



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۷۷، دوره ۲۰، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد
دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

سر دبیر:

سیده‌منور یزدی
استاد دانشگاه الزهرا (س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز
استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان
استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین
استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت
استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

روشک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

النی جی هیبدو

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

اعصاب رفتاری

سیده‌منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

ویراستار فارسی:

ناصر احمدزاده

ویراستار انگلیسی:

سیده‌منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا (س)

مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

ناشر:

دانشگاه الزهرا (س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

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

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

وبگاه:

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

پست الکترونیک:

psychstudies@alzahra.ac.ir

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

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

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

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

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی www.sid.ir

- پایگاه اطلاعات نشریات کشور www.magiran.com

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی

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

ساختار مقاله اصلی

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

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

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

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

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

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

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

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

در پانویشت برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانویشت 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). در کل 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 ازمون 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 درکل 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 مسله همراه تیوری و پیشینه مرتبط، منابع بر طبق **APA7** و در پایان ذکر فرضیه با حداقل منابع (۳-۴ بستگی به تعداد ابزار و منابع ذکر شده در ابزار دارد)

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

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

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

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

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

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

-تشکر **Acknowledgments**

-حمایت مالی **Funding**

-تعارض منافع **Conflicts of interest**

کلیه مطالب و منابع برگرفته از مقاله اصلی

- ۷-۲۳ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه
فریحا دوستی؛ سیده منور یزدی؛ مروارید احدی؛ سیمین حسینیان
- ۲۵-۳۹ اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان
بختیار مسلمی؛ غلامرضا چلبیانلو
- ۴۱-۵۶ اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی
علیرضا محمدی کمرسخ؛ نعمت ستوده اصل؛ داریوش مهرافزون
- ۵۷-۷۱ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن
شهرزاد نقاش زاده؛ احمد امانی
- ۷۳-۸۸ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در افراد مبتلا به صرع
عسل خرمی نژاد؛ فائزه جهان؛ پرویز صباحی؛ سقا افراخته
- ۸۹-۱۰۴ اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر
زهرا اسدی؛ کبری کاظمیان مقدم؛ همایون هارون رشیدی
- ۱۰۵-۱۲۰ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی
حمیده اوحدی حائری؛ الهام توکلی طرقي؛ سارا ابراهیمی
- ۱۲۱-۱۳۶ مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرحواره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق
معین فرخ تاج؛ سید علی مرعشی؛ سید اسماعیل هاشمی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

فریحا دوستی^۱، سیده منور یزدی^{۲*}، مروارید احدی^۳، سیمین حسینیان^۴

چکیده

پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. روش پژوهش کاربردی و طرح نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، سنین ۲۰ تا ۴۵ سال مراجعه کننده به مراکز روان‌شناختی در جزیره کیش در سال ۱۴۰۳ تشکیل داد. نمونه‌ای ۴۵ نفری که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ نفر) بطور تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از آسیب بود. گروه مداخله درمان شناختی- رفتاری ۸ جلسه تحت درمان ۹۰ دقیقه‌ای و گروه تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای ۸ جلسه تحت درمان ۴۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مورد داده‌ها اعمال شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری پردازش اطلاعات هیجانی را بیشتر افزایش داده است. می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی- رفتاری به نسبت تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه موثرتر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، درمان شناختی- رفتاری، تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای، پردازش اطلاعات هیجانی.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد تمام، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران. smyazdi@alzahra.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان آموزشی درمانی، روان‌پزشکی رازی، تهران، ایران.

۴. استاد تمام، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران.

مقدمه

زندگی آدمی از آغاز تولد تا لحظه مرگ با پدیده‌ها و رخداد‌های فراوان روبه‌روست. برخی از این پدیده‌ها با مشکلاتی همراه هستند که تأثیرات مخربی بر فرد و برخی دیگر سانحه‌هایی را بر پیکره جامعه وارد می‌سازند و می‌توانند گاهی بیش از سطح تحمل افراد بوده و منجر به بروز مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمانی و روانی گردند (اولورا لویز^۱، و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال استرس پس از سانحه^۲ یک وضعیت ناسلامتی روان است که توسط یک رویداد وحشتناک ایجاد می‌شود. نشانه‌های این اختلال شامل تجربه مجدد^۳ و غیرارادی رویدادها، اجتناب از یادآوری موقعیت فشارآور و واکنش منفی در شناخت و خلق مربوط به موقعیت فشارزا می‌باشد (براون^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از علائم اولیه اختلال استرس پس از سانحه، یادآوری ناخواسته رویدادهای سانحه‌زا می‌باشد (بریانت^۵، ۲۰۲۰). این علائم می‌تواند به شکل خاطرات، کابوس یا فلش بک‌های عودکننده ظاهر می‌شود (کورتینا - بورجا^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) همچنین، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تمایل دارند از نشانه‌های درونی و بیرونی مرتبط با رویداد سانحه‌زا اجتناب کنند و این اجتناب‌ها عموماً به احساس کرحتی هیجانی می‌انجامد (بیسانت^۷، و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال استرس پس از سانحه به ندرت به شکل مجزا از سایر اختلالات دیگر دیده می‌شود ولی با گذشت زمان با اختلالات اساسی همراه با آن آشکار می‌گردد (کیسلینگ و داس^۸، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه معمولاً با مشکلاتی همچون ناراحتی، اضطراب، خشم و ترس مواجه می‌شوند (برینکس^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). در صورتی که این افراد نتوانند هیجان‌ات خود را به درستی پردازش کنند، می‌تواند به بهبود حال آنها کمک کند (ادوگنا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). پردازش اطلاعات هیجانی^{۱۱} یعنی قدرت فرد در شناسایی، تفسیر و مدیریت هیجانها است. در حالت عادی، این فرایند به‌طور طبیعی در مغز انجام می‌شود. اما در برخی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، این فرایند ممکن است مختل شده باشد (براون و همکاران، ۲۰۲۳). برخی از روش‌های درمانی برای بهبود پردازش اطلاعات هیجانی در افراد با اختلال استرس پس از سانحه عبارتند از: روش‌های شناختی - روش‌هایی که برای افزایش آگاهی از هیجان‌ات و تغییر ایده‌های منفی به کار می‌روند (رومرو ربولار^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). در کل پژوهش‌ها نشان می‌دهند که، بهبود پردازش اطلاعات هیجانی می‌تواند به بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد کمک می‌کند و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد (گائو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Olvera Lopez
2. Post-traumatic stress disorder
3. Experience again
4. Brown
5. Bryant
6. Cortina-Borja
7. Beasant
8. Kisling & Das
9. Brinks
10. Adugna
11. Emotional processing
12. Romero-Rebollar
13. Gao

با وجود روش‌های درمانی متفاوت و متعدد همچون دارو درمانی روانپوشی، غرقه‌سازی، آرامش‌آموزی و پس‌خوراند زیستی پردازش شناختی، رویارویی تصویری طولانی مدت بازسازی شناختی و درمان شناختی رفتاری، فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران به این تنوع درمانی پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی نسبتاً کمتری نشان می‌دهند (کریمی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان شناختی رفتاری، درمانی ترکیبی از دو رویکرد درمانی است که به نام‌های شناخت درمانی و رفتار درمانی شناخته می‌شود (انصاری و همکاران، ۱۴۰۰). مزایای درمان شناختی رفتاری شامل امیدبخشی به بیماران، حمایت از عزت‌نفس، کمک به افراد برای رهایی یا آرامش، و حمایت از فرآیندهای فکری منطقی است. همچنین، کمک به افراد می‌کند تا با تغییر طرز تفکر و رفتار، مشکلات خود را مدیریت کنند. این نوع شیوه درمانی ساختارمند و هدف‌گرا است و برای مدیریت انواع اختلالات سلامت روان هم کاربرد دارد (تاگوچی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی دیگر، تکنیک‌های تحریک فراجمجمه‌ای (تحریک غیرتهاجمی مغز)^۲ در حال حاضر بسیار محبوب هستند (ماندل^۳ و همکاران، ۲۰۲۳) هم به‌عنوان ابزاری برای مطالعه عملکردهای مغز و هم به‌عنوان استراتژی‌هایی برای حمایت از عملکرد آن به‌کار گرفته شده است. با این وجود این تکنیک‌ها فقط در آزمایشگاه‌های علمی یا درمانی استفاده می‌شوند که از جمله این ابزارها می‌توان به تجهیزات تحریک مغناطیسی، تحریک فراجمجمه‌ای و دستگاه‌های تحریک جریان مستقیم تحریک فراجمجمه‌ای اشاره کرد (گالازپریئو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

ایده اصلی تحریک فراجمجمه‌ای این است که با استفاده از جریان‌های ضعیفی که طی آن جریان (۲ تا ۴ میلی آمپر) بر پوست سر وارد می‌شود، به‌عبارتی در این نوع تحریک الکتریکی نقاطی از سر با استفاده از جریان‌های ضعیف الکتریکی مورد هدف قرار می‌گیرد و می‌تواند با پردازش عصبی تعامل داشته و انعطاف‌پذیری را اصلاح کند و شبکه‌های مغز را در خود جای دهد و این به نوبه خود می‌تواند رفتار را اصلاح کند (وودز^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). با استفاده از این روش تغییرات بلندمدت در قطبیت قشر مغز در پی دیوالریزاسیون و هیپرپالریزاسیون نوروها و تأثیر بر گیرنده‌های عصبی ایجاد می‌شود تغییرات صورت‌پذیرفته از tDCS در راستای ساختار و عملکرد نوروها در جهت مطلوب و مد نظر هدایت می‌گردد، این تکنیک به‌طور گسترده در تحقیقات پایه استفاده می‌شود و به‌طور فزاینده‌ای نیز به‌طور خصوصی در ورزش، امور نظامی و تفریح استفاده می‌شود. یافته‌های پژوهش فیگس^۶ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که تحریک جریان مستقیم، غلظت اکسی‌هموگلوبین و عملکرد شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین یافته‌های پژوهش فرگنی^۷ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تحریک الکتریکی مغز در ناحیه قشر پیش‌پیشانی چپ در بیماران مبتلا به افسردگی شدید، موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود.

1. Taguchi
2. noninvasive brain stimulation
3. Mandell
4. Galaz Prieto
5. Woods
6. Figeys
7. Fregni

۱۰..... مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

نکته مهم در مورد این دو روش درمانی، متفاوت بودن هدف‌ها و تکنیک‌های دو درمان یادشده است، به گونه‌ای که در درمان شناختی رفتاری، تغییر افکار، هیجانات و احساسات بدنی مد نظر می‌باشد (تاکانو^۱ و همکاران، ۲۰۲۳) و در درمان تحریک فراجمجمه‌ای با جریان الکتریکی مستقیم، تغییراتی که در قطبیت غشاء نرون، به واسطه اعمال جریان بر پوست سر ایجاد می‌شود، تحریک‌پذیری نورونی غشاء نیز دستخوش تغییر می‌گردد (مهدوی و همکاران، ۱۴۰۱). از این رو به نظر می‌رسد اجرای این درمان و مقایسه اثرات درمانی آن با یک درمان دارای پشتوانه تجربی محکم، لازم و ضروری است. پژوهش حاضر، براساس مبانی نظری و یافته‌های پژوهش‌های موجود، در پی پاسخ به این پرسش است که، آیا بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای در پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، سنین ۲۰ تا ۴۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی در جزیره کیش در ماه‌های شهریور تا آذر در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. نمونه پژوهش ۴۵ نفر به صورت هدفمند از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی در جزیره کیش انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). در این پژوهش، گروه تحت مداخله درمان شناختی- رفتاری منطبق با پروتکل درمان به صورت گروهی تحت درمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. گروه تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای ۸ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفت. در برنامه مداخله، جریان مستقیم و ضعیفی، ۱/۵ میلی آمپر، بر گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای از راه الکترود آند به منطقه قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی ((3f (DLPFC) اعمال شد و الکترود کاتد بر شانه سمت راست قرار گرفت. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن به شدت متوسط به بالا از اختلال استرس پس از سانحه از طریق اجرای آزمون و مصاحبه با شرکت‌کنندگان (کسب حداقل نمره ۱۸ در آزمون مقیاس اختلال استرس پس از سانحه، فوا و همکاران (۱۹۹۳)، نداشتن سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، نداشتن سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به ادامه همکاری، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: حضور نیافتن در جلسات مداخله بیش از دو جلسه و تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات مداخله. در این تحقیق جهت آنالیز داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم‌افزار SPSS24 استفاده شده است.

روش اجرا

ابتدا آزمون استرس پس از سانحه برای غربالگری افراد با سنین ۲۰-۴۵ سال گرفته شد و افراد نمونه با نمره معیار پژوهش انتخاب و به سه گروه به طور تصادفی تقسیم شدند. سپس، گروه‌های آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان شناختی- رفتاری (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به شیوه گروهی و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای (۸ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای از این رویکردها دریافت نکردند، و در لیست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات درمانی گروه‌های آزمایش، همه نمونه تحت پس آزمون قرار گرفتند. همچنین، بعد از گذشت ۲ ماه مرحله پیگیری انجام شد. ریزش نمونه در گروه‌ها صورت نگرفت. اختیاری بودن برای شرکت در پژوهش و حق خروج از مطالعه، اطمینان‌بخشی به افراد از بدون ضرر بودن مداخلات درمانی و اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.TNB.REC.1403.021 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کیش، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. برای گروه کنترل (لیست انتظار) بعد از مرحله پیگیری، جلسات مداخله به صورت فشرده ارائه شد. این مداخلات توسط پژوهشگر اول بعد از کسب آموزش‌های لازم انجام شد.

ابزار

پرسشنامه پردازش اطلاعات هیجانی باکر^۱ (EPS-25): پرسشنامه پردازش اطلاعات هیجانی نسخه اولیه ۴۸ گویه‌ای توسط باکر و همکاران تدوین شده، که بعداً فرم کوتاه ۲۵ گویه‌ای تهیه شد (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی^۲، تجربه هیجان‌ناخوشایند^۳، کنترل هیجان^۴، اجتناب^۵ و نشانه‌های هیجان‌ناخوشایند^۶ است. روش پاسخ‌دهی ۵ گزینه‌ای (۱ به پاسخ کاملاً مخالف تا نمره ۵ برای پاسخ کاملاً موافق) می‌باشد. باکر و همکاران (۲۰۰۷) ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل یادشده را استخراج کردند و واریانس تجمعی عوامل ۵۸/۶٪ گزارش شد. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این ابزار به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آزمون گزارش شد (به نقل از آقاجانی و رهبری، ۱۴۰۰). در ایران نیز آقاجانی و رهبری (۱۴۰۰) ضریب همبستگی روایی همگرایی این پرسشنامه را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آوردند. سپیده‌دم و همکاران (۱۳۹۸) پایایی آلفای کرونباخ نمره کل برابر ۰/۹۰ و پایایی زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس اختلال استرس پس از سانحه^۷: مقیاس اختلال استرس پس از سانحه با ۱۹ گویه توسط فوا و همکاران (۱۹۹۳) ساخته شده است و به منظور بررسی اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود. مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای است که ضوابط پیشنهادی

1. The Emotional Processing Scale
2. Suppression
3. Experiencing unpleasant emotions
4. Emotion control
5. avoid
6. Signs of unprocessed emotions
7. Post-traumatic stress disorder scale

۱۲..... مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

راهنمای تشخیصی اختلالات روانی برای اختلال اختلال استرس پس از سانحه را در برمی گیرد و مضمون گویه‌ها شامل ۴ بخش با گویه‌های مربوط به: رویداد فشارزا^۱، تجربه مجدد رویداد^۲، اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشار زا^۳، و افزایش برانگیختگی^۴ است. در این مقیاس حداقل نمره ۱۹، و حداکثر نمره ۹۵ با نمره برش نمره ۵۷ می‌باشد. محمدی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی روایی این پرسشنامه را ۰/۸۸، ویژگی آن ۰/۹۶ پایایی بازآزمایی آن به فاصله یک ماه ۰/۷۷، و هماهنگی تشخیصی آن با مصاحبه تشخیصی ساختار یافته برای راهنمای تشخیصی اختلالات روانی نزدیک به ۰/۸۶ گزارش شده است (برادلی، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی مقیاس بالا و میزان آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۲ است. در این پژوهش برای غربالگری از آن استفاده شد

خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری: درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته بر اساس پکیج دابسون (۲۰۲۰) برگزار شد.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

| جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | تکالیف |
|-------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ۱ | برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد و معرفی اهداف | بحث راجع به اختلال استرس پس از سانحه و عوارض آن در بروز اختلالات روانی افسردگی و اضطراب و کاهش توانمندی کیفیت زندگی و آموزش تن آرامی. | ایجاد انگیزه برای مقابله با استرس پس از سانحه | گردآوری و ثبت روزانه عوامل استرس |
| ۲ و ۳ | ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت فکر غیرمنطقی | توضیح درباره خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آنها - راهکارهایی برای تغییر افکار غیرمنطقی | مقابله با افکار غیرمنطقی | گردآوری و ثبت روزانه افکار غیر منطقی و تحلیل آن |
| ۴ | تشریح ارتباط استرس پس از سانحه با سلامت روان | توضیح نقش اختلال استرس پس از سانحه در کاهش سلامت روانی و بروز اختلالات روانی افسردگی و اضطراب و نامطلوب بودن کیفیت زندگی. | بهبود سلامت روان | تهیه فهرستی از فعالیت‌هایی که تحت کنترل فرد نیست؛ برای بالا بردن ذهنیت مثبت |
| ۵ و ۶ | مهارت حل مسئله و کیفیت زندگی | آموزش شیوه حل مسئله، روابط اجتماعی و میان فردی و نقش فعالیت‌های جسمانی در افزایش احساس سلامت روانی، خودکنترلی، کیفیت زندگی. | بالا بردن سطح کیفیت زندگی و مهارت‌های اجتماعی | ثبت فعالیت‌های روزانه در زمینه نحوه برخورد با دیگران و تمرین تکنیک تصویرسازی ذهنی |
| ۷ | آموزش خودکارآمدی و توجه و اصلاح افکار | راهکارهای ایجاد باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های استرس زا - ایجاد سلامت روانی مطلوب و شناسایی حوزه‌های نگرانی، افکار استرس زا | توانایی بالا بردن خودکارآمدی و توانایی توجه به افکار | تمرین مهارت‌های آموخته شده |

1. Stressful event
2. Re-experience the event
3. Avoiding stimuli associated with the stressful event
4. Increased arousal

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| ۸ | برنامه‌ریزی برای مقابله با مشکلات | تمام تدریجی درمان، شناسایی فنون رفتاری برای غلبه بر مشکلات احتمالی و مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات | یادگیری راهبردهای مقابله‌ای | اجرای تکالیف خود طرح ریزی شده برای غلبه بر مشکلات آینده |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ شرکت‌کننده سه گروه را تشکیل دادند. در گروه درمان شناختی- رفتاری میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۲/۹۷ و ۵/۹۰ سال، در گروه تحریک فراجمجمه‌ای به ترتیب برابر با ۳۳/۸۲ و ۶/۶۳ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۱/۷۴ و ۷/۱۸ سال بود. در گروه درمان شناختی- رفتاری ۱۱ زن و ۴ مرد، در گروه تحریک فراجمجمه‌ای ۱۲ زن و ۳ مرد و در گروه کنترل ۱۰ زن و ۵ مرد شرکت کردند. در هم گروه‌ها تقریباً تعداد یکسانی از تحصیلات زیر دیپلم تا بالاتر از دیپلم حضور داشتند. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته، در مقابل در گروه کنترل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور مشاهده نشده است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد پردازش اطلاعات هیجانی

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|-----------------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| سرکوبی | درمان شناختی- رفتاری | ۳/۲۰ ± ۱۸/۴۷ | ۲/۷۴ ± ۱۲/۶۷ | ۲/۱۹ ± ۱۲/۸۹ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۲/۷۵ ± ۱۸/۴۰ | ۲/۹۱ ± ۱۴/۹۳ | ۳/۳۰ ± ۱۵/۸۲ |
| | گروه کنترل | ۳/۰۵ ± ۱۸/۲۰ | ۳/۳۲ ± ۱۹/۰۰ | ۳/۶۶ ± ۱۷/۹۷ |
| تجارب هیجانی ناخوشایند | درمان شناختی- رفتاری | ۲/۷۱ ± ۱۶/۷۳ | ۲/۸۸ ± ۱۲/۰۹ | ۲/۶۰ ± ۱۲/۲۹ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۳/۳۴ ± ۱۷/۴۸ | ۲/۶۷ ± ۱۳/۴۲ | ۲/۹۴ ± ۱۴/۸۸ |
| | گروه کنترل | ۳/۲۳ ± ۱۷/۲۴ | ۳/۴۰ ± ۱۷/۴۵ | ۲/۶۵ ± ۱۶/۷۹ |
| نشانه‌های هیجان پردازش نشده | درمان شناختی- رفتاری | ۳/۱۸ ± ۱۶/۶۹ | ۲/۶۲ ± ۱۲/۰۰ | ۲/۳۵ ± ۱۲/۴۰ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۲/۹۰ ± ۱۶/۶۷ | ۲/۴۸ ± ۱۳/۵۳ | ۲/۶۲ ± ۱۴/۴۹ |
| | گروه کنترل | ۲/۹۶ ± ۱۶/۴۰ | ۲/۲۱ ± ۱۶/۷۷ | ۲/۱۶ ± ۱۶/۵۱ |
| اجتناب | درمان شناختی- رفتاری | ۴/۲۹ ± ۱۹/۰۰ | ۲/۵۰ ± ۱۳/۰۰ | ۳/۲۴ ± ۱۳/۹۳ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۳/۹۰ ± ۱۹/۷۳ | ۳/۲۶ ± ۱۶/۰۷ | ۳/۱۸ ± ۱۷/۶۶ |
| | گروه کنترل | ۳/۸۵ ± ۱۹/۳۳ | ۴/۱۲ ± ۲۰/۶۷ | ۴/۴۵ ± ۱۹/۳۳ |
| کنترل هیجانی | درمان شناختی- رفتاری | ۳/۱۳ ± ۱۶/۲۹ | ۲/۲۳ ± ۱۰/۱۵ | ۲/۸۷ ± ۱۰/۹۳ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۲/۹۵ ± ۱۶/۴۰ | ۲/۷۰ ± ۱۲/۲۰ | ۲/۸۱ ± ۱۳/۷۹ |
| | گروه کنترل | ۳/۰۰ ± ۱۵/۵۳ | ۲/۸۳ ± ۱۶/۰۷ | ۲/۸۸ ± ۱۵/۸۴ |
| نمره کل | درمان شناختی- رفتاری | ۱۲/۰۲ ± ۸۷/۲۷ | ۱۰/۵۸ ± ۵۹/۸۰ | ۹/۵۷ ± ۶۲/۴۷ |
| | تحریک فراجمجمه‌ای | ۹/۴۵ ± ۸۸/۶۵ | ۸/۷۴ ± ۷۰/۲۰ | ۱۱/۴۸ ± ۷۶/۷۳ |
| | گروه کنترل | ۱۲/۲۵ ± ۸۶/۶۷ | ۱۰/۱۹ ± ۸۹/۹۳ | ۹/۳۰ ± ۸۶/۴۶ |

۱۴..... مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو - ویلک مربوط به هر یک از مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی برای هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ارزش شاپیرو- ویلک مربوط به زیر مقیاس سرکوبی پردازش اطلاعات هیجانی در گروه درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیش‌آزمون ($p=0/048$) معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر توزیع غیر نرمال آن در گروه درمان شناختی- رفتاری در وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو- ویلک و مقاومت آزمون‌های آماری تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف، نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نمی‌سازد. در این پژوهش برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته از آزمون لون^۱ استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در سه گروه و در سه مرحله معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار است^۲. در ادامه مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج تحلیل در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شاخص آماره ام.باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌هاست. همچنین جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای حاصل از تست موخلی برای مؤلفه کنترل هیجانی ($p=0/025$) معنادار است، که بیانگر آن است مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شد.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

| متغیر | برابری ماتریس واریانس کوواریانس | | | برابری ماتریس کوواریانس خطا | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------|-------|-----------------------------|----------|------------|
| | p | F | M.Box | p | χ^2 | شاخص موخلی |
| سرکوبی | ۰/۴۲۵ | ۱/۰۲ | ۱۳/۶۹ | ۰/۹۱۸ | ۰/۱۷ | ۰/۹۹ |
| تجارب هیجانی ناخوشایند | ۰/۲۱۹ | ۱/۲۸ | ۱۷/۲۲ | ۰/۴۱۱ | ۱/۷۸ | ۰/۹۵ |
| نشانه‌های هیجان پردازش نشده | ۰/۹۶۸ | ۰/۴۰ | ۵/۲۱ | ۰/۲۰۶ | ۳/۱۶ | ۰/۹۲ |
| اجتناب | ۰/۶۶۷ | ۰/۷۹ | ۱۰/۵۲ | ۰/۶۳۴ | ۰/۹۱ | ۰/۹۷ |
| کنترل هیجانی | ۰/۹۷۲ | ۰/۳۸ | ۵/۰۳ | ۰/۰۲۵ | ۷/۳۹ | ۰/۸۳ |
| نمره کل | ۰/۶۵۷ | ۰/۸۱ | ۱۰/۶۵ | ۰/۸۵۸ | ۰/۳۱ | ۰/۹۹ |

1. Leven

۲. دوستی، فریحا (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر نشخوار فکری، انعطاف‌پذیری شناختی و پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی را نشان می‌دهد.

