بررسی ترکیب نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب به‌منظور خاتمه بخشیدن به اختلاف‌نظرهای موجود در این زمینه و همچنین دستیابی به نتیجه‌ای کلی و منسجم، اقدام شود. لذا این پژوهش در نظر دارد با ترکیب نتایج پژوهش‌های مختلف در این حوزه به این سوالات پاسخ دهد: مداخلات شناختی و فراشناختی بر اساس نتایج ترکیبی این پژوهش‌ها تا چه حدی بر کاهش اضطراب افراد مؤثر است؟ آیا بین اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب با جنسیت و سن آزمودنی‌ها تعامل وجود دارد؟ اثربخشی مداخلات شناختی و فراشناختی بر کدام یک از نوع اضطراب بیشتر است؟

روش پژوهش

در این پژوهش با توجه به هدف و ماهیت پژوهش از روش فراتحلیل استفاده شد. در فراتحلیل یافته‌های پژوهش‌های اولیه در قالب یک شاخص کمی برگردان می‌شود. برای این‌که یافته‌های آماری پژوهش‌های مختلف باهم قابل ترکیب باشد لازم است ابتدا این مقادیر به شاخصی با مقیاس مشترک تبدیل گردد. پرکاربردترین روش ترکیب نتایج عددی پژوهش‌ها در فراتحلیل‌ها اندازه اثر^۱ است. اندازه اثر در آمار یک مقیاس است که برای نشان دادن بزرگی یک پدیده مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عبارتی اندازه اثر برجهت و شدت تفاوت میان دو یا چند گروه دلالت دارد. همچنین گزارش و تفسیر اندازه اثر بر اساس مطالعات پیشین نیز مفید است. اندازه اثر، نتایج هر پژوهش را به‌صورت نمرات استاندارد (Z) نشان می‌دهد که شاخصی از شدت اثر یا تفاوت بین گروه‌ها است (Cohen, ۲۰۱۳). روش‌های گوناگونی برای محاسبه اندازه اثر وجود دارد؛ در این پژوهش از آنجایی که پژوهش‌های اولیه از نوع نیمه آزمایشی و آزمایشی بودند، از شاخص g هجز^۲ برای تفسیر اطلاعات استفاده شد.

جامعه آماری شامل تمامی مقالات چاپ‌شده در مجلات علمی-پژوهشی، پایان‌نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری معتبر در بانک‌های اطلاعاتی رایانه‌ای در دسترس موجود بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰ در داخل کشور بود که با روش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی به بررسی مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب افراد پرداخته بودند. جهت تعیین ملاک ورود و خروج پژوهش‌ها به فراتحلیل، پژوهش‌های فارسی چاپ‌شده در ایران با دسترسی آنلاین که به‌صورت آزمایشی و نیمه آزمایشی به مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب پرداخته بودند، وارد فراتحلیل شدند و پژوهش‌هایی که دارای تعدد انتشار، یا عدم گزارش اطلاعات لازم جهت محاسبه اندازه اثر و یا این‌که دارای ضعف‌های روش‌شناختی جدی بودند، از فراتحلیل خارج شدند. درنهایت بر طبق ملاک‌های گفته‌شده ۷۵ پژوهش شناسایی شد که بر اساس ملاک‌های خروج، تعداد ۱۲ پژوهش حذف شد و در مجموع ۶۳ پژوهش با ۶۷ اندازه اثر با توجه به تعداد متغیرهای وابسته و مؤلفه‌های آن‌ها، دارای شرایط علمی و روش‌شناختی مناسب برای ورود به فراتحلیل بودند. در فرایند جست‌وجو پژوهش‌های اولیه، از کلیدواژه‌هایی از قبیل

1. effect size
2. Hedges's g

۶۸ فرا تحلیل مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناخت بر اضطراب

درمان فراشناختی، درمان شناختی، درمان‌های شناختی مبتنی بر نظریه ذهن، آموزش راهبردهای شناختی و آموزش راهبردهای فراشناختی که در ارتباط با مفهوم متغیر مستقل بودند، در بانک‌های اطلاعاتی رایانه‌ای در دسترس، موجود در ایران، از قبیل پایگاه علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات کشور (مگیران)، پایگاه مجلات تخصصی نور (نور مگز)، پرتال جامع علوم انسانی و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایراندک) استفاده شد.

ابزار

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از چک‌لیست مشخصات طرح‌های پژوهشی که توسط مصر آبادی (۱۳۹۵)، طراحی شده است، استفاده شد. با توجه به اینکه در مطالعات فراتحلیل، واحد تجزیه و تحلیل، گزارش نهایی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه موضوع مورد بررسی است، از این فرم به منظور ثبت اطلاعات پژوهش‌های اولیه استفاده شد که شامل مواردی از قبیل عنوان پژوهش، نام پژوهشگر(ان)، سال انجام پژوهش، محل اجرای پژوهش، متغیرهای مستقل و وابسته و جامعه آماری بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مستخرج از پژوهش‌های اولیه، اندازه اثر از نوع جی هجز برای هر مطالعه محاسبه شد؛ هرچند در تعدادی از مطالعات به جهت وجود متغیر تعدیل‌کننده یا وجود ابعاد یا مقیاس فرعی در متغیرهای مستقل یا وابسته، اندازه‌های اثر متعددی محاسبه شد. همچنین اندازه اثر ترکیبی با دو مدل اثرات تثبیت شده و تصادفی محاسبه شد تا بر اساس میزان همگنی از یکی از مدل‌ها استفاده شود. از نمودار کیفی برای تشخیص میزان سوگیری انتشار و از آزمون کیو کوکران (Q) و مجذور آی (I) برای تشخیص ناهمگنی استفاده شد. همچنین از تحلیل‌های فرعی در سطوح متغیر مستقل و وابسته و فرا رگرسیون برای تشخیص نقش متغیرهای تعدیل‌کننده بر اندازه‌های اثر، استفاده شد. برای محاسبه اندازه‌های اثر و نیز فعالیت‌های آماری بعدی در ارتباط با ترکیب نتایج از نرم‌افزارهای CMA ویرایش ۲ و SPSS ویرایش ۲۲، استفاده گردید.

یافته‌ها

با توجه به اینکه یکی از پیش‌فرض‌های اصلی فرا تحلیل، نبود سوگیری انتشار پیش از بررسی نتایج است، ابتدا یافته‌های مربوط به بررسی این پیش‌فرض ارائه می‌شود، سوگیری انتشار در واقع، به چاپ نشدن پژوهش‌های مرتبط با موضوع فرا تحلیل مربوط می‌شود که دارای یافته‌های غیر معنادار هستند. در پژوهش حاضر برای بررسی سوگیری انتشار از شیوه گرافیکی (نمودار کیفی) استفاده شد. در نتیجه پس از حذف ۲۰ اندازه اثر نامتعارف و پرت از ۶۳ اندازه اثر اولیه، تعداد ۴۳ اندازه اثر باقی ماند که تحلیل‌های بعدی روی این تعداد اندازه اثرها انجام شد.

در جدول ۱، اندازه اثر ترکیبی (خلاصه) بر اساس دو مدل تثبیت شده و تصادفی برای ۴۳ اندازه اثر اولیه ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، مقادیر اندازه اثر ترکیبی در مدل تثبیت‌شده برابر با ۱/۲۹ و در مدل تصادفی برابر با ۱/۱۲ است که هر دو اندازه اثر ترکیبی از لحاظ آماری معنادار هستند ($p < 0/001$).

1. Cochran's Q test

جدول ۱. اندازه اثرهای ترکیبی تثبیت شده و تصادفی مربوط به اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی مبتنی بر راهبردهای شناختی و فراشناختی بر اضطراب

مدل	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر خلاصه	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار Z	سطح معنی داری
			حد پایین	حد بالا		
تثبیت شده	۴۳	۱/۲۹	۱/۰۲	۱/۲۳	۲۰/۲۸	۰/۰۰۱
تصادفی	۴۳	۱/۱۲	۱/۰۴	۱/۲۸	۱۳/۷۳	۰/۰۰۱

جهت تعیین مدل نهایی فرا تحلیل، میزان ناهمگنی نیز بررسی می‌شود. در صورت بالا بودن میزان ناهمگنی در اندازه اثر پژوهش‌های اولیه، مدل تصادفی انتخاب می‌شود که در واقع بر این فرض مبتنی است که اندازه اثر ترکیبی، به دلیل وجود مشخصه‌ها و متغیرهای تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مختلف پژوهش‌های اولیه (که بر اندازه‌های اثر تأثیر می‌گذارند) از پژوهشی به پژوهشی دیگر می‌تواند متفاوت باشد. در جدول ۲، نتایج بررسی ناهمگنی اندازه‌های اثر اولیه بر اساس شاخص Q کوکران برابر است با $۱۰۱/۸۸$ که از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). در حقیقت شاخص Q کوکران نشان از وجود تفاوت واقعی در میان اندازه اثرهای پژوهش‌های اولیه است؛ اما ذکر این نکته ضروری است که معناداری این شاخص به شدت تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد؛ بنابراین به توصیه تحلیلگران بهتر است از شاخص دیگری به نام مجذور I نیز بهره گرفت. این شاخص مقداری بین صفر تا صد را شامل می‌شود؛ که مقدار ناهمگنی را به صورت درصد نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقدار عددی این شاخص مقدار $۷۷/۵۸$ می‌باشد که نشان می‌دهد بالای ۷۷ درصد از پراکنش پژوهش‌های اولیه، واقعی است. مقدار این شاخص‌ها نشان از وجود ناهمگنی نسبتاً بالا به دلیل وجود متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌گر در پژوهش‌های اولیه است؛ بنابراین مدل تصادفی به عنوان مدل فرا تحلیل انتخاب و اندازه اثر ترکیبی مربوط به اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی مبتنی بر راهبردهای شناختی و فراشناختی بر اضطراب، مقدار $۱/۱۲$ در نظر گرفته شده.

جدول ۲. شاخص‌های تشخیص ناهمگنی در اندازه‌های اثر اولیه مربوط به اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناختی بر اضطراب

مقدار Q	درجه آزادی	P	I^2
۱۰۱/۸۸	۴۲	۰/۰۰۱	۷۷/۸۵

در جدول ۳، اندازه‌های اثر ترکیبی مداخلات شناختی و فراشناختی بر هر کدام از انواع: اضطراب کلی، اضطراب امتحان، اضطراب ریاضی و اضطراب اجتماعی ارائه شده است. اندازه اثر ترکیبی هر کدام از این انواع اضطراب به ترتیب برابر با: $۱/۱۵$ ، $۱/۱۴$ ، $۰/۹۳$ ، $۱/۱۳$ که همگی معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین مجذور I برای هر کدام از انواع اضطراب برابر با: $۶۱/۱۸$ ، $۱۲/۸۰$ ، $۵/۲۹$ ، $۳/۹۹$ هست که بیشترین ناهمگنی مربوط به اضطراب کلی هست. از طرفی شاخص Q درون‌گروهی برابر $۱۰۰/۵۷$ است که از این میان سهم شاخص Q بین‌گروهی برابر با $۱/۳۱$ و بی‌معنی است ($P > ۰/۰۵$ و $df=۳$). این نتیجه نشان می‌دهد مقدار

۷۰.....فرا تحلیل مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناخت بر اضطراب

ناهمگنی بین چهار گروه از پژوهش‌های اولیه بر اساس انواع اضطراب ۱/۳۱ است و نوع اضطراب نمی‌تواند از موارد ایجادکننده ناهمگنی در اندازه‌های اثر باشد و احتمالاً عواملی غیر از آن در ایجاد ناهمگنی نقش دارند.

جدول ۳. اندازه‌های اثر ترکیبی اثربخشی مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناختی بر انواع اضطراب

انواع اضطراب	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار Z	سطح معنی‌داری	مجذور I
				حد بالا	حد پایین			
اضطراب کلی	۱۹	۱/۱۵	۰/۰۸	۱	۱/۳۱	۱۴/۳۰	۰/۰۰۱	۶۱/۱۸
اضطراب امتحان	۱۸	۱/۱۴	۰/۰۸	۰/۹۶	۱/۳۱	۱۲/۸۰	۰/۰۰۱	۱۲/۸۰
اضطراب ریاضی	۴	۰/۹۳	۰/۱۸	۰/۵۹	۰/۲۸	۵/۲۹	۰/۰۰۱	۵/۲۹
اضطراب اجتماعی	۲	۱/۱۳	۰/۲۸	۰/۵۷	۰/۶۹	۳/۹۹	۰/۰۰۱	۳/۹۹

در جدول ۴، اندازه‌های اثر ترکیبی مداخلات آموزش و درمانی شناختی و فراشناختی بر اساس نوع مداخله (آموزشی یا درمانی) ارائه شده است. اندازه اثر ترکیبی برای مداخله آموزشی ۱/۱۰ و برای مداخله درمانی برابر با ۱/۱۷ هست؛ که هر دو معنی‌دار هستند ($p < 0/001$).

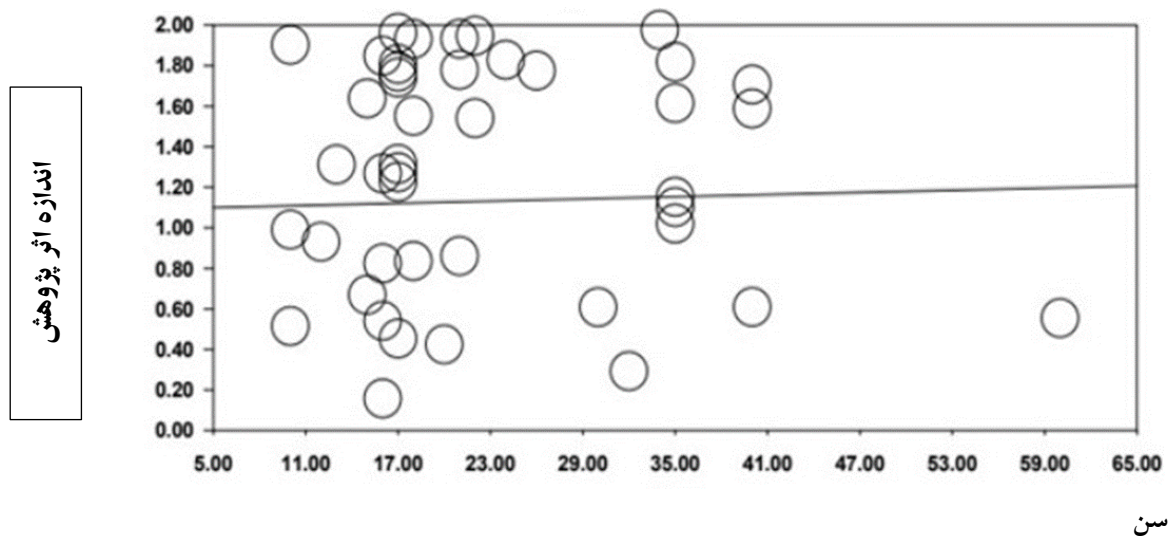
شاخص Q درون‌گروهی برابر ۱۰۱/۵۷ است؛ که از این میزان سهم شاخص Q بین گروهی برابر با ۰/۳۱ است ($P > 0/05$) و ۱ (df=). این نتیجه نشان می‌دهد مقدار ناهمگنی بین دو گروه از پژوهش‌های اولیه بر اساس نوع مداخله ۰/۳۶ است؛ که بسیار اندک است، بنابراین نوع مداخله نمی‌تواند از عوامل ایجادکننده ناهمگنی باشد.

جدول ۴. اندازه‌های اثر ترکیبی مداخلات آموزش و درمانی شناختی و فراشناختی بر اساس نوع مداخله

مداخله	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر خلاصه	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار Z	سطح معنی‌داری
				حد بالا	حد پایین		
آموزشی	۲۸	۱/۱۰	۰/۰۶	۰/۹۷	۱/۲۳	۱۶/۷	۰/۰۰۱
درمانی	۱۵	۱/۱۷	۰/۱۰	۰/۹۷	۱/۳۷	۱۱/۵۰	۰/۰۰۱

جهت تحلیل نقش سن آزمودنی‌ها به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده پیوسته، از فرا رگرسیون استفاده شد. در شکل ۱، خط رگرسیون برای پیش‌بینی اندازه‌های اثر g هجز بر اساس سن آزمودنی‌ها در پژوهش‌های اولیه، نشان داده شده است؛ مقدار عرض از مبدأ این خط، برابر با ۱/۰۱ که از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0/001$)؛ و مقدار ضریب رگرسیون استاندارد نشده این خط، برابر با ۰/۰۰۱ است که این مقدار معنی‌دار نیست ($p > 0/05$). شیب خط رگرسیون مثبت و معادله آن ($Y = 0/001 + 0/011X$) نشان‌دهنده رابطه مستقیم اما کم بین اندازه‌های اثر g هجز و سن آزمودنی‌ها است؛ یعنی با توجه به ضریب رگرسیون، می‌توان چنین استنباط کرد که به ازای یک واحد افزایش به میانگین سن آزمودنی‌ها در تحقیقات اولیه، به اندازه اثر مقدار ۰/۰۰۱ افزوده

می‌شود. همچنین ناهمگنی درون‌گروهی که توسط سن آزمودنی‌ها تبیین می‌شود از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت سن آزمودنی‌ها در تبیین ناهمگنی سهم بسیار اندکی دارد.



جدول شکل ۱. خط رگرسیون جهت پیش‌بینی اندازه اثرها بر اساس سن آزمودنی‌ها.

بحث و نتیجه‌گیری

این فرا تحلیل باهدف ترکیب مطالعات انجام‌شده در حوزه مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناختی بر اضطراب افراد در داخل کشور انجام شد. اندازه اثر ترکیبی این مداخلات بر اضطراب با توجه به معیار هاتیه (۲۰۰۸)، مطلوب و بر اساس معیار کوهن (۲۰۱۳)، بزرگ قلمداد می‌شود؛ که به معنی اثربخشی بالای آن است. این یافته با پژوهش‌های سهرابی فرد و همکاران (۱۳۹۸)، شعاعی و همکاران (۱۳۹۸) و نریمانی و همکاران (۱۴۰۰)، فرخی و همکاران (۱۳۹۹)، رفیعی و همکاران (۱۳۹۹)، تاجیک و همکاران (۱۴۰۰) و امانی و همکاران (۱۳۹۹)، که اثربخشی بالای این نوع مداخلات بر اضطراب را گزارش کرده‌اند، همسو است. همچنین نتایج کلی این فراتحلیل را می‌توان همسو با فراتحلیل نورمن و مورینا (۲۰۱۸)، که در ارتباط با اثربخشی مداخلات فراشناختی بر انواع شکایات روانی، بود، دانست. وهمینطور در بین پژوهش‌های فراتحلیل ایرانی، امانی و همکاران (۱۴۰۰)، که به اثربخشی مداخلات درمانی بر کاهش اضطراب امتحان پرداخته‌اند؛ نشان دادند: به‌طورکلی مداخله‌های درمانی بر کاهش اضطراب امتحان تأثیر معناداری داشته است و تفاوت معناداری بین انواع مداخلات یافت نشد. نتایج این فرا تحلیل‌ها همسو با نتایج کلی فرا تحلیل پیش‌روست.

در تبیین این یافته کلی که مداخلات شناختی و فراشناختی بر اضطراب افراد مؤثر است، مبانی تجربی مؤید این موضوع است. از جمله می‌توان به پژوهش‌هایی که هرکدام به بررسی اثربخشی تکنیک‌ها یا درمان‌های فراشناختی بر اضطراب افراد مختلف پرداخته‌اند و همگی اثربخشی بالای مداخلات فراشناختی بر کاهش اضطراب را گزارش کرده‌اند، اشاره کرد. همچنین بر اساس مبانی نظری در تبیین یافته کلی این پژوهش می‌توان گفت: در مدل فراشناختی به‌جای اینکه نگرانی را یک نشانه محض اضطراب در نظر بگیرند، تأکید شده است که افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کارایی نگرانی در کمک به مقابله با آن پرورش دهند.

سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مبتنی بر غیرقابل کنترل بودن خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرا نگرانی در آن‌ها شکل می‌گیرد که موجب برانگیختن واکنش‌های جسمانی اضطراب، به راه انداختن رفتارهایی برای اجتناب از موقعیت تهدیدآمیز می‌گردد. در نتیجه عدم چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری و خطر و نیز عدم مواجهه با شواهد مخالفی که ثابت می‌کنند نگرانی غیرقابل کنترل، بدون صدمه و مداوم است، نگرانی در چنین افرادی پایدار باقی می‌ماند (مهدی و احمدیان، ۱۴۰۰). از طرفی نشانه‌های اضطراب به دودسته نشانه‌های بیرونی یا درونی تقسیم می‌شود. از نشانه‌های حائز اهمیت درونی می‌توان به توجه، افکار و تصورات فرد اشاره کرد و از نشانه‌های بیرونی نیز می‌توان به تپش قلب، دل‌شوره، افت فشار، تعریق و مشکل در تنفس اشاره نمود. بنابراین با توجه به تمرکز مداخلات شناختی و فرا شناختی بر فرآیندهای درون شخصی، این مداخلات به افراد کمک می‌کند تا روابطشان را باحالت‌های درونی، تفکرات و احساساتشان تغییر دهند و بدین‌صورت سبب کاهش نشانه‌های درونی اضطراب می‌شود. همچنین می‌توان گفت که درمان فراشناختی با تأکید بسیار بر باورهای مثبت و منفی فراشناختی، تمرکز بر کاهش فراوانی نشخوار فکری، ایجاد تمایز بین افکاری که باید رها شوند و افکاری که باید متوقف شوند و با ایجاد تقویت کنترل اجرایی می‌تواند مؤثر واقع شود (اکبری و حسینی، ۱۳۹۸).

همچنین در زمینه اثربخشی مداخلات شناختی در درمان اضطراب می‌توان گفت: که مداخلات شناختی با ترغیب افراد به تمرین مکرر، توجه و تمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی مداوم روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی رها می‌کند. همچنین روش‌های شناختی به‌طور کارآمدی به کاهش اضطراب دانش‌آموزان کمک می‌کند؛ به‌طوری‌که دانش‌آموزانی که دچار اضطراب هستند نتایج منفی را در موقعیت‌های ارزیابی‌کننده آموزشی نشان می‌دهند؛ که دلیل آن ضعف در فعالیت‌های شناختی و عدم استفاده درست و مؤثر از راهبردهای شناختی است (مرادی، ۱۳۹۸) اذعان دارند که زمانی که آن‌ها در یک موقعیت ارزیابانه قرار می‌گیرند دچار نگرانی می‌شوند و تمام تمرکز خود را به عدم موفقیت و شکست معطوف می‌شود. در این لحظه اکثر فعالیت‌های شناختی مختل شده و نظم خود را از دست می‌دهند (ویسکرمی و همکاران، ۱۳۹۹).