منطبق بر نتایج جدول شماره ۴ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های سرکوبی، تجارب هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب، کنترل هیجانی و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی بادامنه‌های (۰/۵۳۳-۰/۷۴۶) لامبدای ویلکز، میزان F با دامنه $F=۳/۲۳-۷/۵۸$ ، و میزان اثر با دامنه $\eta^2=۰/۲۷۰-۰/۱۳۶$ و سطح معناداری P با دامنه $(P=۰/۰۰۱-۰/۰۱۵)$ معنادار است.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر پردازش هیجانی

| متغیر وابسته | لامبدای ویلکز | F | df | P | η^2 | توان آزمون |
|-----------------------------|---------------|------|--------|-------|----------|------------|
| سرکوبی | ۰/۶۲ | ۵/۳۷ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۱ | ۰/۲۰ | ۰/۹۶ |
| تجارب هیجانی ناخوشایند | ۰/۷۰۶ | ۳/۸۹ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۶ | ۰/۸۸ |
| نشانه‌های هیجان پردازش نشده | ۰/۷۴۶ | ۳/۲۳ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۴ | ۰/۸۱ |
| اجتناب | ۰/۷۳۱ | ۳/۵۱ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۱۰ | ۰/۱۵ | ۰/۸۳ |
| کنترل هیجانی | ۰/۶۰۶ | ۵/۸۴ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۹۷ |
| نمره کل | ۰/۵۳۳ | ۷/۵۸ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷ | ۰/۹۹ |

در ادامه، جدول شماره ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی را نشان می‌دهد.

نتایج در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه‌های سرکوبی، تجارب هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجان پردازش نشده، اجتناب، کنترل هیجانی و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی با دامنه $(\eta^2=۰/۳۱-۰/۱۵)$ ، $F=۳/۸۱-۹/۵۲$ ، $F=۰/۰۰۷-۰/۰۰۱$ معنادار است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر پردازش اطلاعات هیجانی

| متغیر | اثرات | مجموع مجذورات | مجموع مجذورات خطا | F | p | η^2 |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------|-------|-------|----------|
| سرکوبی | اثر گروه | ۳۰۶/۷۰ | ۳۷۴/۳۶ | ۱۷/۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ |
| | اثر زمان | ۱۷۳/۶۱ | ۳۴۶/۲۰ | ۲۱/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ |
| | اثر تعاملی گروه \times زمان | ۱۹۲/۱۸ | ۷۰۳/۲۴ | ۵/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱ |
| تجارب هیجانی ناخوشایند | اثر گروه | ۲۷۴/۵۰ | ۴۰۲/۰۴ | ۱۴/۳۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ |
| | اثر زمان | ۱۳۹/۳۸ | ۴۰۹/۴۷ | ۱۴/۳۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵ |
| | اثر تعاملی گروه \times زمان | ۱۲۵/۰۵ | ۶۸۹/۵۶ | ۳/۸۱ | ۰/۰۰۷ | ۰/۱۵ |
| نشانه‌های هیجان پردازش نشده | اثر گروه | ۱۸۳/۵۳ | ۲۷۲/۰۰ | ۱۴/۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ |
| | اثر زمان | ۱۰۰/۲۸ | ۳۵۲/۴۰ | ۱۱/۹۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ |
| | اثر تعاملی گروه \times زمان | ۱۲۰/۵۶ | ۵۹۷/۶۰ | ۴/۲۴ | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۶ |

۱۶..... مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

| | | | | | | |
|------|-------|-------|---------|---------|-----------------------|--------------|
| ۰/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۱۸/۸۰ | ۵۰۴/۰۰ | ۴۵۱/۲۲ | اثر گروه | |
| ۰/۱۸ | ۰/۰۰۳ | ۹/۶۶ | ۵۵۲/۹۳ | ۱۲۷/۲۱ | اثر زمان | اجتناب |
| ۰/۱۵ | ۰/۰۰۵ | ۳/۹۶ | ۱۲۱۴/۱۳ | ۲۲۸/۹۲ | اثر تعاملی گروه× زمان | |
| ۰/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۱۲/۷۴ | ۴۱۷/۶۴ | ۲۵۳/۳۵ | اثر گروه | |
| ۰/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۸/۸۴ | ۳۲۷/۲۵ | ۱۴۶/۹۴ | اثر زمان | کنترل هیجانی |
| ۰/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۸/۳۶ | ۵۲۷/۱۶ | ۲۰۹/۹۰ | اثر تعاملی گروه× زمان | |
| ۰/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۳۴/۲۱ | ۴۳۹۹/۴۲ | ۷۱۶۶/۱۸ | اثر گروه | |
| ۰/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۳۰/۲۲ | ۴۷۳۸/۸۷ | ۳۴۱۰/۱۸ | اثر زمان | نمره کل |
| ۰/۳۱ | ۰/۰۱ | ۹/۵۲ | ۹۴۰۸/۳۰ | ۴۲۶۴/۷۱ | اثر تعاملی گروه× زمان | |

جدول شماره ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد. نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون - پیگیری معنادار نبود، که نشان از اثر بخش بودن هر دو درمان بر پردازش اطلاعات هیجانی است .

در ادامه، نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای در مقایسه با گروه کنترل معنادار است؛ به طوری که میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر مؤلفه سرکوبی ($p=0/028$)، اجتناب ($p=0/004$)، کنترل هیجانی ($p=0/048$) و نمره کل ($p=0/001$) پردازش اطلاعات هیجانی معنادار است. به طوری که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی در مقایسه با تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای آن مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی را بیشتر کاهش داده و عملکرد بهتری داشته است. اما در مورد مؤلفه‌های تجارب هیجانی ناخوشایند و نشانه‌های هیجان پردازش نشده فرقی بین اثرپذیری این دو درمان دیده نشده است (به ترتیب $P = 0/055$ و $0/092$).

جدول شماره ۶ . نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای پردازش اطلاعات هیجانی

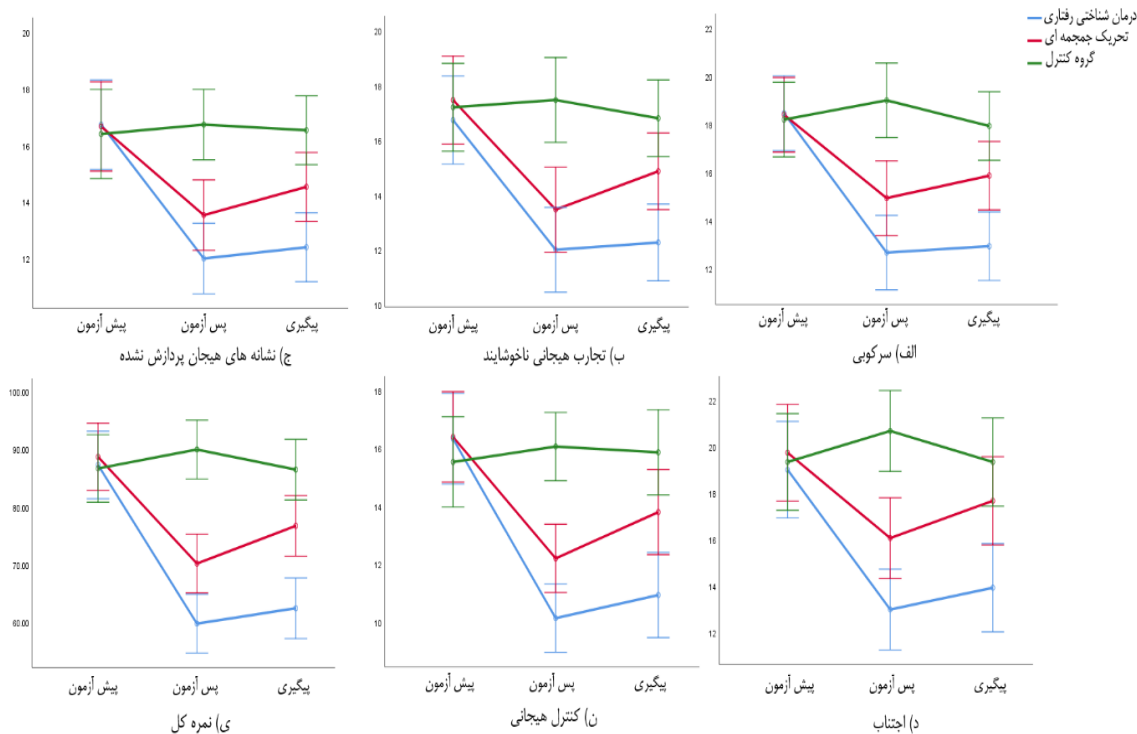
| متغیر | زمان‌ها | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|------------------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| سرکوبی | پیش‌آزمون | ۲/۸۲ | ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۲/۷۸ | ۰/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | -۰/۰۴ | ۰/۶۳ | ۱/۰۰ |
| تجارب هیجانی ناخوشایند | پیش‌آزمون | ۲/۶۴ | ۰/۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | ۲/۴۹ | ۰/۶۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | -۰/۱۵ | ۰/۵۹ | ۱/۰۰ |

| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ | ۲/۵۱ | پس آزمون | پیش آزمون | نشانه‌های هیجان پردازش نشده |
|--------------|------------|---------------|-----------------|---------------------|-----------------------------|
| ۰/۰۰۴ | ۰/۶۱ | ۲/۱۱ | پیگیری | پیش آزمون | |
| ۱/۰۰ | ۰/۴۸ | -۰/۴۰ | پیگیری | پس آزمون | |
| ۰/۰۰۷ | ۰/۸۶ | ۲/۷۸ | پس آزمون | پیش آزمون | |
| ۰/۰۱۰ | ۰/۷۸ | ۲/۴۲ | پیگیری | پیش آزمون | اجتناب |
| ۱/۰۰ | ۰/۷۸ | -۰/۳۶ | پیگیری | پس آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۳/۲۹ | پس آزمون | پیش آزمون | کنترل هیجانی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ | ۲/۵۶ | پیگیری | پیش آزمون | |
| ۰/۲۳۸ | ۰/۴۱ | -۰/۸۳ | پیگیری | پس آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۳۱ | ۱۴/۲۲ | پس آزمون | پیش آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۲۴ | ۱۲/۳۱ | پیگیری | پیش آزمون | نمره کل |
| ۱/۰۰ | ۲/۱۴ | -۱/۹۱ | پیگیری | پس آزمون | |
| مقدار احتمال | خطای معیار | تفاوت میانگین | تفاوت گروه‌ها | | متغیر |
| ۰/۰۲۸ | ۰/۶۳ | -۱/۷۱ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | سرکوبی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ | -۳/۶۹ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۰۹ | ۰/۶۳ | -۱/۹۸ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | تجارب هیجانی ناخوشایند |
| ۰/۰۵۵ | ۰/۶۵ | -۱/۶۰ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵ | -۳/۴۹ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۱۸ | ۰/۶۵ | -۱/۸۹ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | |
| ۰/۰۹۲ | ۰/۵۴ | -۱/۲۰ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | نشانه‌های هیجان پردازش نشده |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | -۲/۸۴ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۱۱ | ۰/۵۴ | -۱/۶۴ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | |
| ۰/۰۰۴ | ۰/۸۳ | -۲/۵۱ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ | -۲/۴۷ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | اجتناب |
| ۰/۰۳۲ | ۰/۸۳ | -۱/۹۶ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | |
| ۰/۰۴۸ | ۰/۶۷ | -۱/۶۷ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | کنترل هیجانی |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | -۳/۳۶ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۴۵ | ۰/۶۷ | -۱/۶۹ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۱۶ | -۸/۶۹ | تحریک مجموعه‌ای | درمان شناختی رفتاری | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۱۶ | -۱۷/۸۴ | گروه کنترل | درمان شناختی رفتاری | نمره کل |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۱۶ | -۹/۱۶ | گروه کنترل | تحریک مجموعه‌ای | |

در ضمن، این یافته همسو با روند تغییر میانگین مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در نمودارهای شکل شماره ۱ نمایش داده شده است، که درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمعه‌ای در دوره اجرا و سه ماه پس از اتمام دوره اجرا منجر به کاهش معنادار در میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی شده است. شکل شماره

۱۸ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

۱ نمودار مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۱. نمودارهای مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل پردازش اطلاعات هیجانی گروه‌ها در سه مرحله اجرا

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. یافته‌ها نشان داد که هم درمان شناختی- رفتاری و هم آموزش تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی اثر داشتند که با یافته‌های تاکونا، وهمکاران، (۲۰۲۳)، تاگوچی و همکاران، (۲۰۲۱) شماره و بیانی (۱۴۰۱)، رضایی و احمدی‌زاده (۱۴۰۰)، فرگنی و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. نواقص مربوط به ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در کنترل شناختی با کاهش واکنش‌پذیری در قشر پیش‌پیشانی که محرک عاطفی را دنبال می‌کنند، مرتبط است. در افراد سالم قشر پیش‌پیشانی در کنترل شناختی با مهار از بالا به پایین آمیگدال و مناطق مرتبط با پردازش اولیه اطلاعات عاطفی به تنظیم احساسات کمک می‌کند (ماندل و همکاران، ۲۰۱۴). کاهش فعالیت قشر پیش‌پیشانی در سطح شناختی میانجی‌گر پاسخ‌های هیجانی به استرس بوده که با فعال شدن طولانی مدت آمیگدال در پاسخ به عوامل استرس‌زای محیطی ارتباط دارد. نقص و تضعیف آمیگدال به واسطه کاهش کنترل قشر پیش‌پیشانی منجر به عاطفه منفی پایدار می‌شود. در این میان، کنترل توجهی که رابط بین آسیب‌پذیری شناختی و بیولوژیکی است به دلیل کاهش کنترل مهارتی و توجه پایدار به منفی، ناتوانی در پردازش منفی و پردازش اطلاعات هیجانی پایدار را سبب می‌شود. بدین ترتیب می‌توان گفت تحریک الکتریکی

مستقیم فراجمجمه‌ای تأثیر مستقیم و مثبتی بر قشر مغز به خصوص ناحیه قشر پیش‌پیشانی که به کاهش پردازش اطلاعات هیجانی افراد منجر می‌شود داشته است.

از طرفی نتایج درمورد پایداری این دو روش نشان داد که در هر دو روش اثر ماندگاری بر پردازش اطلاعات داشتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری تأثیر معناداری بر پردازش اطلاعات هیجانی دارد و در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، پردازش اطلاعات هیجانی کمتری داشته‌اند و این اثر در مرحله پیگیری ثابت مانده است. به عبارتی، درمان شناختی رفتاری می‌تواند در دراز مدت اثرگذار و پایدار بماند که همسو با پژوهش‌های تاکونا، و همکاران، (۲۰۲۳) و تاگوچی و همکاران، (۲۰۲۱) است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند از نارسایی تنظیم هیجان و ناپایداری هیجانی مزمن رنج می‌برند و اغلب بینشی در مورد جنبه‌های روان‌شناختی اختلال خود ندارند. در این مداخله تحریف‌های شناختی، افکار و باورهای منفی و ناکارآمد شناسایی و با استفاده از تکنیک‌های مشخص تغییر می‌یابند، سپس با طی کردن مسیر چرخه پردازش هیجانی، ابتدا نسبت به هیجان خود آگاه و سپس ابراز می‌کنند و در صورت عدم تنظیم بودن، با کمک درمانگر و از طریق تکنیک‌هایی مانند خودتسکینی تنظیمی، هیجان تنظیم می‌شود. در برخی موارد، از تکنیک‌هایی مثل خودتسکینی تبدیلی و یا از طریق تکنیک‌های صندلی خالی، هیجان اصلاحی مجدداً تجربه و تثبیت می‌شود. انجام این روند، حتی باعث کاهش مؤلفه‌های پردازش اطلاعات هیجانی می‌شود. در نتیجه این کار میزان مؤلفه سرکوبی، تجربه هیجان‌های ناخوشایند، هیجان‌های پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجانی کاهش می‌یابد. گرچه یافته‌های پژوهش حاضر هم نشان داد که در متغیر سرکوبی و اجتناب تفاوت معنی داری بین دو روش وجود دارد ولی، در متغیرهای تجارب ناخوشایند و هیجان پردازش نشده بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر بهبود این متغیرها در پردازش اطلاعات هیجانی تفاوتی وجود نداشت.

یافته‌های پژوهش نشان داد که تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای تأثیر معناداری بر پردازش اطلاعات هیجانی دارد و در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل پردازش اطلاعات هیجانی کمتری داشته‌اند. و در مرحله پیگیری میزان پردازش اطلاعات هیجانی افراد ثابت مانده است. به عبارتی، اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای می‌تواند در مدت زمان طولانی ماندگار بماند. این یافته با نتایج پژوهش شاره و بیانی (۱۴۰۱)، رضایی و احمدی‌زاده (۱۴۰۰)، فرگنی و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته می‌توان گفت براساس این اصل بنیادی درمان تحریک مغز، از روی جمجمه با جریان مستقیم الکتریکی، تغییراتی را در تحریک‌پذیری کرتکس ایجاد می‌کند. براین اساس تحریک آنودال منجر به افزایش تحریک‌پذیری و کاتودال منجر به کاهش تحریک‌پذیری در مغز می‌شود، و پردازش اطلاعات را به وسیله قطب‌های نزدیک نوروهای مغز بهبود می‌بخشد. به عبارتی، در تحریک مستقیم، جریان الکتریسیته دارای قطبیت ضعیف و کوتاه را از طریق یک جفت الکترود به قشر مغز منتقل می‌کنند و بر طبق قطبیت مسیر، قابلیت تحریک‌پذیری مغز می‌تواند از طریق تحریک آندی افزایش یابد و یا از طریق تحریک کاتدی کاهش پیدا کند (فرگنی و همکاران، ۲۰۲۱) همچنین تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای تأثیر مستقیم و مثبتی بر قشر مغز به خصوص ناحیه قشر پیش‌پیشانی داشته که منجر به کاهش پردازش اطلاعات هیجانی افراد شد.

۲۰..... مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...

تفاوت اثر دو رویکرد درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات هیجانی معنادار بود. به علاوه، درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای پردازش اطلاعات هیجانی را بیشتر افزایش داده بود. به عبارتی، بین اثربخشی این دو رویکرد بر پردازش اطلاعات هیجانی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه تفاوت وجود داشت. همچنین، درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای روش موثرتری برای افزایش پردازش اطلاعات هیجانی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بود.

به طور کلی، تحقیقاتی که به بررسی تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای برای بهبود پردازش اطلاعات هیجانی و بهبود علائم مرتبط در برخی روان‌پریشی‌ها می‌پردازند، هنوز ادامه دارد و کارایی این روش نویدبخش است. یافته‌های اولیه تغییرات قابل اندازه‌گیری در پردازش اطلاعات هیجانی و به ویژه برای محرک‌های هیجانی منفی مشخص شده است. این امکان وجود دارد که افزایش سرعت در تشخیص حالاتی مانند چهره غمگین منعکس‌کننده افزایش حساسیت به احساسات منفی باشد. شرکت‌کنندگانی که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند، محرک‌های غم‌انگیز را سریع‌تر اما با خطای بیشتری پردازش می‌کنند که نشان‌دهنده تکانشگری یا اجتناب و به عبارتی نشان دهنده پاسخی به مشکل افسردگی باشد.

از مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و دردسترس و بی‌توجهی به یکسان‌سازی شدت استرس و مدت‌زمان وقوع آن بود. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با کنترل این موارد می‌توان به نتایج قابل تعمیم‌تری دست یافت و درضمن احتمال دارد شدت‌های متفاوت تحریک‌های مغزی منجر به نتایج دیگری شود. با توجه به نتایج این پژوهش روش درمانی شناختی رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بسیار کارآمد و مفیدتر خواهد بود

تقدیر و تشکر

از شرکت‌کنندگانی که در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقاجانی، سیف‌الله، رهبری‌غازانی، نسرین . (۱۴۰۰). نقش حساسیت پردازش حسی و پردازش هیجانی در پیش‌بینی اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد، مجله پژوهش در آسیب‌شناسی روانی، ۲(۵)، ۷-۱ <https://doi.org/10.22098/jrp.2021.1396>
- انصاری، بهجت،، تسبیح‌سازان، سیدرضا، خادمی، علی، رضایی، خالد. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. مجله پرستاری و مامایی. ۱۹ (۴): ۲۸۷-۲۹۸ <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4253-fa.html>
- رضایی، مهدی، احمدی‌زاده، محمدجواد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی تحریک الکتریکی جریان مستقیم فراجمجمه‌ای (tDCS) با حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مزمن. طب نظامی، ۲۳(۷)، ۵۷۳-۵۸۳ <https://doi.org/10.30491/JMM.23.7.573>

سپیده دم، فاطمه سادات، زارع، حسین، پاشنگ، سارا، ابوالمعالی، خدیجه، حسین زاده تقوایی، مرجان. (۱۳۹۸). مدل یابی معادلات ساختاری اثر پردازش اطلاعات هیجانی بر حل مسئله اجتماعی با میانجیگری توازن خود. شناخت اجتماعی، ۸(۱)، ۹-۲۴. doi: 10.30473/sc.2019.45760.2355

شاره، حسین، بیانی، محمد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای (TDCS) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر ولع مصرف، خلق و خو و وابستگی به سیگار. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲۰)، ۸۹-۱۰۱. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2022.37864.2612>

کریمی، سمیره، متقی، شکوفه، مرادی، افسانه. (۱۴۰۱). اثربخشی مواجهه درمانی مداوم بر تاب‌آوری و نشانه‌های بالینی دختران آزاردیده جنسی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰(۱)، ۵۹-۷۳. <https://doi.org/20.1001.1.23452188.1401.20.1.5.4>

محمدی، لیلا، محمدخانی، پروانه، دولتشاهی، بهروز، و گلزاری، محمود. (۱۳۹۹). نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلال‌های دیگر در نوجوانان زلزله‌زده ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر بم (چکیده دهمین همایش پیاپی سالانه انجمن علمی روان‌پزشکان ایران). *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۶(۳)، ۱۸۷-۱۹۴. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1083-fa.html>

Adler, N. E., Tomiyama, A. J., Kemeny, M., Wolkowitz, O. M., & Epel, E. (2021). Physical activity moderate effects of stressor-induced rumination on cortisol reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 73(7), 604–611. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318229e1e0>

Adugna, D., Yadeta, T. A., Dereje, J., Firdisa, D., Demissie Darcho, S., Kassa, O., Kitessa, M., & Gemed, A. T. (2024). Post-traumatic stress disorder and associated factors among inpatients at Eastern Command Referral Hospital in Dire Dawa, Eastern Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1373602. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1373602>

Aghajani, Saifullah. Led by Ghazani, Nasrin. (2021). The role of sensory processing sensitivity and emotional processing in predicting mental disorders in substance dependent people, *Journal of Research in Psychopathology*, 2(5), 7-1 <https://doi.org/10.22098/jrp.2021.1396> (Text in Persian)

Ansari b, tasbihsazan s r, khademi a l, rezaei k. evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on worry, rumination, and asthma control in patients with asthma. *Nursing and Midwifery Journal* 2021; 19 (4) :287-298 URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4253-fa.html> (Text in Persian)

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2007). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 83-88. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.007

Beasant B, Lee G, Vaughan V, et al. (2022). Health literacy and cardiovascular disease prevention: a systematic scoping review protocol. (*British Medical Journal*) *BMJ Open*;12: e054977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054977>

Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 162, 214–227. 10.1176/appi.ajp.162.2.214

Brinks, J., Fowler, A., Franklin, B. A., & Dulai, J. (2022). Lifestyle modification in secondary prevention: Beyond pharmacotherapy. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(2), 137–152. <https://doi.org/10.1177/1559827616651402>

Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E. (2023). Risk Factors for Coronary Artery Disease. In *Stat Pearls*. Stat Pearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>

Bryant R. A. (2020). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 259–269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>

- ۲۲ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تحریک الکتریکی مستقیم فراجمجمه‌ای بر پردازش اطلاعات...
- Cortina-Borja, M., Smith, A. D., Combarros, O., & Lehmann, D. J. (2020). The synergy factor: a statistic to measure interactions in complex diseases. (*BioMed Central*) *BMC Research Notes*, 2, 105. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-2-105>
- Dobson, K. S. (2020). Cognitive behavioural therapy. In E. Ryznar, A. B. Pederson, M. A. Reinecke, & J. G. Csernansky (Eds.), *Landmark papers in psychiatry* (pp. 201–213). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198836506.003.0012>
- Figeys, M., Torrey M. Loucks, Ada W.S. Leung, Esther S. Kim, (2023). Transcranial direct current stimulation over the right dorsolateral prefrontal cortex increases oxyhemoglobin concentration and cognitive performance dependent on cognitive load, *Behavioural Brain Research*, 443, 114343. doi: 10.1016/j.bbr.2023.114343.
- Foa E. B., McLean C. P., Zang Y., Rosenfield D., Yadin E., Yarvis J. S., et al. (1993). Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs. 8 weeks vs. present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: a randomized clinical trial. *JAMA* 319, 354–364. 10.1001/jama.1993.21242
- Fregni, F., Boggio, PS., Nitsche, M., Berman, F., Antal, A., Feredoes, E., et al. (2021). Anodal transcranial direct current stimulation of prefrontal cortex enhances working memory. *Experimental Brain Research*, 166 (1), 23-30. <https://doi.org/10.1007/s00221-005-2334-6>
- Galaz Prieto, F., Samavaki, M., & Pursiainen, S. (2024). Lattice layout and optimizer effect analysis for generating optimal transcranial electrical stimulation (tES) montages through the metaheuristic L1L1 method. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18, 1202274. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1202274>
- Gao, Y., Gong, L., Liu, H., Kong, Y., Wu, X., Guo, Y., & Hu, D. (2022). Research on the influencing factors of users' information processing in online health communities based on heuristic-systematic model. *Frontiers in Psychology*, 13, 966033. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.966033>
- Karimi, S., Mottaghi, S., & Moradi, A. (2022). The Effectiveness of Prolonged Exposure Therapy on Resilience and the Clinical Symptoms in Sexually Abused Girls with Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 20(1), 59-73. doi: 10.22070/cpap.2022.14984.1128 (Text in Persian)
- Kisling, L. A., & M Das, J. (2023). Prevention Strategies. In *Stat Pearls*. Stat Pearls Publishing.
- Mandell, D., Siegle, G. J., Shutt, L., Feldmiller, J., & Thase, M. E. (2023). Neural substrates of trait ruminations in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 35–48. <https://doi.org/10.1037/a0035834>
- Mohamadi L, Mohamadkhani P, Dolatshahi B, Golzari M. Posttraumatic stress disorder symptoms and their comorbidity with other disorders in eleven to sixteen years old adolescents in the city of Bam. (*Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*) *IJPCP* 2010; 16 (3) :187-194. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1083-fa.html> (Text in Persian)
- Olvera Lopez, E., Ballard, B. D., & Jan, A. (2023). Cardiovascular disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535419/>
- Rezaei, M., & Ahmadizadeh, M. J. (2022). Comparing the effectiveness of transcranial direct current stimulation (tDCS) with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Military Medicine*, 23(7), 573-583. doi: 10.30491/JMM.23.7.573 (Text in Persian)
- Romero-Rebollar, C., García-Gómez, L., Báez-Yáñez, M. G., Gutiérrez-Aguilar, R., & Pacheco-López, G. (2022). Adiposity affects emotional information processing. *Frontiers in Psychology*, 13, 879065. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879065>

- Shareh, H., & Bayani, M. (2022). Comparing the effectiveness of transcranial direct current stimulation (TDCS) and cognitive behavioral therapy (CBT) on craving, mood and smoking addiction. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, (), -. doi: 10.22038/jfmh.2022.37864.2612 (Text in Persian)
- Taguchi, K., Numata, N., Takanashi, R., Takemura, R., Yoshida, T., Kutsuzawa, K., Yoshimura, K., & Shimizu, E. (2021). Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain: An open-labeled prospective single-arm trial. *Medicine*, 100(6), e23859. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023859>
- Takano, Z., Machida, N., Ayaka, U., Okajima. (2023). Effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in workers: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Sleep Medicine Reviews*, 71(20), 101839. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2023.101839> .
- Woods, A. J., Antal, A., Bikson, M., Boggio, P. S., Brunoni, A. R., Celnik, P., Cohen, L. G., Fregni, F., Herrmann, C. S., Kappenman, E. S., Knotkova, H., Liebetanz, D., Miniussi, C., Miranda, P. C., Paulus, W., Priori, A., Reato, D., Stagg, C., Wenderoth, N., & Nitsche, M. A. (2022). A technical guide to tDCS, and related non-invasive brain stimulation tools. *Clinical Neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 127(2), 1031–1048. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2022.11.012>
- Zare, S., Zare, H., Alipour, A., & Farzad, V. A. (2021). The effectiveness of cognitive rehabilitation in promoting cognitive functions in patients with post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Neuropsychology*, 7(25), 93-110. doi: 10.30473/clpsy.2021.57579.1590(Text in Persian)



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 تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان

بختیار مسلمی^۱، غلامرضا چلیانلو^{۲*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان بود. روش پژوهش، نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه سالمندان ساکن شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر سالمند بالای ۶۰ سال به روش نمونه‌گیری هدفمند که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی و گروه کنترل جایدهی شد. برای گروه اول آزمایشی، مداخله تحریک الکتریکی مغزی و برای گروه دوم نیز نرم‌افزار تحریک چندمؤلفه‌ای شناختی به مدت سه ماه استفاده گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. مجموعه ارزیابی عصب روان‌شناختی کمبریج و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ گویه‌ای استفاده شد. از اندازه‌گیری مکرر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی موجب بهبود کارکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان شد؛ از این روی، با توجه به این یافته‌ها، استفاده از چنین برنامه‌هایی برای بهبود کارکرد شناختی سالمندان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی، تحریک الکتریکی مغزی، کارکرد شناختی، کیفیت زندگی، سالمندان.

^۱ دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران chalabianloo@azauniv.ac.ir

مقدمه

سالمندی^۱ سیر طبیعی و یکی از مراحل رشد است که همراه با تغییرات ویژه جسمانی، روانی و اجتماعی خود را نشان می‌دهد (هی وود و گجل^۲، ۲۰۲۱). به عبارتی دیگر، سالمندی تغییرات تحلیلی خود به خود و پس رونده غیرقابل بازگشتی است که در آن نیروی جسمانی و روانی به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد (گودوی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر، تغییر قابل توجهی در پویایی سلامتی به دلیل گذار جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیکی^۴ که باعث افزایش جمعیت سالمندان شده، رخ داده است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۵ (WHO) در سال ۲۰۱۸، ۱۲۵ میلیون نفر بالای ۸۰ سال گزارش شده است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰، این تعداد به ۴۲۶ میلیون نفر افزایش یابد (ریواس-کامپو^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). سالمندی با تغییرات تدریجی و پیوسته‌ای همراه است که باعث افزایش ناراحتی‌های مزمن و محدودیت‌های حرکتی شده و این محدودیت‌ها به نوبه خود سبب وابستگی افراد سالمند می‌شود (ریواس کامپو و همکاران ۲۰۲۳). با افت عملکردهای شناختی در طول زمان، سالمندان به تدریج از انجام فعالیت‌های روزمره شخصی عاجز گشته و به دیگران وابسته می‌شوند که موجب کاهش رضایت و کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت‌های پایه‌ای زندگی روزمره و فعالیت‌های مربوط به سلامت و بهداشت با مشکلاتی روبه‌رو هستند و میزان ناتوانی در افراد سالمند بیشتر است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

مهارت‌های شناختی و حرکتی نیز بخش گسترده‌ای از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که از طریق متغیرهای مختلف تمرینی می‌توان عملکردهای افراد را بهبود بخشید (وینترباتوم و نیلسون^۷، ۲۰۲۴). با این وجود، با افزایش سن، کنترل مهارت‌های مختلف به خصوص مهارت‌های نیازمند کنترل توجه و ادراک شناخت کاهش قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آید (سنگاری و همکاران، ۲۰۲۲). توجه و حافظه از مهمترین عملکردهای شناختی می‌باشد. توجه یکی از عملکردهای اساسی مغز است. مؤلفه‌های آن پایه‌ای برای فرایندهای شناختی دیگر است و از این رو یکپارچگی سیستم توجه لازمه عملکرد همه سیستم‌های سطح بالا شناختی مثل حافظه و کارکرد اجرایی است (هو^۸ و همکاران ۲۰۲۴). در راستای تأثیر فعالیت بدنی بر جنبه‌های مختلف سلامتی، نتایج برخی از پژوهش‌های دیگر بیانگر آن است که فعالیت بدنی در حد متوسط، با کاهش افسردگی، اضطراب، اختلالات روانی - بدنی همراه است. یکی از مفیدترین روش‌ها انجام فعالیت بدنی و ورزش کردن است (لیو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). محققانی که در مورد مسائل مربوط به سالمندی کار می‌کنند، در راستای ارتقای سلامت روان سالمندان از روش‌های مختلف استفاده کرده‌اند. یکی از مفیدترین روش‌ها، انجام فعالیت بدنی و ورزش کردن است (میلر^{۱۰} و

1. Aging
2. Haywood & Getchell
3. Goodway
4. Epidemiological transition
5. World Health Organization
6. Rivas-Campo
7. Winterbottom & Nilsen
8. Hou
9. Liu
10. Miller

همکاران، ۲۰۲۲). با بهبود عملکردهای شناختی در سالمندان موجب احساس توانمندی، استقلال و اعتماد به نفس و به دنبال آن سلامت بدنی و روانی می‌شود (موریرا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده است که فعالیت بدنی، عملکرد شناختی و حتی ایمنی را در افراد مسن بهبود می‌بخشد، افزون بر اثرات مثبت فعالیت بدنی بر شرایط جسمانی سالمندان، مشخص شده است که آمادگی جسمانی و فعالیت بدنی، نقش اساسی در کیفیت زندگی سالمندان دارد؛ به‌ویژه در افرادی که اغلب در فعالیت‌های روزمره و عملکرد روانی و اجتماعی با مشکل مواجه هستند (هانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین سطوح بالاتر فعالیت بدنی و آمادگی جسمانی، همبستگی بالایی با سطح بهتر کیفیت زندگی در همه حوزه‌های کیفیت زندگی دارد (دایمل^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

برخی پژوهش‌ها تأثیر مداخلات عصب روان شناختی را در درمان کنش‌های شناختی مثبت گزارش کرده‌اند و به این نتیجه رسیدند که با تحریک الکتریکی نواحی از جمله می‌توان کارکردهایی از جمله حافظه فعال^۴، توجه^۵، عملکردهای اجرایی^۶ را بهبود بخشید (کازینکا^۷ و همکاران، ۲۰۲۴؛ توث^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). اثرات مفید تحریک الکتریکی بر روی قشر پیش‌پیشانی پشتی-جانبی سمت چپ بر روی عملکردهای شناختی به‌ویژه توجه و حافظه فعال گزارش شده است (مسلمی و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان می‌دهد که با تحریک الکتریکی قشر پیش‌پیشانی موجب بهبود تصمیم‌گیری در بزرگسالان می‌شود (ارهارت^{۱۰} و همکاران ۲۰۲۲؛ گتس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). تحریک الکتریکی ناحیه پیش‌پیشانی خلفی-جانبی^{۱۲} (DLPFC) در بیشتر مطالعات شناختی موجب معناداری و پاسخ مثبت بر عملکردهای شناختی به‌ویژه توجه شده است (چن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات سمارتین^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای^{۱۵} (tDCS) بر ناحیه DLPFC باعث بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا شده است. همچنین تحریک الکتریکی مغزی موجب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جسمانی افراد شده است (فریرا^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه گوبلی^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۱) تحریک الکتریکی مغزی بر عملکردهای شناختی اثربخش نبوده است.

مطالعه فاروق و همکارانش (۲۰۲۳) نشان دادند که عملکردهای شناختی از قبیل توجه، حافظه، برنامه‌ریزی و عملکرد اجرایی ۲۲۰ زن را در آزمون عصب روان‌شناختی کمبریج ارزیابی کردند. یافته‌های این مطالعه نتایج بالینی مهمی داشت. بیشتر عملکردهای شناختی که توسط نواحی پیشانی مغز تنظیم می‌شود، نقش مهمی در خودتنظیمی، مهار رفتاری و رفتار هدفمند ایفا

1. Moreira
2. Huang
3. Daimiel
4. Working memory
5. Attention
6. Executive functions
7. Kazinka
8. Toth
9. Li
10. Ehrhardt
11. Gates
12. Dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC)
13. Chen
14. Samartin
15. Transcranial direct current stimulation (tDCS)
16. Ferreira
17. Cubelli

۲۸..... اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی ...

می‌کند. این کارکردهای شناختی با رفتارها و عادات مرتبط هستند. افراد با فعالیت بدنی کم که دارای ناهنجاری‌های عملکردی و ساختاری در سیستم پیش‌پیشانی هستند (گومز-آکوستا و لوندونو-پرز^۱، ۲۰۲۰). نکته مهم این است که ناهنجاری‌ها در سیستم عصبی به نقص در انعطاف‌پذیری شناختی مرتبط است. برای نمونه، نشان داده شده است که نقص در انعطاف‌پذیری شناختی، خودمدیریتی، عدم فعالیت و فقدان ارتباطات اجتماعی با اختلالات شناختی مرتبط می‌شود (گومز-آکوستا و لوندونو-پرز، ۲۰۲۰). با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در آینده‌ای نزدیک در ایران، شناخت وضعیت این گروه سنی در حوزه‌های مختلف از جمله سلامت، بهداشت روان، به‌ویژه عملکردهای شناختی و کیفیت زندگی بیش از پیش اهمیت پیدا کرده است. از سوی دیگر با در نظر داشتن اهمیت کیفیت زندگی این قشر از جامعه نیاز به برنامه‌ریزی نوآورانه احساس می‌شود. به همین دلیل ارائه یک الگوی کامل از وضعیت شناختی سالمندان و تنظیم پروتکل‌های بازتوانی شناختی امری مهم به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه در طی فرایند پیری، فیزیولوژی کلیه سیستم‌های بدن به ویژه سیستم عصبی دچار کاهش و افت عملکرد می‌شود و فرد را گوشه‌گیر و بی‌تحرک و از لحاظ روان‌شناختی و اجتماعی منزوی می‌نماید، بنابراین بایستی راهکاری برای کاهش مشکلات شناختی و بهبود وضعیت موجود در سالمندان و بازتوانی شناختی و جسمانی در آنها ارائه نمود. براساس پیشینه موجود، مجموعه تحقیقات به‌صورتی مجزا از هم، نشان داده‌اند رویکردهای عصب شناختی همچون tDCS و برنامه‌های موبایل محور مبتنی بر تحریک شناختی در حفظ سلامت و بهبود کارکرد شناختی در بیماران و افراد سالم مؤثر بوده است. بر همین اساس، تحقیق حاضر جهت تعیین میزان اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. از این رو پژوهش حاضر به آزمون فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

- مداخله تحریک الکتریکی مغزی بر بهبود عملکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است.
- برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر بهبود عملکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ روش، نیمه آزمایشی از نوع طرح، پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و از لحاظ هدف کاربردی بود. جامعه هدف در پژوهش حاضر، کلیه سالمندانی که در شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ ساکن بودند و از طریق سامانه سبب دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با هماهنگی مسئولان مربوطه حاضر به همکاری در این پژوهش شدند. تعداد ۹۰ نفر سالمند به روش نمونه‌گیری هدفمند، براساس معیارهای ورود و خروج، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل (گروه اول دریافت‌کننده توان‌بخشی با تحریک الکتریکی مغزی، گروه دوم دریافت‌کننده توان‌بخشی با تحریک چندمؤلفه‌ای شناختی و گروه سوم به عنوان گروه کنترل) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه برای هر گروه عبارت بودند از: (۱) سن بالای ۶۰ سال (۲) تمایل و رضایت به همکاری و حضور در پژوهش (۳) سلامت روان‌شناختی، ملاک‌های خروج شامل: (۱) سابقه سکنه قلبی و مغزی (۲) ابتلا به اختلالات روانی خاص (۳) سابقه صرع و تشنج، آلزایمر و دمانس (۴) مصرف داروهای

روانپزشکی می‌شدند. متخصص روانپزشکی از طریق مصاحبه بالینی و پرسشنامه خلاصه معاینه وضعیت روانی^۱ MMSE، سلامت روان‌شناختی آنها را تأیید نمودند و رضایت آگاهانه پژوهشی از آنها اخذ گردید. به آنها اطمینان داده شد اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. برای گروه آزمایشی اول مداخله تحریک الکتریکی مغزی به مدت دو ماه، یک روز در میان، ۲۰ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد. برای گروه آزمایشی دوم برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی به مدت سه ماه اجرا گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون قبل و بعد از مداخله و به منظور پایداری اثرات مداخله سه ماهه، از نو ارزیابی با ابزارهای پژوهش صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای سنجش

مجموعه خودکار ارزیابی عصب روان‌شناختی کمبریج^۲ (CANTAB): برای سنجش عملکردهای شناختی از مجموعه خودکار ارزیابی عصب روان‌شناختی کمبریج استفاده می‌شود. این آزمون کامپیوتری و فقط با لمس کردن صفحه کامپیوتر به آزمون‌ها پاسخ می‌دهد و پایایی این آزمون در سال ۲۰۰۶ برای آسیب‌های سیستم اعصاب مرکزی مثل ام‌اس انجام شد (دلوکا^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). در این پژوهش از چهار آزمون ارزیابی توجه، حافظه فعال، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی، از مجموعه آزمون‌های CANTAB استفاده کردیم. برای ارزیابی توجه از آزمون پردازش سریع اطلاعات دیداری استفاده شد، این آزمون زیر مجموعه آزمون‌های توجه و سرعت روانی حرکتی است و برای بررسی توجه پایدار دیداری مورد استفاده قرار می‌گیرد. آزمون ارزیابی ظرفیت حافظه فعال و حافظه کوتاه‌مدت را ارزیابی می‌کند که یک ارزیابی عملکرد لوب فرونتال است. در آزمون ارزیابی شناخت اجتماعی، از طریق بررسی پاسخ‌ها در هنگام مواجه شدن باحالت‌های مختلف است ارزیابی می‌شود و در آزمون تصمیم‌گیری هدف آزمون ارزیابی بازداری پاسخ (پاسخ دادن و یا ندادن به محرک‌ها)، ارزیابی ریسک‌پذیری در تصمیم‌گیری و کنترل تکانه است. در این مطالعه تعداد و درصد پاسخ‌های صحیح و غلط به‌عنوان معیار تغییر انتخاب شد. هرچه تعداد پاسخ‌های صحیح فرد در آزمون بیشتر باشد، درصد نمره بالاتری به دست می‌آورد. نمره بالاتر نشانگر عملکرد بهتر است (لوسینا و نیلسون^۴، ۲۰۰۲). این آزمون به فرهنگ و زبان وابسته نیست. پایایی این آزمون ۰/۷۴-۰/۷۴ گزارش شده است (روبینز^۵ و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی این آزمون در پژوهش حاضر سالمندان ۶۰ سال به بالا، ۰/۸۵ می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۶ SF-36: برای سنجش کیفیت زندگی از مقیاس کیفیت زندگی ۳۶ گویه‌ای سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌شود. فرم ۳۶ گویه توسط وار و شلبورن^۷ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و پایایی مورد تأیید است

1. Mini Mental Status Examination
2. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)
3. De Luca
4. Luciana & Nelson
5. Robbins
6. Quality of life (QoL SF 36)
7. Ware & Shelbourne

۳۰..... اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی ...

هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به‌دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که ۸ حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد ۱. سلامت عمومی^۱، ۲. عملکرد جسمانی^۲، ۳. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی^۳، ۴. محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی^۴، ۵. درد بدنی^۵، ۶. عملکرد اجتماعی^۶، ۷. انرژی و شادابی^۷، ۸. سلامت روانی^۸ است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره شرکت‌کنندگان در هر یک از این قلمروها بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. پایایی ابزار در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸؛ به نقل از نجات و همکاران، ۱۳۸۵). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

دستگاه تحریک الکتریکی مغزی: این روش درمانی، از جمله روش‌های غیرتهاجمی است که برای تحریک عملکرد نورن‌ها در مغز بر پایه قابلیت میدان مغناطیسی در عبور از جمجمه و پرده‌های مغزی و در نتیجه القای جریان الکتریکی در بافت مغز بنا نهاده شده است (مجدی^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). در این مداخله با استفاده از دستگاه تحریک الکتریکی مغزی (tDCS) که توسط شرکت «مایند الایو» کشور کانادا ساخته شده استفاده گردید. این دستگاه پیشرفته، یک دستگاه کوچک تحریک‌کننده مغز است که از طریق اتصال الکترودهایی با قطبیت متفاوت (آند، فعال‌کننده و کاتد، بازدارنده) که روی پوست سر نصب می‌شوند، جریان ثابت الکتریکی را از روی جمجمه به مغز منتقل می‌کند. الکترودها، کربنی و رسانا هستند و برای جلوگیری از واکنش شیمیایی نقطه تماس بین الکترود و پوست، اسفنج‌های مصنوعی آغشته به نرمال سالین شد، ابعاد الکترودها در این آزمون ۵×۵ سانتی متر بود. بر اساس پروتکل تعریف شده تحریک الکتریکی مغزی با شدت ۱ میلی آمپر و به مدت ۲۰ دقیقه در هر جلسه، یک روز در میان ۲۰ جلسه، الکترود آند بر روی ناحیه پیش پیشانی خلفی- جانبی سمت چپ^{۱۰} (F3) و الکترود کاتد بر قشر پیش پیشانی سمت راست^{۱۱} (Fp2) قرار گرفت.

برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک‌شناختی: این یک برنامه نرم‌افزاری مبتنی بر سیستم اندروید است که بر روی گوشی هوشمند با سیستم اندروید ۵ به بالا قابل نصب است. در این نرم‌افزار بر چندمؤلفه شناختی تأکید شده است، که شامل: فعالیت‌های شناختی،

1. General health
2. Physical functioning
3. Role limitation due to physical reasons
4. Role limitation due to emotional reasons
5. Physical pain
6. Social functioning
7. Energy and vitality
8. Mental health
9. Majdi
10. DLPFC
11. Prefrontal cortex

تعاملات اجتماعی، فعالیت فیزیکی و خودمدیریتی، همچنین فیدبک علایم فیزیولوژیکی به مراجع از طریق برنامه، سبب توانمند نمودن چند جانبه شناختی سالمندان می‌شد. همان‌طور که در پیشنه تحقیق اشاره گردید تمرین‌های هوازی، تعاملات اجتماعی و هیجان‌ات مثبت سبب بهبود عملکردهای شناختی در افراد می‌شود (یونگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). در ابتدا مشخصات بیولوژیکی مراجعان از قبیل سن، جنسیت، سابقه بیماری جسمی و شناختی، داروهای مصرفی و همچنین علایم فیزیولوژیکی در نرم‌افزار ثبت شد. برای شرکت‌کنندگان در مورد برنامه مورد نظر و نحوه اجرای آن توضیحاتی مبسوط داده شد که مطابق با تقویم نرم مؤلفه‌های برنامه به صورت روزانه و به مدت سه ماه اجرا شد. فرد بر اساس میزان پیروی از برنامه، به مرور از سطح مقدماتی به سطح متوسط و پیشرفته ارتقا می‌یابد. مراجعان نیز به صورت روزانه و با بازخورد نرم‌افزار از طریق گزارش‌های آنلاین برنامه به پژوهشگر میزان پیشرفت خود را گزارش نمودند و این فعالیت‌ها پیاپی توسط پژوهشگر از طریق وب سایت نرم‌افزار بازبینی و بررسی شد.

روش اجرا: بعد از تأیید شدن طرح پژوهشی و اخذ مجوزهای لازم از واحد پژوهش دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، قبل از اجرای مداخلات درمانی آزمون عملکردهای شناختی CANTAB و کیفیت زندگی QOL-36 اجرا شد. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به سه گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند، برای گروه آزمایشی اول در مرکز خدمات مشاوره‌ای توسط خود پژوهشگر با استفاده از دستگاه tDCS، ۲۰ جلسه مداخله تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای به شدت ۱ میلی آمپر به مدت ۲۰ دقیقه یک روز در میان در طی دو ماه اجرا شد که در آن الکتروود آند بر روی ناحیه F3 و الکتروود کاتد بر روی Fp2 بر اساس پروتکل درمانی اجرا شد. برای گروه آزمایشی دوم برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی به مدت سه ماه اجرا شد؛ که شامل اجرای نرم‌افزار اندرویدی که چندمؤلفه را در سالمندان به صورت روزانه تحریک می‌نماید. مؤلفه اول شامل فعالیت شناختی، از قبیل اجرای بازی‌های شناختی به صورت روزانه، خواندن کتاب و بررسی اخبار می‌باشد. مؤلفه دوم فعالیت بدنی، انجام فعالیت هوازی به صورت روزانه، متناسب با سن آنها و مطابق با برنامه تعیین شده در نرم‌افزار. مؤلفه سوم تعاملات اجتماعی، لیستی از فعالیت‌ها و تعاملات اجتماعی به صورت پیش فرض بر روی نرم‌افزار نمایش داده شد. که به صورت روزانه و بر اساس تقویم برنامه سالمند انجام داد. مؤلفه چهارم خودمدیریتی که شامل انجام امورات و کارهای شخصی مربوط به خود به صورت مستقل، مصرف داروها، و انجام یادآورهای گوشی و ثبت موارد لازم در نرم‌افزار مانند، تیک اجرای برنامه‌ها به صورت روزانه. بر اساس عملکرد روزانه سالمندان و ثبت و گزارش آن در نرم‌افزار، نرم‌افزار بازخورد آن را به صورت سطح‌بندی بر روی پروفایل برنامه و مختص به هر فعالیت نمایش می‌داد. گروه کنترل، هیچ نوع مداخله دریافت نمودند. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حضور داشتند و ریزش در پژوهش وجود نداشت. پس از اجرای مداخلات مورد نظر، مجدداً از همه شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون کارکرد شناختی و کیفیت زندگی اجرا شد. سه ماه بعد از مداخله هر سه گروه آزمایشی و کنترل مورد ارزیابی دوباره قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه نشان داد که شرکت‌کنندگان بالای ۶۰ سال سن و میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش تحریک الکتریکی مغزی ($70/50 \pm 9/64$)، گروه آزمایش تحریک چندمؤلفه‌ای شناختی ($71/50 \pm 9/05$) و گروه کنترل ($69/45 \pm 10/15$) می‌باشد. $64/71$ درصد آنها متاهل و $35/29$ درصد مجرد (همسر فوت شده) می‌باشند. 57 نفر از شرکت‌کنندگان زن ($63/3$ درصد) و 33 نفر مرد ($36/6$) تشکیل می‌دهند. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p=0/745$).

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک ارائه شده است. میانگین کارکرد شناختی و کیفیت زندگی در گروه تحریک الکتریکی مغزی و گروه برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی در مراحل پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون ($Z=0/23$; $p<0/74$)، پس‌آزمون ($Z=0/82$; $p<0/082$) و پیگیری ($Z=0/93$; $p<0/36$) کارکرد شناختی و پیش‌آزمون ($Z=0/16$; $p<0/55$)، پس‌آزمون ($Z=0/89$; $p<0/052$) و پیگیری ($Z=0/98$; $p<0/071$) کیفیت زندگی به عمل آمد. نتایج نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس بین گروهی در پیش‌آزمون ($Z=1/26$; $p<0/35$)، پس‌آزمون ($Z=1/13$; $p<0/45$) و پیگیری ($Z=1/84$; $p<0/18$) کارکرد شناختی و در پیش‌آزمون ($Z=2/31$; $p<0/051$)، پس‌آزمون ($Z=1/38$; $p<0/38$) و پیگیری ($Z=1/85$; $p<0/67$) کیفیت زندگی برابر هستند. نتایج آزمون ان‌باکس که شرط برابری ماتریس واریانس-کوواریانس نیز رعایت شده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مفروضه کرویت در متغیر کارکرد شناختی ($\chi^2=3/58$; $p<0/06$) و کیفیت زندگی ($\chi^2=2/62$; $p<0/08$) برقرار است. یافته‌های ذکر شده در رساله دکتری مندرج است.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار کارکرد شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------------|---------------------|-----------|-------|----------|-------|--------|------|
| | | SD | M | SD | M | SD | M |
| کارکرد شناختی | تحریک الکتریکی مغزی | 6/72 | 69/25 | 7/06 | 80/94 | 80/11 | 6/46 |
| | برنامه چندمؤلفه‌ای | 6/45 | 70/57 | 6/27 | 81/83 | 80/62 | 5/78 |
| | کنترل | 5/79 | 70/33 | 5/88 | 71/49 | 71/74 | 5/52 |
| کیفیت زندگی | تحریک الکتریکی مغزی | 5/87 | 70/45 | 6/14 | 80/94 | 79/73 | 6/49 |
| | برنامه چندمؤلفه‌ای | 6/45 | 68/74 | 6/55 | 81/83 | 81/14 | 5/89 |
| | کنترل | 6/34 | 69/13 | 7/39 | 71/42 | 70/82 | 6/75 |

براساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت که عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری) متغیر عملکرد شناختی و متغیر کیفیت زندگی در سطح کمتر $0/01$ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی عملکرد

شناختی و کیفیت زندگی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های بر اساس گروه و بر اساس دوره جدول ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با عوامل درون گروهی و بین گروهی متغیر کارکرد شناختی و کیفیت زندگی

| متغیرها | عوامل | منبع تغییرات | SS | Df | MM | F | P | اندازه اثر |
|---------------|------------|--------------|---------|----|---------|-------|-------|------------|
| کارکرد شناختی | درون گروهی | دوره | ۶۹/۴۲ | ۱ | ۶۹/۴۲ | ۲۶/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| | تعامل دوره | گروه | ۴۲/۱۶ | ۲ | ۷۶/۴۲ | ۹/۵۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵ |
| کیفیت زندگی | درون گروهی | دوره | ۲۱۷۶/۹۵ | ۱ | ۲۱۷۶/۹۵ | ۸۷/۴۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ |
| | تعامل دوره | گروه | ۱۱۶۲/۴۹ | ۲ | ۶۷۰/۴۸ | ۴۷/۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ |
| | تعامل دوره | گروه | ۳۲۵۱/۶۲ | ۲ | ۱۶۷۱/۷۳ | ۱۷/۶۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴ |
| | بین گروهی | گروه | | | | | | |

نتایج داده‌ها نشان می‌دهد که در گروه‌ها آزمایش بین نمرات کارکرد شناختی در مراحل پیش از آزمون با پس از آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس از آزمون با پیگیری معنادار است. به این معنی که تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکرد شناختی در پس از آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است و اثر درمان ماندگار است. همچنین تأثیر برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکرد شناختی بیشتر از تحریک الکتریکی مغزی بوده است. افزون بر این، بین گروه‌های آزمایش نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش از آزمون با پس از آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس از آزمون با پیگیری معنادار است. به این معنی که تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کیفیت زندگی در پس از آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است و اثر مداخله معنادار بوده است.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل کارکرد شناختی و کیفیت زندگی

| متغیر | دوره | گروه | اختلاف میانگین‌ها | |
|---------------|--------------|---------------------|---------------------|--------|
| | | | تحریک الکتریکی مغزی | کنترل |
| کارکرد شناختی | پیش از آزمون | برنامه چندمؤلفه‌ای | ۰/۸۱۳ | ۰/۵۴۲ |
| | پس از آزمون | تحریک الکتریکی مغزی | ۷/۶۵* | ۰/۳۶۷ |
| پیگیری | پس از آزمون | برنامه چندمؤلفه‌ای | ۷/۷۴* | ۱۸/۴۹* |
| | پیگیری | تحریک الکتریکی مغزی | ۱۷/۵۷* | ۱۲/۳۹* |
| | | تحریک الکتریکی مغزی | ۱۱/۱۵* | |

۳۴..... اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی ...

| | | | | |
|-------|-------|---------------------|-----------|-------------|
| ۰/۵۳۱ | ۰/۹۴۵ | تحریک چندمؤلفه‌ای | پیش‌آزمون | کیفیت زندگی |
| ۱/۴۵ | | تحریک الکتریکی مغزی | | |
| ۷/۰۳* | ۰/۸۷۴ | برنامه چندمؤلفه‌ای | پس‌آزمون | |
| ۷/۳۸* | | تحریک الکتریکی مغزی | | |
| ۶/۱۴* | ۰/۵۶۷ | برنامه چندمؤلفه‌ای | پیگیری | |
| ۶/۴۲* | | تحریک الکتریکی مغزی | | |

$p^* = ۰/۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی به شمار می‌آید. کارکرد شناختی سالمندان با افزایش سن، کاهش و در پی آن منجر به افت کیفیت زندگی در سالمندان خواهد شد. در نتیجه هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان بود. نتایج نشان داد که تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای شناختی بر کارکرد شناختی و کیفیت زندگی تأثیر معناداری داشتند و اثربخشی برنامه چندمؤلفه‌ای بر بهبود عملکردهای شناختی و کیفیت زندگی بیشتر از تحریک الکتریکی مغزی بوده است. اما این تغییرات در گروه کنترل معنادار نبوده است.

فرضیه اول بیانگر اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی بر کارکردهای شناختی و کیفیت زندگی سالمندان بود. نتایج این تحقیق همخوان با یافته‌های لی و همکاران (۲۰۲۴) که نشان داد تحریک الکتریکی مغزی بر بهبود عملکردهای شناختی اثربخش است، همچنین تأثیر مثبت تحریک الکتریکی قشر پیش‌پیشانی بر تصمیم‌گیری با مطالعات گنس و همکاران (۲۰۱۹) همسوست. تحریک آندی ناحیه پیش‌پیشانی خلفی-جانبی در اغلب مطالعات شناختی تأثیر معنی‌دار و مثبت بر عملکردهای شناختی به‌ویژه توجه داشته است (کازینکا و همکاران، ۲۰۲۴؛ چن و همکاران، ۲۰۲۲) و با مطالعات پیشین کوبلی و همکاران، ۲۰۱۱ ناهمسو بوده که تأثیر متفاوت و یا عدم اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی را در عملکردهای شناختی به‌دست آورده‌اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که با تحریک عصب شناختی و متعاقباً بهبود عملکردهای شناختی به هر فرد می‌توان کمک کرد تا در اغلب جنبه‌های زندگی به‌طور مؤثر و باکفایت فعالیت نماید. اثرات مفید تحریک الکتریکی بر روی قشر پیش‌پیشانی پشتی-جانبی سمت چپ بر روی توجه، حافظه فعال، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی راهکاری مؤثر در راستای ارتقای فرایندهای شناختی سطح بالا و پیچیده است. نتیجه این پژوهش نیز این نظریه را تأیید می‌کند و بیانگر این مطلب است که با تحریک آندی نواحی از مغز پیش‌پیشانی خلفی-جانبی در بهبود عملکردهای شناختی سالمندان مؤثر بوده است. همچنین این مداخله موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان بوده است، تأیید شد. این پژوهش با مطالعات پیشین (مسلمی و همکاران ۲۰۲۴) همسو می‌باشد، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تغییرات در کارکرد شناختی، واسطه‌هایی هستند که با بهبود کیفیت زندگی مرتبط هستند. با اینکه کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال شناختی از کارکرد شناختی مستقل بوده، ولی با این حال مداخلاتی که با هدف بهبود شناختی صورت گرفته است، می‌تواند تأثیر بسزایی بر روی کیفیت زندگی داشته باشد. به این ترتیب، نتایج پژوهش‌های

پیشین نشان می‌دهد که درمان تحریک شناختی چه مستقیم و غیر مستقیم بر روی کیفیت زندگی افراد مؤثر است. در مورد تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت با تحریک آندی سمت چپ قشر پیش‌پیشانی مغزی سالمندان موجب افزایش فعالیت، برانگیختگی مغز و افزایش جریان خون ناحیه‌ای در مغز می‌شود که باعث پردازش فرایندهای شناختی سطح بالا و ارتقا در عملکردهای اجرایی، حافظه، توجه، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی می‌شود. با بهبود عملکردهای شناختی در سالمندان احساس توانمندی، استقلال و اعتماد به نفس بیشتری می‌کنند به دنبال آن سلامت بدنی، ذهنی و روانی بیشتری کسب می‌کنند و این احساس و توانمندی، شیوه زندگی بهتری را برای آنان فراهم می‌کند (موریرا و همکاران، ۲۰۲۰)، که این خود باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. نتیجه این پژوهش نیز این نظریه و نتایج را تأیید می‌کند و بیانگر این مطلب است که تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای بر کارکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر بوده است.

فرضیه دوم بیانگر اثربخشی برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان بود می‌توان گفت این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند که برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر بهبود عملکردهای شناختی اثربخش است. در این فرضیه به چهار مؤلفه مرتبط با بهبود عملکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندان اشاره شده است که شامل تحریک شناختی، فعالیت بدنی، تعاملات اجتماعی و خودمدیریتی می‌باشد؛ لذا با توجه به تأیید شدن فرضیه برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکرد شناختی برای هر کدام از مؤلفه‌ها، پژوهش‌های همسو با آن اشاره خواهد شد. در ارتباط با مؤلفه تحریک شناختی و تأثیر مثبت با کارکرد شناختی این فرضیه با مطالعات توث و همکاران (۲۰۲۴)، تأثیر تعاملات اجتماعی با بهبود کارکرد شناختی با پژوهش‌های فاروق و همکاران (۲۰۲۳)، تأثیر فعالیت فیزیکی در بهبود کارکرد شناختی در سالمندان با پژوهش هانگ و همکاران (۲۰۲۲)؛ ابراهیم و همکاران (۲۰۲۴) همسو می‌باشد. در ارتباط با تأثیر تحریک شناختی، فعالیت بدنی و تعاملات اجتماعی با گومز-آکوستا و لوندنو-پرز (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که تحریک عواملی از قبیل عملکرد شناختی، فعالیت فیزیکی و تعاملات اجتماعی و خودمدیریتی در هر سنی باعث ایجاد ردهای عصبی جدید و میلین‌سازی‌های مجدد شده و از این رو، موجب بهبود کارکرد شناختی و تأخیر در کاهش توانایی شناختی می‌شوند که در پی آن، موجب تغییرات رفتاری در زندگی می‌شوند. باتوجه به ضعف‌های سالمندان در چهار مؤلفه اصلی زندگی (فعالیت شناختی، فیزیکی، تعاملات اجتماعی و خودمدیریتی)، این فعالیت‌ها از طریق برنامه اندرویدی گوشی هوشمند از نو بازسازی شد که موجب فعال‌سازی آنها در این حیطه‌ها گردید. هر چقدر محیط در ارتباط با فاکتور ذکر شده برای سالمندان غنی تر باشد، به همان نسبت عملکردهای شناختی در سالمندان بهبود خواهد یافت و متعاقباً کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. در این پژوهش دو مداخله متفاوت و نوگرایانه به صورت همزمان و مجزا برای سالمندان بالای ۶۰ سال اجرا شد. هدف از مداخله‌ها بهبود عملکردهای شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان بود. هر دو مداخله بر عملکرد شناختی و متعاقباً کیفیت زندگی مؤثر بوده است، اما تأثیر برنامه چندمؤلفه‌ای بر عملکرد شناختی بیشتر بوده است؛ در تبیین آن می‌توان به فعال نمودن چندمؤلفه مجزا به صورت همزمان برای سالمندان اشاره کرد. بر اساس مطالعات قبلی مواردی که سالمندان در آنها به نسبت افراد میانسال ضعف داشته، در برنامه روزانه گنجانده شد. در این پژوهش با به‌کارگیری گوشی هوشمند از طریق برنامه موبایل این کاستی‌ها جبران شد. این در حالی است که در این مداخله سالمندان به جلسات درمانی وابسته به درمانگر و تجهیزات دیگری نیازمند نمی‌باشند.

۳۶..... اثربخشی تحریک الکتریکی مغزی و برنامه چندمؤلفه‌ای تحریک شناختی بر کارکردهای شناختی ...

تنها از طریق برنامه نصب شده بر روی گوشی به صورت روزانه می‌تواند این مؤلفه‌ها را اجرا نماید؛ از این روی پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در مراکز توانبخشی و مراقبت‌های خانگی به صورت برنامه موبایل محور برای سالمندان در راستای بهبود عملکرد شناختی و کیفیت زندگی آنها استفاده شود.

مهمترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود شدن جامعه پژوهش به سالمندان بالای ۶۰ سال شهر تبریز بوده است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری باخطای کمتر و جامعه گسترده‌تر و برای افراد میانسال نیز استفاده شود.

سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان و صندوق حمایت از پژوهشگران کشور به‌خاطر حمایت مالی و همکاری در اجرای طرح پژوهشی حاضر سپاسگزاری می‌شود. پژوهش حاضر برگرفته از طرح پسادکترای پژوهشی روان‌شناسی است و تحت حمایت مالی صندوق پژوهشگران کشور با همکاری دانشگاه شهید مدنی آذربایجان انجام شده است.

منابع

- ابراهیمی، زینت، اسماعیل زاده قندهاری، محمدرضا، و ویسی، کورش. (۱۳۹۹). تأثیر فعالیت بدنی مبتنی بر برنامه‌های بین نسلی بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۴)، ۴۰۶-۴۲۱. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1484-en.html>
- اصغری مقدم، محمدعلی، و فقیهی، سمانه. (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی. *دانشور رفتار*، ۱(۱)، ۱-۱۰. <https://sid.ir/paper/424043/fa>
- مسلمی، بختیار، و چلبیانلو، غلامرضا. (۲۰۲۴). اثربخشی تحریک جریان مستقیم فراجمجمه‌ای بر روی قشر جلوی مغز بر توجه، حافظه کاری، تصمیم‌گیری، شناخت اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۴)، ۳۹۹-۴۱۷. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.9693.1738>
- منتظری، علی، گشتاسبی، آزیتا، و وحدانی‌نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. *فصلنامه پایش*، ۵(۱)، ۴۹-۵۶. <http://payeshjournal.ir/article-1-756-fa.html>
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، کاظم، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
- Asghari Moghadam, MA., Faqih, S. (2003). Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples, *J Daneshvar Raftar*, 1(1):1-10. <https://sid.ir/paper/424043/fa> (Text in Persian)
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., ... & ACTIVE Study Group. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(18), 2271-2281. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>
- Chen, J., Wang, Z., Chen, Q., Fu, Y., & Zheng, K. (2022). Transcranial direct current stimulation enhances cognitive function in patients with mild cognitive impairment and early/mid alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 12(5), 562. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050562>

- Cubelli, R., & De Bastiani, P. (2011). 150 years after Leborgne: why is Paul Broca so important in the history of Neuropsychology, 47 (2), 146-147. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2010.11.004>
- De Luca, C. R., Wood, S. J., Anderson, V., Buchanan, J. A., Proffitt, T. M., Mahony, K., & Pantelis, C. (2003). Normative data from the CANTAB. I: development of executive function over the lifespan. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(2), 242-254. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.2.242.13639>
- Depp, C., Vahia, I. V., & Jeste, D. (2010). Successful aging: focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 527-550. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131449>
- Ebrahimi, Z., Esmaeilzadeh Ghandehari, M. R., & Veisi, K. (2020). The effect of physical activity based on intergenerational programs on the quality of life of older adults. *Iranian Journal of Ageing*, 14(4), 406-421. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1484-en.html> (Text in Persian)
- Ehrhardt, S. E., Ballard, T., Wards, Y., Mattingley, J. B., Dux, P. E., & Filmer, H. L. (2022). tDCS augments decision-making efficiency in an intensity dependent manner: a training study. *Neuropsychologia*, 5(1), 176-185. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2022.108397> (Text in Persian)
- Farooq, K., & Yusliza, M. Y. (2023). Two decades of workplace ecological behaviour: A systematic literature review. *Benchmarking, An International Journal*, 30(10), 4681-4716. <https://doi.org/10.1108/BIJ-02-2022-0079>
- Ferreira, G., Silva-Filho, E., de Oliveira, A., de Lucena, C., Lopes, J., & Pegado, R. (2020). Transcranial direct current stimulation improves quality of life and physical fitness in diabetic polyneuropathy: a pilot double blind randomized controlled trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19 (2), 327-335. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00513-4>
- Fregni, F., Boggio, P.S., Nitsche, M., Bermpohl, F., Antal, A., & Feredoes, E. (2005). Anodal transcranial direct current stimulation of prefrontal cortex enhances working memory. *Experimental Brain Resources*, 166 (5), 23-30. <https://doi.org/10.1007/s00221-005-2334-6>
- Gates NJ, Vernooij RW, Di Nisio M, et al. (2019). Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 13;3(3):CD012279. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012279>.
- Goodway, J. D., Ozmun, J. C., & Gallahue, D. L. (2019). Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults. *Jones & Bartlett Learning*. <https://www.amazon.com/Understanding-Motor-Development-ChildrenAdolescents/dp/1284174948>
- Gómez-Acosta, A., & Londoño-Pérez, C. (2020). Emotion regulation and healthy behaviors of the body energy balance in adults: A review of evidence. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 349-365. <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.14>
- Haywood, K., & Getchell, N. (2021). Life span motor development. *Human Kinetics*. PO Box5076, Champaign, IL, 61825-5076. <https://www.amazon.com/Life-Motor-Development-Kathleen-Haywood/dp/149256690X>
- Huang, X., Zhao, X., Li, B., Cai, Y., Zhang, S., Wan, Q., & Yu, F. (2022). Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Sport and Health Science*, 11(2), 212-223. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.05.003>
- Ibrahim, R. M., Ahmed, M. M., & Younis, N. M. (2024). Correlation between physical activity and quality of life of elderly. *Current Clinical and Medical Education*, 2(8), 9-17. <http://www.visionpublisher.info/index.php/ccme/article/view/143>

- Kazinka, R., Roediger, D., Xuan, L., Yu, L., Mueller, B. A., Camchong, J., ... & Lim, K. O. (2024). tDCS-enhanced cognitive training improves attention and alters connectivity in control and somatomotor networks: a triple blind study. *NeuroImage*, 1(1);298-308. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2024.120792>
- Li, S., Tang, Y., Zhou, Y., & Ni, Y. (2024). Effects of transcranial direct current stimulation on cognitive function in older adults with and without mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gerontology*, 70(5), 544-560. <https://doi.org/10.1159/000537848>
- Liu, W., Zhang, J., Wang, Y., Li, J., Chang, J., & Jia, Q. (2022). Effect of physical exercise on cognitive function of Alzheimer's disease patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 927128. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.927128>
- Luciana, M., & Nelson, C. A. (2002). Assessment of neuropsychological function through use of the Cambridge Neuropsychological Testing Automated Battery: performance in 4-to 12-year-old children. *Developmental Neuropsychology*, 22(3), 595-624. https://doi.org/10.1207/S15326942DN2203_3
- Majdi, A., van Boekholdt, L., Sadigh-Eteghad, S., & Mc Laughlin, M. (2022). A systematic review and meta-analysis of transcranial direct-current stimulation effects on cognitive function in patients with Alzheimer's disease. *Molecular Psychiatry*, 27(4), 2000-2009. doi: 10.1038/ s41380-022-01444-7.
- Miller, I., Climstein, M., & Del Vecchio, L. (2022). Functional benefits of hard martial arts for older adults: A scoping review. *International Journal of Exercise Science*, 15(3), 1430. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9797003>
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2006). The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh Journal*. 5(1): 49-56. [Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-756-fa.html>.
- Moreira, N. B., Silva, L. P., & Rodacki, A. L. F. (2020). Aquatic exercise improves functional capacity, perceptual aspects, and quality of life in older adults with musculoskeletal disorders and risk of falling: A randomized controlled trial. *Experimental Gerontology*, 1(2), 142-149. Article: 111135. <https://doi.10.1016/j.exger.2020.111135>
- Moslemi, B., & Chalabianloo, G. (2024). The Effectiveness of transcranial direct current stimulation over prefrontal cortex on attention, working, memory, decision-making, social cognition and quality of life in older adults. *Aging Psychology*, 9(4), 399-417. [Text in Persian], <https://doi.org/10.22126/jap.2024.9693.1738>
- Nejat S., Montazeri, A., Holakouee Naeini, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, R. (2006). Standardization of the World health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometrics of the Iranian species. *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*, 4 (4), 1-12. [Text in Persian], <https://sid.ir/paper/430378/fa>
- Rivas-Campo, Y., Garcia-Garro, P. A., Aibar-Almazan, A., Martinez-Amat, A., Vega-Avila, G. C., Afanador-Restrepo, D. F., ... & Hita-Contreras, F. (2022, April). The effects of high-intensity functional training on cognition in older adults with cognitive impairment: A systematic review. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 4, p. 670). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040670>
- Nejat S., Montazeri, A., Holakouee Naeini, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, R. (2006). Standardization of the World health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometrics of the Iranian species. *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*, 4 (4), 1-12. URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html> (Text in Persian)

- Rodríguez-López, C., ... & Lavilla-Lerma, M. L. (2023). Effects of high-intensity functional training (HIFT) on the functional capacity, frailty, and physical condition of older adults with mild cognitive impairment: a blind randomized controlled clinical trial. *Life*, *13*(5), 1224. <https://doi.org/10.3390/life13051224>
- Robbins, T. W., James, M., Owen, A. M., Sahakian, B. J., McInnes, L., & Rabbitt, P. (1994). Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): a factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *5*(5), 266-281. <https://doi.org/10.1159/000106735>
- Sangari, M., Dehkordi, P. S., & Shams, A. (2022). Age and attentional focus instructions effects on postural and supra-postural tasks among older adults with mild cognitive impairments. *Neurological Sciences*, *43*(12), 6795-6801. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06355-7>
- Samartin-Veiga, N., González-Villar, A. J., Pidal-Miranda, M., Vázquez-Millán, A., & Carrillo-De-La-Peña, M. T. (2022). Active and sham transcranial direct current stimulation (tDCS) improved quality of life in female patients with fibromyalgia. *Quality of Life Research*, *31*(8), 2519-2534. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03106-1>
- Toth, A. J., Harvey, C., Gullane, H., Kelly, N., Bruton, A., & Campbell, M. J. (2024). The effect of bipolar bihemispheric tDCS on executive function and working memory abilities. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1275878. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1275878>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473-483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Winterbottom, L., & Nilsen, D. M. (2024). Motor learning following stroke: Mechanisms of learning and techniques to augment neuroplasticity. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, *35*(2), 277-291.



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

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی

علیرضا محمدی کمسرخ^۱، نعمت ستوده اصل^{۲*}، داریوش مهرافزون^۳

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شد. پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و یک پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شرق تهران در تابستان ۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۶ نوجوان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایدهی شدند. شرکت کنندگان در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی و پرسشنامه ناگویی هیجانی استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معنادار دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد در کاهش پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پریشانی، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، وسواس.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران Shotodeh2@semums.ac.ir

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ با وجود وسواس‌های فکری و یا عملی مشخص می‌گردد. وسواس‌های فکری، افکار، امیال یا تصورات عودکننده‌ای هستند که به طور مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند (هرمیدا- باروس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴)، درحالی که وسواس‌های عملی، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرری هستند که فرد احساس می‌کند، در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید قاطعانه اجرا شود، وادار به انجام آن‌ها می‌گردد (فرا^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). محتوای افکار وسواسی بیشتر شامل موضوع‌های آزاردهنده، متناقض یا حتی بی‌معنی در مورد کثیفی، آلودگی، شک و تردید، اعمال غیرقابل قبول جنسی، نظم و ترتیب و دقت است (لانچنر^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). علائم اختلال وسواس فکری- عملی در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ شامل رفتارهای تکراری مانند شستن دست و رعایت کردن، نظم، تقارن و ترتیب، واری کردن و فعالیت‌های ذهنی مثل دعا کردن و جلوگیری از بعضی از افکار در راستای کاهش اضطراب است (هرمیدا- باروس و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال وسواس فکری- عملی با ایجاد درآمیختگی فکر و عمل و عدم تحمل ابهام سبب می‌شود تا افراد مبتلا قدرت تحمل پریشانی خود را از دست داده (باراحمدی و همکاران، ۱۳۹۹) و به مرور دچار پریشانی روان‌شناختی^۶ شوند. پریشانی روان‌شناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان‌پزشکی دیگر مشخص می‌شود (عبدالزاده، آزموده و همکاران، ۱۳۹۹). بنابر یافته‌ی تسگای و آیانو^۷ (۲۰۲۴) پریشانی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است. از آنجا که پریشانی روان‌شناختی قابل درمان است (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ فانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر آن به منظور پیشگیری مهم است (گیگیا و همکاران، ۲۰۲۲).

نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به مدیریت هیجانی دارند، به طوری که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی و عدیده‌ای روبرو هستند که این فرایند ممکن است این افراد را در ابرازگری هیجانی، مدیریت و بیان هیجان‌ات دچار مشکل سازد و آنها را در مسیر ابتلا به ناگویی هیجانی^۹ قرار دهد (یوسفی و منیرپور، ۱۴۰۰). ناگویی هیجانی به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند (کنانگیل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Obsessive-compulsive disorder
2. Hermida-Barros
3. Ferra
4. Lochner
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
6. Psychological distress
7. Tsegay, Ayano
8. Fang
9. Alexitimia
10. Kenangil

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی به کار گرفته نشده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۱ است (سیمونسن^۲ و همکاران، ۲۰۲۲) کارآیی آن در پژوهش قنبری و همکاران (۱۴۰۱)؛ عالی‌ساری نصیرلو (۱۴۰۲)؛ پیچیاتا^۳ و همکاران (۲۰۲۳)؛ ویلیامز^۴ و همکاران (۲۰۲۳) و هاسچیلد^۵ و همکاران (۲۰۲۳) تایید شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پوشی به شمار می‌رود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹). این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریهٔ دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ به نقل از شمس و همکاران، ۱۴۰۱). ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی نمود مالبرگ^۶ (۲۰۲۱). این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید (پولنای^۷ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲). هدف این درمان شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (یورگنسن^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت اختلال وسواس فکری و عملی مانع بروز توانایی افراد مبتلا به انجام فعالیت‌های روزمره همچون ارتباطات اجتماعی، روابط خانوادگی و عملکرد شغلی مناسب می‌گردد (فرا و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آن هستند که اختلال وسواس فکری و عملی می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر در افراد مبتلا شود (ریکولم-مارین و همکاران، ۲۰۲۲). بدین صورت که اختلال وسواس فکری عملی مانع توانایی کودکان و نوجوانان در بازی کردن، اجتماعی شدن، شرکت در مدرسه و عملکرد فعال در خانواده می‌شود (اشنایدر و پترسون^۹، ۲۰۲۴). اختلال در عملکرد تحصیلی نوجوانان می‌تواند با مشکل در تمرکز، نداشتن وقت کافی برای تحصیل بدلیل درگیر شدن با تشریفات و شکست یا ناکامی در بازگشت به کارها و تکالیف مدرسه در ارتباط باشد. این روند ضرورت اجرای مداخله و درمان مناسب برای این گروه از نوجوانان را روشن می‌نماید.

کودکان و نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری عملی که درمان بهنگام را دریافت نمی‌کنند، در معرض بدتر شدن وسواس‌های فکری و عملی و خطر دیگر مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی هستند. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان‌شده در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در راستای کاستن مشکلات رفتاری و روانی افراد و از سوی دیگر، با توجه به خلأ پژوهشی موجود به علت در دسترس نبودن تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

1. Treatment Based on Mentalization
2. Simonsen
3. Pischutta
4. Williams
5. Hauschild
6. Malberg
7. Polnay
8. Jørgensen
9. Schneider, Petersen

۴۴..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش حاضر بدین صورت بود:

- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است.

- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شرق تهران در فصل تابستان ۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد این افراد ۷۳ نفر بودند. از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره ذهن‌آرا، آسنا، کاغذ سپید، کیمیا و بازرگان، نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به این مراکز مشاوره مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس این افراد به وسیله پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی^۱ مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین صورت که افرادی می‌توانستند وارد پژوهش شود که نمره بالاتر از ۱۱ (نمره برش پرسشنامه) در پرسشنامه وسواسی- جبری کسب کنند. سپس تعداد ۴۰ نفری که شرایط ذکر شده را دارا بوده و تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را دریافت نمودند، انتخاب (در صورت تمایل به شرکت در برنامه پژوهش) و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل). سپس دختران نوجوان حاضر در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به صورت گروهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هشت هفته که توسط پژوهشگر و یک متخصص در مرکز مشاوره ذهن آرا ارائه شد، دریافت نمودند. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان حاضر در گروه کنترل مداخلات پژوهش حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه کنترل از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ شرکت‌کننده در پژوهش باقی ماندند (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر هم در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۱۱ در پرسشنامه وسواسی- جبری، داشتن سن ۱۸-۱۴ سال، رضایت نوجوان برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، نداشتن تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده مؤثر مانند بیماری طولانی مدت و بستری شدن و پاسخ ندادن به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، رضایت دختران مبتلا به

اختلال وسواس فکری- عملی و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل مداخله اطلاع یافتند. افزون بر این، به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در گروه کنترل پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله را دریافت کردند. همچنین به شرکت کنندگان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر نام نیست. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی (MOCQ):^۱ پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای وسواسی- جبری توسط هاجستن و راجمن^۲ (۱۹۷۷) ساخته شده است. این پرسشنامه به صورت صفر یا ۱ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ بوده و نمره برش ۱۱ برای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی به کار می‌رود. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم بیشتر اختلال وسواس فکری- عملی است. هاجستن و راجمن (۱۹۷۷) پایایی آزمون- بازآزمون پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی را ۰/۸۰ و اعتبار درونی آن ۰/۸۰ گزارش کردند. قراییلی و صابری (۱۳۹۹) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و روایی سازه (تفکیک افراد بیمار از عادی) آن را ۰/۸۷ گزارش کرد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (PDQ):^۳ پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر^۴ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ گویه‌ای تنظیم شده است. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای (صفر برای هیچ‌وقت و ۴ برای همیشه) بوده و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و میزان روایی همزمان آن را با پرسشنامه تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی ۰/۴۹ ارزیابی کردند. یعقوبی (۱۳۹۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی می‌باشد و مقدار بار عاملی ۰/۶۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد (یعقوبی، ۱۳۹۴). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی (AQ):^۵ پرسشنامه ناگویی هیجانی توسط بگبی^۶ و همکاران (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۲۰ گویه است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. این

1. Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire
2. Hogson, Rachman
3. Psychological Distress Questionnaire
4. Kessler
5. Alexitimia Questionnaire
6. Bagby

۴۶..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۱ (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات^۲ (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون^۳ (۸ ماده) است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. هر چه افراد نمراتشان در این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) با بررسی روایی و اگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار داده و میزان آن ۰/۵۴- به دست آمد. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را نیز با بهره بردن از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش صباغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده سه عاملی بودن این پرسشنامه بود و همچنین مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۱ به دست آمد (صباغی و مهدی‌زادگان، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام فرایند نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس افراد حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را به صورت هفته‌ای یک جلسه در طول هشت هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان حاضر در گروه کنترل مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخله توضیح داده شد. این در حالی است که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه شد. برنامه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مربوط به بتمن^۴ و همکاران (۲۰۱۸) است که در پژوهش عینی و نریمانی (۱۳۹۸) مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است. پس از ریزش ۳۶ نفر در پژوهش باقی ماندند.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (اقتباس از عینی و نریمانی، ۱۳۹۸)

| جلسات | هدف | محتوا | رفتار مورد انتظار | تکالیف |
|-------|--------------------|--------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| | | توضیح جلسه‌ها، تعهد در درمان، طرح مسئله، | | |
| | آشنایی با اعضای | روشن‌سازی مسئله، بررسی ظرفیت ذهنیت‌سازی | آشنایی با افراد وارائه | مشخص کردن زمینه‌های |
| اول | گروه، توضیح درمان | با بررسی ذهنیت خودکار، بررسی نقاط قوت | اطلاعات در مورد درمان | آسیب‌پذیر احساسی و بین |
| | مبتنی بر ذهنی‌سازی | ذهنیت‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی | مبتنی بر ذهنی‌سازی | فردی |
| | | و بین‌فردی که در آن مشکلات ظاهر می‌شوند. | | |

1. Difficulty identifying emotions
2. Difficulty describing feelings
3. Outward thinking
4. Bateman

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| آموزش مهارت‌های مربوط به ایجاد انعطاف‌پذیری | دوم | بازسازی، وساطت، امید، مشارکت، آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های درگیر در ذهنیت‌سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف‌پذیری و مقابله با استرس. | کسب انعطاف‌پذیری در مراجعان | بکارگیری مهارت‌های آموخته شده در حیط ایجاد انعطاف‌پذیری |
| آموزش مهارت‌ها در جهت مقابله با ذهنیت خودکار | سوم | اصلاح نشانه‌های آسیب هیجانی و روانی از طریق آموزش مهارت‌های مقابله با احساس‌های آسیب‌پذیر، تمرین مدیریت سازگاران هیجان‌های کنترل‌ناپذیر. همکاری و ذهنیت‌سازی شخص، خانواده و گروه، | کسب توان مدیریت هیجان‌نا سازگاران | مشخص کردن ۵ هیجان کنترل‌ناپذیر فردی و تمرین مدیریت سازگاران آن |
| انجام تمرین‌های ذهنیت‌سازی در محیط خانواده و جلب حمایت آنان | چهارم | بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی، تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد و همدلی. | جاری کردن ذهنیت‌سازی در محیط خانواده | شناسایی ۵ عامل استرس‌زا در خانواده و مدیریت آن با استفاده از صمیمیت، اعتماد و همدلی |
| آموزش مهارت‌های لازم جهت مقابله با آسیب‌های روانی | پنجم | مدیریت شکست ذهنیت‌سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران. مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی. | کاهش اضطراب، استرس و افسردگی | شناخت نشانه‌های اضطراب و افسردگی و کاهش علائم آن با استفاده از تمرین درک افکار |
| افزایش ظرفیت روانی در جهت برقراری ارتباط به دور از تعصب | ششم | یکپارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی درباره آنچه دیگران فکر می‌کنند. تمرین ذهنیت‌سازی با به چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین‌فردی، ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی مثل خودکار و کنترل شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران. تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی مبتنی بر ذهنیت‌سازی و نزدیکی عاطفی. | کسب توان روانی در جهت احترام به افکار و احساس‌های خود و دیگران | تمرین احترام به افکار و احساس‌های خود و دیگران |
| آموزش مهارت‌های ذهنی‌سازی جهت تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی | هفتم | برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنیت‌سازی و تحریک توانبخشی و تغییر، تقویت توانایی‌های روان‌شناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی، تقویت مهارت‌های تفسیری پیشرفته و اعتقاد به تغییرپذیری. | بکارگیری ذهنیت‌سازی در جهت تحکیم روابط خانوادگی | تمرین نزدیکی عاطفی با اعضای خانواده و اشتراک عاطفی با آنان |
| برنامه‌ریزی در جهت ایجاد زندگی غنی و مؤثر | هشتم | | به دست آوردن توان روان‌شناختی بیشتر | بکارگیری مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره |

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که شرکت کنندگان در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان $15/54 \pm 2/38$ و در گروه کنترل $16/12 \pm 2/26$ سال بود. میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی که در گروه آزمایش حضور داشته، نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل

| مرحله پیش‌آزمون | | مرحله پس‌آزمون | | گروه‌ها | | متغیرها |
|-----------------|---------|----------------|---------|--------------|---------|---------------------|
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۴/۶۱ | ۱۹/۵۰ | ۴/۱۴ | ۱۸/۴۴ | ۴/۶۱ | ۲۶ | پریشانی روان‌شناختی |
| ۳/۴۹ | ۲۸/۱۱ | ۴/۲۵ | ۲۸/۴۴ | ۴/۰۵ | ۲۷/۶۶ | |
| ۸/۲۰ | ۵۵/۰۵ | ۹/۸۳ | ۵۳/۸۲ | ۷/۶۸ | ۶۴/۳۵ | ناگویی هیجانی |
| ۱۰/۴۰ | ۶۷/۳۶ | ۹/۶۳ | ۶۶/۸۴ | ۱۰/۲۲ | ۶۵/۶۳ | |
| ۴/۱۰ | ۱۹/۱۱ | ۴/۷۳ | ۱۸/۷۰ | ۳/۶۹ | ۲۲/۵۸ | دشواری در شناسایی |
| ۴/۵۹ | ۲۱/۱۵ | ۴/۵۰ | ۲۰/۹۴ | ۴/۵۷ | ۲۰/۵۲ | احساسات |
| ۴/۰۶ | ۱۳/۱۷ | ۴/۵۷ | ۱۲/۷۶ | ۵/۸۸ | ۱۵/۷۶ | دشواری در توصیف |
| ۵/۳۳ | ۱۸/۳۷ | ۵/۰۶ | ۱۸/۳۶ | ۵/۳۶ | ۱۷/۸۹ | احساسات |
| ۴/۵۸ | ۲۲/۷۶ | ۴/۸۹ | ۲۲/۳۵ | ۴/۶۰ | ۲۶ | تفکر معطوف به بیرون |
| ۵/۴۵ | ۲۷/۸۴ | ۵/۳۱ | ۲۷/۵۲ | ۵/۷۷ | ۲۷/۲۱ | هیجانی |

در راستای بررسی پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($F=0/10; P=0/20$) و ناگویی هیجانی ($F=0/14; P=0/20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($F=0/16; P=0/68$) و ناگویی هیجانی ($F=0/47; P=0/37$) رعایت شده است. این در حالی بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($Mauchlys W=0/90; P=0/32$) و ناگویی هیجانی ($Mauchlys W=0/94; P=0/67$) رعایت شده است.