در خصوص تحلیل نقش سن آزمودنی‌ها به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده پیوسته، نتایج فرارگرسیون نشان‌دهنده رابطه مستقیم اندازه‌های اثر و سن آزمودنی‌ها بود؛ به این صورت که با افزایش سن آزمودنی‌ها، مقدار اندازه‌های اثر آزمودنی‌ها افزوده می‌شود. در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان به رشد تفکر انتزاعی و تسلط بر توانایی و مهارت‌های شناختی و فراشناختی آزمودنی‌ها همراه با افزایش سن آن‌ها اشاره کرد؛ اما با توجه به مقدار کوچک ضریب رگرسیون به‌دست‌آمده، همچنان باید توجه کرد که اثربخشی این مداخلات در سنین پایین‌تر نیز قابل ملاحظه است.

از محدودیت‌های این پژوهش، عدم دسترسی تمام متن به تعدادی از پایان‌نامه‌ها در پایگاه انتشار آن‌ها، احتمال عدم گزارش پژوهش‌های غیر معنی‌دار و عدم گزارش کامل اطلاعات روش‌شناسی در برخی از پژوهش‌ها اشاره کرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی در ارائه اطلاعات آماری و به‌خصوص آماره‌های توصیفی دقت بیشتری کرده و متغیرهای تعدیل‌کننده بیشتری را بررسی کنند. از طرفی هم پژوهشگرانی که تمایل به فرا تحلیل در این زمینه را دارند پیشنهاد می‌شود که جهت

جمع‌آوری پژوهش‌های اولیه از سایر پایگاه‌های انتشار مقالات و نشریه‌ها و همچنین مطالعات مکتوب در کتابخانه‌های دانشگاه‌ها استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از تمام افرادی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، از جمله استاد محترم آمار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان جناب دکتر جواد مصر آبادی، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- اکبری، مهدی و حسینی، زهراسادات. (۱۳۹۸). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۷(۱) (پیاپی ۳۲)، ۱۸۹-۱۷۵. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2895>
- امانی، حبیب، حبیبی کلپیر، رامین، فرید، ابوالفضل و شیخعلی زاده، سیاوش. (۱۴۰۰). فرا تحلیل اثربخشی مداخله‌های درمانی بر کاهش اضطراب امتحان. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱(۲۳)، ۷۹-۵۶.
- تاجیک، افسانه، حسینی المندی، سید علی و خدابخشی کولابی، آناهیتا. (۱۴۰۰). تعیین تفاوت اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان فراشناختی (MCT) و ذهن آگاهی مبتنی بر شفقت به خود بر اضطراب پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹. *روانشناسی بالینی*، ۱۳(۴)، ۱۰۲-۸۷. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.24464.2252>
- رفیعی، سمانه، اکبری، رقیه، یزدانی چراتی، جمشید، الیاسی، فروزان و عظیمی لوتی، حمیده. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و احساس خوب بودن بیماران مبتلابه لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*، ۳۰(۱۸۳)، ۲۱-۱۱.
- سلگی، زهرا. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مهارت‌های فراشناختی بر علائم اضطراب اجتماعی و نشانگان افت روحیه در دختران با سطوح بالای اضطراب کرونا. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۱ (۴۴)، ۲۲-۱۰. <https://doi.org/10.22034/spr.2022.307568.1688>
- سهرابی فرد، محمد مهدی، سیاهپوش منفرد، مسلم، کرابی، شهلا، و کریمی نژاد، کلثوم. (۱۳۹۸). اثربخشی فراشناخت درمانی بر شادکامی و اضطراب دانش‌آموزان پسر دوره دوم مقطع متوسطه شهر خرم‌آباد. *دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۲۶(۲) (پیاپی ۲۲)، ۲۱۸-۱۹۹. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.28375.2264>
- شعاعی، لیلا، حیدری، علیرضا، بختیار پور، سعید و عسگری، پرویز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی و روش همشاگردی بر اضطراب امتحان و اهمال‌کاری تحصیلی در دانش‌آموزان. *فصلنامه علمی پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد واحد بجنورد*، ۱۵(۶۳)، ۷۶-۵۵.
- فرخی، حسین، کرمی، امیر و میردیکوند، فضل اله. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی در بهبود پیشرفت تحصیلی و کاهش اضطراب امتحان دانشجویان پرستاری. *مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد*، (۱)، ۴۲-۳۱.
- مرادی، الهه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان ذهنی. *روانشناسی*، ۸(۶): ۸-۱. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0>
- مصر آبادی، جواد. (۱۳۹۵). *فرا تحلیل: مفاهیم، نرم‌افزار و گزارش‌نویسی*، تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

- ۷۴..... فرا تحلیل مداخلات آموزشی و درمانی شناختی و فراشناخت بر اضطراب
- مهدی، حجت اله و احمدیان، مرضیه. (۱۴۰۰). اثربخشی فراشناخت درمانی بر اضطراب امتحان و رویکردهای مطالعه، هشتمین اجلاس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- مهدی، حجت اله و احمدیان، مرضیه. (۱۴۰۰). اثربخشی فراشناخت درمانی بر اضطراب امتحان و رویکردهای مطالعه، هشتمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی. <https://civilica.com/doc/1308586>
- نریمانی، فریبا، آزموده، معصومه، لیوارجانی، شعله و مصر آبادی، جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم روان‌شناسی مثبت‌گرا و فراشناخت بر میزان اضطراب و تاب‌آوری نوجوان دختر در قرنطینه پاندمی کرونا. *خانواده‌درمانی کاربردی*، شماره ۵ (مجموعه مقالات کووید-۱۹)، ۳۰۹-۳۲۷. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.339188.1546>
- ویسکرمی، حسنعلی، سلیمانی، مجید و صنوبر، عباس. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی بر خودکارآمدی تحصیلی و اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دارای افت تحصیلی. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱۰(۲)، ۸۷-۱۰۶.
- Akbari, M., & Sadat Hosseini, Z. (2019). A meta-analysis of comparing the efficacy of the third wave of behavior therapies on depression in Iran: Comparing acceptance and commitment therapy, mindfulness-based therapy and metacognitive therapy (2001-2017). *Clinical Psychology and Personality (Behavioral Sciences)*, 17(1), 175-189. doi: 10.22070/cpap.2020.2895. (Text In Persian) <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2895>
- Amani, H., Habibi Kleber, R., Farid, A., & Sheikhalizadeh, S. (2020). Meta-analysis of the effectiveness of therapeutic interventions on reducing exam anxiety. *Psychological Research*, 23(1), 56-79. doi: 10.22070/cpap.2020.2895. (Text in Persian)
- Cao, R. (2021). The impact of social anxiety during the Covid-19 pandemic on adolescence. *Journal of Frontiers in Educational Research*, 1(2), 76-83.
- Carsley, D., & Heath, N. L. (2018). Evaluating the effectiveness of a mindfulness coloring activity for test anxiety in children. *The Journal of Educational Research*, 112(2), 175-184. <https://doi.org/10.1080/00220671.2018.1448749>
- Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021). Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 650-661. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.055>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge Academic.
- Dehestani, M. (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on depression, anxiety, and depression of female students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 10(37), 47-56. (Text in Persian)
- Farrokhi, H., Karami, A., & Mirdrinkof, F. (2018). The effect of teaching metacognitive strategies on improving academic achievement and reducing exam anxiety of nursing students. *The Journal of Medical Education and Development*, 13(1), 31-42. (Text in Persian)
- Flavell, J. H. (1985). *Cognitive development* (2nd ed.). Prentice-Hall.
- Hallion, D., Tolin, L. S. F., & Diefenbach, G. J. (2019). Enhanced cognitive control over task-irrelevant emotional distractors in generalized anxiety disorder versus obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.004>
- Mehdi, H., & Ahmadian, M. (2021). The effectiveness of metacognitive therapy on exam anxiety and study approaches. Paper presented at the 8th International Conference on Psychology of Education Sciences and Lifestyle. (Text in Persian) Retrieved from [\[https://civilica.com/doc/1308586\]](https://civilica.com/doc/1308586)
- Mesrabadi, J. (2016). Meta-analysis: Concepts, software and report writing. Tabriz, Iran: Press of Shahid Madani University of Azerbaijan. (Text in Persian)

- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation as a means of reducing dysfunctional coronavirus anxiety and increasing psychoneuroimmunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 138. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.007>.
- Minor, K. S., Marggraf, M. P., Davis, B. J., Mickens, J. L., Abel, D. B., Robbins, M. L., Buck, K. D., Wiehe, S. E., & Lysaker, P. H. (2022). Personalizing interventions using real-world interactions: Improving symptoms and social functioning in schizophrenia with tailored metacognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(1), 18–28. <https://doi.org/10.1037/ccp0000672>.
- Moradi, E. (2019). The effectiveness of cognitive-based mindfulness therapy on social anxiety in mothers with mentally educational knowledge. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(6), 1-8. (Text in Persian) "Retrieved from [<http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0>]
- Narimani, F., Azmoodeh, M., Livarjani, Sh., & Mesrabadi, J. (2021). Comparing the effectiveness of group training of concepts of positive psychology and metacognition on the level of anxiety and resilience of adolescent girls in the quarantine of the Corona pandemic. *Applied Family Therapy*, (No. 5 (Covid-19 Proceedings)), 309-327. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.339188.1546>
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Perfect, T. J., & Schwartz, B. L. (2007). Applied metacognition. In S. N. Azad Sefat & H. Karsheki (Eds.), *Applied Metacognition*. Tehran, Iran: Arjmand Publications.
- Rafie, S., Akbari, R., Yazdani Charati, J., Elyasi, F., & Azimi-Lolaty, H. (2020). Effect of mindfulness-based metacognitive skills training on depression, anxiety, stress, and well-being in patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 30(183), 11-21. (Text in Persian) Retrieved from [<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-13641-fa.html>]
- Selgi, Z. (2022). The effect of metacognitive skills training on social anxiety symptoms and depression symptoms in girls with high levels of corona anxiety. *Social Psychology Research*, 11(44), 1-22. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22034/spr.2022.307568.1688>
- Shoaei, L., Heydarie, A., Bakhtiarpour, S., & Asgari, P. (2019). The comparison effectiveness of metacognitive strategies and peer tutoring training on test anxiety and academic procrastination in students. *Scientific Quarterly Journal of Educational Research of Azad University, Bojnord Branch*, 15(63), 55-76. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22055/psy.2019.28375.2264>
- Siegel, A. N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of self-compassion inductions among individuals with elevated social anxiety. *Mindfulness*, 11(11), 2552-2560. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01470-y>
- Skagerlund, K., Östergren, R., Västfjäll, D., & Träff, U. (2019). How does mathematics anxiety impair mathematical abilities? Investigating the link between math anxiety, working memory, and number processing. *PLOS ONE*, 14(1), e0211283. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211283>
- Sohrabi Fard, M. M., Siyah Poush Monfared, M., Karai, Sh., & Karimi nejad, K. (2018). The effectiveness of metacognitive therapy on the happiness and anxiety of male students in the second year of high school in Khorram Abad city. *Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology)*, 26(2), 199-218. (Text In Persian) <https://doi.org/10.29252/psy.26.2.199>
- Tajik, A., Hosseini al-Madani, S. A., & Khodabakhshi Kolayi, A. (2021). Determining the difference in the effectiveness of training based on metacognitive therapy (MCT) and mindfulness based on self-compassion on nurses' anxiety in the covid-19 pandemic. *Clinical Psychology*, 13(4), 102-87. (Text In Persian) <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.24464.2252>

- Uner, A., Mouratidis, A., & Kalender, I. (2020). Study efforts, learning strategies and test anxiety when striving for language competence: the role of utility value, self-efficacy, and reasons for learning English. *An International Journal of Experimental Educational Psychology*, 40(6), 781-799. <https://doi.org/10.1080/01443410.2020.1736989>
- Viskarmi, H. A., Soleimani, M., & Sanobar, A. (2021). The effect of teaching self-regulated learning strategies on academic self-efficacy and exam anxiety of female students with academic failure. *Educational and Scholastic Studies*, 10(2), 87-106. (Text in Persian)
- Winter, L., Schweiger, U., & Kahl, K. G. (2020). Feasibility and outcome of metacognitive therapy for major depressive disorder: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 566. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02976-4>



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/>).

بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش و توجه کودکان مبتلا به طیف اتیسم

الهام شفیعی^۱ ID، علی اکبر ارجمندنیا^{۲*} ID، سوگند قاسم‌زاده^۳ ID، سعید حسن‌زاده^۳ ID، مسعود غلامعلی لواسانی^۳ ID

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش و توجه کودکان اتیسم بود. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کودکان دبستانی مبتلا به اتیسم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در شهر تهران بودند. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۲۰ کودک انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. گروه آزمایش ۲۰ جلسه مداخله، ۳۰ دقیقه و ۲ بار در هفته را دریافت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمون بررسی یکپارچگی عملکرد دیداری - شنیداری برای جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله استفاده شد (قبل، بعد و دو ماه بعد از اجرای برنامه توانبخشی شناختی). تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتیجه نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش و توجه کودکان اتیسم تاثیر داشته است. براساس این یافته برنامه توانبخشی شناختی مذکور باعث افزایش سرعت پردازش و بهبود توجه کودکان اتیسم شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که از این برنامه برای تقویت و ارتقا کارکردهای اجرایی و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان اتیسم استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: توانبخشی شناختی، توجه، سرعت پردازش، کودکان طیف اتیسم

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

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران arjmandnia@ut.ac.ir

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

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ (ASD) نوعی اختلال عصبی-تحوالی است که با نقص پایدار و فراگیر در ارتباط و تعامل اجتماعی و وجود الگوهای رفتاری، علایق یا فعالیت‌های محدود و تکراری در اوایل دوره کودکی مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). علایم مختلف اختلال طیف اتیسم در اوایل رشد کودک ظاهر می‌شود و می‌تواند بر عملکرد روزانه تاثیر بگذارد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۳، ۲۰۲۱).

اختلال طیف اتیسم منجر به بروز آسیب‌های متعددی از قبیل ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، عدم برقراری ارتباط چشمی، تاخیر در یادگیری حرف زدن، وابستگی شدید به اعضای خانواده و مقاومت در برابر تغییر می‌شود (منیر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق آخرین گزارش‌ها ۱ الی ۲ درصد از جمعیت مبتلا به این اختلال هستند (کالدرونی^۵، ۲۰۲۳).

از جمله حوزه‌هایی که کودکان مبتلا به طیف اتیسم در آن دچار آسیب هستند، کارکردهای اجرایی است (چن^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). کارکردهای اجرایی یک مفهوم عصب روان شناختی است که به فرایندهای شناختی سطح بالا برای برنامه‌ریزی و فعالیت هدفمند اشاره دارد. به این معنا که این کودکان در توانمندی‌هایی که برای به اجرا گذاشتن، مدیریت رفتار کارآمد، هدفمند و آینده‌نگر در محیط لازم و ضروری است دچار مشکل هستند (هووارد^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا جانسون^۸ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و عادی را مقایسه کردند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که نقایص معناداری در کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در مقایسه با کودکان عادی وجود دارد. فواتحلیل دیگری اختلال در کارکرد اجرایی را در طیف اتیسم گزارش کرد که در طول رشد نسبتاً پایدار است (دمتریو^۹ و همکاران، ۲۰۱۹).

در طول دهه اخیر به حوزه کارکردهای اجرایی در کودکان توجه فزاینده‌ای شده است. شواهد قانع کننده‌ای وجود دارد که کارکردهای اجرایی نقش مهمی در عملکرد تحصیلی کودکان ایفا می‌کنند (آمیس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). براساس شواهد پژوهشی عملکرد تحصیلی ضعیف اغلب با ضعف در توانایی های شناختی از جمله کارکردهای اجرایی همراه است (ماکائون^{۱۱}، ۲۰۲۰). در واقع کودکان با کارکردهای اجرایی بهتر پیشرفت تحصیلی مناسبی نیز دارند (ویلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله کارکردهای اجرایی می‌توان به سرعت پردازش اشاره کرد. سرعت پردازش توانایی شناسایی، تمیز، ترکیب، تصمیم‌گیری درباره اطلاعات و

1. autism spectrum disorder
2. American Psychiatric Association
3. Centers for Disease Control and Prevention
4. Maenner
- 5 Calderoni
6. Chen
7. Howard
8. Johnson
9. Demetriou
10. Ameis
11. Macoun
12. Willoughby

پاسخ به اطلاعات تعریف شده است (وایس^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). نظریه سرعت ذهن ارتباط مستقیمی با سرعت پردازش دارد. طبق این نظریه سرعت پردازش به عنوان یک توانایی شناختی پایه مطرح بوده که بر توانایی‌های شناختی تاثیرگذار است (ریندرمان و نیوبائر^۲، ۲۰۰۴). این راهبردها به کودک کمک می‌کند تا اطلاعات جدید را در ترکیب با اطلاعات قبلی پردازش نماید و از جمله توانایی‌های شناختی که به این امر کمک می‌کند سرعت پردازش است (زاپاراتا، بروکس و اوبر^۳، ۲۰۲۰).

سرعت پردازش مولفه‌ای است که با توجه ارتباط دارد و تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که کودکان اتیسم نقص جدی در توجه دارند و چون سرعت پردازش اطلاعات نیاز به توجه دارد می‌توان نتیجه گرفت که این کودکان در مولفه سرعت پردازش نیز عملکرد ضعیفی دارند. مطالعات نشان می‌دهد که نقص در سرعت پردازش ارتباط معناداری با اختلال یادگیری، اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی و اختلال طیف اتیسم دارد (کرامر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که این توانایی‌های شناختی انعطاف‌پذیر هستند و با انجام مداخله‌های مناسب می‌توان آنها را بهبود بخشید (لیانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از نقایص در حوزه کارکردهای اجرایی و شناختی کودکان مبتلا به طیف اتیسم مشکل در حفظ توجه یا توجه پایدار است. توجه پایدار شامل فرایندهای تداوم گوش‌بزرگی و توجه متمرکز می‌شود که در طول یک بازه زمانی معمولاً چند دقیقه‌ای ادامه می‌یابد (کاپلان^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). ظرفیت پردازش محدود، توانایی توجه پایدار را به طور منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. محدودیت در ظرفیت پردازشی را می‌توان به دو عامل کلیدی نسبت داد: سرعت پردازش و حافظه. کاهش نرخ سرعت پردازش مستقیماً به کفایت کمتر، تلاش بیشتر و زمان مورد نیاز بیشتر جهت تکمیل تکلیف منجر می‌شود. همه این عوامل توجه پایدار را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (کاپلان، ۲۰۱۸). براساس نظریه ارتباط سیناپسی فعالیت‌های تمرینی و تکراری باعث بهبود شبکه‌های عصبی از جمله توجه می‌شود؛ براساس نظریه هب تحریک مکرر باعث افزایش انتقال درون عصبی می‌شود و استفاده زیاد از سیناپس‌ها در بلندمدت باعث تقویت آنها می‌گردد. در این نظریه دو ویژگی واکنش‌پذیری و انعطاف‌پذیری به جای اینکه ویژگی رفتاری باشند ویژگی دستگاہ اعصاب مرکزی هستند که رفتار را توجیه می‌کنند. از این رو تمرین‌های شناختی و تکرار آنها باعث افزایش ارتباط سیناپسی و تقویت شبکه عصبی می‌شود که به دنبال آن عملکرد فرد در حوزه‌های شناختی از قبیل توجه و کارکردهای اجرایی نیز بهبود می‌یابد. در واقع تمرین‌های شناختی باعث پیدایش تغییرات ساختاری و کنش در نورون‌های مسئول این کنش‌ها در مغز کودکان می‌شود. تغییراتی که با توجه به فرضیه شکل‌پذیری و خودترمیم مغز انسان می‌توانند پایدار باشند. در نتیجه اجرای تکراری تکالیف باعث بهبود در شبکه کنترل اجرایی توجه می‌شود. به احتمال زیاد تمرین‌های شناختی باعث بهبود ارتباط سیناپسی و شبکه‌ای مرتبط با کنترل اجرایی توجه می‌شود (سیف، ۱۴۰۲).

در سال‌های اخیر توجه به رشد مهارت‌های تحصیلی و شناختی کودکان مبتلا به طیف اتیسم در طول سال‌های مدرسه جلب شده است. توانایی‌های شناختی پیش‌بینی‌کننده موفقیت تحصیلی است (سولاری^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال طیف اتیسم تاثیر

1. Weiss
2. Rindermann & Neubauer
3. Zapparrata, Brooks & Ober
4. Kramer
5. Liang
6. Caplan
7. Solari

۸۰..... بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش...

قابل توجهی بر زندگی اجتماعی و تحصیلی این کودکان دارد (هاتا^۱ و همکاران، ۲۰۱۹) و می‌تواند پیامدهای منفی بلند مدتی بر حوزه‌هایی از جمله تعامل اجتماعی با همسالان، توانایی‌های شناختی، مهارت‌های زندگی روزمره، پیشرفت تحصیلی و سلامت روان داشته باشد (لئونتین^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به این شرایط کودکان مبتلا به این آسیب عصبی رشدی به درمان‌های موثری نیاز دارند که نه تنها علایم اصلی این اختلال بلکه تظاهرات بالینی همراه با این اختلال را نیز بهبود بخشد. یکی از روش‌های بهبود کارکردهای اجرایی، توانبخشی شناختی است. توانبخشی شناختی که برای درمان و بازتوانی مشکلات شناختی به کار برده می‌شود به آموزش‌هایی گفته می‌شود که مبتنی بر یافته‌های علوم شناختی است و تلاش می‌کند کارکردهای اجرایی را بهبود بخشد یا ارتقا دهد، این موارد ذکر شده به اصل انعطاف‌پذیری مغز اشاره دارد (ویست^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع نتایج موجود گویای این است که توانبخشی شناختی با کمک تمرین‌های کاربردی که کارکردهای نورو سایکولوژیک را هدف قرار می‌دهد بر بهبود انواع نقایص شناختی اثر مثبت می‌گذارد (تاکاکس و کاسایی^۴، ۲۰۱۹). کارکردهای اجرایی مبتنی بر رایانه به عنوان یک گزینه عملی و بالقوه برای کودکان مبتلا به طیف اتیسم در نظر گرفته می‌شود. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته به نظر می‌رسد مطالعاتی که از فناوری کمکی برای توانبخشی آسیب‌های شناختی کودکان مبتلا به طیف اتیسم با هدف تقویت سرعت پردازش و توجه استفاده کرده باشد کمبود احساس می‌شود و به علت تمایل این گروه از کودکان در استفاده از فناوری و کاربرد مناسب آن در محیط‌های آموزشی و درمانی انجام این پژوهش ضرورت می‌یابد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر این است که برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش و توجه کودکان مبتلا به طیف اتیسم اثرگذار است.

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، پژوهشی کاربردی و از نظر روش یک پژوهش کمی با طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه کودکان پسر دبستانی مبتلا به اختلال طیف اتیسم شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از میان مدارس استثنایی مختص طیف اتیسم در محدوده شرق تهران یک مدرسه تعیین و از بین کودکان حاضر، ۲۰ کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم به عنوان شرکت‌کننده در پژوهش انتخاب شدند و سپس این شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا به استناد پرونده آموزشی، توانایی داشتن خواندن و نوشتن، حضور داوطلبانه برای شرکت در طرح و امضای رضایتنامه و از جمله ملاک‌های خروج می‌توان به عدم شرکت منظم در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه و همچنین ابتلا به اختلالات همبود یا دریافت درمان همزمان (با استناد به مصاحبه اولیه با اولیا) اشاره کرد.

1. Hatta
2. Leontine
3. Wiest
4. Takacs & Kassai

بعد از هماهنگی‌های لازم و گرفتن مجوزهای مربوطه، پژوهشگر با بررسی پرونده‌های تحصیلی کودکان، کسانی که در طیف عملکرد بالا قرار داشتند را انتخاب کرد و آنها را به دو گروه آزمایش و کنترل گمارش کرد. قبل از اجرای جلسات مداخله برای والدین جلسه توجیهی برگزار و از آنها رضایتنامه شرکت فرزندشان در برنامه گرفته شد، سپس پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. شایان ذکر است در طول برگزاری جلسات مداخله تفاوت‌های بین فردی کودکان در نظر گرفته شد و متناسب با شرایط هر یک از کودکان زمان و طول مدت جلسات تعیین شد. در کنار مداخله رایانه‌ای کاربرگ‌هایی (تمرین دستی و مداد کاغذی) متناسب با ویژگی‌های شناختی و رفتاری کودکان مبتلا به طیف اتیسم با هدف استمرار آموزش و تمرین در جهت تقویت کارکردهای اجرایی طراحی شد که به عنوان تمرین بیشتر با هدایت پژوهشگر انجام شود. جلسات توانبخشی توسط پژوهشگر و به صورت انفرادی برای کودکان در محیط مدرسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات مداخله پس‌آزمون از کودکان گرفته و پس از گذشت دو ماه مجدد پس‌آزمون به عنوان دوره پیگیری از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS24 و به روش اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. این مطالعه دارای کد اخلاق به شناسه IR.UT.PSYEDU.REC.1401.081 از دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران می‌باشد. از جمله اصول اخلاقی رعایت شده می‌توان به حفظ محرمانگی اطلاعات، خروج داوطلبانه از پژوهش و نداشتن آسیب یا ضرر برای شرکت‌کنندگان اشاره کرد.

ابزارهای پژوهش

آزمون بررسی یکپارچگی عملکرد دیداری - شنیداری (IVA): این ابزار یکی از انواع آزمون عملکرد مداوم است. آزمون عملکرد مداوم در سال ۱۹۵۶ توسط بک و همکاران تهیه شد. آزمون پیوسته دیداری شنیداری دو عامل اصلی کنترل پاسخ و توجه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این آزمون یک آزمون رایانه‌ای است و برای افراد ۶ سال به بالا و بزرگسالان قابل اجراست. مدت زمان اجرای این آزمون همراه با بخش آموزش حدود ۲۰ دقیقه است. در این کودکان هدف از اجرای آزمون سنجش نگهداری یا تداوم توجه است. تعداد خطای حذف و خطای ارتکاب و نیز زمان پاسخ (عکس العمل) متغیرهای آزمون عملکرد مداوم هستند. نسخه فارسی این آزمون دارای ضریب اعتبار ۰/۵۳ تا ۰/۹۳ است. برای انجام آزمون محرک‌ها که همان اعداد هستند در صفحه ظاهر شده و از گوشی شنیده می‌شوند. فرد باید در برابر محرک هدف کلید پاسخ را فشار دهد. زمان ارائه محرک در اکثر مطالعات ۴۰ تا ۵۰۰ میلی ثانیه در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است هرچه این زمان کوتاه‌تر باشد دقت آزمون بالاتر می‌رود. بهترین زمان ارائه محرک جهت تفکیک کودکان دچار اختلال نقص توجه بیش‌فعالی از کودکان هنجار بین ۵۰ تا ۲۰۰۰ میلی ثانیه است. این آزمون همچنین برای بررسی مشکلات و اختلالات دیگری نظیر مشکلات خودکنترلی مرتبط با جراحت سر، اختلالات خواب، افسردگی، اضطراب، اختلالات یادگیری، زوال عقل و مشکلات پزشکی دیگر استفاده می‌شود. این آزمون دارای سه متغیر تعداد خطای حذف، تعداد خطای ارتکاب و میانگین زمان واکنش است. تعداد خطای حذف معیاری جهت سنجش سرعت پردازش است. ملاک آزمون تعداد خطای حذف و ارتکاب و نیز زمان پاسخ (عکس العمل) است. در

۸۲..... بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش...

مجموع ۵۰۰ محرک در این آزمون بینایی و شنیداری ارائه شده است که هر ۱/۵ ثانیه یک محرک ارائه شده و مدت زمان ارائه محرک‌های بینایی ۱۶۷ میلی ثانیه و در ارتباط با محرک‌های شنیداری ۵۰۰ میلی ثانیه است.

تحقیقات اعتبارسنجی استفاده از درمان با IVA-2 برای کودکان سنین ۷ تا ۱۲ سال را با حساسیت ۹۲٪ در شناسایی افراد به عنوان اختلال نقص توجه بیش فعالی تشخیص داده بود. ارزیابی IVA-2 در فرایند شناختی نیز به درستی ۹۰٪ از کودکان بدون این اختلال را شناسایی کرده بود. مطالعه دیگر اعتبار این آزمون را برای سن ترکیبی جمعیت بالینی (۶ تا ۵۵ سال) نشان داد که به عنوان بخشی از ارزیابی جامع روانی پزشکی، ترکیبی از داده‌های مقیاس رتبه‌بندی اختلال نقص توجه بیش فعالی را با این آزمون ۹۰٪ نشان می‌دهد. ضریب همسانی درونی این آزمون با روش آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۷۰ به دست آمد. این ابزار به منظور سنجش سرعت پردازش و توجه در کودکان مبتلا به طیف اتیسم و توسط مربی اجرا شده است.

برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی: در این پژوهش از برنامه توانبخشی شناختی (قاسمی، ارجمندنیا و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۸) استفاده شد. این برنامه در قالب نرم‌افزار رایانه‌ای و متشکل از سلسله بازی‌هایی با هدف بهبود کارکردهای اجرایی (انعطاف‌پذیری شناختی، سرعت پردازش و توجه) طراحی شده است. این بازی‌ها به صورت مرحله‌ای تعریف شده و در هر مرحله عامل زمان برای پاسخگویی در نظر گرفته می‌شود به طوری که اگر در زمان مقرر به محرک پاسخ داده نشود بازی از دست می‌رود. همچنین با پیشرفت در مراحل بازی تعداد محرک‌های ارائه شده بیشتر و زمان کمتر می‌شود. برنامه توانبخشی مذکور در ۲۰ جلسه‌ی ۲۰ الی ۳۰ دقیقه‌ای و دوبار در هفته برای کودکان مبتلا به طیف اتیسم در مدرسه اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفه و آشنایی	آشنایی با برنامه و آموزش استفاده از آن
دوم تا ششم	بهسازی حافظه فعال	تمرین به خاطر سپاری شکل هدف و انتخاب آن از میان اشکال موجود- تمرین با استفاده از کاربرگ با توجه به هدف جلسه
هفتم تا یازدهم	توجه مداوم دیداری و بازداری رفتاری	توجه مداوم به شکل ارائه شده در صفحه و بازداری از انتخاب شکل‌های مشابه- دوره تمرین‌های قبل و تمرین با استفاده از کاربرگ با توجه به هدف جلسه
دوازدهم تا شانزدهم	بهسازی حافظه دیداری و بازداری رفتاری	به خاطر سپاری جزئیات شکل هدف و انتخاب آن از میان اشکال ارائه شده- دوره تمرین‌های قبل و تمرین با استفاده از کاربرگ با توجه به هدف جلسه
هفدهم تا بیستم	انعطاف‌پذیری شناختی	تغییر توجه از شکل قبلی و تمرکز بر ویژگی‌های هدف ارائه شده جدید- دوره تمرین‌های قبل و تمرین با استفاده از کاربرگ با توجه به هدف جلسه

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. در گروه آزمایش بیشترین تعداد (۳۰ درصد) کودکان ۱۳ ساله و در گروه کنترل (۳۰ درصد) ۱۱ ساله بودند. در گروه آزمایش ۳۰ درصد از کودکان در پایه پنجم و در گروه کنترل ۳۰ درصد از کودکان در پایه سوم مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش به ترتیب ۱۱/۴۰، ۱/۴۲ و در گروه کنترل ۱۰/۸۰ و ۱/۳۱ بودند.

اطلاعات حاصل از یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است. با توجه به جدول زیر و با تأکید بر میزان مقادیر میانگین‌های بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که در گروه آزمایش در متغیر سرعت پردازش به ترتیب، پایین‌ترین میزان در مرحله پس‌آزمون (با میانگین ۵۹۲/۸۰)، پس از آن، در مرحله پیگیری (با میانگین ۵۹۳/۵۰) و سپس در مرحله پیش‌آزمون (با میانگین ۶۲۰/۴۰) مشاهده می‌شود. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که پایین‌ترین میزان سرعت پردازش ابتدا در مرحله پس‌آزمون، پس از آن در مرحله پیگیری و سپس در مرحله پیش‌آزمون مشاهده شد است. همچنین در متغیر توجه در گروه آزمایش به ترتیب، بالاترین میزان در مرحله پس‌آزمون (با میانگین ۶۲/۳۰)، پس از آن، در مرحله پیگیری (با میانگین ۶۱/۱۰) و سپس در مرحله پیش‌آزمون (با میانگین ۵۵/۳۰) مشاهده می‌شود. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بالاترین میزان توجه ابتدا در مرحله پس‌آزمون، پس از آن در مرحله پیگیری و سپس در مرحله پیش‌آزمون مشاهده شد.

جدول ۱. اطلاعات حاصل از یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	واریانس	انحراف معیار	خطای معیار
سرعت پردازش	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۲۰/۴۰	۸۰۱۷/۶۰	۸۹/۵۴	۲۸/۳۱
		پس‌آزمون	۵۹۲/۸۰	۷۸۹۲/۸۴	۸۸/۸۴	۲۸/۰۹
		پیگیری	۵۹۳/۵۰	۷۸۷۰/۷۲	۸۸/۷۱	۲۸/۰۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۲۰/۳۰	۸۰۷۸/۹۰	۸۹/۸۸	۲۸/۴۲
		پس‌آزمون	۶۲۴/۳۰	۹۸۸۹/۳۴	۹۹/۴۴	۹۹/۴۴
		پیگیری	۶۱۹/۲۰	۸۹۳۱/۰۶	۴۹/۵۰	۲۹/۸۸
توجه	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۵/۳۰	۵۳/۵۶	۷/۳۱	۲/۳۱
		پس‌آزمون	۶۲/۳۰	۴۱/۳۴	۶/۴۲	۲/۰۳
		پیگیری	۶۱/۱۰	۴۲/۷۶	۶/۵۳	۲/۰۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۵۴/۶۰	۵۶/۷۱	۷/۵۳	۲/۳۸
		پس‌آزمون	۵۴/۷۰	۵۳/۳۴	۷/۳۰	۲/۳۰
		پیگیری	۵۴/۲۰	۳۹/۵۱	۶/۲۸	۱/۹۸

۸۴..... بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش...

برای بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که نتیجه نشان برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تعامل اجتماعی با تأکید بر دو گروه آزمایش و کنترل در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار نیست. از این‌رو، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون Mbox برای تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

متغیر	Mbox	میزان F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
سرعت پردازش	۱۳/۴۳	۱/۷۸	۶	۲۳۴۷/۴۷	۰/۱۱۱
توجه	۱۳/۰۳	۱/۴۵	۶	۲۳۴۷/۴۷	۰/۰۹۳

با توجه به جدول و با تأکید بر میزان F بدست آمده از میزان انعطاف‌پذیری شناختی و تعامل اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که در سطح $\alpha=0/01$ معنی‌دار است، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین میزان انعطاف‌پذیری شناختی و تعامل اجتماعی در سه مرحله اندازه‌گیری وجود دارد. همچنین، با توجه به میزان شدت اثر در آخرین ستون جدول فوق، مطرح می‌شود که میزان اثربخشی برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اتیسم بالا است.

جدول ۳. آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	شدت اثر
سرعت پردازش	گروه (آزمایش و کنترل)	۳۶۹۷/۳۵	۱	۳۶۹۷/۳۵	۰/۱۱	۰/۷۴۳	۰/۶۷
	خطا	۱۷۵۳/۰۶	۱۸	۹۷/۳۹			
توجه	گروه (آزمایش و کنترل)	۳۸۵/۰۶	۱	۳۸۲/۰۶	۲/۷۵	۰/۱۱۵	۰/۶۹
	خطا	۲۵۲۰/۸۶	۱۸	۱۴۰/۰۴			

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش کودکان مبتلا به اتیسم اثرگذار بوده است. این یافته همسو با مطالعات (تاکاس و کسای، ۲۰۱۹) می‌باشد. سرعت پردازش از جمله مهارت‌هایی است که برای رفتارهای هدف محور لازم و ضروری است. در کودکان مهارت حافظه فعال و سرعت پردازش بیش از هوش می‌تواند پیش‌بینی کننده موفقیت در یادگیری‌های بعدی کودکان باشد. در نتیجه هرگونه نقص در رشد این کارکردها موجب اختلال در برنامه‌ریزی برای شروع، اتمام و به یادسپاری تکالیف می‌شود. کودکان با کارکردهای اجرایی قوی‌تر در طول تحصیل

سطح بالاتری از سواد و ریاضیات را در مقایسه با کودکان با کارکردهای اجرایی ضعیف‌تر کسب می‌کنند (آمیس و همکاران، ۲۰۲۲) و نقص در این مهارت باعث افت تحصیلی و ضعف در کسب مهارت‌های شناختی می‌شود.

مغز عضوی انعطاف‌پذیر است که می‌تواند با بازیابی خود عملکرد از دست رفته‌اش را بار دیگر بیابد. در فرایند بازیابی مغز سایر مناطق به تدریج وظایف بخش‌های آسیب دیده را بر عهده می‌گیرند و راه‌های عصبی جدیدی شکل می‌گیرند. برنامه‌های توانبخشی شناختی نیز با کمک برای شناختن و شکل دادن همین راه‌های جایگزین، اثرات سوء آسیب مغزی را به حداقل می‌رساند. توانبخشی شناختی رایانه محور در این زمینه می‌تواند در بازه سنی مربوط به دوران کودکی یکی از روش‌های مناسب برای آموزش و ارتقای کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به طیف اتیسم باشد. در واقع توانبخشی شناختی به بهبود عملکرد کارکردهای اجرایی مرکزی منجر می‌شود که مدیریت فرایندهایی از قبیل بازیابی اطلاعات، هماهنگ‌سازی، تمرکز و تغییر توجه و سرعت پردازش را بر عهده دارد (ویست و همکاران، ۲۰۲۰).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت اختلالات ناشی از نقص در فرایند پردازش اطلاعات به معنای ناتوانی افراد در استفاده مناسب و کاربردی از اطلاعات جمع‌آوری شده توسط حواس است و باید توجه داشت که این ناتوانی ناشی از نقص شنوایی، بینایی، کم‌توجهی و سایر مشکلات ذهنی و شناختی نیست. نقص فرایند پردازش اطلاعات در اغلب افرادی که از اختلال طیف اتیسم رنج می‌برند دیده می‌شود که در آن کودکان دارای نقص در سرعت پردازش نسبت به همسالان خود در فرایند پردازش اطلاعات کندتر هستند. کودکان مبتلا به طیف اتیسم در انجام تکالیف شناختی به ویژه تکالیف مدرسه‌کند هستند و در واقع نقص در فرایند سرعت پردازش در این گروه نشان می‌دهد که چرا و چگونه آنها در زمینه یادگیری با چالش روبه‌رو می‌شوند. کودکانی که در زمینه پردازش شناختی ضعیف هستند، زمان زیادی را برای انجام تکلیف صرف می‌کنند، در درک مطلب مشکل دارند و در پاسخ دادن به سوالات و یادآوری اطلاعات به صورت دقیق و درست و با سرعت مناسب به مشکل برمی‌خورند.

براساس اصول درمان‌های موثر بر شناخت مانند توانبخشی شناختی، با ارائه آموزش‌های گسترده شامل تکرار، تمرین و بازخورد دادن، می‌توان پیشرفت‌هایی را در مهارت‌های کودکان ایجاد کرد که به دیگر فعالیت‌ها، تکالیف و توانایی‌های مرتبط تعمیم یابند. در این پژوهش با تمرکز بر بازی‌هایی که با بهبود افزایش سرعت پردازش در این کودکان همراه است تلاش شد تا سرعت پردازش بهبود یابد. در این بازی‌ها عامل زمان در افزایش سرعت پردازش و عملکرد مهم تلقی شد. چراکه کودک می‌بایست در بازه زمانی تعریف شده به پاسخ هدف دست یابد در غیراین صورت آن بازی را از دست می‌داد. استفاده از تقویت‌های فوری و همچنین ظاهر جذب‌کننده بازی کودک را ترغیب می‌کرد تا با سرعت بیشتری به دنبال محرک هدف بگردد. با موفقیت کودک در هر مرحله از بازی ویژگی‌های محرک هدف بیشتر و زمان برای یافتن آن کمتر می‌شد؛ این ویژگی‌ها برنامه توانبخشی مورد استفاده در بهبود توانایی سرعت پردازش اثرگذار بود.

یافته دوم مطالعه نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر توجه پایدار کودکان مبتلا به اتیسم موثر بوده است. همسویی این یافته با مطالعات (ماکائون، ۲۰۲۰) بررسی شده است. توجه یکی از پیچیده‌ترین انواع کارکردهای اجرایی است که نیازمند تمرکز، عملکرد بهینه حافظه فعال و بازداری عامل حواسپرتی است. میزان توجه یادگیرنده به موضوع درسی از عوامل اصلی در امر آموزش است؛ به طوری که بندورا تاکید می‌کند که یادگیری با توجه آغاز می‌شود و اگر توجه

۸۶..... بررسی اثربخشی برنامه توانبخشی مبتنی بر کارکردهای اجرایی بر سرعت پردازش...

کافی نباشد یادگیری فرد آسیب می‌بیند. کودکان دارای مشکل توجه برای تکمیل تکالیف نمی‌توانند به مدت کافی بر آنها تمرکز کنند، محرک‌های اضافی را غریب و در برابر محرک‌های نامربوط و اضافی مقاومت کنند و بسیار حواسپرت هستند. کارکردهای اجرایی و توجه از جمله توانایی‌هایی هستند که کودکان برای یادگیری به آنها نیازمند هستند.

نقص در توجه کودکان را با دلزدگی از درس روبرو می‌کند و به طور معمول آنها را با کمبود انگیزه مواجه می‌کند. از این رو ارائه مطالب آموزشی در قالب بازی می‌تواند انگیزه کودکان را برای انجام فعالیت‌های کلاسی برانگیزد. کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم از نقص توجه رنج می‌برد و از آنجا که یکی از مولفه‌های توجه انگیزه است پژوهشگر توانست با استفاده از بازی‌های شناختی، انگیزه کودکان را بالا ببرد که این خود باعث افزایش مشارکت آنها در فعالیت‌های کلاسی و موجب بهبود عملکرد توجه آنها شد. ویژگی‌های چندگانه ارائه شده و تلاش برای یافتن محرک هدف متناسب با ویژگی ارائه شده مستلزم صرف توجه زیاد از سوی کودک بود تا بتواند پاسخ صحیحی را انتخاب کند. همچنین با ورود به مرحله بالاتر تعداد محرک‌های ارائه شده افزایش می‌یافت که توجه مضاعفی را طلب می‌کرد. پاسخ صحیح از جانب آنها و گرفتن تایید و تشویق لازم از درمانگر برای آنها به عنوان تقویت عمل کرد و موجب افزایش فراوانی رفتار توجه در آنها شد. از سوی دیگر کاربرگ‌هایی که در این طرح مورد استفاده قرار گرفت به گونه‌ای بود که انجام آنها مستلزم به کارگیری توجه بالایی از جانب کودکان بود.

از جمله محدودیت‌هایی که در اجرای پژوهش حاضر پژوهشگر با آن روبرو بود می‌توان به اجرای برنامه مداخله بر روی کودکان مبتلا به طیف اتیسم با عملکرد بالا اشاره کرد که تعمیم‌دهی نتایج را با احتیاط همراه می‌کند. همچنین تفاوت‌های بین فردی موجود میان گروه نمونه و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس از دیگر محدودیت‌ها هستند. پژوهشگران می‌توانند در پژوهش‌های آتی سایر مولفه‌های کارکردهای اجرایی و رفتاری را با استفاده از این برنامه مورد بررسی قرار دهند یا این برنامه را برای سایر گروه‌های کودکان اجرا و نتایج آنها را مقایسه کنند. با توجه به تاثیر برنامه توانبخشی شناختی بر روی کارکردهای اجرایی و رفتاری کودکان مبتلا به طیف اتیسم پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و روان‌درمانگران از این برنامه برای تقویت و بهبود کارکردهای اجرایی و شناختی کودکان بهره ببرند، ظاهر جذاب این بازی‌ها باعث می‌شود کودک با هیجان بیشتر و بدون خستگی به انجام این تمرینات بپردازد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی والدین کودکان مبتلا به اتیسم که در این پژوهش حضور داشتند قدردانی می‌شود.