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان توانسته اثر معناداری بر نمرات پریشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی داشته و به ترتیب ۵۴، ۳۹، ۲۲، ۲۱ و ۲۵ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی را تبیین می‌کند. افزون بر این، عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) هم بر

پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون شرکت کنندگان تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۶، ۳۷، ۲۵، ۲۴ و ۳۳ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون حاضران در جلسات مداخله تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۲، ۵۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جدول شماره ۴ نشان‌دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرنی است.

جدول شماره ۳. تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

| متغیر | مجموع | درجه | میانگین | مقدار f | مقدار p | اندازه | توان |
|-------------------|---------|-------|---------|---------|---------|--------|-------|
| | مجذورات | آزادی | مجذورات | | | اثر | آزمون |
| زمان | ۲۴۹/۳۹ | ۲ | ۱۲۴/۶۹ | ۳۹/۷۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱ |
| پیشانی | ۱۲۳۳/۵۶ | ۱ | ۱۲۳۳/۵۶ | ۲۸/۷۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ | ۱ |
| روان‌شناختی | ۳۵۸/۷۹ | ۲ | ۱۷۹/۳۹ | ۵۷/۲۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱ |
| خطا | ۲۱۳/۱۴ | ۶۸ | ۳/۱۳ | | | | |
| زمان | ۲۸۲/۰۲ | ۲ | ۱۴۱ | ۲۲/۱۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۹ | ۱ |
| عضویت گروهی | ۱۲۹۵/۱۴ | ۱ | ۱۲۹۵/۱۴ | ۲۰/۲۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۷ | ۱ |
| ناگویی هیجانی | ۴۷۵/۴۶ | ۲ | ۲۳۷/۷۳ | ۳۷/۳۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ | ۱ |
| خطا | ۴۳۳/۱۸ | ۶۸ | ۶/۳۷ | | | | |
| دشواری در | ۶۱/۰۹ | ۲ | ۳۰/۵۴ | ۹/۴۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۲ | ۰/۹۸ |
| شناسایی | ۸۶/۷۳ | ۱ | ۸۶/۷۳ | ۱۴/۲۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۵ | ۱ |
| احساسات | ۱۰۵/۸۳ | ۲ | ۵۲/۹۱ | ۱۶/۳۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۱ |
| خطا | ۲۲۰/۱۱ | ۶۸ | ۳/۲۳ | | | | |
| دشواری در | ۳۲/۹۶ | ۲ | ۱۸/۴۸ | ۸/۹۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۱ | ۰/۹۸ |
| توصیف | ۴۹۹/۶۷ | ۱ | ۴۹۹/۶۷ | ۱۳/۹۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۴ | ۱ |
| احساسات | ۶۴/۶۳ | ۲ | ۳۲/۳۱ | ۱۷/۴۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۴ | ۱ |
| خطا | ۱۲۵/۹۰ | ۶۸ | ۱/۸۵ | | | | |
| تفکر معطوف به | ۵۵/۰۴ | ۲ | ۲۷/۵۲ | ۱۱/۱۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۵ | ۱ |
| بیرون | ۳۹۲/۸۶ | ۱ | ۳۹۲/۸۶ | ۱۶/۲۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۱ |
| تعامل زمان و گروه | ۹۱/۷۱ | ۲ | ۴۵/۸۵ | ۱۸/۵۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ | ۱ |
| خطا | ۱۶۷/۸۹ | ۶۸ | ۲/۴۷ | | | | |

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرنی در جدول شماره ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته

۵۰..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

شده در این پژوهش (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (پریشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

جدول شماره ۴: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

| متغیر | مرحله مینا (میانگین) | مراحل مقایسه‌ها | تفاوت میانگین‌ها | خطای انحراف معیار | معناداری |
|---------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|-------------------|----------|
| پریشانی روان‌شناختی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۳۹ | ۰/۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۳/۰۲ | ۰/۴۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۳/۳۹ | ۰/۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| | ناگویی هیجانی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۷۵ | ۰/۷۶ |
| پس‌آزمون | | پیگیری | ۲/۹۷ | ۰/۶۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۳/۷۵ | ۰/۷۶ | <۰/۰۰۱ |
| دشواری در شناسایی احساسات | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱/۷۳ | ۰/۵۵ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۱/۴۲ | ۰/۴۵ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۱/۷۳ | ۰/۵۵ | <۰/۰۰۱ |
| | دشواری در توصیف احساسات | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱/۲۶ | ۰/۳۹ |
| پس‌آزمون | | پیگیری | ۱/۰۵ | ۰/۳۵ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۱/۲۶ | ۰/۳۹ | <۰/۰۰۱ |
| تفکر معطوف به بیرون | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۷۵ | ۰/۷۶ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۲/۹۷ | ۰/۶۳ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۳/۷۵ | ۰/۷۶ | <۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۰/۷۷ | ۰/۲۸ | ۰/۱۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی،

ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معنادار داشت. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با نتایج پژوهش‌های ویلیامز و همکاران (۲۰۲۳) و مالبرگ (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌توان گفت که نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با کیفیت پایین زندگی، احتمالاً سطوح بالای اختلال عملکرد اجتماعی و اقدامات مرتبط با خودکشی ارتباط داشته (فرا و همکاران، ۲۰۲۴) و با ایجاد درآمیختگی فکر و عمل و عدم تحمل ابهام سبب می‌شود تا افراد مبتلا، قدرت تحمل پریشانی خود را از دست داده (یاراحمدی و همکاران، ۱۳۹۹) و به مرور دچار پریشانی روان‌شناختی شوند که این روند با شکل‌دهی بدکارکردی هیجانی و عاطفی مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن‌آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی و رفتاری خود را بهتر درک کرده و ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزردهنده‌ای که منجر به بروز مشکلات هیجانی و روان‌شناختی می‌شود، بگشاید. چنین آگاهی نیز باعث می‌شود تا از میزان پریشانی روان‌شناختی آنان کاسته شود. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی، عاطفی و روانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی سبب می‌شود تا نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در دام عواطف منفی نیفتاده و به هنگام بروز چنین عواطفی بتوانند عملکرد هیجانی، عاطفی و رفتاری سنجیده‌ای را از خود نشان داده و در نتیجه از میزان بروز پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی کاسته شود. در تبیینی دیگر باید به شرح جلسه سوم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اشاره کرد. در این جلسه به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت نمایند. این روند باعث شد تا این نوجوانان بتوانند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را که منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شود را مدیریت نموده و از تداخل این عواطف در عملکرد خود پیشگیری نمایند. این روند باعث می‌شود تا به محض بروز عاطفه منفی، این نوجوانان پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی ناسازگارانه‌ای را از خود به نمایش نگذاشته و در نتیجه از میزان پریشانی روان‌شناختی آنان کاسته شود. در تبیینی تکمیلی باید گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی دو مفهوم اصلی و بنیادی را با خود همراه دارد. چنانکه این درمان از نظریه دلبستگی و دوم ذهنی‌سازی بهره می‌برد (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲). ظرفیت ذهنی‌سازی مطرح شده می‌تواند سبب شود تا نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران را کسب کرده و با شکل‌دهی روابط بین‌فردی، زمینه را برای جلب حمایت اجتماعی و آرامش روانی بیشتر مهیا ساخته و از این طریق پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه نمایند.

۵۲..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، با نتایج پژوهش قنبری و همکاران (۱۴۰۱) و پیچیاتا و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین احتمالی یافته دوم، می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع ندانستن را به درمانجویان ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن افکار ذهنی و هیجانی آنان مفید باشد (باتمن و فوناکی، ۲۰۱۶). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با ایجاد اشتراک شناختی و هیجانی باعث کاهش بیگانگی در فرد شود که این روند ابرازگری هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تسهیل می‌کند. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و دوستان خود برقرار نموده و بر این اساس ابرازگری هیجانی بیشتری را نیز از خود نشان داده و از این طریق، میزان ناگویی هیجانی آنان نیز کاهش یابد. افزون بر این، باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در راستای درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز محیطی، شناختی و هیجانی دست یابند (پیچیاتا و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس چنین آموزش و ایجاد مهارت و توانایی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی آموختند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز محیطی، شناختی و هیجانی فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی که بر اثر اضطراب حاصل از اختلال وسواس فکری و عملی زائل شده، با ادراک بالاتر مهارت درون و بین فردی همراه است که زمینه را برای تبادل هیجانی فراهم می‌سازد. در تبیین دیگر می‌بایست به نقش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره نمود. چرا که این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم نموده و سبب شود تا کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی باعث می‌شود تا نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی احساس قربت هیجانی بیشتری با اعضای خانواده خود ادراک نموده و بتوانند پردازش‌های هیجانی خود را با آنان به اشتراک گذارند. بروز و ابرازگری هیجانی نیز به شکل طبیعی منجر به کاهش ناگویی هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌گردد.

در تبیین دیگر در حوزه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) می‌توان گفت که نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس به دلیل مشکلات روانی، هیجانی و اجتماعی حاصل از مشکلات خود و برچسب اجتماعی حاصل از آن، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی تجربه می‌کنند که مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود (یوسفی و منیرپور، ۱۴۰۰). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان به نوجوانان مبتلا به وسواس اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی و هیجانی خود را بهتر درک کرده و

ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزاردهنده‌ای که منجر به بروز مشکلات می‌شود، بگشاید. این روند باعث می‌شود تا آنان فهم بهتری از احساسات و هیجانات خود کسب کرده و بتوانند آن‌را به شکل سازگارانه‌ای توصیف نمایند. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی سبب می‌شود تا این نوجوانان بتوانند عملکرد هیجانی، عاطفی و احساسی سنجیده‌ای را بر پایه تفکر، شناسایی و توصیف احساسات از خود نشان دهند.

عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و همکاری نکردن خانواده بعضی از نوجوانان برای شرکت فرزند خود در جلسات درمان (به دلیل نگرانی از دریافت برچسب اجتماعی) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در دیگر گروه‌های سنی، دیگر اختلالات روان‌شناختی مانند نوجوانان مبتلا به اختلال بدتنظیمی هیجانی و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، کارشناسان مراکز مشاوره ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در راستای کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی گام‌های عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان بود. بدین وسیله از تمام نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولان مراکز مشاوره ذهن‌آرا، آسنا، کاغد سپید، کیمیا و بازرگان شهر تهران که همکاری کاملی در اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

اصلی‌آزاد، مسلم،، خاکي، سعیده،، فرهادی، طاهره. (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت‌درمانی آنلاین بر اضطراب و پریشانی روان‌شناختی بیماران بهبودیافتگان کووید-۱۹. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۸(۲)، ۲۰-۱.

<https://doi.org/10.2205/psy.10.220.35651.2620>

شمس، سارا، قلیچ‌خان، ناهید، یوسفی، نفیسه، علیجانی، ساره. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت

زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۱۰(۱): ۱۰۶-۱۲۱. <http://ijpn.ir/article-fa.html> ۱۹۶۱-۱۰۶

۵۴..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

صباغی، سمیه، مهدی زادگان، ایران. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲.

<http://psychologicalscience.ir/article-fa.html-۳۵۵>

عالی ساری نصیرلو، کریم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه، هیجان ابراز شده و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی. رساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد. عبدزاده، سیما، آزموده، معصومه، عبدالله پور، محمدآزاد، و لیوارجانی، شعله. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای آشفتگی روان‌شناختی در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان منفی با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان. *اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۱): ۱۴۳-۱۷۰.

<http://etiadpajohi.ir/article-fa.html-۲۴۶>

قرایلی، زهرا، و صابری، هایده. (۱۳۹۹). رابطه فراشناخت و باورهای هذیانی با نشانه‌های وسواس. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۴(۵۶): ۱۷-۲۶.

<https://www.sid.ir/paper/fa۳۶۶۷۸>

قنبری، فاطمه، نظیری، قاسم، امیدوار، بنفشه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۴)، ۱۲۵-۱۳۴.

<http://rjms.iums.ac.ir/article-fa.html-۷۴۳>

یاراحمدی، محبوبه، اورکی، محمود، سعادت، سیدحسین، اسحاقیان، محمد، مومنی، آریا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحمل پریشانی و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواس. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۶): ۶۶-۷۹.

<http://shenakht.muk.ac.ir/article-fa.html-۹۰۵>

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴): ۴۵-۵۷.

10.22059/japr.2016.57963

یوسفی، نفیسه، منیرپور، نادر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی نشانگان وسواس بر اساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۱۲)، ۱۵۹-۱۶۸.

<http://frooyesh.ir/article-1-3102-fa.html>

Abdzadeh, S., Azemode, M., Abdullah Poor, M.A., Livarjani, S. (2021). The mediating role of psychological distress in the relations of early maladaptive schemas and negative emotion regulation to the tendency to high-risk behaviors in students. *Etiadpajohi*, 14(58), 143-170. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2446-fa.html> (Text in Persian)

Ali Sari Nasirlu, K. (2023). *Comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and dialectical behavior therapy on self-conscious emotion, expressed emotion and quality of life in mothers with intellectually disabled children*. Dissertation for doctorate course, Islamic Azad University, Shahrekord branch. (Text in Persian)

Asli Azad, M., Khaki, S., Farhadi, T. (2021). Efficiency of online reality therapy on anxiety and psychological distress in the covid-19 improved. *Psychological Achievements*, 28(2), 1-20. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35651.2620> (Text in Persian)

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>

- Fang, M., Hu, W., Xie, Z. (2024). Relationships among self-disclosure, social support and psychological distress in caregivers of patients with advanced lung cancer: A mediating model. *European Journal of Oncology Nursing*, 72, 1026-1030. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102677>
- Ferra, I., Bragança, M., Moreira, R. (2024). Exploring the clinical features of postpartum obsessive-compulsive disorder- a systematic review. *The European Journal of Psychiatry*, 38(1), 1002-1006. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2023.100232>
- Ghanbari, F., Naziri, G., Omidvar, B. (2022). The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(4), 125-134. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7436-fa.html> (Text in Persian)
- Hauschild, S., Kasper, L., Volkert, J., Sobanski, E., Taubner, S. (2023). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder: a feasibility study. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 32, 2611–2622. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02113-4>
- Hermida-Barros, L., Primé-Tous, M., García-Delgar, B., Forcadell, E., Lera-Miguel, S., de la Cruz, L.F., Vieta, E., Radua, J., Lázaro, L., Fullana, M.A. (2024). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 161, 1056-1061. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105678>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 30, 699–710. <https://doi.org/10.3390/children10010093>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Lochner, C., Maré, K.T., Stein, D.J. (2024). Structured clinical interview for diagnosing obsessive-compulsive spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 133, 1524-1528. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152494>
- Malberg, N.T. (2021). Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033>
- Pischiutta, L., Garzitto, M., Zamparutti, G., Moratti, E., Albert, U., Colizzi, M., Balestrieri, M. (2023). Mentalization in young patients undergoing opioid agonist treatment: Implications for clinical management. *Addictive Behaviors Reports*, 17, 1004-1009. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100497>
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training, *Health Science Reports*, 4(1), 245-254. <https://doi.org/10.1002/hsr2.245>
- Qaraili, Z., Saberi, H. (2019). The relationship between metacognition and delusional beliefs with obsessive symptoms. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 14(56), 17-26. <https://www.sid.ir/paper/366478/fa> (Text in Persian)

- Sabaghi, S., Mahdi Zadegan, I. (2020). Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students. *Journal of Psychological Science*, 19(90), 765-772. <http://psychologicalscience.ir/article-1-355-fa.html> (Text in Persian)
- Schneider, R.L., Petersen, J.M. (2024). Preliminary feasibility, acceptability, and effectiveness of a pilot telehealth-based intensive outpatient program incorporating acceptance and commitment therapy for adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.100716>
- Shams, S., Ghelichkhan, N., Yousefi, N., Alijani, S. (2022). Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10 (1), 106-121. [Text in Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1964-fa.html>
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2022). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001432
- Tsegay, L., Ayano, G. (2024). Psychological Distress and Associated Factors Among Medical Students in Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study (May 2018). *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100783>
- Williams, L.L., Fleisher, C., Muir, O.S., MacMillan, C., Grimes, C., Bleiberg, WE. (2023). Basic Concepts in Mentalizing-Based Therapy for Adolescents With Mood Dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 426-430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.07.984>
- Yaghobi, H. (2015). Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Journal of Applied Psychological Research*, 6(4), 45-57. <10.22059/japr.2016.57963> (Text in Persian)
- Yarahmadi, M., Oraki, M., Saadat, S.H., Eshaghian, M., Momeni, A. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(6), 66-79. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-905-fa.html> (Text in Persian)
- Yousefi, N., Monirpoor, N. (2022). The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh*, 10(12), 159-168. <http://frooyesh.ir/article-1-3102-fa.html> (Text in Persian)



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 گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن

شهرزاد نقاش زاده^۱، احمد امانی^{۲*}

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن بود. این پژوهش نیمه‌تجربی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دوگروهی با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه این پژوهش تمامی دانش‌آموزان نوجوان (۱۳ تا ۱۷ سال) دارای اضافه‌وزنی است که توسط مربیان بهداشت مدارس به مراکز درمان چاقی شهر بروجرد معرفی شده‌اند؛ نمونه ۳۰ نفری را به‌صورت داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه مقیاس نشخواری فکری توسط نولن-هوکسما، پرسشنامه چندبعدی رابطه بدن با خود برن و همکاران، پرسشنامه رفتار خوردن اشتراکین بود. گروه آزمایش، ۸ جلسه پروتکل درمانی درمان گروهی، پذیرش و تعهد را دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن تأثیر معنادار دارد. بنابراین می‌توان از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان رویکرد درمانی نوین در بهبود مهارت خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن بهره برد.

کلیدواژه‌ها: تصویر بدنی خود، دانش‌آموزان دختر، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، خوردن هیجانی، نشخواری فکری.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه کردستان سنندج، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه کردستان سنندج، ایران. a.amani@uok.ac.ir

مقدمه

با توجه به توسعه زندگی مدرن امروزی، سطح رفاه بشر ارتقا یافته است و شیوه زندگی او از جمله نوع خوراک، ساعت فیزیولوژیک بدن، فعالیت‌های بدنی و حتی شیوه تفکر انسان با تغییرات چشمگیری مواجه گردیده است. بسیاری از فعالیت‌های بدنی از قبیل تهیه سخت مایحتاج روزانه، به ذخیره خوراک در فریزر تبدیل گردیده است. وجود اضافه‌وزن و چاقی یکی از مشکلات مرتبط با سلامتی در عصر حاضر می‌باشد که می‌تواند فرد مبتلا را با مشکلات زیادی روبه‌رو نماید (سوب و همکاران^۱، ۲۰۲۱).

چاقی به یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی در سراسر جهان تبدیل شده است و یکی از معضلات بهداشتی است که پیامدهای متعددی به دنبال دارد (لیونتی و همکاران^۲، ۲۰۲۴). چاقی خطر ابتلا به چندین بیماری از جمله دیابت نوع ۲، فشار خون و کلسترول بالا، مشکلات اسکلتی عضلانی و چندین نوع سرطان را افزایش می‌دهد (زپوربرنات و همکاران^۳، ۲۰۲۰). هم‌اکنون ۵۴٪ از مردان و ۷۴٪ از زنان در ایران دچار چاقی هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به‌طور میانگین حدود ۱۴ درصد از کودکان و نوجوانان ایرانی دچار اضافه‌وزن و چاقی هستند و در برخی مناطق این فراوانی تا ۳۰ درصد می‌رسد (کوهستانی سینی و همکاران، ۱۴۰۲). در کل در ایران شیوع چاقی عمومی در بین کودکان ۹.۷٪ و نوجوانان ۱۱.۹٪ گزارش شده است (زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹). عواملی که افراد را مستعد پرخوری می‌کند به‌طور جامع بررسی شده است. شواهد اخیر نشان می‌دهد که بین عوامل روانی و علت چاقی ارتباط وجود دارد. تحقیقات ادبیات موجود نشان می‌دهد که کمبود در بی‌نظمی هیجان و سطح بالای احساسات منفی در پیشرفت و طولانی شدن چاقی بسیار مهم است (داکانالیس و همکاران^۴، ۲۰۲۳). بنابراین، یک همبستگی دوطرفه وجود دارد: چاقی نه تنها می‌تواند منجر به بیماری‌های جسمی شود، بلکه افزون بر اختلالات روانی و مشکلات اجتماعی مانند عزت نفس پایین، افسردگی و انگ اجتماعی نیز رخ می‌دهد (هستین^۵، ۲۰۲۰). با وجود برنامه‌ها، درمان و تلاش‌های زیادی که در درمان چاقی تا کنون به‌کار رفته، هنوز این بیماری یکی از معضلات بهداشتی کشورهای پیشرفته و در حال توسعه بوده و روز به روز به افزایش است (زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین با توجه به تحقیقات صورت گرفته و دیدن آمار و ارقام جهانی همچنین افزایش چاقی در نوجوانان ایرانی همچنین پرخطر بودن سن نوجوانی برای ابتلا به اختلالات خوردن مخصوصاً در دختران، محقق بر آن شده است که تمرکز خود را بر دختران دارای اضافه‌وزن و چاقی در این گروه سنی معطوف نماید.

تصویر ذهنی افراد از بدن‌شان یکی از عوامل مؤثر بر افزایش وزن در دوران نوجوانی است (کوهستانی سینی و همکاران، ۱۴۰۲). تصویر بدن را می‌توان به‌عنوان «ادراکات، افکار و احساسات فرد در مورد بدن خود» تعریف کرد (فیوراوانتی و همکاران^۶، ۲۰۲۲). نارضایتی از تصویر بدنی به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن برمی‌گردد و به تمایز بین بدن واقعی و تصویر

1. Sob
2. Lionetti
3. Czepczor-Bernat
4. Dakanalis
5. Hysten
6. Fioravanti

بدن ایدئال اشاره دارد (لیونتی^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعاتی که به تحلیل میزان نارضایتی بدن در میان افراد پرداخته‌اند گویای آن است که نوجوانان همزمان با تجربه تغییرات طبیعی و هورمونی سنین بلوغ، تحت تأثیر فشار برای پذیرش توسط همسالان، خانواده و رسانه‌های اجتماعی قرار می‌گیرند (هستین^۲، ۲۰۲۰). از این رو تصویر بدنی مناسبی از خود ندارند. از سوی دیگر، نمی‌توان نقش پررنگ رسانه اجتماعی طی سال‌های اخیر را نادیده گرفت؛ به‌ویژه بعد از شروع پاندمی کرونا و الزام استفاده از گوشی‌های هوشمند برای دانش‌آموزان و با افزایش استفاده از شبکه‌های مجازی، که با نمایش تصاویر ایدئال از بدن، سطح توقع افراد را از واقعیت دور نموده و افراد جامعه را به سمت احساس نارضایتی از تصویر بدن خود هدایت می‌کند (دانه و بهاتیا^۳، ۲۰۲۳).