منابع

- صمدی، سیدعلی، مک کانکی، روی. (۱۳۹۰). *اختلال‌های طیف اتیسم*، تهران: دوران
- اولسون، متیو؛ هرگنهان، بی. آر. *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*. ترجمه علی اکبر سیف (۱۴۰۲). تهران: نشر دوران.
- Ameis, S. H., Haltigan, J. D., Lyon, R. E., Sawyer, A., Miranda, P., Kerns, C. M., ... & Pathways in ASD Study Team. (2022). Middle-childhood executive functioning mediates associations between early-childhood autism symptoms and adolescent mental health, academic and functional outcomes in autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 553-562. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13493>

- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, L. H., Bransome, E. D J. R., Mirsky, A. F., Rosvold, H. E., Sarason, I. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 343-350. <https://doi.org/10.1037/h0043220>
- Calderoni, S. (2023). Sex/gender differences in children with autism spectrum disorder: A brief overview on epidemiology, symptom profile, and neuroanatomy. *Journal of Neuroscience Research*, 101(5), 739-750. <https://doi.org/10.1002/jnr.25000>
- Caplan, B., Kreutzer, J. S., & DeLuca, J. (2018). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology; With 230 Figures and 197 Tables. Second Ed.* Springer International Publishing, 3371-3375.
- CDC. (2021). Data & statistics on autism spectrum disorder online: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Chen, C. P., Gau, S. S. F., & Lee, C. C. (2019). Toward differential diagnosis of autism spectrum disorder using multimodal behavior descriptors and executive functions. *Computer Speech & Language*. 56(12), 17-35. <https://doi.org/10.1016/j.csl.2018.12.003>
- Demetriou, E. A., DeMayo, M. M, Guastella, A. J. (2019). Executive function in autism spectrum disorder: History, theoretical models, empirical findings, and potential as an endophenotype. *Front Psychiatry*, 10, 753. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00753>
- Ghasemi, S., Arjmandnia, A. A., & Gholamali lavasani, M. (2019). Designing family-based cognitive rehabilitation package and evaluating its effectiveness on executive functions of dyslexic students. *Empowering Exceptional Children*, 10(2), 200-215. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2019.95990>
- Hatta, K., Hosozawa, M., Tanaka, K., Shimizu, T. (2019). Exploring traits of autism and their impact on functional disability in children with somatic symptom disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 49, 729-737. <http://doi.org/10.1007/s10803-018-3751-2>
- Howard, J., Herold, B., Major, S., Leahy, C., Ramseur, K., Franz, L., ... & Dawson, G. (2023). Associations between executive function and attention abilities and language and social communication skills in young autistic children. *Autism*, 13623613231154310.
- Johnson, K., Murray, K., Spain, D., Walker, I., & Russell, A. (2019). Executive function: Cognition and behaviour in adults with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(10), 4181-4192. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04133-7>
- Kramer, E., Koo, B., Restrepo, A., Koyama, M., Neuhaus, R., Pugh, K., Andreotti, C., & Milham, M. (2020). Diagnostic Associations of Processing Speed in a Transdiagnostic, *Pediatric Sample*. *Scientific Reports*, 10(1), 10114. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66892-z>
- Leontine, W., de Nijs, P. F., Duvekot, J., Greaves-Lord, K., Hillegers, M. H., Brouwer, W. B., Hakkaart-van Roijen, L. (2020). Children with an autism spectrum disorder and their caregivers: Capturing health-related and care-related quality of life. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 50, 263-277. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04249-w>
- Liang, X., Li, R., Wong, S. H., Sum, R. K., Wang, P., Yang, B., & Sit, C. H. (2022). The effects of exercise interventions on executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 52(1), 75-88. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40279-021-01545-3>
- Macoun, S. J., Pyne, S., MacSween, J., Lewis, J., & Sheehan, J. (2020). Effectiveness of an attention and executive function intervention on metacognition in a mixed pediatric sample. *Journal of Applied Neuropsychology: Child*. 3(11), 240-252. <https://doi.org/10.1080/21622965.2020.1794867>

- Maenner, M. J., Shaw, K. A., & Baio, J. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4), 1-12. doi: [10.15585/mmwr.ss6904a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1)
- Rindermann, H., & Neubauer, A. C. (2004). Processing speed, intelligence, creativity, and school performance: Testing of causal hypotheses using structural equation models. *Intelligence*, 32(6), 573- 589. DOI: 10.1016/j.intell.2004.06.005
- Samadi, Seyed Ali., McConkey, Roy. (2022). *Autism spectrum disorders*, Tehran: Doran [in persian]
- Solari, E. J., Henry, R. A., Grimm, R. P., Zajic, M. C., McGinty, A. (2021). Code-related literacy profiles of kindergarten students with autism. *Autism*, 1-13. <https://doi.org/10.1177/13623613211025904>
- Takacs, Z. K., & Kassai, R. (2019). The efficacy of different interventions to foster children’s executive function skills: A series of meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 145 (7), 653-697. <https://doi.org/10.1037/bul0000195>
- Wiest, D. J., Wong, E. H., Bacon, J. M., Rosales, K. P. & Wiest, G. M. (2020). “The effectiveness of computerized cognitive training on working memory in a school setting”. *Applied Cognitive Psychology*. <https://doi.org/doi:10.1002/acp.3634>
- Willoughby, M. T., Wylie, A. C., & Little, M. H. (2019). Testing longitudinal associations between executive function and academic achievement. *Developmental Psychology*, 55(4), 767-779. <https://doi.org/10.1037/dev0000664>
- Zapparrata, N. M., Brooks, P. J., & Ober, T. M. (2023). Slower processing speed in autism spectrum disorder: A meta-analytic investigation of time-based tasks. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(12), 4618-4640. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05736-3>



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/>).

نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در میان

پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹

سلمان زارعی^۱، مریم سادات جلالی^۲، خدیجه فولادوند^{۳*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در میان پرستاران در همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش پرستاران شهرهای ورامین و قرچک در تابستان سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه تعداد ۳۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سیاهه رشد پس‌از آسیب تدسچی و کالهن، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون گردآوری و با استفاده از همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر مستقیم خودکارآمدی و اثر مستقیم تاب‌آوری بر رشد پس‌از آسیب مثبت و معنادار بود. همچنین، نتایج نشان داد که نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب معنادار بود. بر اساس یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی و تاب‌آوری از عوامل مهم اثرگذار بر رشد پس‌از آسیب در بین پرستاران است. لذا، پیشنهاد می‌شود که متخصصین از طریق آموزش و مداخلات مشاوره‌ای با افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری به پرستاران کمک کنند که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از دوران کرونا را مدیریت کنند.

کلیدواژه‌ها: رشد پس‌از آسیب، خودکارآمدی، تاب‌آوری، پرستاران، کووید-۱۹

^۱ دانشیار مشاوره، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب، تهران، ایران

^۳ نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران fuladvand.kh@lu.ac.ir

مقدمه

کادر درمان از جمله پرستاران در صف اول مقابله با ویروس کرونا قرار دارند (افضلی و همکاران، ۱۴۰۰). در این بین پرستاران به واسطه ماهیت شغلی‌شان در معرض آسیب‌های روانشناختی از جمله علائم استرس پس‌آسیب، سردرگمی و عصبانیت قرار دارند (مرادزاده و همکاران، ۱۳۹۹). حجم بالای کار آن‌ها در رسیدگی به موارد کرونا، کمبود امکانات و تجهیزات حفاظت فردی و تغذیه ناکافی بر وضعیت سلامتی آن‌ها اثر منفی می‌گذارد (زینارو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به اینکه قرار گرفتن در شرایط اپیدمی یک بیماری با پیامدهای منفی همراه است اما برخی موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند (هنسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد در این شرایط نه تنها به وضعیت قبلی خود باز می‌گردند، بلکه به سطح بالاتری از عملکرد روانی نیز می‌رسند (برکمن^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظر تدسچی^۴ و همکاران (۱۹۹۶) پدیده رسیدن به سطح بالاتر عملکرد روانی پس از اتفاق ناگوار، به رشد پس از آسیب (PTG)^۵ معروف شد و به تجربه ذهنی تغییرات شخصی و روانشناختی مثبت در هنگام وقوع حادثه‌ای استرس‌زا گفته می‌شود که ارزش انطباقی دارند. نقش حوادث گوناگونی از جمله سوگ و داغدیدگی، زلزله، جنگ، جراحی و بیماری در رشد پس‌آسیب بررسی شده است (تدسچی و همکاران، ۲۰۲۱).

برخی از عوامل روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان عوامل مؤثر بر رشد پس از آسیب در نظر گرفت؛ از جمله این عوامل می‌توان به توانایی خودکارآمدی اشاره کرد (زنگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۱؛ دی‌کوردو^۷ و همکاران، ۲۰۲۲؛ لو^۸ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوپر^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ساموئل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تام^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). خودکارآمدی یک متغیر کلیدی در نظریه شناختی-اجتماعی بندورا است که به‌عنوان باورها یا قضاوت‌های فرد درباره توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌هایش تعریف می‌شود (بندورا، ۲۰۱۳). مطالعات مختلف نقش مهم آن را در سبک‌های مقابله‌ای سازگار در موقعیت‌های مختلف تأیید کرده‌اند (کیرکا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تام و همکاران، ۲۰۱۹). به‌علاوه، مشخص شده است که در هنگام مواجهه با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که سطح بالایی از خودکارآمدی دارند، می‌توانند بر افکار خود کنترل داشته باشند، ثبات بیشتری از خود نشان دهند (گالاجر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰) و افکار منفی در مورد خود را نمی‌پذیرند (مسورادو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). این قدرت شخصی افراد را قادر می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر موقعیت‌ها داشته باشند و به‌طور مؤثری با حوادث مقابله کنند. بنابراین،

1. Zainaro
2. Henson
3. Berkman
4. Tedeschi
5. Posttraumatic growth
6. Zeng
7. Di Corrado
8. Lu
9. Cooper
10. Samuel
11. Thom
12. Kirca
13. Gallagher
14. Mesurado

خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری روانی، سلامت جسمانی، راهبردهای تغییر رفتار خودراهبری و کاهش اختلالات روانی دارد (پیلای^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

زنگ^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی گزارش کردند دانشجویانی که از سطوح بالای خودکارآمدی برخوردارند، قادر به کنترل افکارشان هستند و ثبات بیشتری نشان می‌دهند و این کنترل افکار ناخوشایند افزایش رشد پس از آسیب را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهشی دیگر با هدف پیش‌بینی رشد پس از آسیب در بیماران سرطانی یافته‌ها حاکی از آن بود که خودکارآمدی به‌طور معنی‌داری رشد پس از آسیب را تبیین می‌کند و از خودکارآمدی می‌توان برای ارائه برنامه‌های سلامت روان و تسهیلات رشد پس از آسیب استفاده کرد (کیم^۳، ۲۰۲۲). لی^۴ و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهشی گزارش کردند افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، هنگام تجربه آسیب‌زا قادر به سازگاری بهتری بوده و رشد بیشتری را تجربه خواهند کرد. در همین راستا، دی کورادو و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که خودکارآمدی و تاب‌آوری، به‌عنوان عوامل محافظتی، می‌توانند نقش مهمی برای توسعه یک راهبرد مداخله‌ای در جهت افزایش و بهبود سلامت روانی در طول بحران باشند.

تاب‌آوری به‌عنوان توانایی فرد برای ادامه زندگی بعد از مشکلات و سختی‌ها، توانایی بهبود یا بازگشت به سطح عملکرد قبل از سانحه و رسیدن به تعادلی در سطح بالاتر در مواجهه با موقعیت‌های بحرانی (جورگولاس-شری^۵، ۲۰۲۰)، ضمن تأثیر بر رشد پس از آسیب (وینکرز^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) از خودکارآمدی فرد تأثیر می‌پذیرد؛ چرا که خودکارآمدی منعکس‌کننده حس کنترل بر محیط خود و باور خوش‌بینانه به توانایی تغییر خواسته‌های چالش‌برانگیز محیطی با استفاده از رفتار خود است (پاک، یورتباکان^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). اگر چه به نظر می‌آید رشد پس از آسیب و تاب‌آوری شبیه هم باشند، ولی تفاوت‌های ظریفی آن‌ها را از هم متمایز کرده است (تدسچی و همکاران، ۲۰۲۱). اسکیلز^۸ و همکاران (۲۰۰۰) تاب‌آوری را به‌عنوان غلبه بر شرایط طاقت‌فرسا و بازگشت سریع به عملکرد قبل از تروما و تعادل اولیه تعریف کرده‌اند، در حالی که رشد پس از آسیب شامل تغییرات بلندمدت و مثبت در مقابله با حوادث چالش‌زاست. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در برابر آسیب‌ها و فشارهای غیرقابل اجتناب، تجربه مقاومت بیشتری دارند و به احتمال بیشتری به معنایی مثبت در حین تجربه شرایط تنش‌زا دست پیدا می‌کنند. همچنین بر اساس نظریه ارزش‌گذاری ارگانسمی (جوزف^۹ و همکاران، ۲۰۰۶) تاب‌آوری می‌تواند به رشد پس از آسیب کمک کند و باعث مقابله موثر و سازگارانه افراد شود. آفجس-وان‌دورن^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی گزارش کردند آموزش تاب‌آوری با افزایش رشد پس از آسیب همراه است. در پژوهش‌های دیگری (اوگیسکا-بولیک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸؛ نوکیو^{۱۲} و

1. Pillay
2. Zeng
3. Kim
4. Li
5. Georgoulas-Sherry
6. Vinkers
7. Pak
8. Scales
9. Joseph
10. Aafjes-van Doorn
11. Zadworna-Cieślak
12. Nuccio

۹۲..... نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در...

همکاران، ۲۰۲۱؛ میکالچیک^۱ و همکاران، ۲۰۲۲) رابطه رشد پس از آسیب و تاب‌آوری بررسی شد و به این نتیجه دست یافتند که تاب‌آوری می‌تواند احتمال وقوع رشد پس از آسیب را تقویت و یا تحت تاثیر قرار دهد. بر اساس نظر وین رایت^۲ و همکاران (۲۰۰۷) متغیر تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا، باعث می‌شود افراد با مسائل تنش‌زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند و به افراد این توانایی را می‌دهد تا با مشکلات مواجه شوند و حتی این موقعیت‌ها را فرصتی برای ارتقاء و رشد شخصیت خود بشمارند. این در حالی است که به نظر می‌رسد تاب‌آوری افراد تحت تاثیر خودکارآمدی آنها قرار دارد (شولتز^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) و پژوهش‌ها به رابطه مثبت تاب‌آوری با خودکارآمدی اشاره کرده‌اند (بندر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ وانگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا شواهد پژوهشی (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۸) نیز نشان می‌دهند خودکارآمدی، پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار تاب‌آوری است و با ارتقای سطح خودکارآمدی، تاب‌آوری افراد در مواجهه با چالش‌ها افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ای، خودکارآمدی در رابطه بین تاب‌آوری و رشد پس‌از آسیب نقش واسطه‌ای داشت (لو و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع، از زمان شیوع ویروس کرونا تعداد روبه افزایش بیماران فشار زیادی بر نظام بهداشت و درمان مخصوصاً پرستاران حاضر در خط مقدم وارد کرده است و آنان را با چالش‌های زیادی روبرو ساخته است (زینارو و همکاران، ۲۰۲۱). لذا، بررسی عوامل محافظت‌کننده در برابر فشارهای ناشی از همه‌گیری کرونا در بین پرستاران ضروری است. همانطور که مطرح شد، مطالعات روابط بین تاب‌آوری، خودکارآمدی و رشد پس از آسیب را نشان دادند. با این وجود بیشتر این مطالعات انحصاراً در نمونه‌های غربی انجام شده است. لذا، با توجه به فقدان مطالعه در جامعه پرستاران ایرانی پژوهش حاضر در نظر دارد از دو جنبه تاب‌آوری و خودکارآمدی به رشد پس از آسیب پرستاران بپردازد، به این امید که نتایج این پژوهش بتواند به تبیین نظری دقیق‌تر رشد پس‌از آسیب منجر شود و بتواند در بهبود خط‌مشی‌ها و طراحی موثرتر مداخلات و پروتکل‌های آموزشی-درمانی در کادر درمان کمک‌کننده باشد. لذا، با توجه به مطالب ذکر شده هدف پژوهش حاضر این است که در قالب یک مدل، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس از آسیب به محک آزمون گذاشته شود. بر این اساس، پژوهش حاضر در پی بررسی این فرضیه‌ها است که خودکارآمدی و تاب‌آوری با رشد پس از آسیب همبستگی مثبت دارند، خودکارآمدی با تاب‌آوری همبستگی مثبت دارد و تاب‌آوری نقش میانجی بین خودکارآمدی و رشد پس از آسیب دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی پرستاران شهرهای ورامین و قرچک در تابستان ۱۴۰۱ تشکیل داد. از بین جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۳۵۰ پرستار به‌عنوان نمونه انتخاب شد. روش گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر به این صورت بود که پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین با استفاده از نرم‌افزار پرس‌لاین طراحی و تنظیم شدند. سپس با همکاری سرگروه کانال‌های مختلف پرستاران در شبکه‌های اجتماعی واتساپ و

1. Michalczyk
2. Wainwright
3. Schultz
4. Bender
5. Wang

تلگرام لینک پرسشنامه‌ها به همراه فرم رضایت آگاهانه در اختیار پرستاران قرار داده شد. حداقل حجم نمونه لازم در مدل‌یابی معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر است (کلاین^۱، ۲۰۱۵)؛ ولی در پژوهش حاضر به منظور افزایش توان آماری و احتمال ریزش در نمونه ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص این تعداد به ۳۳۲ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال و حضور در خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی در همه‌گیری کووید-۱۹ بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه خواهد بود. پرستاران در دامنه سنی ۲۰-۴۵، با میانگین سنی ۳۱/۶۱ و انحراف استاندارد ۷/۵۱ قرار داشتند. ۵۶/۹ درصد زن و ۴۳/۱ درصد مرد بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلات اکثریت پرستاران دارای تحصیلات لیسانس (۵۹/۶ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سابقه خدمت از پرستاران گروه نمونه به ترتیب ۱۲/۴۴ و ۵/۴۱ بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوز از مسئولین به مراکز بهداشت و درمان شهرهای ورامین و قرچک مراجعه شد و از بین پرستارانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند و در همه‌گیری کووید-۱۹ در خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی بودند، پرسشنامه‌ها به صورت فردی اجرا شدند. توضیح هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، اطمینان به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان انصراف و خودداری از درج نام آن‌ها در کلیه مدارک مربوط به پژوهش لحاظ شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل الگویابی معادلات ساختاری) استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، مفروضه‌های الگویابی معادلات ساختاری نیز مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 و به منظور تعیین برازش مدل پژوهش، از نرم‌افزار AMOS-22 استفاده شد. در نهایت، جهت آزمون رابطه غیرمستقیم (واسطه‌ای) و تعیین معنی‌داری آن در مدل پیشنهادی، از روش بوت استرپ، با استفاده از برنامه ماکرو، استفاده شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

سیاهه رشد پس از آسیب^۲ (PTGI): سیاهه رشد پس از آسیب توسط تدسچی و کالهن در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است. این سیاهه ۲۱ سوالی برای اندازه‌گیری رشد پس از آسیب یا تغییرات خودادراکی افراد از تجربه حوادث آسیب‌زا طراحی شده است. در این سیاهه فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۰ = هیچ تغییری نکرده‌ام تا ۵ = تغییر خیلی زیاد را تجربه کرده‌ام) قرار دهد. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ بوده که نمره بیشتر نشان‌دهنده رشد بیشتر است. این سیاهه از پنج زیرمقیاس تشکیل شده است که شامل (۱) رابطه با دیگران^۳، (۲) فرصت‌های جدید^۴، (۳) قدرت شخصی^۵، (۴) تغییرات معنوی^۶ و (۵) درک معنی زندگی^۷ می‌باشد (حسینلو و نامور، ۱۳۹۹). تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ برای کل سیاهه

1. Kline
2. Post-traumatic Growth Inventory
3. relating to others
4. new possibilities
5. personal strength
6. spiritual change
7. appreciation of life

۹۴..... نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در...

رشد پس از آسیب را ۰/۹۰ به دست آوردند. همچنین آنها گزارش کردند که افراد مواجه شده با ضربه روانی در مقایسه با افراد عادی در سیاهه رشد پس از آسیب نمره بیشتری گرفتند. در تحقیق تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی ساختار ۵ عاملی سیاهه رشد پس‌از آسیب، ۵۵ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کرد. سیدمحمودی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با هدف هنجاریابی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل سیاهه رشد پس از آسیب را ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین در پژوهش آنها، بین این سیاهه و پرسشنامه‌های خوش بینی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی رابطه معنادار وجود داشت (به ترتیب $r=0/24$ ، $r=0/51$ و $r=-0/21$) که نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرای سیاهه رشد پس‌از آسیب است ($P<0/01$). در پژوهش حاضر ضریب پایایی سیاهه رشد پس از آسیب با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی^۱ (GSE): این مقیاس ۲۳ سوالی توسط شرر^۲ و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. این ابزار سه زیرمقیاس میل به آغازگری رفتار^۳، میل به ادامه تلاش برای کامل کردن تکلیف^۴ و پافشاری در تکلیف^۵ را اندازه‌گیری می‌کند. به هر سوال ۵ امتیاز از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) تعلق می‌گیرد. بجز سوال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ که از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد، بقیه سوال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر است (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خودکارآمدی عمومی توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ۰/۸۶ گزارش شد. همچنین در پژوهش شرر و همکاران (۱۹۸۲) بین نمرات مقیاس خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر همبستگی منفی متوسطی وجود داشت ($r=-0/29$). $r=0/01$ ، $P=0/001$ که حاکی از روا بودن این پرسشنامه است. اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی گزارش کردند نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی آشکارا از ساختار سه عاملی این پرسشنامه حمایت می‌کند و در مجموع ۴۳/۷۵ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کرد. همچنین، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۶ (CD-RISC): این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر^۷ و همکاران (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. کانر و دیویدسون معتقدند که این مقیاس به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است: کاملاً نادرست = ۰، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳، همیشه درست = ۴. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی

1. Self-efficacy Scale
2. Sherer
3. willingness to initiate behavior
4. willingness to expand effort in completing the behavior
5. persistence in the face of adversity
6. Connor-Davidson Resilience Scale
7. Connor

است. این آزمون دارای ۵ زیرمقیاس شایستگی فردی^۱، اعتماد به گرایز فردی^۲، تحمل عاطفه منفی^۳، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن^۴، کنترل و تأثیرات معنوی^۵ است. در پژوهش کانر و همکاران (۲۰۰۵) بین نمرات مقیاس تاب‌آوری و مقیاس سخت‌رویی کوباسا^۶ همبستگی مثبت وجود داشت ($P=0/001$, $r=0/83$) که نشان‌دهنده روا بودن این پرسشنامه است. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کلی است. کانر و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) در پژوهشی با استفاده از تحلیل عامل تاییدی مدل ۵ عاملی این مقیاس را تایید کردند ($CFI=0/903$, $RMSEA=0/053$) که میزان ۷۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کرد. همچنین آنها همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۵ گزارش کردند در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ در کنار پرداختن به میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۱ و -۱) و کشیدگی در دامنه (۲ و -۲) قرار دارد. همچنین، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان می‌دهد که سطح معناداری آماره Z بزرگ‌تر از $p>0/05$ است؛ بنابراین بر اساس این آماره‌ها نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیرهای پژوهش در نوجوانان

شاخص‌ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	کولموگروف-اسمیرنف	
					آماره Z	سطح معناداری
خودکارآمدی	۵۴/۹۸	۸/۳۶	۰/۴۵	-۰/۳۲	۰/۰۹	۰/۰۷
تاب‌آوری	۷۰/۹۵	۱۰/۱۳	-۰/۸۴	۱/۷۴	۰/۰۷	۰/۰۶
رشد پس از آسیب	۴۹/۵۰	۱۲/۱۴	۰/۰۸	۰/۴۸	۰/۰۸	۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول ۲ با توجه به تأیید معنادار بودن همبستگی بین متغیرهای پژوهش، امکان بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس از آسیب فراهم است. در ادامه به منظور بررسی مدل پژوهش از مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی آن از قبیل حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها و هم خطی چندگانه اطمینان حاصل شد.

1. personal competence
2. trust in one's instincts
3. tolerance of negative affect
4. positive acceptance of change and secure relationships
5. control and spiritual influences
6. Kobasa hardiness measure

۹۶..... نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در...

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرها و بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین

شاخص‌های آماری متغیرها	ضرایب همبستگی			شاخص‌های هم خطی چندگانه	
	(۱)	(۲)	(۳)	آماره تحمل	عامل تورم واریانس
(۱) خودکارآمدی	۱			۰/۳۷	۲/۷۱
(۲) تاب‌آوری	۰/۲۶**	۱		۰/۹۳	۱/۰۸
(۳) رشد پس از آسیب	۰/۴۶**	۰/۳۹**	۱	-	-

** ۰/۰۱ < p

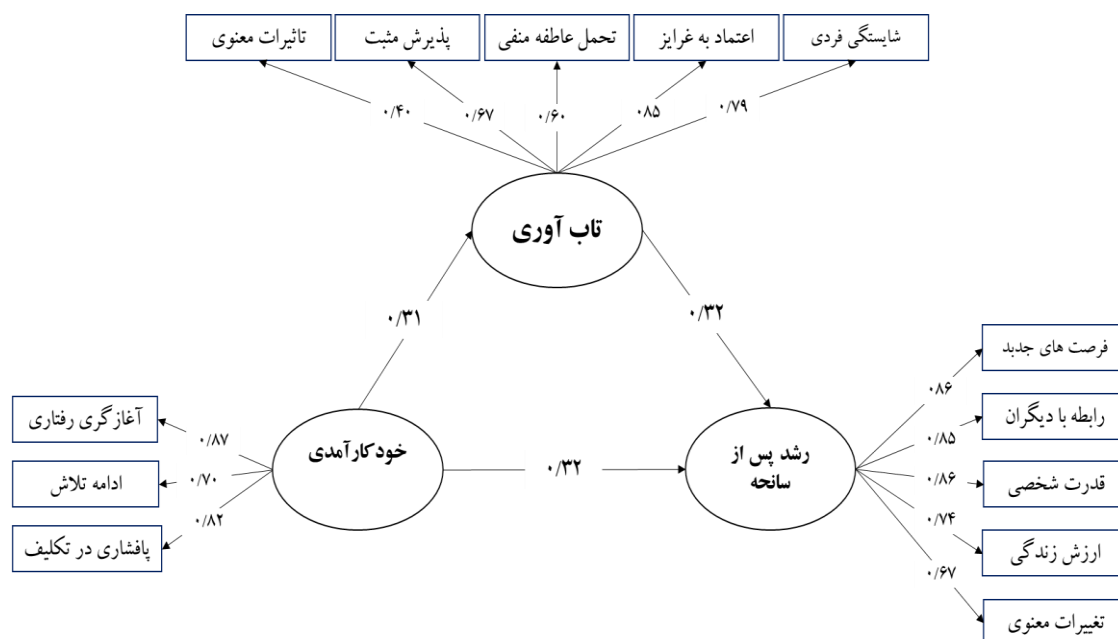
مدل پیشنهادی پژوهش در مجموع ۳ متغیر را در خود جای داده که خودکارآمدی به عنوان متغیر برون‌زا، تاب‌آوری متغیر میانجی و رشد پس‌از آسیب به عنوان متغیر درون‌زا مورد بررسی قرار گرفتند. پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی مدل مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی (پیشنهادی) و اصلاح شده پژوهش را نشان می‌دهد. طبق جدول ۳، برای تعیین کفایت برازندگی مدل مفهومی با داده‌های ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مانند آزمون نیکویی برازش مجذور کای (χ^2)، مجذور کای بر درجات آزادی (χ^2/df)، شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۲ (AGFI)، شاخص برازش هنجار شده^۳ (NFI)، شاخص برازش تطبیقی^۴ (CFI)، شاخص برازش افزایشی^۵ (IFI)، شاخص توکر- لویس^۶ (TLI) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب^۷ (RMSEA) استفاده شد.

بر اساس نتایج پژوهش، مدل پیشنهادی با توجه به شاخص‌های برازندگی دارای برازش نسبتاً خوبی است. در گام بعدی، به منظور ارتقای برازندگی الگوی اولیه به کمک شاخص‌های اصلاحی^۸ (MI) پیشنهادی اقدام به دستکاری مدل شد و یک اصلاح در مدل، از طریق همبسته کردن خطای دو مؤلفه رابطه با دیگران و ارزش زندگی متغیر رشد پس‌از آسیب صورت گرفت. در مدل اصلاح شده مجذور کای بر درجات آزادی (χ^2/df) ۳/۶۰ و مقدار درجات GFI، AGFI، NFI، CFI، IFI و TLI در مدل اصلاح شده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۹۰، ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۹۱ به دست آمد که حاکی از برازش خوب مدل در پژوهش حاضر است. همچنین مقدار RMSEA به دست آمده (۰/۰۸۷) نشانگر برازش قابل قبول مدل می‌باشد. به طور کلی ۳۷٪ از واریانس رشد پس‌از آسیب پرستاران توسط متغیرهای مدل پیش‌بینی شده است.

نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل‌های آزمون شده نشان داد که در مدل نهایی، تمامی ضرایب مسیر بین متغیرها از لحاظ آماری معنی‌دار بودند.

شکل ۱ ضرایب استاندارد مدل اصلاح شده (نهایی) پژوهش (بعد از اصلاح) را نشان می‌دهد

1. Goodness of fit index
2. Adjusted goodness of fit index
3. Normal fit index
4. Comparative fit index
5. incremental fit index
6. Tucker- Lewis
7. Root mean square error of approximation
8. modification indices



شکل ۱. مدل نهایی آزمون شده پژوهش

بر اساس نتایج جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم خودکارآمدی و تاب‌آوری به رشد پس‌ازآسیب معنی‌دار هستند ($p < 0.01$). به‌علاوه، ضریب مسیر مستقیم خودکارآمدی به تاب‌آوری معنی‌دار است ($p < 0.01$).

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم بین متغیرها در مدل نهایی آزمون شده

مسیر	ضریب غیراستاندارد		ضریب استاندارد		نسبت بحرانی	P
	(B)	خطای معیار	(β)	استاندارد		
خودکارآمدی به رشد پس‌ازآسیب	۰/۶۰	۰/۲۳	۰/۳۲	۳/۸۴	۰/۰۰۷	
تاب‌آوری به رشد پس‌ازآسیب	۰/۲۹	۰/۰۵	۰/۳۲	۵/۶۲	۰/۰۰۱	
خودکارآمدی به تاب‌آوری	۰/۶۵	۰/۱۳	۰/۳۱	۴/۸۳	۰/۰۰۱	

برای برآورد و تعیین معناداری مسیر غیرمستقیم مدل نهایی از روش بوت‌استرپ ماکرو استفاده گردید. سطوح اطمینان برای فواصل اطمینان ۰/۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ در نظر گرفته شد. در جدول ۴ آزمون میانجی‌گری چندگانه رابطه غیرمستقیم با روش بوت‌استرپ گزارش شده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تاب‌آوری میانجی ارتباط بین خودکارآمدی و رشد پس‌ازآسیب شده است. حد بالا و پایین این مسیر در روش بوت‌استرپ صفر را در بر نمی‌گیرد که حاکی از معنی‌داری نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌ازآسیب است ($p < 0.05$).

جدول ۴. برآورد مسیر غیرمستقیم مدل با استفاده بوت استرپ

مسیر غیرمستقیم	داده	بوت	سوگیری	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۰/۹۵	
					حد بالا	حد پایین
خودکارآمدی به رشد پس-از آسیب از طریق تاب‌آوری	۰/۰۷۳۸	۰/۰۵۷۳	۰/۰۰۶	۰/۰۰۵۵	۰/۱۳۴	۰/۳۱۸

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی بر رشد پس از آسیب پرستاران اثر مثبت مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش با مطالعه دی کورادو و همکاران (۲۰۲۲)؛ لو و همکاران (۲۰۲۱)؛ زنگ و همکاران (۲۰۲۱) که خودکارآمدی را یک عامل مهم در عملکرد بالای روان‌شناختی در شرایط استرس‌زا و در نتیجه رشد پس‌از آسیب می‌دانند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که افراد با خودکارآمدی بالا می‌توانند در موقعیت‌های چالش‌انگیز درک بهتری از موقعیت داشته باشند، خود را درمانده احساس نکنند، سعی کنند موقعیت‌های بحرانی را مدیریت کنند و نسبت به رفتار خود احساس تعهد بیشتری می‌کنند (بندورا، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، خودکارآمدی می‌تواند نقش مهمی در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری داشته باشد (کیرکا و همکاران، ۲۰۲۱) و با رشد پس‌از آسیب همراه باشد؛ چرا که افراد با خودکارآمدی بالا به جای اجتناب از رویدادهای استرس‌زا، دید واقع‌بینانه‌ای همراه با تعهد به رویدادها دارند و با انتظارات معقولی که از خود دارند مدیریت بهتری نسبت به رویدادهای استرس‌زا دارند (کوپر و همکاران، ۲۰۲۰). لذا، خودکارآمدی موجب کاهش ترس و دلهره، افزایش اعتماد به نفس و حل مشکلات و افزایش سازگاری با موقعیت‌های بحرانی و رشد پس از آن می‌شود (ساموئل و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس مراقبین بیماران با احساس خودکارآمدی بالا با تمرکز بر توانمندی‌های خودشان می‌توانند در مقابل نقاط ضعف و شکست‌های ناشی از خطر پیامدهای منفی محافظت شوند؛ زیرا مراقبینی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند در برابر استرس‌های روانی، اجتماعی و مشکلات جسمانی و خستگی، فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند (تام و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته بعدی پژوهش نشان داد تاب‌آوری بر رشد پس‌از آسیب پرستاران اثر مثبت مستقیم دارد. این یافته با شواهد پژوهشی همسو است (نوکيو و همکاران، ۲۰۲۱)؛ اوگیسکا-بولیک و همکاران، ۲۰۱۸). برای تبیین این یافته می‌توان بیان داشت سطوح بالای تاب‌آوری، ظرفیت افراد را در خودکنترلی، سازگاری و ادامه شرایط استرس‌زا افزایش داده و باعث تجربه هیجان‌ات مثبت‌تر شده که سازگاری روان‌شناختی را به همراه دارد و زمینه را برای بروز رشد پس‌از آسیب فراهم می‌کند (اوگیسکا-بولیک و زادورونا-سیلاک، ۲۰۱۸). همچنین با استناد به نظریه ارزش‌گذاری ارگانیک (جوزف و همکاران، ۲۰۰۶) آنچه فرد را در مسیر رشد پس‌از آسیب قرار می‌دهد، تاب‌آوری است که باعث مقابله موفق و انطباقی رشد یافته می‌شود و فرایند دستیابی به رشد پس از آسیب را فراهم می‌کند. لذا چنانچه پرستاران در بحران کرونا بتوانند نیازهای شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر و تحمل عاطفه منفی که از مولفه‌های تاب‌آوری هستند را به سطح مطلوبی برسانند، رشد پس‌از آسیب اتفاق می‌افتد. در کنار موارد مطرح

شده می‌توان بیان داشت که در طی همه‌گیری کرونا سطح تاب‌آوری پرستاران در برابر موقعیت‌های استرس‌زا از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همه‌گیری ممکن است منجر به شکست باورهای شناختی اصلی پرستاران در مورد جهان شود، منجر به از دست دادن احساس کنترل آنان بر خود، دیگران یا جهان شود و حتی منجر به از دست دادن تاب‌آوری شود (بندر و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری می‌تواند باعث شود پرستاران تحت تأثیر همه‌گیری کرونا توجه خود را از سرنخ‌هایی مانند گزارش اخبار منفی مربوط به بیماری همه‌گیر منحرف کرده و افراد را به توجه بیشتر به اطلاعات مثبت ترغیب کند (لو و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، تاب‌آوری می‌تواند به پرستاران کمک کند تا در طی همه‌گیری بهتر با تجارب ناامیدکننده کنار بیایند، مفهوم مثبت پشت این بحران را کشف کنند و برای کشف کامل توانایی‌های خود جهت مقابله با مشکلات ترغیب شوند و در نهایت در رشد آنها پس از آسیب‌های ناشی از این موقعیت تنش‌زا نقش داشته باشد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

دیگر یافته پژوهش حاکی از آن بود که خودکارآمدی با تاب‌آوری پرستاران رابطه مثبت دارد. ضریب بتای استاندارد جهت آزمون معنی‌داری مسیر مستقیم خودکارآمدی به تاب‌آوری نشان داد که این مسیر معنی‌دار است. این یافته با شواهد پژوهشی (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۸؛ بندر و همکاران، ۲۰۱۸؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۸) هم‌راستا است. وقتی که فرد احساس کفایت می‌کند، خود را در غلبه بر مسائل و چالش‌های زندگی، توانمند در نظر می‌گیرد و بهتر از پس‌غلبه بر موانع بر می‌آید. درحقیقت چنین افرادی توانایی و کفایت خود را بیش از آن می‌دانند که مغلوب بحران‌ها شوند. افراد دارای خودکارآمدی بالا، در جستجوی راه‌حل برای مسائل پیش‌آمده در زندگی، قوی‌تر عمل می‌کنند و به دلیل اعتماد بر توانایی‌هایشان، تلاش بیشتری برای مقابله موثرتر با موقعیت‌های غیرمترقبه زندگی از خود نشان می‌دهند. این افراد در موقعیت‌های سخت زندگی با توسل به راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار سالم در مقابل مشکلات، تسلیم موانع نمی‌شوند (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۸). افراد دارای خودکارآمدی بالا، نسبت به آینده خوش‌بین هستند و این انتظار مثبت آنها نسبت به آینده به استقامت آنها در برابر موانع کمک می‌کند. بیشتر این افراد با هدفمندی در زندگی و تعهد برای نائل‌شدن به اهداف، بهتر در مقابل مشکلات تاب می‌آورند و به جای بزرگنمایی مسائل، آنها را طبیعی جلوه می‌دهند و حتی گاهی مشکلات را چالشی تصور می‌کنند که می‌تواند سکوی پرش آنها شود و آنها را به پیشرفت برساند (شولتز و همکاران، ۲۰۱۶).

از دیگر نتایج پژوهش، مسیر معنی‌دار غیرمستقیم خودکارآمدی به رشد پس‌ازآسیب پرستاران با میانجی‌گری تاب‌آوری است. تاکنون پژوهشی که به بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌ازآسیب در پرستاران پرداخته باشد که نتایج آن قابل مقایسه با نتایج پژوهش حاضر باشد، انجام نشده است. با استناد به نظریه ارزش‌گذاری ارگانسمی (جوزف و همکاران، ۲۰۰۶) می‌توان روندی که تاب‌آوری با تأثیرپذیری از خودکارآمدی افراد منجر به رشد پس‌ازآسیب می‌شود را تبیین کرد. بر طبق این مدل، دو پیامد استرس پس‌ازآسیب و پیامد رشد پس‌ازآسیب طی مواجهه با آسیب قابل پیش‌بینی خواهد بود و آنچه فرد را در مسیر رشد پس‌ازآسیب قرار می‌دهد و باعث می‌شود فرد ساختارهای خود را در جهت مثبت برون‌سازی کند، تاب‌آوری است که خود نیز متأثر از سطح خودکارآمدی اوست. تاب‌آوری با کم‌رنگ جلوه دادن اثرات منفی فشار روانی و تعدیل ناتوانی در شرایط ناگوار باعث مقابله موفق و انطباقی رشد یافته می‌شود و فرایند دستیابی به رشد پس‌ازآسیب را فراهم می‌کند. لذا، اگر فرد بتواند ضمن حفظ خودکارآمدی، نیازهای شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر، تحمل عاطفه منفی و

۱۰۰..... نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌ازآسیب در...

معنویت که از مؤلفه‌های تاب‌آوری هستند را به سطح رضایت‌مندی برساند، رشد پس‌ازآسیب برایش اتفاق می‌افتد. از طرفی، خودکارآمدی یکی از مهمترین سازه‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر تاب‌آوری معرفی شده است که سطح بالای آن موجب می‌شود که فرد از نشاط درونی و ابتکار عمل بیشتری برخوردار شود و در مقابله با مشکلات و شکست‌های زندگی مقاومت بیشتری از خود نشان دهد که این عوامل موجب بهبود سطح تاب‌آوری فرد می‌شود (دی کورادو و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع خودکارآمدی به مراقبین در دوره کرونا کمک می‌کند که در مواجهه با مسائل حوزه کاری و شخصی، موضوعات را قابل حل ببینند و سازگاران به حل آن‌ها پردازند و نهایتاً از تاب‌آوری بالاتری برخوردار شوند. این پیوند گسترده و چندجانبه خودکارآمدی با تاب‌آوری منجر به ارتقاء تاب‌آوری افراد دارای خودکارآمدی شده، مقاومت آنان در برابر تنش، توانایی حل مسئله، احساس هدفمندی، واکنش سازگاران در مقابل شرایط ناگوار و توانمندی اجتماعی‌شان بالا رفته و می‌توانند بر مشکلات زندگی غلبه کرده و بهزیستی بالاتری را تجربه کنند (بندر و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی چون نمونه محدودی از پرستاران، روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی داشت که باید در تعمیم‌دهی به سایر جمعیت‌های شغلی و قومی-فرهنگی جانب احتیاط رعایت شود. به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌هایی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت و مصاحبه استفاده شود.

به طور کلی یافته‌های این پژوهش حاکی از ارتباط مستقیم و غیرمستقیم خودکارآمدی و تاب‌آوری با رشد پس‌ازآسیب در پرستاران است. بنابراین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی حضوری و آنلاین مبتنی بر ارتقاء خودکارآمدی و تاب‌آوری از طریق آموزش مدیریت هیجان و راهبردهای سازگاران مقابله با شرایط استرس‌زا در پرستاران توسط متخصصان حوزه سلامت روان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از پرستارانی که در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، کمال تشکر و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

منابع

اسکندری، الهام، جلالی، ایوب، موسوی، مرضیه و اکرمی، ناهید (۱۳۹۸). پیش‌بینی تاب‌آوری روانشناختی براساس حمایت اجتماعی و

سبک دلبستگی با میانجی‌گری خودکارآمدی و معنا در زندگی. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۵(۲): ۱۷-۳۰. DOI:

10.22108/ppls.2019.116694.1721

اصغرنژاد، طاهره، احمدی، محمد، فرزاد، ولی‌اله و خدائپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی

عمومی شرر. مجله روانشناسی، ۱۰(۳): ۲۶۲-۲۷۴.

افضلی، مریم، حاجی‌زاده کلی، شبنم، عابر، پرند و قاسمی، نرجس (۱۴۰۰). پیش‌بینی رشد پس‌ازآسیب براساس بهزیستی روانشناختی و

ذهن‌آگاهی در شرایط کرونا در پرستاران زن. خانواده درمانی کاربردی، ۲(۵): ۱۶۲-۱۷۵. DOI:

10.22034/aftj.2022.322283.1329

آهنگرزاده رضایی، سهیلا و رسولی، مریم. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در

نوجوانان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳(۹): ۷۴۷-۷۳۹. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-en.html>

سید محمودی، سیدجواد، رحیمی، چنگیز و محمودی جابر، نورالله. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رشد پس از آسیب (PTGI). *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۲): ۹۳-۱۰۸.

مرادزاده، عبدالباسط و نامدار جویمی، احسان (۱۳۹۹). تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس اخلاقی در حین انجام وظیفه سازمانی. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۹(۳): ۷۳-۵۹. URL: <http://jnip.ir/article-1-760-en.html>

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Prout, T. A. & Hoffman, L. (2022). Therapists' resilience and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(1): 165-173. DOI: [10.1037/tra0001097](https://doi.org/10.1037/tra0001097)

Afzali, M., hajizadeh koli, S., Aber, P. & Ghasemi, N. (2022). Prediction of post-traumatic growth based on psychological well-being and mindfulness during coronavirus conditions among female nurses. *Journal of Applied Family Therapy*, 2: 162-175. DOI: 10.22034/aftj.2022.322283.1329 (Text in Persian)

Ahangarzadeh Rezaei, S. & Rasouli, M. (2015). Psychometric properties of the persian version of conner-davidson resilience scale in adolescents with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*, 13(9) :739-747 URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html> (Text in Persian)

Asgharnejad, T., Ahmadi, M., Farzad, V. & Khodapanahi, M. K. (2006). A study of the psychometric properties of scherer's general self-efficacy scale. *Journal of Psychology*, 10(3): 262-274. (Text in Persian)

Bandura, A. (2013). The role of self-efficacy in goal-based motivation. In E. A. Locke and G. P. Latham (Eds.), *New developments in goal setting and task performance*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Bender, A. & Ingram, R. (2018). Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 130: 18-2. DOI: [10.1016/j.paid.2018.03.038](https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.038)

Berkman, A. M., Robert, R. S., Roth, M. & Askins, M. A. (2022). A review of psychological symptoms and post-traumatic growth among adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Health Psychology*, 27(4): 990-1005. DOI: [10.1177/1359105320971706](https://doi.org/10.1177/1359105320971706)

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2): 76-82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)

Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S. & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4): 553-575. DOI: [10.1111/inm.12721](https://doi.org/10.1111/inm.12721)

Di Corrado, D., Muzii, B., Magnano, P., Coco, M., La Paglia, R. & Maldonato, N. M. (2022). The moderated mediating effect of hope, self-efficacy and resilience in the relationship between post-traumatic growth and mental health during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*, 10(6): 1091. DOI: [10.3390/healthcare10061091](https://doi.org/10.3390/healthcare10061091)

Eskandari, E., Jalali, A., Moosavi, M. & Akrami, N. (2019). Predicting psychological resilience based on social support and attachment style mediated by self-efficacy and meaning in life. *Positive Psychology Research*, 5(2): 17-30. DOI: 10.22108/pppls.2019.116694.1721 (Text in Persian)

Gallagher, M. W., Long, L. J. & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3): 329-355. DOI: [10.1002/jclp.22882](https://doi.org/10.1002/jclp.22882)

- ۱۰۲ نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و رشد پس‌از آسیب در ...
- Georgoulas-Sherry, V. (2020). Expressive flexibility and resilience among US military college students: Evaluating the enhancing and suppressing of emotions and resilience. *Journal of Positive School Psychology*, 4(2): 187-198. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v4i2.225>
- Henson, C., Truchot, D. & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4): 100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Hoseinloo, A. & Namvar, H. (2020). Validity and reliability of post-traumatic growth questionnaire in veterans by post-traumatic stress disorder in the city of saveh. *Psychometry*, 9(33): 63-77. (Text in Persian)
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8): 1041-1053. DOI: [10.1016/j.cpr.2005.12.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006)
- Kim, Y. (2022). Factors associated with post-traumatic growth in korean survivors of childhood cancer. *Oncology Nursing Forum*, 49(1): 71-80. DOI: [10.1188/22.ONF.71-80](https://doi.org/10.1188/22.ONF.71-80)
- Kirca, K. & Kutlutürkan, S. (2021). Self-efficacy in coping behaviors of cancer patients: Who am i and what can i accomplish? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(3): 610-621. <https://doi.org/10.21763/tjfmprc.744412>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Li, N., Cheng, H. & Lv, L. (2022). The relationship between posttraumatic growth, self-efficacy, and social support in burn patients: A cross-sectional study. *Burns*, 48(7): 1626-1631. DOI: [10.1016/j.burns.2022.08.009](https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.08.009)
- Lu, W., Xu, C., Hu, X., Liu, J., Zhang, Q., Peng, L. & Li, W. (2021). The relationship between resilience and posttraumatic growth among the primary caregivers of children with developmental disabilities: The mediating role of positive coping style and self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 12: 765530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765530>
- Mesurado, B., Vidal, E. M. & Mestre, A. L. (2018). Negative emotions and behaviour: The role of regulatory emotional self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 64: 62-71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.01.007>
- Michalczyk, J., Dmochowska, J., Aftyka, A. & Milanowska, J. (2022). Post-traumatic growth in women with breast cancer: Intensity and predictors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11): 6509. DOI: [10.3390/ijerph19116509](https://doi.org/10.3390/ijerph19116509)
- Moradzadeh, A. & Namdar Joyami, E. (2020). Corona nurses' lived experience of moral distress while performing organizational duties. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 9(3): 59-73. URL: <http://ijnv.ir/article-1-760-en.html> (Text in Persian)
- Nuccio, A. G. & Stripling, A. M. (2021). Resilience and post-traumatic growth following late life polyvictimization: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*, 57: 101481. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101481>
- Ogińska-Bulik, N. & Zadworna-Cieślak, M. (2018). The role of resiliency and coping strategies in occurrence of positive changes in medical rescue workers. *International Emergency Nursing*, 39: 40-45. DOI: [10.1016/j.ienj.2018.02.004](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.02.004)
- Pak, S., Yurtbakan, T. & Acarturk, C. (2021). Social support and resilience among syrian refugees: The mediating role of self-efficacy. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(3): 382-398. DOI: [10.1080/10926771.2022.2061882](https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2061882)
- Pillay, D., Nel, P. & Zyl, E. V. (2022). Positive affect and resilience: Exploring the role of self-efficacy and self-regulation: A serial mediation model. *Journal of Industrial Psychology*, 48: 1-12. <https://doi.org/10.4102/sajip.v48i0.1913>

- Ruiz, P. (2021). *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. Jonathan S. Abramowitz and Shannon M. Blakey. Washington, DC: American Psychological Association.
- Samuel, T. S. & Warner, J. (2021). "I can math!": Reducing math anxiety and increasing math self-efficacy using a mindfulness and growth mindset-based intervention in first-year students. *Community College Journal of Research and Practice*, 45(3): 205-222. DOI: 10.1080/10668926.2019.1666063
- Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N. & Blyth, D. A. (2000). Contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4(1): 27-46. DOI: 10.1207/S1532480XADS0401_3
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2016). *Theories of personality*. Boston: Cengage Learning.
- Seyed Mahmoodi, S., Rahimi, C. & Mohammadi Jaber, N. (2013). Psychometric properties of posttraumatic growth inventory in an Iranian sample. *Psychological Methods and Models*, 3(12): 93-108. (Text in Persian)
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2): 663-671. DOI: 10.2466/pr0.1982.51.2.663
- Smith, L. M., Erceg-Hurn, D. M., McEvoy, P. M. & Lim, L. (2020). Self-efficacy in bipolar disorder: Development and validation of a self-report scale. *Journal of Affective Disorders*, 262: 108-117. DOI: 10.1016/j.jad.2019.10.026
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3): 455-471. DOI: [10.1007/BF02103658](https://doi.org/10.1007/BF02103658)
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2021). Posttraumatic growth and expert companionship in grief therapy. In *New Techniques of Grief Therapy*. New York: Routledge.
- Thom, B. & Benedict, C. (2019). The impact of financial toxicity on psychological well-being, coping self-efficacy, and cost-coping behaviors in young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(3): 236-242. DOI: [10.1089/jayao.2018.0143](https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0143)
- Vinkers, C. H., Van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K. & Van Der Wee, N. J. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35: 12-16. DOI: [10.1016/j.euroneuro.2020.05.003](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003)
- Wang, L., Tao, H., Bowers, B. J., Brown, R. & Zhang, Y. (2018). Influence of social support and self-efficacy on resilience of early career registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5): 648-664. DOI: 10.1177/0193945916685712
- Wainwright, N. W., Surtees, P. G., Welch, A. A., Luben, R. N., Khaw, K. T. & Bingham, S. A. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(10): 871-876. DOI: [10.1136/jech.2006.056275](https://doi.org/10.1136/jech.2006.056275)
- Yim, J. Y. & Kim, J. A. (2022). Factors influencing posttraumatic growth among nurses caring for COVID-19 patients: A path analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(6): 1940-1948. DOI: [10.1111/jonm.13660](https://doi.org/10.1111/jonm.13660)
- Zainaro, M. A., Ridwan, R. & Isnainy, U. C. A. S. (2021). Motivation and workload of nurses with nurse performance in handling events of corona virus (Covid-19). *Journal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(4): 673-680. DOI: 10.30604/jika.v6i4.688
- Zeng, W., Zeng, Y., Xu, Y., Huang, D., Shao, J., Wu, J., & Wu, X. (2021). The influence of post-traumatic growth on college students' creativity during the COVID-19 pandemic: The mediating role of general self-efficacy and the moderating role of deliberate rumination. *Frontiers in Psychology*, 12: 665973. DOI: [10.3389/fpsyg.2021.665973](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665973)



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 برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده در

دانش‌آموزان کم‌شنوا

ساجده سادات صفوی ریزی^۱، محمد عاشوری^{۲*}

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا انجام گرفت. این پژوهش به روش آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان کم‌شنوای شهر اصفهان می‌شد که ۳۰ نفر از آنها با روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. مداخله طی ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد ولی به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. در این پژوهش از پرسشنامه خودسنجی نوجوان آخنباخ و ریسکولا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین مشکلات رفتاری گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون به وجود آمده است. مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش مشکلات درونی و برونی‌سازی شده در شرکت‌کنندگان تأثیر مثبت و معنادار داشت. بر اساس نتایج، مداخله و حمایت رفتاری از طریق کنترل هیجان‌ها و آموزش رفتارهای سازگارانه دانش‌آموزان منجر به بهبود مشکلات رفتاری می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کم‌شنوا، مداخله و حمایت رفتاری، مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات درونی‌سازی شده

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

اصطلاح ناشنوا^۱ به فردی گفته می‌شود که میزان آسیب سیستم شنوایی او باعث عدم فهم گفتار از طریق گوش به تنهایی و یا با استفاده از وسایل کمک شنوایی می‌شود (هالاها^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). میزان آسیب شنوایی^۳ در بعضی افراد کمتر بوده که به آن‌ها کم‌شنوا^۴ می‌گویند (لاپو^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). کم‌شنوایی یکی از شایع‌ترین آسیب‌های حسی بوده و همچنین یکی از پیچیده‌ترین این آسیب‌ها نیز محسوب می‌شود (زیدمان-زیت و مست^۶، ۲۰۲۰). کم‌شنوایی پیامدهای روان‌شناختی زیادی به همراه می‌آورد و عواقب مادام‌العمر شناخته‌شده‌ای دارد (امیت^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در حقیقت کم‌شنوایی علاوه بر ایجاد نقص در اکتساب زبان، اثرات زیان‌باری بر رشد اجتماعی، بهزیستی، کیفیت زندگی (شرر^۸ و همکاران، ۲۰۱۹) و همچنین مهارت‌های هیجانی دارد (دگارسیا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). در این صورت این دسته از کودکان اغلب مشکلات سلامت روانی، ارتباطی و رفتاری بالاتری نیز خواهند داشت (حسینی و عاشوری، ۱۴۰۱). به‌طورکلی، مشکلات سلامت روان و کیفیت زندگی پایین در کودکان و نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا رایج است و بین مهارت‌های رفتاری، سلامت روان و کیفیت زندگی در این افراد ارتباط معناداری وجود دارد (آناندسن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳)، به‌طوری که رابطه مثبت بین دانش‌آموزان کم‌شنوا و والدین آن‌ها سبب کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری می‌شود (بن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ شهبازی و همکاران، ۱۴۰۰).

مشکلات رفتاری^{۱۲} به‌صورت رفتارهای مختلف افراطی، مزمن و انحرافی تعریف شده که از اعمال تهاجمی، پرخاشگری، اضطراب یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه ادامه می‌یابد و بروز آن‌ها به دور از انتظار، قابل مشاهده است. این رفتارها مشکلات مختلفی هم برای کودک (مشکل در رشد و انطباق) و هم برای دیگران (ایجاد مزاحمت و اذیت و آزار) ایجاد می‌کند. ازجمله مهم‌ترین عوامل ایجاد مشکلات رفتاری می‌توان به عوامل زیستی، اجتماعی، محیطی، خانوادگی و فرهنگی اشاره کرد (زوپاردو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال‌های رفتاری شامل اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده^{۱۴} و اختلال‌های رفتاری برونی‌سازی شده^{۱۵} می‌شود. اختلال‌های رفتاری برونی‌سازی شده ارتباط کودک با محیط بیرون را هدف قرار می‌دهند و شامل رفتارهایی همچون پرخاشگری، نافرمانی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری است (سورابه و رانجان^{۱۶}، ۲۰۲۰) و

-
1. deaf
 2. Hallahan
 3. hearing impairment
 4. hearing loss
 5. Lupo
 6. Zaidman-Zait & Most
 7. Emmett
 8. Shearer
 9. de Gracia
 10. Aanondsen
 11. Ban
 12. behavioural problems
 13. Zuppardo
 14. internalized behavioral disorders
 15. externalized behavioral disorders
 16. Saurabh & Ranjan

اختلالات درونی‌سازی شده، معطوف به خود فرد بوده و شامل افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، هراس، شکایت فیزیکی، نگرانی و خیال‌پردازی می‌شود (وانگ و یان، ۲۰۱۹).

درباره اهمیت این‌گونه رفتارها باید اشاره کرد کودکان دارای مشکلات رفتاری بازخورد کمتری در محیط‌های تحصیلی دریافت می‌کنند، قوانین و معیارهای جامعه را زیر پا می‌گذارند و روابط سالمی ندارند همچنین این کودکان درجاتی از ناسازگاری اجتماعی و خانوادگی دارند که در نهایت باعث احساس حقارت، تنش عاطفی و انزوا خواهد شد (التناهی و راشد، ۲۰۲۱). این‌گونه رفتارها اغلب در طول دوره رشد و تحول و تا دوران بزرگسالی ادامه یافته و اغلب پیامدهای زیان‌باری برای فرد به همراه خواهند داشت (تاکاهاشی و هوندا، ۲۰۲۱)؛ بنابراین شناسایی زودهنگام مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان از طریق شروع به‌موقع مداخلات اصلاحی تا حدود زیادی از ایجاد مشکلات سلامت روان در آینده جلوگیری خواهد کرد (کرسی^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). از طرف دیگر، شیوع مشکلات سلامت روان در کودکان ناشنوا و کم‌شنوا بر اساس عواملی مانند مشکلات رفتاری و سایر عوامل خطر ساز، دو تا چهار برابر بیشتر از همسالان شنوای آنها گزارش شده است (اورگارد^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ ون‌اورمر^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). به بیان دیگر، کودکان ناشنوا و کم‌شنوا نسبت به همسالان شنوای خود نیازهای سلامتی و اجتماعی-عاطفی بالاتری دارند. بنابراین، اجرای برنامه‌های مداخلاتی خاصی برای آنها ضروری است (گیلسپی^۷ و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از مداخلاتی که امروزه به‌منظور کاهش مشکلات رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد برنامه مداخله و حمایت رفتاری^۸ است. از زمان اصلاحات قانون آموزش افراد دارای معلولیت در سال ۱۹۹۷، استفاده از مداخله و حمایت رفتاری برای رسیدگی به نیازهای رفتاری کودکان دارای نیازهای ویژه، گسترش یافته است. با این حال، شیوه‌ها و اصول پایه‌ای و زیربنایی این روش از اوایل دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ توصیف، مطالعه و به کار گرفته شده‌اند (شوگای و هورنر^۹، ۲۰۲۰). برنامه مداخله و حمایت رفتاری رویکردی برای حمایت از رفتار است که شامل یک فرآیند مداوم شامل ارزیابی علمی، مداخله مبتنی بر نیازها و تصمیم‌گیری درباره تأثیر مداخله است. این شیوه بر ایجاد شایستگی‌های اجتماعی و عملکردی، ایجاد زمینه‌های حمایتی و جلوگیری از بروز رفتارهای مشکل‌ساز متمرکز بوده و عمدتاً از علوم رفتاری، آموزشی و اجتماعی استخراج می‌شود (کینسید^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶). برنامه مداخله و حمایت رفتاری یک چهارچوب مداخله‌ای پیشگیرانه و چندلایه مبتنی بر اصول روان‌شناختی و رفتاری است که برای طیف وسیعی از مشکلات رفتاری هیجانی، پرخاشگری و رفتارهای چالش‌برانگیز کاربرد دارد و باعث بهبود تعامل اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مشارکت گروهی و خودمدیریتی می‌شود (شوگای و هورنر، ۲۰۲۰). از طرفی، مهارت‌های

1. Wang & Yan
2. ElTanahi & Rasheed
3. Takahashi & Honda
4. Curci
5. Overgaard
6. VanOrmer
7. Gillespie
8. behavioral intervention and support
9. Sugai & Horner
10. Kincaid

۱۰۸..... اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده... هیجانی ناکارآمد به افزایش افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری کمک می‌کند (گیلسپی و همکاران، ۲۰۲۳). در حالی که تنظیم هیجان نقش قابل توجهی در کاهش این مشکلات دارد (عاشوری و نجفی، ۲۰۲۱؛ تسو^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). گاهی کودکان کم‌شنا به دلیل نگرش‌های قالبی برچسب می‌خورند (هالاها و همکاران، ۲۰۲۳) و به همین دلیل هیجان‌های نامطلوبی را بروز می‌دهند (دانکن^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی، پذیرش یا طرد، پیامدهای متفاوتی برای تحول هر فرد دارد (نومی شوپ-کاستلر^۳، ۲۰۲۲). علاوه بر این، احساس تنهایی نیز با مشکلات رفتاری ارتباط مستقیمی دارد (پورمحسنی کلوری و همکاران، ۱۴۰۲). این در حالی است که برنامه مداخله و حمایت رفتاری از طریق آموزش رعایت نوبت، پیروی از دستورالعمل‌ها و تعمیم قوانین موجب کاهش مشکلات رفتاری می‌شود (هالاها و همکاران، ۲۰۲۳).

در راستای اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری می‌توان عنوان کرد که نتایج پژوهش والکر^۴ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد مداخله و حمایت رفتاری سبب بهبود پیشرفت تحصیلی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان می‌شود. مهاباتی^۵ و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی اجرای مداخله و حمایت رفتاری مثبت مبتنی بر مدرسه برای دانش‌آموزان با مشکلات عاطفی و رفتاری پرداختند که نتایج بیانگر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری بود. همچنین معلمان کارایی بالاتری را در برخورد با دانش‌آموزان گزارش کردند. یافته‌های پژوهش نلن^۶ و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از آن بود که مداخله و حمایت رفتاری توانست باعث کاهش مشکلات رفتاری و همچنین افزایش بهزیستی دانش‌آموزان شود. آنگوس و نلسون^۷ (۲۰۲۱) در پژوهشی تأثیر روش مداخله و حمایت رفتاری مثبت بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه مداخله و حمایت رفتاری مثبت در سطح مدرسه باعث بهبود پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان شد.

با توجه به وجود مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌شنا از جمله مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده، بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی نظیر برنامه مداخله و حمایت رفتاری می‌تواند زمینه‌ساز کاهش مشکلات و ارتقای کیفیت سلامت روان شود و تحول مثبتی در زمینه‌ی توان‌بخشی این گروه از دانش‌آموزان با نیاز ویژه ایجاد کند. به‌طور کلی، نبود پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم تأثیر روش مداخله و حمایت رفتاری را بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌شنا مورد بررسی قرار دهد، اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر را برجسته‌تر می‌سازد. از طرف دیگر، به نظر می‌رسد که مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنا نسبت به همسالان شنوای آنها بیشتر باشد. بنابراین، فرضیه پژوهش حاضر این است که برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنا تأثیر دارد.

-
1. Tsou
 2. Duncan
 3. Noemi Schoop-Kasteler
 4. Walker
 5. Mahabbati
 6. Nelen
 7. Angus & Nelson

روش پژوهش

روش انجام این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان کم‌شنوای ۹ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان می‌شد که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در مدارس ناشنوایان تحصیل می‌کردند. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین شدند. لازم به ذکر است حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و آزمایشی در هر گروه ۱۰ نفر است.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش بر اساس رضایت‌نامه والدین، محدوده سنی ۹ تا ۱۲ سال، آسیب شنوایی حسی عصبی و مادرزادی با افت شنوایی ۴۰ تا ۸۰ دسی‌بل بر اساس پرونده تحصیلی دانش‌آموزان و عدم شرکت در سایر مداخلات روان‌شناختی بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، ابتلا به بیماری واگیردار و عدم تمایل به همکاری با پژوهشگر در حین پژوهش بود. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شده است.

پرسشنامه خودسنجی نوجوان^۱ (ASAQ): این پرسشنامه را آخنباخ و ریسکولا^۲ (۲۰۰۳) طراحی کرده‌اند که مشکلات رفتاری، عاطفی و همچنین شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان را از دیدگاه خودشان موردبررسی قرار می‌دهد (کاکابرایی و همکاران، ۱۳۸۷). لازم به ذکر است پرسشنامه ۱۱۳ گویه‌ای مذکور دارای دو خرده‌مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده^۳ و مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده^۴ است و از مجموع نمرات این خرده‌مقیاس نیز نمره کل به دست می‌آید. شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت سه درجه‌ای بوده که دانش‌آموز به سؤالات به ترتیب، نمره ۰ (درست نیست)، ۱ (گاهی درست است) و ۲ (کاملاً درست است) را می‌دهد. ضرایب همسانی پرسشنامه خودسنجی نوجوان از طریق آلفای کرونباخ برای مشکلات رفتاری کلی ۰/۹۵ و متوسط همسانی برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده ۰/۸۹ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی بین نمره آن با پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۸۶ به دست آمد (آخنباخ و همکاران، ۲۰۰۳). مینایی (۱۳۸۵) پرسشنامه خودسنجی نوجوان را به زبان فارسی ترجمه و هنجاریابی کرده است که ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۶ به دست آمد. روایی همگرایی این مقیاس نیز با پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر در حد مطلوب و کفایت نمونه‌برداری آن ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین در مطالعه کاکابرایی و همکاران (۱۳۸۶)، میزان اعتبار پرسشنامه خودسنجی نوجوان با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ در دو قلوهای همسان ۰/۹۴، در دو قلوهای ناهمسان ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۹۳ و میزان اعتبار دونیمه کردن در دو قلوهای همسان ۰/۹۱، در دو قلوهای ناهمسان ۰/۸۶ و در

1. Adolescent Self-Assessment Questionnaire (ASAQ)
2. Achenbach & Rescorla
3. internalized behavioral problems
4. externalized behavioral problems

۱۱۰..... اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده... کل نمونه ۰/۸۹ به دست آمد. علاوه بر این، روایی این پرسشنامه ۰/۵۵ و برای خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده به ترتیب ۰/۴۸ تا ۰/۴۶ به دست آمد.

پژوهش حاضر پس از اخذ کد اخلاق IR.U.I.REC.1402.005 و همچنین مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان و نواحی ۴، ۵، ۶ و همچنین هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس شفق، شهید محمدی و علی نقیان انجام شد. نمونه ۳۰ نفری با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین و هر دو گروه پرسشنامه خودسنجی نوجوان را تکمیل کردند. بعد از آن، نویسنده اول مقاله که دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی بود برنامه مداخله و حمایت رفتاری را اواسط زمستان ۱۴۰۱ طی ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۳ جلسه برای گروه آزمایش در مدارس ویژه ناشنوایان اجرا کرد. در پایان نیز هر دو گروه پرسشنامه خودسنجی نوجوان را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. برنامه مداخله که در این پژوهش استفاده شد برگرفته از برنامه مداخله و حمایت رفتاری مؤسسه یادگیری اجتماعی و هیجانی بهنگام دانشگاه واندربیل (۲۰۰۹) بود. لازم به ذکر است که دانش‌آموزان افت شنوایی عمیق نداشتند و از سمعک استفاده می‌کردند. در ضمن، ملاحظات و انطباق‌هایی از جمله بلند و شمرده صحبت کردن، کار در گروه‌های کوچک، رو به دانش‌آموزان حرف زدن، استفاده از پاورپوینت و مطالب نوشتاری جهت اجرای مداخله برای دانش‌آموزان کم‌شنوا اعمال شده است. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان در کنار مشکلات کم‌شنوایی، تاحدی مشکلات زبانی یا ارتباطی داشتند. به همین دلیل از کلمه‌های قابل فهم و ساده و همچنین گاهی از زبان اشاره هم استفاده شد. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات برنامه مداخله و حمایت رفتاری

جلسه	هدف	محتوا	تمرین خانگی
اول	معارفه، بیان اهداف برنامه مداخله و حمایت رفتاری	توضیح و بیان ضرورت آموزش مهارت اجتماعی، دوست‌یابی، توافق و همکاری با دیگران، درک و انتقال هیجان‌ها، پیروی از قواعد و دستورات، پشتکار با دیگران در تکالیف	نوشتن پنج راه دوست‌یابی و نحوه همکاری
دوم	تقویت مهارت دوست‌یابی	آموزش مهارت‌های دوست‌یابی، کمک به دیگران، تمجید از دیگران، عذرخواهی در زمان مناسب، همدلی با دیگران	استفاده از واژه‌های دوستانه برای شروع گفتگو، دعوت از دوستان برای بازی مشارکتی
سوم	تقویت همکاری و مشارکت گروهی	تعریف گروه و معنای مشارکت، آموزش کمک کردن به دیگران و تقاضای کمک، کمک به افراد در مواقع پریشانی	انجام فعالیت گروهی در قالب نگارش داستانی کوتاه با موضوع پیشنهادی
چهارم	تقویت درک از قواعد و دستورالعمل‌ها و پیروی از آن قانون، کمک به کودک در تعمیم قانون نوبت‌گیری عمل	آموزش قواعدی همچون رعایت نوبت، نام‌گزارى	بازی گروهی همراه با رعایت نوبت در

اجرای تمرین‌های کلامی و ایفای نقش در رابطه با سایر اعضا در قالب بیان کلماتی	درک و استفاده مؤثر از پنجم مهارت‌های کلامی و غیرکلامی در برقراری ارتباط
آموزش تحسین، تصدیق و استفاده از زبان کلامی در همچون متشکر، می‌فهمم، عالی بود و تمرین‌های غیرکلامی مثل در آغوش کشیدن، دست دادن و زدن به شانه فرد برای برقراری ارتباط	
توضیح و شرح موقعیت‌هایی برای عذرخواهی فرد و نشان دادن الگو و ایفای نقش توسط موقعیت‌هایی برای دفاع از حق خود دانش‌آموز	ششم آموزش رفتار قاطعانه
آموزش تشخیص احساسات خود و دیگران از طریق تشخیص و حدس حالات از طریق نشان نشانه‌ها همانند تن صدا، زبان بدن، نشانه‌های چهره و دادن عکس و بیان کلماتی همچون امروز خوشحالم، عصبانی هستم با توجه تصویر لحن کلام	هفتم تقویت درک احساسات خود و دیگران
آموزش تشخیص خشم خود و دیگران، روش‌های بیان داستان و پرسش از دانش‌آموز درباره مناسب بیان خشم، روش‌های دستیابی به آرامش و کاهش خشم	هشتم تقویت مهارت‌های کنترل خشم و کاهش عملکرد تکانشی
آموزش حل مسئله شامل مراحل حل مسئله، شناسایی یادآوری و نوشتن مسئله‌ای که پیش‌تر راه‌حل‌های جایگزین، آگاهی از پیامدهای راه‌حل، دانش‌آموز با آن مواجه شده و بررسی ارزیابی راه‌حل، گرفتن تصمیم در مواقع مفید نبودن راه‌حل مورد استفاده و نقد آن با توجه به راه‌حل مطالب آموخته شده	نهم آموزش مهارت حل مسئله
مروری اجمالی بر مطالب بیان‌شده در جلسات پیشین و پرسش و پاسخ	دهم مرور مباحث قبلی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و آنها در خصوص شرکت در جلسات آزاد بودند. اطلاعات حاصل از پژوهش محرمانه بود و بدون ذکر نام شرکت‌کنندگان استفاده شد. علاوه بر این، به اصول رازداری، حفظ اسرار شرکت‌کنندگان و رعایت حریم خصوصی آنها در طول پژوهش توجه گردید. برای تحلیل نتایج از تحلیل کواریانس چندمتغیری در نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

در گروه آزمایش ۳ دختر (۲۰ درصد) و ۱۲ پسر (۸۰ درصد) و در گروه کنترل ۴ دختر (۲۷ درصد) و ۱۱ پسر (۷۳ درصد) شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۰/۷۳ (۱/۱۶) و ۱۰/۶۶ (۱/۱۷) بود و بر اساس نتایج آزمون t مستقل مشخص که که گروه‌ها از نظر سن تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$). در ادامه

۱۱۲..... اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده... میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس مشکلات رفتاری و ابعاد آن به صورت تفکیک‌شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آورده شده است. با توجه به یافته‌ها در جدول ۲، میانگین پیش‌آزمون مشکلات رفتاری دانش‌آموزان برای گروه آزمایش برابر ۱۱۶ و میانگین پس‌آزمون برابر با ۸۸/۰۶ بوده است. همچنین میانگین پیش‌آزمون مشکلات رفتاری دانش‌آموزان برای گروه کنترل برابر با ۱۱۰/۳۳ و میانگین پس‌آزمون آن برابر با ۱۰۹/۶۶ گزارش شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مشکلات رفتاری دانش‌آموزان به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۱۱۶/۰۰	۴/۷۸	۱۱۰/۳۳	۶/۰۴
	پس‌آزمون	۸۸/۰۶	۶/۸۰	۱۰۹/۶۶	۶/۱۰
مشکلات درونی سازی شده	پیش‌آزمون	۲۸/۰۶	۳/۶۷	۲۶/۸۰	۲/۷۵
	پس‌آزمون	۱۹/۹۳	۲/۹۸	۲۶/۲۰	۲/۶۷
مشکلات برونی سازی شده	پیش‌آزمون	۲۲/۴۶	۴/۶۵	۱۹/۴۶	۳/۰۴
	پس‌آزمون	۱۶/۷۳	۴/۷۴	۱۹/۲۶	۲/۸۱

از آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش استفاده شد و نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است ($P > 0/05$). از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد. با توجه به سطح معناداری آزمون لوین مقیاس‌ها که هیچ‌یک کمتر از ۰/۰۵ نبود فرضیه صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های همپراش و وابسته تأیید شد و زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس داشتند. به همین دلیل از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳ و مقدار $F = 835/15$ برای منبع گروهی که در سطح $P < 0/01$ معنادار است، می‌توان عنوان کرد که مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات دانش‌آموزان کم‌شنوا اثربخش بوده است. با توجه به ضریب اتا بیان می‌شود که ۹۶ درصد از تغییر مشکلات رفتاری متأثر از متغیر مستقل می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس حمایت رفتاری مثبت بر مشکلات رفتاری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۰۲۴/۰۳	۱	۱۰۲۴/۰۳	۱۸۹/۰۷	۰/۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
گروه	۴۵۲۳/۲۱	۱	۴۵۲۳/۲۱	۸۳۵/۱۵	۰/۰۱	۰/۹۶	۱/۰۰
خطا	۱۴۶/۲۳	۲۷	۵/۴۱				
کل	۲۹۷۹۰۸/۰۰	۳۰					

برای بررسی اثربخشی مداخله بر مؤلفه‌های مشکلات رفتاری درون‌سازی و برونی‌سازی شده تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس در گروه‌ها تأیید شد. نتایج آزمون باکس نیز حاکی از همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس بود ($P > 0/05$). مقدار یا ارزش آزمون لامبدای ویکلز که ارزش $0/074$ با $F = 156/02$ و سطح معناداری $P < 0/01$ بود. بنابراین می‌توان بیان داشت که میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر متغیر همپراش حداقل در یکی از مؤلفه‌های مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌شنوا تفاوت معناداری دارد. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس یافته‌ها در جدول ۴ مشخص است که مقادیر F برای منبع گروهی که در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند. با توجه به ضرایب آتا بیان می‌شود که ۹۱ درصد از تغییرات مشکلات درونی‌سازی شده و ۸۰ درصد از تغییرات مشکلات برونی‌سازی شده به دلیل اجرای متغیر مستقل یا مداخله بوده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری مداخله و حمایت رفتاری بر مؤلفه‌های مشکلات رفتاری

توان	ضریب	سطح	مقدار	میانگین	درجه	مجموع	منبع	زیر مقیاس
آزمون	آتا	معناداری	F	مجذورات	آزادی	مجذورات		
۱/۰۰	۰/۸۶	۰/۰۱	۱۷۰/۹۰	۱۸۲/۴۶	۱	۱۸۲/۴۶	پیش‌آزمون	
۱/۰۰	۰/۹۱	۰/۰۱	۲۸۶/۸۴	۳۰۶/۲۴	۱	۳۰۶/۲۴	گروه	مشکلات درونی‌سازی شده
				۱/۰۶	۲۶	۲۷/۷۵	خطا	
					۳۰	۱۶۴۸۲/۰۰	کل	
۱/۰۰	۰/۸۹	۰/۰۱	۲۲۰/۱۰	۳۶۹/۶۳	۱	۳۶۹/۶۳	پیش‌آزمون	
۱/۰۰	۰/۸۰	۰/۰۱	۱۰۴/۳۵	۱۷۵/۲۵	۱	۱۷۵/۲۵	گروه	مشکلات برونی‌سازی شده
				۱/۶۷	۲۶	۴۳/۶۶	خطا	
					۳۰	۱۰۱۹۴/۰۰	کل	

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا انجام گرفت. نتایج پژوهش در قالب فرضیه نخست حاکی از اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش نمرات مربوط به مشکلات رفتاری درونی‌سازی در دانش‌آموزان کم‌شنوا بود. فرضیه دوم بیانگر اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش نمرات مربوط به مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش والکر و همکاران (۲۰۲۳) در راستای تأثیر مثبت و معنادار مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان؛ مهابات و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی مثبت و معنادار مداخله و حمایت رفتاری مثبت مبتنی بر مدرسه بر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری دانش‌آموزان؛ نلن و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی قابل توجه مداخله و

۱۱۴..... اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده...
حمایت رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان؛ و آنگوس و نلسون (۲۰۲۱) در خصوص تأثیر قابل توجه روش مداخله و حمایت رفتاری مثبت بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان همسو بود.

در راستای تبیین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا می‌توان گفت که کودکان و نوجوانان با آسیب شنوایی در راه کشف هویت مستقل، خودشکوفایی و به‌طورکلی در سیر رشد و تحول خود با مشکلات زیادی روبه‌رو بوده و به دلیل نگرش‌های غالبی اساساً برچسب می‌خورند، آن‌ها در درجه اول به‌عنوان یک ناشنوا شناخته می‌شوند (هالاها و همکاران، ۲۰۲۳) که این مسئله زمینه بروز هیجان‌های نامطلوب احساس جدا بودن از سایرین و تنهایی را رقم می‌زند (دانکن و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی موقعیت اجتماعی فردی در میان همسالان (پذیرش و طرد) پیامدهای مهمی برای رشد اجتماعی و تحصیلی دانش‌آموزان دارد (نومی شوپ-کاستلر، ۲۰۲۲). احساس تنهایی رابطه مستقیم و معناداری با مشکلات رفتاری داشته و به نوعی نقش واسطه‌ای در مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده ایفا می‌کند (پورمحسنی کلوری و همکاران، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، در برنامه مداخله و حمایت رفتاری، شیوه ارتباط با دیگران، مهارت‌های دوست‌یابی و همدلی آموزش داده می‌شود. به نظر می‌رسد این برنامه از طریق کاهش انزوا و افزایش ارتباط دوستانه بتواند عامل کاهش مشکلات رفتاری در این زمینه باشد. علاوه بر این، اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده، معطوف به فرد هستند و مواردی مانند افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری را دربرمی‌گیرند (وانگ و یان، ۲۰۱۹). از طرفی، مهارت‌های هیجانی ناکارآمد همانند سرکوب هیجان، خود سرزنشی، نشخوارگری، فاجعه‌آمیز کردن و استفاده کمتر از ارزیابی و تمرکز مجدد شناختی با سطوح بالای افسردگی و اضطراب که نمونه‌ای از مشکلات رفتاری درونی می‌باشد همراه است (گیلسپی و همکاران، ۲۰۲۳). در تبیین این فرضیه پژوهش می‌توان گفت مداخله و حمایت رفتاری با آموزش هیجان‌های مختلف باعث افزایش آگاهی هیجانی و روانی در کودکان کم‌شنوا می‌شود و به این ترتیب، آن‌ها به میزان کمتری از شیوه‌های ناکارآمد در ابراز هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند. زیرا شناخت و تنظیم هیجان‌ها در تعدیل اختلال‌های درونی‌سازی شده مانند افسردگی، اضطراب و پرخاشگری نقش مهمی ایفا می‌کند (تسو و همکاران، ۲۰۲۱). در ضمن، برنامه مداخله و حمایت رفتاری به تقویت درک از قواعد و دستورالعمل‌ها و پیروی از آن، درک و استفاده مؤثر از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی در برقراری ارتباط، تقویت درک احساسات خود و دیگران، و همچنین آموزش مهارت حل مسئله کمک می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که این برنامه بتواند مشکلات درونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا را کاهش دهد.

در راستای تبیین اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا می‌توان عنوان کرد که اختلال‌های رفتاری برونی‌سازی شده به ارتباط کودک با محیط بیرون آسیب وارد می‌کند. زیرا رفتارهایی مانند پرخاشگری، نافرمانی، بیش‌فعالی و تکانش‌گری را دربرمی‌گیرد (سورابه و رانجان، ۲۰۲۰). از طرف دیگر، کم‌شنوایی پیامدهای روان‌شناختی عمده‌ای دارد (امیت و همکاران، ۲۰۲۳). برای مثال تأثیر نامطلوبی بر رشد اجتماعی (شرر و همکاران، ۲۰۱۹) و مهارت‌های هیجانی می‌گذارد (دگارسیا و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا، می‌توان گفت برنامه مداخله و حمایت رفتاری با آموزش هیجان‌های مختلف، نمود آن‌ها در خود و دیگران و شناخت آن‌ها، و همچنین نحوه صحیح رویارویی با هیجان‌های مختلف باعث افزایش آگاهی هیجانی در کودکان کم‌شنوا می‌شود (تسو و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، برنامه

مداخله و حمایت رفتاری شامل آموزش و تقویت مهارت دوست‌یابی، بهبود همکاری و مشارکت گروهی، آموزش رفتار قاطعانه، و تقویت مهارت‌های کنترل خشم و کاهش عملکرد تکانشی می‌شود (نلن و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین احتمالاً چنین مکانیسمی سبب شده که برنامه مداخله و حمایت رفتاری سبب کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا شود.

به‌طور کلی، یکی از مباحث مهم در برنامه مداخله و حمایت رفتاری آموزش مهارت حل مسئله است. این مهارت به‌عنوان یکی از مهارت‌های اساسی و مهم برای زندگی محسوب شده و جنبه آموختنی دارد. نداشتن مهارت‌های حل مسئله باعث بسیاری از مشکلات مانند افسردگی و اضطراب است زیرا این مهارت به‌عنوان فرآیندی رفتاری و شناختی باعث سازگاری با چالش‌های درونی و بیرونی هر فرد شده و در نهایت منجر به بروز رفتار سازگارانه و مناسب نسبت به موقعیت می‌شود (والکر و همکاران، ۲۰۲۳). در این راستا، آموزش مهارت‌های حل مسئله به دانش‌آموزان سبب سازگاری هر چه بیشتر آنان با چالش‌های فردی و محیطی شده که مشکلات کمتری بروز خواهد کرد. سازگاری با چالش‌های درونی می‌تواند مشکلات درونی‌سازی را کمتر کند و سازگاری با چالش‌های محیطی را افزایش دهد. در این راستا، مشکلات برونی‌سازی شده را کاهش می‌دهد به طوری که استفاده از مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری باعث می‌شود دانش‌آموزان روش‌هایی را برای حل چالش‌های زندگی روزمره بیاموزند و در برابر مشکلات به‌جای واکنش‌های تکانشی و عجولانه از روش گام‌به‌گام حل مسئله استفاده کنند (وانگ و یان، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از چالش‌هایی که مدیران و مربیان همواره با آن روبرو هستند عدم رعایت قوانین، دستورالعمل‌های کلاسی و قوانین مدرسه توسط دانش‌آموزان است که به‌نوعی ناپختگی رفتاری تعبیر می‌شود. برنامه مداخله و حمایت رفتاری از طریق آموزش مفاهیمی همچون رعایت نوبت، نام‌گذاری و تعمیم قوانین و همچنین پیروی از دستورالعمل‌ها موجب کاهش نافرمانی، بی‌نظمی و رفتارهای قانون‌گریز توسط دانش‌آموزان می‌شود (شوگای و هورنر، ۲۰۲۰). در نهایت باید اشاره کرد دانش‌آموزان کم‌شنوا به‌عنوان گروهی از دانش‌آموزان با نیاز ویژه، نسبت به افراد بدون آسیب شنوایی در حیطه بهداشت و سلامت روان به خدمات و رسیدگی بیشتری نیاز داشته و عدم تحقق این امر، مشکلی مهم برای آن‌ها به‌حساب می‌آید.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه مداخله و حمایت رفتاری می‌تواند موجب کاهش مشکلات رفتاری مانند مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان کم‌شنوا شود. زیرا این برنامه یک چارچوب راهنمایی‌کننده و مفید برای حمایت از دانش‌آموزان با نیاز ویژه ارائه می‌دهد. علاوه بر این، اجرای برنامه مداخله و حمایت رفتاری به‌طور مستقیم با بهبود رفتارهای مختلف در دانش‌آموزان همراه است و به نظر می‌رسد نقشی بسیار حیاتی به‌منظور بهبود نتایج مثبت برای دانش‌آموزان با نیاز ویژه داشته باشد. به همین دلیل، برنامه مذکور با آموزش مهارت‌های اجتماعی و رفتار اجتماعی به‌نجار، فهم هیجان‌ها و احساسات خود و دیگران و همچنین پیروی از قوانین و انجام تکالیف سبب بهبود مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان کم‌شنوا شد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نسبتاً کم نمونه پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و حجم نمونه افزایش یابد تا نتایج تعمیم‌پذیری بالاتری داشته و روایی بیرونی افزایش یابد. در این پژوهش فرصت اجرای مرحله پیگیری فراهم نشد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های

۱۱۶..... اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده...
 بعدی پیگیری نتایج نیز انجام شود. از جمله پیشنهادهای کاربردی می‌توان به استفاده از برنامه مداخله و حمایت رفتاری به‌عنوان رویکردی پیشگیرانه در مدارس اشاره کرد. در ضمن پیشنهاد می‌شود که معلمان و مربیان از تکنیک‌های برنامه مداخله و حمایت رفتاری برای مدیریت مؤثر در کلاس درس استفاده کنند.

قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما یاری نمودند، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های آنان تشکر و قدردانی می‌کنیم.

حمایت مالی

از این مقاله هیچ گونه حمایت مالی نشده است.

تعارض منافع

بر اساس اعلام نویسندگان در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

پورمحسنی کلوری، فرشته، نظامی، رشید، شهناز، جعفری، عیسی و عینی، ساناز. (۱۴۰۲). نقش احساس تنهایی، نیاز به محبوبیت و مشکلات رفتاری در میزان استفاده از شبکه‌های مجازی در نوجوانان. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۲(۱): ۱۹-۶. doi: 10.22098/jsp.2023.2219

حسینی، مانده و عاشوری، محمد. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه‌درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان کم‌شنوا و تاب‌آوری مادران آنها. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۲(۲): ۹۱-۱۰۸. doi: 10.22108/cbs.2023.135270.1692
 مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۶(۱): ۵۲۹-۵۵۸.

شهبازی، فریده، احمدی، رضا، چرامی و مریم، غضنفری. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش کارکردهای اجرایی بر تعامل والد-کودک و رفتارهای اجتماعی کودکان دارای خودکنترلی پایین. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۱(۴۲): ۱۵۹-۱۸۵. doi: 10.22054/jpe.2021.59359.2294

کاکابرابی، کیوان، حبیبی عسگرآبادی، مجتبی و فدایی، زهرا. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (YSR): فرم خود گزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودک و نوجوان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱(۴): ۵۰-۶۶.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 328-340. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203_02

Angus, G., & Nelson, R. B. (2021). School-wide positive behavior interventions and supports and student academic achievement. *Contemporary School Psychology*, 25(4), 443-465. <https://doi.org/10.1007/s40688-019-00245-0>

Aanondsen, C. M., Jozefiak, T., Lydersen, S., Heiling, K., & Rimehaug, T. (2023). Deaf and hard-of-hearing children and adolescents' mental health, quality of life and communication. *BMC Psychiatry*, 23(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04787-9>

- Ashori, M., & Najafi, F. (2021). Emotion management: Life orientation and emotion regulation in female deaf students. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 723–732. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01912-8>
- Ban, Y., Sun, J., Bai, B. (2023). Parent-adolescent attachment and well-being among Chinese hearing-impaired students: The mediating role of resilience and the moderating role of emotional and behavioral problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09899-4>
- Curci, S. G., Somers, J. A., Winstone, L. K., & Luecken, L. J. (2023). Within-dyad bidirectional relations among maternal depressive symptoms and child behavior problems from infancy through preschool. *Development and Psychopathology*, 35 (2), 547–557. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001656>
- Duncan, J., Colyvas, K., & Punch, R. (2021). Social capital, loneliness, and peer relationships of adolescents who are deaf or hard of hearing. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(2), 223–229. <https://doi.org/10.1093/deafed/enaa037>
- de Gracia, M. R. L., de Rosnay, M., Hawes, D. J., & Perez, M. V. T. (2021). Differences in emotional knowledge among Filipino deaf children, adolescents, and young adults. *Personality and Individual Differences*, 180, 110967. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110967>
- Emmett, S. D., Platt, A., Gallo, J. J., Labrique, A. B., Wang, N. Y., Inglis-Jenson, M., & Robler, S. K. (2023). Prevalence of childhood hearing loss in rural Alaska. *Ear and Hearing*, 10–1097. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001368>
- ElTanahi, N. & Rasheed, A. A. M. (2021) The Effect of Objective Games on Motor Fitness and some Behavioral Problems for Preschool Children. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 12(2), 613–624. <https://doi.org/10.31838/srp.2021.2.83>
- Gillespie, A. N., Smith, L., Shepherd, D. A., Xu, J., Khanal, R., & Sung, V. (2023). Socio-emotional experiences and wellbeing of deaf and hard of hearing children and their parents before and during the COVID-19 pandemic. *Children*, 10(7), 1–13. <https://doi.org/10.3390/children10071147>
- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., & Kauffman, J. M. (2023). *Exceptional learners (15th Ed)*. Pearson Education, Inc. <https://www.amazon.com/Exceptional-Learners-Introduction-Special-Education-ebook/dp/B09STKPCL3>
- Hosseini, M., & Ashori, M. (2022). Effectiveness of relationship-based play-therapy on behavioral problems of children with hearing impairment and their mothers' resilience. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 12(2), 91–108. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22108/cbs.2023.135270.1692>
- Kakabraei, k., Habibi Asgharabadi, M., & Fadai, Z. (2007). Normation of Eishenbach's Behavioral Problems Scale (YSR): self-report form of 11-18 years old children and adolescents on secondary level students. *Research in Psychological Health*, 1(4), 50–66. (Text in Persian)
- Kincaid, D., Dunlap, G., Kern, L., Lane, K. L., Bambara, L. M., Brown, F., & Knoster, T. P. (2016). Positive behavior support: A proposal for updating and refining the definition. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 18(2), 69–73. <https://doi.org/10.1177/1098300715604826>
- Lupo, J. E., Biever, A., & Kelsall, D. C. (2020). Comprehensive hearing aid assessment in adults with bilateral severe-profound sensorineural hearing loss who present for cochlear implant evaluation. *American Journal of Otolaryngology*, 41(2), 102300. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.102300>
- Mahabbati, A., Purwanta, E., & Astuti, B. (2023). School-based positive behavior support for students with emotional and behavioral problems: implementation and teachers'

- ۱۱۸ اثربخشی برنامه مداخله و حمایت رفتاری بر مشکلات درونی و برونی‌سازی شده...
- experiences. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 22(4), 326–344. <https://doi.org/10.26803/ijlter.22.4.19>
- Marciano, R. C., Cardoso, M. G. F., Vasconcelos, M. A., Paula, J. J., Pinho, N. C., Oliveira, A. C., & Lima, E. M. (2018). Behavioral disorders and impairment of quality of life in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction. *Journal of Pediatric Urology*, 14(6), 568–581. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.07.017>
- Minaei, A. (2006). Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Research on Exceptional Children*, 19(1), 529–558. (Text in Persian)
- Nelen, M. J., Scholte, R. H., Blonk, A. M., van der Veld, W. M., Nelen, W. B., & Denessen, E. (2021). School-wide positive behavioral interventions and supports in Dutch elementary schools: Exploring effects. *Psychology in the Schools*, 58(6), 992–1006. <https://doi.org/10.1002/pits.22483>
- Noemi Schoop-Kasteler. (2022) Staff-perceived social status and social skills of students with intellectual disabilities in special needs schools. *International Journal of Educational Research Open* 3, 100–150. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2029644>
- Overgaard, K. R., Oerbeck, B., Wagner, K., Friis, S., Øhre, B., & Zeiner, P. (2021). Youth with hearing loss: Emotional and behavioral problems and quality of life. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 145, 110718. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110718>
- Pourmohseni-Kolouri, F., Nezami-Rashid, S., Jafari, E., & Eyni, S. (2023). The role of loneliness, need for popularity, and behavioral problems in amount of using virtual networks in adolescents. *Journal of School Psychology*, 12(1), 6–19. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22098/jsp.2023.2219>
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *The Indian Journal of Pediatrics*, 87, 532–536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Shahbazi, F., Ahmadi, R., Chorami, M., & Gazanfari, A. (2021). Effectiveness of executive functions training on the parent-child interaction and social behaviors of the children with low self-control. *Psychology of Exceptional Individuals*, 11(42), 159–185. <https://doi.org/10.22054/jpe.2021.59359.2294>
- Shearer, A. E., Shen, J., Amr, S., Morton, C. C., Smith, R. J., & Newborn Hearing Screening Working Group of the National Coordinating Center for the Regional Genetics Networks (2019). A proposal for comprehensive newborn hearing screening to improve identification of deaf and hard-of-hearing children. *Genetics in Medicine: Official Journal of the American College of Medical Genetics*, 21(11), 2614–2630. <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0563-5>
- Sugai, G., & Horner, R. H. (2020). Sustaining and scaling positive behavioral interventions and supports: Implementation drivers, outcomes, and considerations. *Exceptional Children*, 86(2), 120–136. <https://doi.org/10.1177/0014402919855331>
- Takahashi, F., & Honda, H. (2021). Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study. *JCPP Advances*, 1(1), e12007. <https://doi.org/10.1111/jev2.12007>
- Tsou, Y. T., Li, B., Eichengreen, A., Frijns, J. H. M., & Rieffe, C. (2021). Emotions in deaf and hard-of-hearing and typically hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(4), 469–482. <https://doi.org/10.1093/deafed/enab022>
- VanOrmer, J. L., Rossetti, K. G., & Zlomke, K. R. (2019). The development of behavioral difficulties in hard-of-hearing and deaf youth. *Child & Family Behavior Therapy*, 41(4), 179–200. <https://doi.org/10.1080/07317107.2019.1659537>

- Walker, V. L., Conradi, L. A., Strickland-Cohen, M. K., & Johnson, H. N. (2023). School-wide positive behavioral interventions and supports and students with extensive support needs: A scoping review. *International Journal of Developmental Disabilities*, 69(1), 13–28. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2116232>
- Wang, Y., & Yan, N. (2019). Trajectories of internalizing and externalizing problems in preschoolers of depressed mothers: Examining gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 257, 551–561. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.047>
- Zaidman-Zait, A., & Most, T. (2020). Pragmatics and peer relationships among deaf, hard of hearing, and hearing adolescents. *Pediatrics*, 146(3), 298–303. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0242J>
- Zupardo, L., Serrano, F., Pirrone, C., & Rodriguez-Fuentes, A. (2023). More than words: Anxiety, self-esteem, and behavioral problems in children and adolescents with dyslexia. *Learning Disability Quarterly*, 46(2), 77–91. <https://doi.org/10.1177/07319487211041103>



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/>).

داوران این شماره

Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Mahsima Pourshahriari	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه سیما پورشهریاری
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
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
Changiz Rahimi	Associate Professor of Shiraz University	دانشیار دانشگاه شیراز	چنگیز رحیمی
Sogand Ghasem Zade	Associate Professor of Tehran University	دانشیار دانشگاه شیراز	سوگند قاسم زاده
Abbas Abolghasemi	Professor of Guilan University	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی
Behrooz Dolatshahi	Professor of Welfare Sciences University	استاد دانشگاه علوم بهزیستی	بهروز دولتشاهی
Esmat Danesh	Professor of Shahid Beheshti University	استاد دانشگاه شهید بهشتی	عصمت دانش
Seyed Abolghasem Mehri Nezhad	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	سید ابوالقاسم مهری نژاد
Ramezan Hassan Zade	Professor of Islamic Azad University/ Sari Branch	استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری	رمضان حسن زاده
Simin Dokht Reza Khani	Professor of Islamic Azad University/ Rodehen Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن	سیمین دخت رضاخانی
Mansour Beyrami	Professor of Tabriz University	استاد دانشگاه تبریز	منصور بیرامی
Morteza Tarkhan	Associate Professor of Payam Noor University	دانشیار دانشگاه پیام نور	مرتضی ترخان

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

Faculty of Education and Psychology
Vol. 19, No.3, Autumn 2023, Serial No.72
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 Hashemiyani.

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

3rd floor, Faculty of Education

And Psychology, Alzahra

University, Vanak,

Tehran, Iran

P.O. Box

19935/663

TeleFax

+98 (21) 88041463

Home page:

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

E-mail

psychstudies@alzahra.ac.ir

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

Abstracts

- Effectiveness of Brainwave Entrainment in Alpha Band on Working Memory, Anti-Saccade and Anxiety Level of Anxious Participants** 7-20
Leila Mehdizadeh Fanid; Mansour Bayrami; Hassan Sabouri Moghaddam; Touraj Hashemi; Siamak Dadashi
- The Mediating Role of Obsessive Beliefs in the Relationship between Sexual Desire and Marital Satisfaction of Women with Obsessive-Compulsive Disorder** 21-34
Esmail Barzegar; Parisa Sadeghi; Alireza Bostanipour
- The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Attention Bias to Threat and Safety Behaviors in Students with Social Anxiety Disorder** 35-48
Ali Parvandi; Gholamreza Chalabianloo; Hassan Bafandeh Gharamaleki
- A Comparison of the Effectiveness of ACT and ER on Health Anxiety and CER of Recovered Covid-19 Patients** 49-62
Nasrin Zamani Zad; Esmail Soleymani; Ali Esazadeghan
- Meta-Analysis of Cognitive and Meta-Cognitive Educational and Therapeutic Interventions on Anxiety** 63-76
Zahra Golizade; Abolfazl Farid
- Investigating the Effectiveness of the Rehabilitation Program Based on Executive Functions on Processing Speed and Attention of Children with Autism Spectrum Disorder** 77-88
Elham Shafiee; Ali Akbar Arjmandnia; Sogand Ghasemzadeh; Saeed Hasanzadeh; Masuoud Gholamali Lavasani
- The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Self-efficacy and Post-traumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic** 89-104
Salman Zarei; Maryam Sadat Jalali; Khadijeh Fooladvand
- Effect of Behavioral Intervention and Support Program on Internalized and Externalized Problems in Student with Hearing Loss** 105-119
Sajede Sadat Safavi Rizi; Mohammad Ashori



Research paper

Effectiveness of Brainwave Entrainment in Alpha Band on Working Memory, Anti-Saccade and Anxiety Level of Anxious Participants

Leila Mehdizadeh Fanid¹; Mansour Bayrami²; Hassan Sabouri Moghaddam³;
Touraj Hashemi⁴; Siamak Dadashi⁵*

Abstract

The aim of this study was to determine the effect of Brainwave Entrainment in alpha band on working memory, anti-saccade and anxiety level of anxious participants. The present study is a quasi-experimental project of pre-test-post-test with control group. In this regard, after screening 250 university students, 30 anxious participants were selected by Beck anxiety inventory and randomly divided into one experimental group and one control group (15 groups each). All participants were assessed in the pre-test and post-test stages by the Corsi Blocks Tapping test, Antisaccade Task and Beck Anxiety inventory. Participants in the experimental groups received 10 Hz binaural beats for 30 minutes for 5 days a week in a period of one month. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The findings showed that 10 Hz binaural beats (alpha bands) significantly improved participant's working memory, increased antisaccade and decreased anxiety level. Therefore, brainwave entrainment in the alpha band is recommended as a non-invasive intervention method to reduce the level of anxiety and improve cognitive functions.

Keywords: Anxiety, antisaccade, brainwave entrainment, working memory

¹ Assistant professor, Department of cognitive neuroscience, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

² Professor, Department of psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

³ Associate professor, Department of cognitive neuroscience, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

⁴ Professor, Department of psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

⁵ Corresponding Autho: Ph.D student of cognitive neuroscience, Department of cognitive neuroscience, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran siamakdadashi94@gmail.com



Research paper

The Mediating Role of Obsessive Beliefs in the Relationship between Sexual Desire and Marital Satisfaction of Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Esmail Barzegar ^{ID}*¹; Parisa Sadeghi ^{ID}²; Alireza Bostanipoor ^{ID}³

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating contribution of obsessive beliefs in the relationship between sexual desire and marital satisfaction of women with obsessive-compulsive disorder. The research method was descriptive-correlation. The statistical population of this research was all married women suffering from obsessive-compulsive disorder who referred to the outpatient clinic of Hafez hospital and several private clinics in Shiraz in 2021, and 200 of them were selected by available sample. All of whom completed the Hulbert Index of Sexual Desire, Marital Satisfaction Questionnaire, Obsessive Beliefs Questionnaire, and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. The data were analyzed using correlation matrix, multivariate regression analysis and path analysis test. The main findings indicated that sexual desire had directly significant relation with marital satisfaction. Sexual desire indirectly had a significant relationship through the mediating role of obsessive beliefs with marital satisfaction. It seems that sexual desire directly and indirectly by mediating the role of obsessive beliefs predicted marital satisfaction. This study indicated the necessity of increasing awareness of beliefs, sexual knowledge and facilitating sexual counseling for married women.

Keywords: Marital satisfaction, obsessive beliefs, obsessive-compulsive disorder, sexual de

¹ Corresponding Author: PHD. Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. counselor1363@yahoo.com

² M.A. in Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor of Azad University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, science and research Branch, Tehran, Iran



Research paper

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Attention Bias to Threat and Safety Behaviors in Students with Social Anxiety Disorder

Ali Parvandi ^{*1}; Gholamreza Chalabianloo ²; Hasan Bafandeh Gharamaleki ³

Abstract

The purpose of the present study was evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on attention bias to threat and safety behaviors in students with social anxiety disorder (SAD) symptoms. The research design was quasi-experimental, pretest-posttest, follow-up with the control group. The statistical population of the research included all students aged 16-19 with SAD symptoms in Songhor city in 2022. By purposeful sampling method, 28 students were selected and assigned equally to experimental and control groups. Pictorial Dot Probe Task and Social Phobia Safety Behaviors Scale were used in three stages. The experimental group received eight 90-minute treatment sessions based on acceptance and commitment therapy protocol for social anxiety disorder in Adolescence (Alves et al.). Data were analyzed by mixed analysis of variance with repeated measure. The results showed that there was a significant difference in the average scores of the experimental group compared to the control group in the post-test stage. Also, therapeutic gains had maintained in the follow-up stage. Therefore, to reduce attention bias and safety behaviors in students with this disorder, acceptance and commitment therapy can be used by psychotherapists.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, attention bias to threat, safety behavior, social anxiety disorder

¹ Corresponding Author: PhD candidate, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran parvandi.ali65@yahoo.com

² Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

³ Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.



Research paper

A Comparison of the Effectiveness of ACT and ER on Health Anxiety and CER of Recovered Covid-19 Patients

Nasrin Zamani Zad¹; Esmail Soleymani*²; Ali Esazadeghan³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and emotional regulation (ER) on health anxiety and cognitive-emotional representations (CER) of recovered Covid-19 patients. The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The research population included all those infected with the Covid-19 who visited health centers. By convenience sampling 75 of these people were selected, replaced randomly assignment in the experiment and control groups. The test of health anxiety and CER was performed in the pre-test and then, the ACT and ER was implemented in 8 sessions of 60 minutes (online). The obtained data were analyzed through the multivariate covariance test. The use of ACT had an effect on health anxiety in the post-test stage, but on reducing the perception of illness in the post-test stage, the test had no effect. ER had an effect on both of them. It seems that the ER had a more effective result than the Act and it can be used in health and clinical centers to improve these patients.

Keywords: Act, cognitive-emotional representations, Covid-19, emotion, health anxiety

¹ Ph.D. candidate of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

² Corresponding Author: Assistance professor of psychology, Department of psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran soleymany.psy@gmail.com

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



Analytical paper

Meta-Analysis of Cognitive and Meta-Cognitive Educational and Therapeutic Interventions on Anxiety

Zahra Golizade¹; Abolfazl Farid²

Abstract

The current research was conducted with the Meta-analysis method and aimed at combining the researches in the field of cognitive and meta-cognitive educational and therapeutic interventions on anxiety; therefore, the Hedges g effect size index was used as a standard scale in this research. The statistical population was the available research related to cognitive and metacognitive interventions on anxiety, which were available between the years 2001 and 2021 in the computer databases accessible. Based on the defined inclusion and exclusion criteria of primary studies, 67 effect sizes from 63 primary studies were analyzed by CMA software. The size of the total combined effect was evaluated according to the large Cohen's criterion, which indicates the positive effect of various interventions on anxiety. In examining the role of moderating variables, the results showed the optimal effectiveness of therapeutic and educational interventions on types of anxiety, and no significant difference was observed between the two sexes in the effectiveness of the interventions. Finally, we can say that cognitive and meta-cognitive therapeutic-educational interventions are one of the most effective types of interventions in improving all types of anxiety.

Keywords: Anxiety, cognitive interventions, metacognitive interventions

¹ Corresponding Author: Ph.D. Student in Educational Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Zahragolizade.mit.edu@gmail.com

² Associate Professor of Educational Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran



Research paper

Investigating the Effectiveness of the Rehabilitation Program Based on Executive Functions on Processing Speed and Attention of Children with Autism Spectrum Disorder

Elham Shafiee ^{ID}¹; Ali Akbar Arjmandnia ^{ID}²; Sogand Ghasemzadeh ^{ID}³; Saeed Hasanzadeh ^{ID}³; Masoud Gholamali Lavasani ^{ID}³

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of the rehabilitation program on processing speed and attention of children with autism spectrum disorder. This research was semi-experimental with a pre-test, post-test, control group and follow-up design. The statistical population included all autistic students in the academic year 2022-2023 in Tehran. A sample of 20 students were selected by purposive sampling and randomly divided into control and experimental groups. The experimental group received 20 sessions of 30 mins cognitive rehabilitation intervention, twice per week while the control group did not receive any intervention. Integrated Visual and Auditory Continues Performance was used to collect data in three stages (before, after and two months later after the implementation of the cognitive rehabilitation program). The data analyses were done by repeated measurement test. The result showed that the cognitive rehabilitation program had effect on the processing speed and attention of students with autism spectrum disorder. Based on this finding, it is suggested that this program can be used to strengthen and improve executive functions of children with autism spectrum.

Keywords: Attention, autism spectrum disorder, cognitive rehabilitation, processing speed

¹ Ph.D Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational, University of Tehran, Tehran, Iran.

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran arjmandnia@ut.ac.ir

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



Research paper

The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Self-efficacy and Post-traumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic

Salman Zarei¹; Maryam Sadat Jalali²; Khadijeh Fooladvand^{3*}

Abstract

The aim of current study was to investigate the mediating role of resilience in the relationship between self-efficacy and post-traumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. The research design was descriptive-correlational. From the mentioned, a total of 350 nurses selected via convenience sampling method and were examined by Tedeschi and Calhoun Post-traumatic Growth Inventory (PTGI), Scherer et al. General Self-Efficacy Questionnaire (GSE-17), and Connor-Davidson resilience scale (CD-RISK). To analyze the collected data Pearson correlation coefficient and Structural Equation Modeling were conducted. The results showed that direct effect of self-efficacy and the direct effect of resilience on the post-traumatic growth were significantly positive. Also, results showed that the mediating role of resilience in the relationship between self-efficacy and post-traumatic growth was significant. Based on the findings, it can be concluded that resilience and self-efficacy were important factors affecting nurses' post-traumatic growth. Therefore, it is suggested that specialists by increasing resilience and self-efficacy through training and counseling interventions help nurses to manage the psychological traumas that resulted by covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19, nurses, post-traumatic growth, resilience, self-efficacy

¹ Associate professor in counseling, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

² M.A of Counseling, Islamic Azad University South Tehran Branch, Tehran, Iran

³ Corresponding Author: Assistant professor in psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran fuladvand.kh@lu.ac.ir



Research paper

Effect of Behavioral Intervention and Support Program on Internalized and Externalized Problems in Student with Hearing Loss

Sajede Sadat Safavi Rizi¹; Mohammad Ashori^{2*}

Abstract

This study was aimed to investigate the effectiveness of behavioral intervention and support on externalized and internalized problems in students with hearing loss. This study was carried out using a semi-experimental method and a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population of the research included students with hearing loss of Isfahan city, 30 of them were selected using the convenience method and randomly replaced in an experimental (15 people) and control (15 people) groups. Intervention was implemented for the experimental group during 10 sessions of 40 minutes, but no training was provided to the control group. In this study, the Achenbach & Rescorla Adolescent Self-Assessment Questionnaire was used. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. Findings showed that there was a significant difference between the behavioral problems of the experimental and control groups in the post-test phase. Behavioral intervention and support had a positive and significant effect on reducing externalized and internalized problems in participants. According to the results, it can be said that behavioral intervention and support leads to the improvement of behavioral problems, through controlling emotions and teaching adaptive behaviors of students.

Keywords: Behavioral intervention and support, externalized problems, hearing loss, internalized problems

¹ M.A. Student of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

² Correspondent Author: Associate Professor of Department of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. m.ashori@edu.ui.ac.ir