احساس نارضایتی از تصویر بدنی خود می‌تواند به شکل نشخوار فکری در افراد ظاهر شود. نشخوار فکری به‌عنوان افکار مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند. نشخوار فکری راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای است که هنگام مواجهه با مشکل به کار می‌افتد. نشخوار فکری ممکن است منابع مورد نیاز برای راهبردهای مقابله و ارزیابی سازگار را مورد توجه قرار ندهد و به پردازش‌های سازگارانه سطوح پایین منجر شود (گرچک و همکاران^۴، ۲۰۲۲). از دیگر عوامل تأثیرگذار بر چاقی نشخوار فکری است. نشخوار فکری، نوعی از وسواس است که بر اساس کمبود سرتونین شکل می‌گیرد و به‌صورت افکاری مقاوم و تکرار شونده، تمرکز فرد را به موضوعی بی‌نتیجه معطوف می‌دارد (استید و راشیو^۵، ۲۰۲۳). از نگاهی دیگر، نشخوار فکری شکلی از اجتناب است که افراد وضعیت مطلوب را با وضعیت موجود مقایسه منفی می‌کنند و از طریق تفکر تکرار شونده تلاش می‌کنند این اختلاف درک شده را کاهش دهند (براون و همکاران^۶، ۲۰۲۰). از این رو تکرار احساس منفی حاصل از فاصله من ایدئال و من واقعی سطح سروتونین بدن را کاهش داده و اضطراب بالا می‌رود. بالا رفتن سطح اضطراب، باعث ترشح کورتیزول در بدن می‌شود که فرد به‌منظور کاهش این هیجان منفی ناگزیر به انجام رفتارهای غریزی و پاراسمپاتیک از جمله پر خوری هیجانی می‌گردد (دکانالیس و همکاران^۷، ۲۰۲۳).

همچنین شواهد محکمی وجود دارد که خوردن هیجانی واسطه‌ای برای چاقی و افسردگی است (آرکسیس^۸، ۲۰۲۳). خوردن هیجانی یک اختلال خوردن جداگانه نیست، بلکه یک رفتار غذایی است که تحت تأثیر رفتارها، استرس، عواطف و احساسات فردی در رابطه با غذا خوردن است (گرچک^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). خوردن هیجانی به‌عنوان "استفاده از غذا به‌عنوان مکانیزم مقابله در مواجهه با استرس یا احساسات منفی" در ادبیات کنونی تعریف شده است (شریور^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

1. Lionetti
2. Hysten
3. Dane & Bhatia
4. Grajek
5. Stade & Ruscio
6. Brown
7. Dakanalis
8. Arexis
9. Grajek
10. Shriver

۶۰..... اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و ...

یکی از سریع‌ترین راه‌ها برای احساس بهتر وقتی که فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند روبه‌رو می‌شود فرار کردن و یا اجتناب از آن است. از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند؛ بنابراین تلاش می‌کنند که آنها را تغییر دهند و یا از آنها اجتناب کنند (هیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ فوگلکوویست^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT^۳؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۲) یکی از درمان‌های رفتاری شناختی موج سوم است درمان پذیرش و تعهد ممکن است در سطح نظری فرض شود که برای افراد مبتلا به اختلالات خوردن مفید است؛ زیرا رفتارهای آنها اغلب اجتناب از آن است (فوگلکوویست و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۲ توسط استیون هیز معرفی شده است، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوهای در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی به آنها آموزش داده می‌شود (زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹).

در سال‌های اخیر، بحث زیادی درباره مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ مطرح شده است. این درمان‌ها به‌عنوان موج سوم رفتار درمانی شناخته می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رایج‌ترین درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است و هدف آن، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال با وجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود (زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۲ توسط استیون هیز معرفی شده است، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوهای در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی به آنها آموزش داده می‌شود (زاهدی و همکاران، ۱۳۹۹). فوگلکوویست و همکاران^۵ (۲۰۲۲) طی پژوهشی با عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه پس از درمان، تصویر بدن بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بیماران مبتلا به اختلال خوردن نشان دادند در صورت شرکت در درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان معمول، سه برابر بیشتر تغییر نمره علائم اختلال خوردن داشتند. همچنین در پژوهشی دیگر فوگلکوویست و همکاران^۶ (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلالات خوردن و مشکلات تصویر بدن اثربخش می‌باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به چاقی می‌شود و این مسئله کاهش وزن و بهبود تنظیم شناختی هیجان این افراد را در پی دارد (گریفیث و همکاران^۷، ۲۰۱۸). از این حیث محقق این رویکرد را

1. Hayes
2. Fogelkvist
3. Acceptance and commitment therapy
4. Mindfulness
5. Fogelkvist
6. Fogelkvist
7. Griffiths

مبنای طرح درمانی خود انتخاب کرده است. این مداخله یک نمونه فراتشخیصی را هدف قرار داد، جایی که مشکلات تصویر بدن عامل مشترکی بود که فرض می‌شد مانع از تغییرات بیشتر در علائم اختلال خوردن، مانند الگوهای غذا خوردن می‌شود. بنابراین، فرضیه پژوهشی این بود که با افزودن مداخله‌ای با هدف پذیرش افکار و احساسات ناخواسته در مورد تصویر بدن، تمایل کمتری به راهبردهای اجتنابی و کنترل رفتاری ایجاد می‌شود و در نتیجه علائم اختلال خوردن کاهش می‌یابد و عزت نفس افزایش می‌یابد. بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن دختر صورت گرفت. از این رو پژوهش حاضر به آزمون فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن دختر مؤثر است.
- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تصویر بدنی خود در دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن دختر مؤثر است.
- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نشخواری فکری دانش‌آموزان دارای اضافه‌وزن دختر مؤثر است.

روش پژوهش

این تحقیق از حیث روش شناسی نیمه‌تجربی است و در قالب طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون دوگروهی با پیگیری ۲ ماهه انجام گرفت. جامعه آماری، تمامی دانش‌آموزان نوجوان (۱۳ تا ۱۷ سال) دارای اضافه‌وزنی است که توسط مربیان بهداشت مدارس به مراکز درمان چاقی شهر بروجرد معرفی شده‌اند و تعداد آنها ۱۳۶ نفر بود. از طریق فراخوان از میان افرادی که معیار اضافه‌وزن داشتند؛ به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه نمونه ۳۰ نفری را انتخاب و به صورت تصادفی جایگزینی به دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل تقسیم کردیم و در مدت دو ماه فرایند درمان انجام شد. شرکت‌کنندگان قبل از درمان پرسشنامه‌های چندبعدی رابطه بدن با خود، نشخواری فکری، رفتار خوردن داج را تکمیل کردند. پس از درمان متغیرها دوباره اندازه‌گیری شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: عدم دریافت درمان روان‌شناختی، پرهیز از مصرف داروهای روان‌پزشکی (بر اساس مصاحبه بالینی و خوداظهاری شرکت‌کننده‌ها) و عدم دریافت رژیم کاهش وزن و داشتن BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۲۵ و تشخیص قطعی اضافه‌وزن بر اساس طرح غربالگری دانش‌آموزان. معیارهای خروج عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان روان‌شناختی یا داروی روان‌پزشکی، ناقص بودن پاسخنامه‌ها؛ تمایل نداشتن به ادامه شرکت در جلسات. در ادامه، هر دو گروه نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون اقدام نمودند و گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. درنهایت پس از اتمام جلسات مداخله، هر دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از گذشت دو ماه به‌منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌های حاصل از این طرح با استفاده از نرم‌افزار آماری PSS_22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افزون بر این، کسب رضایت آگاهانه

۶۲..... اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و ...

و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، حصول اطمینان از افشا نشدن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و رازداری موارد اخلاقی رعایت شده در پژوهش بود.

ابزار

مقیاس نشخوار فکری نولن هوکسما (RRS)^۱: مقیاس پاسخ‌های نشخواری یکی از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) نولن-هوکسما^۲ می‌باشد که دارای ۲۲ گویه^۳ ۴ گزینه‌ای است و در مقیاس لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۴) درجه بندی می‌شود. همچنین این مقیاس دارای ۳ خرده‌مقیاس حواسپرتی^۳، تعمق^۴ و در فکر فرورفتن^۵ می‌باشد. از محاسبه مجموع نمره‌های گویه‌های سه زیرمقیاس، نمره پاسخ نشخوار کلی به دست می‌آید، که حداقل و حداکثر نمره در مقیاس پاسخ‌های نشخواری به ترتیب ۲۲ و ۸۸ است. نمره ۳۳ نقطه برش مقیاس است که نمرات کمتر از ۳۳ نشان‌دهنده نشخوار فکری پایین و نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده نشخوار فکری بالاست. برای بررسی روایی پرسشنامه نشخوار فکری از طریق واریانس روایی سازه با تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص‌های CFI، AGFI و GFI به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بر برازش مطلوب و مناسب دلالت داشته و شاخص‌های RMSEA و RMR به ترتیب برابر ۰/۰۶۴ و ۰/۰۴۲ برآزش نسبتاً مطلوب را گزارش کردند که روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار می‌دهد (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸) پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) پایایی زیرمقیاس‌ها را از طریق همسانی درونی در طیف ۰/۸۸-۰/۹۲ گزارش کردند. در پژوهش باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب روایی همزمان ابزار با سیاهه افسردگی بک (۱۹۹۸) برابر با ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی تصویر بدنی (BICI)^۶: این پرسشنامه را لیتلتون^۷ و همکاران (۲۰۰۵) برای ارزیابی میزان نگرانی افراد درباره شکل ظاهری فرد ساخته‌اند. این پرسشنامه از نوع مداد کاغذی و خودگزارشی بوده و مشتمل بر ۱۹ گویه است. بر این اساس شرکت‌کنندگان باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی پاسخ دهند که طیف پاسخ‌ها بین هرگز (۱) تا همیشه (۵) است و نمره‌ای که هر آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند، بین ۱۹ - ۹۵ خواهد بود. ضریب اعتبار درونی این پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ و روایی همگرایی این ابزار را از طریق همبستگی با پرسشنامه وسواس-اجباری پادوا^۸ مطلوب گزارش کرده‌اند (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). پایایی این ابزار در ایران توسط زرشناس و همکاران (۱۳۸۹) ارزیابی شد و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Ruminative response scale
2. Nolen-Hoeksema
3. Distraction
4. Reflection
5. Brooding
6. Body Image Concerns Inventory
7. Littleton
8. Padua

پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ¹): جهت تعیین رفتار خوردن از پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ) استفاده گردید. این پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای توسط واین استرین^۲ و همکارانش در سال ۱۹۸۶ به هدف بررسی رفتارهای غذایی تهیه شده است. پرسشنامه رفتار خوردن داچ یک مقیاس خودارزیابی ۳۳ گویه‌ای برای ارزیابی سه حوزه رفتار خوردن است: خرده‌مقیاس مهار شده^۳ (۱۰ گویه)، خرده‌مقیاس خوردن احساسی^۴ (۱۳ گویه)، و خرده‌مقیاس خوردن بیرونی^۵ (۱۰ گویه). به هر یک از گویه‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (به ندرت) تا ۵ (خیلی اوقات) امتیاز داده می‌شود. نمره کلی خرده‌مقیاس بر تعداد گویه‌های خرده‌مقیاس برای محاسبه امتیاز در هر خرده‌مقیاس تقسیم می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تمایل بیشتر به نشان دادن رفتار خرده‌مقیاس است. برای این مجموعه داده، ضرایب پایایی درونی (α کرونباخ) برای خرده‌مقیاس مهار شده ۰/۹۲، برای مقیاس غذا خوردن احساسی ۰/۹۴ و برای مقیاس غذا خوردن خارجی ۰/۸۶ بود. به اعتقاد وان استرین (۱۹۸۶)، این پرسشنامه از اعتبار بازآزمایی، همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵) و برای بررسی نسبت روایی محتوا، "مقیاس تنش درک شده" و "پرسشنامه رفتار خوردن داچ" در اختیار ۶ نفر از افراد متخصص و مرتبط در زمینه‌های روان‌شناسی، تغذیه و آمار قرار گرفت. بدن صورت که ۳ گزینه "ضروری است"، "مفید است، ولی ضروری نیست"، "غیر ضروری است" برای هر یک از عبارات‌های ابزارها تعیین شد. سپس مقادیر نسبت روایی محتوایی بر طبق فرمول لاوشه^۶ (۱۹۷۵) محاسبه و با توجه به تعداد متخصصان که ۶ نفر بودند، عبارتهایی با نسبت روایی محتوایی بالاتر از ۰/۹۹ پذیرفته شدند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس رفتار خوردن عبارت‌اند از: ۰/۹۱ برای خوردن مهار شده، ۰/۹۵ برای خوردن هیجانی و ۰/۸۵ برای خوردن بیرونی به دست آمد. در مطالعه ثابت سروستانی و همکاران (۱۳۸۶)، پایایی این ابزار با روش کودر ریچاردسون ۷۴ درصد اعلام شده است.

برنامه مداخله. در این پژوهش، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخوار فکری به شکل گروهی با استفاده از شیوه نامه گروهی ارائه شده توسط تورل^۷ و همکاران (۲۰۱۶) در کتاب ACT برای نوجوانان: درمان فردی و گروهی نوجوانان استفاده شد.

جدول شماره ۱. برنامه مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن

| جلسات | اهداف | محتوا | تغییر رفتار موردانتظار | تکالیف |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ۱ | برقراری ارتباط - معرفی اعضا- بیان قواعد گروه - اهداف - معرفی دوره | ارزیابی، همجوشی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، توجه غیر منعطف، خود به عنوان محتوا، مهیا کردن شرایط | کسب آگاهی نسبت به نگرانی و نشخوار و ACTدرمان | شناسایی مهمترین حوزه‌های نگرانی و نشخوار |

1. Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
2. Van Strien
3. Restained Eating Behavior
4. Sensational Eating Behavior
5. External Eating Behavior
6. Lawshe
7. Turrell

۶۴ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و ...

| | | | |
|---|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۲ | معرفی استدلال فنون مشفقانه | قوانین گروه، بازی اسمارتیز، مدیتیشن توجه آگاهانه بر مبنای شیء یا صدا، ماتریس، استات، توهم کنترل، پاک کردن حافظه، بزاق دهانتان تشریح نشود، توجه آگاهی، نتیجه‌گیری | توجه به افکار، رفتار مشفقانه و بدون قضاوت، یادداشت موقعیت‌هایی که سیستم تهدید یا سائق بیش فعال می‌شوند. |
| ۳ | تعیین ارزش‌ها | توجه آگاهی، ببر، شناسایی ارزش‌ها، بررسی ارزش‌ها، تله ارزش‌ها، ارزش‌ها در مقابل اهداف، ارزش‌ها در مقابل قواعد، چه ارزش‌هایی شما را آسیب‌پذیر می‌کند، کارت نشانه، توجه آگاهی | عمل به ارزش‌ها و اهداف تعیین شده تمرین تفکر رفتار مشفقانه، شناسایی ارزش‌ها و اهداف |
| ۴ | تعیین اهداف: تبدیل ارزش‌ها به عمل | توجه آگاهی غیر رسمی چشیدن، برگ‌های روی رودخانه، آماده‌سازی تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، برچسب زدن، دست کشیدن، اجازه دادن، توجه آگاهی، اهداف مبتنی بر ارزش‌ها | ثبت ارزش‌ها و رفتار بر اساس ارزش‌ها تلاش برای زندگی ارزشمند |
| ۵ | تمایل و اجازه دادن به احساسات | توجه آگاهی غیر رسمی، تمایل، تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها، پریدن از روی صندلی، جوراب چروک، کلید تقلا و تلاش، رد شدن از درون با تلاق، اسکی در سرازیری، اجازه دادن به احساسات، جاباز کردن، مشاهده، تنفس و گسترش، هدف سه ماهه، | تمرین تنفس آگاهی، شناسایی احساسات ناخوشایند فضا دادن و نظارت بر احساسات ناخوشایند |
| ۶ | همجوشی‌زدایی از افکار | توجه آگاهی، مرور تمرین منزل و همجوشی زدایی، از چه باید جدا شد؟ گذشته، آینده، قضاوت‌ها، تمرین‌های نا همجوشی، از ذهن خود تشکر کنید | بررسی افکار ناخوشایند و نوشتن افکار کاهش آمیختگی فرد با هیجان‌های آزارنده |
| ۷ | خود شفقتی | توجه آگاهی، توی جوان‌تر، توی بزرگ‌تر (پیرتر)، چشمان باز | تمرین حساسیت به رنج، همدردی و همدلی با خود و دیگران کسب رفتارهای مشفقانه درمقابل سرزنش و انتقاد از خود و دیگران |
| ۸ | کنار هم قرار دادن همه موارد | قدم زدن، مسافران اتوبوس، قدم زدن بدون اتوبوس، ماتریس، خداحافظی، کارت‌ها، قدردانی | ارائه پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی |

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده که نتایج در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود. همان گونه که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، در تمامی متغیرهای بالا، در پیش‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش نمرات به همدیگر نزدیک بوده، اما شاهد تفاوت زیادی در میانگین پس‌آزمون و مرحله پیگیری سه گروه می‌باشیم.

جدول شماره ۲. اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر رفتار خوردن، تصویر بدنی و نشخوار فکری

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مرحله پیگیری | |
|-------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| رفتار خوردن | آزمایش | ۵۴/۸۰ | ۵/۰۴ | ۴۹/۸۰ | ۵/۲۱ | ۵۰/۷۳ | ۵/۳۵ |
| | کنترل | ۵۵/۱۳ | ۳/۶۴ | ۵۵/۵۳ | ۳/۹۲ | ۵۶/۴۰ | ۳/۹۷ |
| تصویر بدنی | آزمایش | ۹۰/۲۰ | ۳/۸۰ | ۸۴/۶۰ | ۳/۷۵ | ۸۵/۴۶ | ۴/۲۰ |
| | کنترل | ۹۱/۷۳ | ۴/۲۳ | ۹۱/۶۶ | ۳/۴۵ | ۹۱/۸۶ | ۳/۴۶ |
| نشخوار فکری | آزمایش | ۳۸/۶۰ | ۳/۱۸ | ۳۱/۹۳ | ۳/۴۱ | ۳۱/۹۳ | ۳/۷۵ |
| | کنترل | ۳۹/۲۶ | ۳/۱۲ | ۳۸/۹۳ | ۳/۱۷ | ۳۹/۰۰ | ۳/۳۳ |

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. این یافته نشان می‌دهد که در تحلیل کواریانس دو گروه در پس‌آزمون، به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل (درمان پذیرش و تعهد) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه، نقش خواهد داشت.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون لوین در مورد همگنی واریانس متغیرهای خوردن هیجانی، تصویر بدنی و نشخوار فکری

| متغیر | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مرحله پیگیری | |
|--------------|-----------|-------|----------|-------|--------------|-------|
| | F | Sig | F | Sig | F | Sig |
| خوردن هیجانی | ۱/۶۱ | ۰/۲۱۴ | ۲/۱۷ | ۰/۱۵۱ | ۲/۱۹ | ۰/۱۵۰ |
| تصویر بدنی | ۰/۶۲ | ۰/۴۳۷ | ۰/۰۳ | ۰/۸۶۰ | ۰/۳۱ | ۰/۵۸۰ |
| نشخوار فکری | ۰/۱۵ | ۰/۶۹۹ | ۰/۷۹ | ۰/۳۸۱ | ۱/۸۶ | ۰/۱۸۳ |

در ادامه، برای بررسی تحلیل واریانس چندمتغیره مختلط، آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی همگنی ضرایب رگرسیون گزارش می‌گردد که نتایج در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای خوردن هیجانی، تصویر بدنی و نشخوار فکری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته متغیرهای پژوهش

| متغیر | آزمون | مقدار | F | درجه آزادی | | Sig | مجذور اتا |
|--------------|---------------|-------|--------|---------------------|-------------------|-------|--------------|
| | | | | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | | |
| خوردن هیجانی | | ۰/۲۱۷ | ۴۸/۸۴ | ۲ | ۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸۳ |
| تصویر بدنی | لامبدای ویلکز | ۰/۱۹۲ | ۵۶/۹۷ | ۲ | ۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰۸ |
| نشخوار فکری | | ۰/۰۶۴ | ۱۹۶/۶۰ | ۲ | ۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳۶ |

۶۶..... اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و ...

طبق جدول شماره ۵، زمان تأثیر معناداری بر رفتار خوردن، تصویر بدنی و نشخوار فکری دارد و توانست درصد قابل توجهی از واریانس آن را تبیین کند. در واقع، بین حداقل دو مرحله از مراحل ارزیابی متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان ۰/۵۶ درصد از تفاوت در واریانس نمره خوردن هیجانی، ۰/۶۶ درصد از تفاوت در واریانس نمره تصویر بدنی و ۰/۷۹ درصد از تفاوت در واریانس نمره نشخوار فکری را تبیین می‌کند. با توجه به نتایج جدول بالا مبنی بر تأثیر زمان بر خوردن هیجانی، تصویر بدنی و نشخوار فکری، برای اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دوی مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول شماره ۵. آزمون اثر درون گروهی خوردن هیجانی، تصویر بدنی و نشخوار فکری

| متغیر وابسته | آزمون | منبع واریانس | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | Sig | مجذورات |
|--------------|-------------|--------------|---------------|-------|-----------------|--------|-------|---------|
| خوردن هیجانی | مفروضه کروی | زمان | ۸۰/۶۰ | ۱/۳۹ | ۵۷/۹۹ | ۳۶/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |
| | | زمان × گروه | ۱۴۴/۰۲ | ۱/۳۹ | ۱۰۳/۶۲ | ۶۴/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹ |
| | | خطا | ۶۲/۰۴ | ۳۸/۹۱ | ۱/۵۹ | | | |
| تصویر بدنی | مفروضه کروی | زمان | ۱۳۶/۰۲ | ۱/۶۷ | ۸۱/۳۳ | ۵۴/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۱ |
| | | زمان × گروه | ۱۳۶/۸۶ | ۱/۶۷ | ۸۱/۸۴ | ۵۴/۹۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۲ |
| | | خطا | ۶۹/۷۷ | ۴۶/۸۲ | ۱/۴۹ | | | |
| نشخوار فکری | مفروضه کروی | زمان | ۲۴۲/۶۸ | ۱/۴۴ | ۱۶۸/۱۵ | ۱۰۷/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹ |
| | | زمان × گروه | ۲۰۲/۶۸ | ۱/۴۴ | ۱۴۰/۴۳ | ۸۹/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۲ |
| | | خطا | ۶۳/۲۸ | ۴۰/۴۱ | ۱/۵۶ | | | |

با توجه به نتایج حاصل از جدول شماره ۶، در گروه درمان بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مراحل پیش‌آزمون و پیگیری، در نمرات متغیرهای پژوهشی، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$)؛ اما بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش، در پس‌آزمون با پیگیری تفاوتی مشاهده نشده است ($p > ۰/۰۱$).

جدول شماره ۶. مقایسه زوجی تصویر بدنی، خوردن هیجانی و نشخوار فکری در مراحل سه‌گانه ارزیابی

| متغیر | زمان (I) | زمان (J) | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | Sig |
|--------------|-----------|----------|---------------|----------------|-------|
| تصویر بدنی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۲/۸۳* | ۰/۲۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | ۲/۳۰* | ۰/۳۴۶ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۰/۹۷ | ۰/۲۵۴ | ۰/۱۳۴ |
| خوردن هیجانی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۲/۳۰* | ۰/۲۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | ۱/۴۰* | ۰/۳۴۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۹۰ | ۰/۱۷۸ | ۰/۱۴۵ |
| نشخوار فکری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۵۰* | ۰/۱۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | ۳/۴۶* | ۰/۳۰۱ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخوار فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن انجام پذیرفت.

نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی معناداری بر خوردن هیجانی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه‌وزن دارد؛ به طوری که نمرات خوردن هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری دو ماهه نیز پایدار بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش فوگلکوویست و همکاران (۲۰۲۱) و گریفیث و همکاران (۲۰۱۸) همسو و همخوان است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در خوردن هیجانی مولفه‌ی پذیرش بدون قضاوت بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، دانش‌آموزان دختر متوجه برانگیختگی‌های روانی از جمله احساسات و افکار خود می‌شوند، بدون آن که تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین مورد باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری یعنی خوردن هیجانی کاهش پیدا کند. در سطوح پایین پذیرش، کسی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی برای تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود. مانند کسی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهکار کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی شخص منجر می‌گردد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانش‌آموزان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق شدند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود.

نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های فوگلکوویست و همکاران (۲۰۲۲) و گریفیث و همکاران (۲۰۱۸) همسو و همخوان است. مطالعاتی که به تحلیل میزان نارضایتی بدن در میان افراد پرداخته‌اند گویای آن است که نوجوانان همزمان با تجربه تغییرات طبیعی و هورمونی سنین بلوغ، تحت تأثیر فشار برای پذیرش توسط همسالان، خانواده و رسانه‌های اجتماعی قرار می‌گیرند (هستین، ۲۰۲۰). از این رو تصویر بدنی مناسبی از خود ندارند. از سوی دیگر، نمی‌توان نقش پررنگ رسانه‌های اجتماعی طی سال‌های اخیر را نادیده گرفت، به‌ویژه بعد از شروع پاندمی کرونا و الزام استفاده از گوشی‌های هوشمند برای دانش‌آموزان و با افزایش استفاده از شبکه‌های مجازی، که با نمایش تصاویر ایدئال از بدن، سطح توقع افراد را از واقعیت دور نموده و افراد جامعه را به سمت احساس نارضایتی از تصویر بدن خود هدایت می‌کند. احساس نارضایتی از تصویر بدنی خود می‌تواند به شکل نشخوار فکری در افراد ظاهر شود. نشخوار فکری به‌عنوان افکار مقاوم و عودکننده تعریف می‌شود که گرد یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند. نشخوار فکری راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای است که هنگام مواجهه با مشکل به‌کار می‌افتد. نشخوار فکری ممکن است منابع مورد نیاز برای راهبردهای مقابله و ارزیابی سازگار را مورد توجه قرار ندهد و به پردازش‌های سازگارانه سطوح پایین منجر شود (گرجک و همکاران، ۲۰۲۲). از دیگر عوامل تأثیرگذار بر چاقی نشخوار فکری است که

۶۸ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و ...

شکلی از اجتناب است که افراد وضعیت مطلوب را با وضعیت موجود مقایسه منفی می‌کنند و از طریق تفکر تکرارشونده تلاش می‌کنند تا این اختلاف درک شده را کاهش دهند. از این رو تکرار احساس منفی حاصل از فاصله من ایدئال و من واقعی سطح سروتونین بدن را کاهش داده و اضطراب بالا می‌رود. بالا رفتن سطح اضطراب، باعث ترشح کورتیزول در بدن می‌شود که فرد به‌منظور کاهش این هیجان منفی ناگزیر به انجام رفتارهای غریزی و پاراسمپاتیک از جمله پرخوری هیجانی می‌گردد (استید و راشیو، ۲۰۲۳). بنابراین در تبیین این پژوهش می‌توان گفت این روش درمانی به آزمودنی‌ها در ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمک کرد و یعنی به آنها کمک کرد تا از بین اعمال و راهکارهای موجود، بهترین، مناسب‌ترین و کاربردی‌ترین راهکار را انتخاب کنند، نه اینکه عملی برای اجتناب از افکار، احساس‌ها و تمایل‌های آشفته‌ساز انجام دهند. در نتیجه، عوامل یادشده باعث می‌شوند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش مؤثری در بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدنی داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش موحدی و همکاران (۱۴۰۱) و استید و راشیو (۲۰۲۳) همسو و همخوان است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت نشخوار فکری افکاری است که آگاهانه در مورد یک موضوع همواره تکرار می‌شوند. این افکار حتی در غیاب محرک پدید آورنده نیز فعال هستند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴). نشخوار فکری افکاری سمج و عودکننده هستند که گرد یک موضوع مهم دور می‌زنند و به‌صورت غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند. نشخوار فکری افکاری تکرار شونده هستند و مانعی برای حل مسئله هستند همچنین باعث افزایش افکار منفی می‌شوند (نولن هوکسما، ۱۹۹۲). نشخوار فکری یک مدل انتقاد از خود و تمرکز بر خود، افکار منفی مکرر و چرخه‌ای معیوب است که فرد در آن گرفتار شده است. نشخوار فکری تلاشی برای شناسایی هیجان‌های مشکل‌آفرین از طریق تحلیل و حل مسئله است هم چنین راهبردی مفهومی است که به چستی نیازها، آرزوها و نگرانی‌های فرد با هدف رفع کردن موضوع می‌پردازد. معمولاً افراد با نشخوار فکری زمان زیادی را برای یافتن راه حل‌های مناسب برای حل مسائل و مشکلات خود و تحلیل چرایی و هیجان‌ات خود صرف می‌کنند. نشخوار فکری دارای محتوایی مرتبط با فرد و انتقام از خود است؛ افکاری مانند چرا نمی‌توانم کاری انجام دهم؟ چرا این مسائل برای من پیش آمد؟ چرا بی‌ارزشم؟ در واقع این افراد خود و دنیا را با الگوهای نشخوار فکری ارزیابی می‌کنند و واقعیت موجود را با این سبک تفکر تفسیر می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت این افکار ما را از دنیای واقعی جدا کرده و آگاهی را کاهش می‌دهد. نگرش این افراد نسبت به وقایع زندگی ناقص و بی‌ارزش است؛ درحالی‌که فکر می‌کنند واقعیت را درک کرده‌اند. بیشتر افکار، هیجان‌ات و تجارب ما مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و این ارزیابی باعث پایداری بیشتر آنها خواهد شد و برای رهایی از احساسات نامطلوب و یا درونی کردن احساسات مطلوب انگیزه کافی را به ما می‌دهد. به هر حال، افراد به قضاوت‌های تکراری و نقدهای چرخشی تمایل دارند. در واقع می‌توان نشخوار فکری را به ماشین ریسندگی با شیارهای بزرگ شبیه کرد که با هر چرخش آثار عمیق روانی را در فرد ایجاد می‌کند (فوگلکوئیست و همکاران، ۲۰۲۱). نشخوار فکری با تعدادی از سندرم‌ها و اختلالات روان‌پزشکی مرتبط است. از بررسی ادبیات روان‌شناختی، به‌نظر می‌رسد که نشخوار فکری در رابطه با عوامل استرس‌زای حاد، و سندرم‌های افسردگی بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته است. اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری-اجباری، اختلال استرس پس از سانحه، و پرخوری عصبی. این نشخوار فکری در تعدادی از سندرم‌های روان‌پزشکی مختلف ظاهر می‌شود،

برخی از محققان را به این نتیجه رسانده است که فرایند نشخواری فرایندی فراتشخیصی است - یعنی نشخوار فکری یک ویژگی روان‌شناختی که تعدادی از پدیده‌های روان‌پزشکی مختلف را دربرمی‌گیرد (سوب و همکاران، ۲۰۲۱).
مهمترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و محدود شدن جامعه پژوهش به دانش‌آموزان نوجوان (۱۳ تا ۱۷ سال) مراکز درمان چاقی بود. بنابراین در استفاده از امکان تعمیم نتایج این پژوهش به دیگر گروه‌های جامعه با رده‌های سنی مختلف باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری با خطای کمتر مثل تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خوردن هیجانی، تصویر بدنی خود و نشخواری فکری دانش‌آموزان دختر دارای اضافه وزن، پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش معلمان از این رویکرد در مشکلات دختران اضافه‌وزن استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه کردستان می‌باشد. بدین‌وسیله از آن معاونت به خاطر تصویب طرح و حمایت مالی قدردانی می‌نمایم. محقق از تمام کسانی که در این زمینه کمک کردند تقدیر و تشکر می‌کند.

منابع

- زاهدی، زهرا؛ امانی، احمد؛ عزیزی، آرمان؛ نصیری هانیس، غفار؛ زارعین، فاطمه و ویژه راوری، نرگس. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه حل مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲)، ۱۴۱-۱۵۶. <https://sid.ir/paper/411419/fa>
- کوهستانی سینی، زهرا؛ مقدم، ستیا و شیرینی تنورلوئی، زهرا. (۱۴۰۲). مقایسه اثر بی‌تمرینی بعد از تمرینات هوازی تداومی و تناوبی شدید بر سواد بدنی و ترکیب بدنی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم دارای اضافه وزن، *مطالعات آموزش علوم ورزشی* ۱(۳): ۴۸-۴۱. https://risse.sru.ac.ir/article_2103.html
- موحدی، زینب؛ پاشا، رضا؛ بختیارپور، سعید و عسگری، پرویز. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۲) (پیاپی ۸۸)، ۵۲-۶۲. <https://sid.ir/paper/1032929/fa>
- Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M. C., Billot, P. É., & Chambaron, S. (2023). A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: what about a continuum? *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 197-209. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00916-7>
- Brown S. L., Hughes M., Campbell S., Cherry M. G. (2020). Could worry and rumination mediate relationships between self-compassion and psychological distress in breast cancer survivors? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2399>
- Czeczor-Bernat, K., Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2020). The moderating effects of mindful eating on the relationship between emotional functioning and eating styles in overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 841-849. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00740-6>
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papanandrou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., ... & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression,

- anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>
- Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
- Fioravanti, G., Bocci Benucci, S., Ceragioli, G., & Casale, S. (2022). How the exposure to beauty ideals on social networking sites influences body image: A systematic review of experimental studies. *Adolescent Research Review*, 7(3), 419-458. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40894-022-00179-4>
- Fogelkvist, M., Aila Gustafsson, S., Kjellin, L., & Parling, T. (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2021). Live with your body—participants' reflections on an acceptance and commitment therapy group intervention for patients with residual eating disorder symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 184-193. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2021.04.006>
- Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Bialek-Dratwa, A., Staškiewicz, W., Rozmiarek, M., Misterska, E., & Sas-Nowosielski, K. (2022). Prevalence of emotional eating in groups of students with varied diets and physical activity in Poland. *Nutrients*, 14(16), 3289. <https://doi.org/10.3390/nu14163289>
- Griffiths C, Williamson H, Zucchelli F, Paraskeva N, Moss T. (2018). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal Contemporary Psychotherapy*. 48(4):189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013; 44(2):180-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hill, M. L., Masuda, A., Moore, M., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. *Clinical Case Studies*, 14(2), 141-154. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1534650114547429>
- Hysten-Williams, S. (2020). *The Effects of Body Shame, Body Surveillance, and Body Image Dissatisfaction on the Psychological and Emotional Factors among African American Women in a College Setting* (Doctoral dissertation, Texas Southern University). <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.05.007>
- koohestani Sini Z. Moghadam, S. Shiri Tanourlouei, Z. (2023) Comparison of the effect of non exercise training after continuous and high intensity interval training on physical literacy and body composition of overweight female secondary school students. *Research in Sports Sciences Education (RISSE)*, 1,(3): 41-48, https://risse.sru.ac.ir/article_2103.html. (Text in Persian)

- Lionetti, F., Dumpfrey, R. S. C., Richetin, J., Fasolo, M., Nocentini, A., Penolazzi, B., ... & Preti, E. (2024). Is environmental sensitivity a unique trait? A multi-sample study on the association between sensitivity, personality, and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 217, 112463. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112463>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229 -241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Lobstein, T., & Jewell, J. (2022). What is a “high” prevalence of obesity? Two rapid reviews and a proposed set of thresholds for classifying prevalence levels. *Obesity Reviews*, 23(2), 133 -163. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.13363>
- Movahadi, Zainab, Pasha, Reza, Bakhtiarpour, Saeed, and Asgari, Parviz. (1401) . The effectiveness of acceptance and commitment therapy on difficulty in emotion regulation and rumination in women with social anxiety disorder. *Knowledge and research in applied psychology*, 23(2 (serial 88)), 52-62. SID. <https://sid.ir/paper/1032929/fa>. (Text in Persian)
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Papageorgiou, Costas; Wells, Adrian (2004). "Nature, Functions, and Beliefs about Depressive Rumination". *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. West Sussex: *John Wiley & Sons*. pp. 1–20. doi: 10.1002/9780470713853.ch1. ISBN 9780470713853
- Shriver, L. H., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., Shanahan, L., & Wideman, L. (2020). Emotional eating in adolescence: effects of emotion regulation, weight status and negative body image. *Nutrients*, 13(1), 79.-87 <https://doi.org/10.3390/nu13010079>
- Sob, C., Siegrist, M., Hagmann, D., & Hartmann, C. (2021). A longitudinal study examining the influence of diet -related compensatory behavior on healthy weight management. *Appetite*, 156, 104–75. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019566632031597X>
- Stade, E. C., & Ruscio, A. M. (2023). A meta-analysis of the relationship between worry and rumination. *Clinical Psychological Science*, 11(3), 552-573. <https://doi.org/10.1177/21677026221131309>
- Turrell, Sheri L, and Mary Bell. (2016). *ACT for Adolescents: Treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Oakland, CA: Context Press, 2016. Print. <https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay>
- World Health Organization. (2018). Obesity and overweight [Online]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Zahedi, Z., Amani, A., Azizi, A., Nasiri H., Ghafar, Zarein, F. and especially Ravari, Narges. (2019). Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and solution-oriented treatment on the quality of life and depression of young girls. *Psychological Studies*, 16(2), 141-156. SID. <https://sid.ir/paper/411419/fa> (Text in Persian)
- Zarshanas, S., Karbalai Nouri, A., Hosseini, S. A., Rahgozar, M., Seydnoor, R., and Mushtaq Bidakhti, N. (1389). The effect of aerobic exercise on women's attitudes about body image. *Archives of Rehabilitation (Rehabilitation)*, 11(2 (serial 42)), 15-20. SID. <https://sid.ir/paper/43175/fa>. (Text in Persian)



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در افراد مبتلا به صرع

عسل خرمی نژاد^۱، فائزه جهان*^۲، پرویز صباحی^۳، سقا افراخته^۴

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در افراد مبتلا به صرع بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به صرع مراجعه کننده به انجمن صرع شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. از این تعداد، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل جایگزین شدند. مقیاس بدتنظیمی هیجانی و افسردگی اجرا شد. سپس، درمان پذیرش/تعهد با گروه آزمایش ۱ و آموزش تنظیم عاطفه با گروه آزمایش ۲ به صورت گروهی و هر کدام ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس‌آزمون پس از مداخله و مرحله پیگیری ۲ ماه بعد اجرا گردید. داده‌ها با تحلیل واریانس مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری داشته است و آموزش تنظیم عاطفه اثربخشی بیشتری داشت. می‌توان گفت که آموزش تنظیم عاطفه و درمان پذیرش/تعهد می‌توانند به‌عنوان شیوه‌های مناسب برای افراد مبتلا به صرع به کار برده شوند و تقدم استفاده با آموزش تنظیم عاطفه است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، آموزش تنظیم عاطفه، بدتنظیمی هیجانی، درمان پذیرش/تعهد، صرع.

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. F.jahan@semnaniau.ac.ir

^۳ دانشجویار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۴ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران.

مقدمه

صرع^۱ یک بیماری عصبی شایع است که با وقوع خود به خود تشنج‌های غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل تحریک مشخص می‌شود که تقریباً ۱ درصد (۷۰ میلیون نفر) از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بیماری‌های همراه با صرع باعث شده که صرع در بین تمام اختلالات عصبی در رتبه سوم قرار گیرد (آیکوز^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). بیماران مبتلا به صرع مشکلاتی در زمینه مشکلات هیجانی و مدیریت هیجانات (هان^۳ و همکاران، ۲۰۲۳؛ تومبینی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) و بالاتر بودن سطوح علائم افسردگی^۵ را تجربه می‌کنند (ونجی^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). بدتنظیمی هیجانی^۷ یک عامل فراتشخیصی^۸ است که شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی، دشواری مشارکت در رفتارها و راهبردهای هدفمند ناآگاهی هیجانی، مشکل در کنترل تکانه‌ها است (ارتان^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به صرع باعث تجربه افسردگی در آنان می‌شود (ونجی و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس راهنمای DSM-^{۱۰} با ویژگی و خصوصیتی همچون خلق خسته^{۱۱}، خلق تحریک-پذیر^{۱۲} مشخص می‌شود و بر کارکردهای مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۳}، ۲۰۱۳).

در مقایسه با تشنج‌های صرع، مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع دارد (مولا و ساندر^{۱۴}، ۲۰۱۹). بنابراین افراد مبتلا به صرع نیازهای مراقبت‌های بهداشتی برآورده نشده دارند، به‌ویژه در زمینه سلامت روان. اگرچه ادبیات کنونی افزایش بروز بدتنظیمی هیجانی و افسردگی را در افراد مبتلا به صرع و سهم آنها در کیفیت پایین زندگی ثابت کرده است (کلاری^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳)، اما مداخلات روان‌شناختی کمتری بر روی این بیماران انجام شده است که در این زمینه یکی از مداخلات مهم برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به صرع می‌تواند درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد^{۱۶} باشد (صادق‌زاده^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان شناختی موج سوم^{۱۸} توسط هیز^{۱۹} توسعه داده شد که اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). در این درمان، ذهن‌آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد و پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل^{۲۰}) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) بدون تغییر، اجتناب یا کنترل آنها اشاره دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

1. epilepsy
2. Akyuz
3. Han
4. Tombini
5. depression
6. Wenjie
7. emotional dysregulation
8. transdiagnostic indicator
9. Ertan
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed)
11. presence of sad
12. irritable mood
13. American Psychiatric Association
14. Mula & Sander
15. Clary
16. acceptance/commitment therapy
17. Sadeghnezhad
18. third-wave cognitive therapy
19. Hayes
20. willingness exercises

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف درمان‌های شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساسات تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند (فانگ و دینگ^۱، ۲۰۲۰). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح دربارهٔ آنها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس این درمان افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند. در نتیجه مزیت عمده این درمان نسبت به درمان‌های دیگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. در نتیجه فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به افراد آموزش دهد چگونه دست از بازداری فکری بردارند، چگونه از افکار مزاحم جدا شوند و چگونه هیجان‌های نامطلوب را بیشتر تحمل کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۶).

بر اساس نتایج تحقیقات می‌توان گفت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند یکی از راهکارهای درمانی برای بهبود مشکلات هیجانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به صرع باشد (وحیدی مطلق و همکاران، ۱۳۹۹). یکی دیگر از مداخلاتی که در ایران کمتر به آن توجه شده است آموزش تنظیم عاطفه^۳ که یک رویکرد مداخله‌ای فراتشخیصی محسوب می‌شود که به عنوان آموزش توانایی تعامل سازگارانه با موقعیت‌ها برای آگاهی از هیجان‌ها، شناسایی و برجسب زدن به هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها منفی در صورت لزوم و اصلاح فعالانه هیجان‌ها منفی تعریف شده است (برکینگ و لوکاس^۴، ۲۰۱۵). آموزش تنظیم عاطفه یک مداخله فراتشخیصی و مبتنی بر گروه است که هدف آن تقویت مهارت‌های عمومی تنظیم هیجان در جمعیت‌های در معرض خطر و بالینی است (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش تنظیم عاطفه در تقویت پاسخ‌های انطباقی نسبت به طیف گسترده‌ای از حالات عاطفی نقش مهمی دارد. چون برخی از این حالات عاطفی، مانند استرس/تنش، خلق ناخوشایند/افسرده، بدتنظیمی هیجانی^۵، تنهایی، در تعریف محدودتر اصطلاح «هیجان» گنجانده نمی‌شوند (گروس^۶، ۲۰۱۴).

آموزش تنظیم عاطفه عناصری را از تعدادی از رویکردهای روان‌درمانی مانند عناصر درمان شناختی-رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان متمرکز بر هیجان، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان متمرکز بر شفقت خود، درمان حل مسئله و رویکردهای مبتنی بر ویپاسانا (نوعی فن مراقبه) را ترکیب می‌کند. با توجه به آنچه گفته شد، آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند به عنوان یک مداخله مهم در کنار درمان‌های دارویی در نظر گرفته شود و نتایج تحقیقات در زمینه آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند مورد استفاده روانشناسان حوزه سلامت و بیماری برای کمک به بیماران قرار بگیرد (بهشتی و گرجی، ۱۴۰۱). همچنین می‌توان گفت که در این پژوهش ماندگاری نتایج درمانی پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بررسی شده است، چرا که یکی از مشکلات مداخلات روان‌شناختی و هیجانی آن است که بعد از اتمام دوره درمانی، اثرات درمان فراموش یا کاهش پیدا می‌کند، بنابراین در این پژوهش ضمن مقایسه این رویکرد درمانی و آموزشی (درمان پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه)، به بررسی

1. Fang & Ding
2. Hill
3. affect regulation training
4. Berking & Lukas
5. guilt
6. Gross

۷۶..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی...

ماندگاری نتایج در قالب دوره پیگیری نیز پرداخته شده است؛ لذا بر اساس آنچه گفته شد سؤال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در افراد مبتلا به صرع وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء پژوهش‌های کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری تمامی مراجعه‌کنندگان مبتلا به صرع به انجمن صرع شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. در ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر مبتلا به صرع انتخاب، و سپس در ادامه این تعداد ۴۵ نفره را به روش نمونه‌گیری تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شد. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه فراوانی حملات صرع بین ۳ تا ۶ حمله، گذشت حداقل یک سال از تشخیص صرع در فرد، سن فرد بالای ۱۸ سال باشد و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم ملاک‌های ورود به پژوهش بود. غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. دادن اطمینان به افراد نمونه از نظر محرمانه بودن اطلاعات آنها، حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق آنان، توضیح فرایند مطالعه برای همه آنان، پاسخ به گویه‌ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان، ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

ابزار پژوهش

مقیاس بدتنظیمی هیجانی^۱ (DERS): این مقیاس توسط گراتز و رومر^۲ در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است و شامل ۳۶ گویه است و ۶ مؤلفه عدم پذیرش^۳ (۶ گویه)، اهداف^۴ (۵ گویه)، تکانه‌ها^۵ (۶ گویه)، آگاهی^۶ (۶ گویه)، راهبردها^۷ (۸ گویه) و شفافیت^۸ (۵ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از ۱ برای تقریباً اصلاً و ۵ برای تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات ۳۶ تا ۱۸۰ است و دارای نمره کل می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده بدتنظیمی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب به ترتیب بالا ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۹۴ و کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آورده‌اند و برای بررسی روایی سازه از همبستگی بین نمره کل و نمرات خرده‌مقیاس‌ها استفاده شده است که ضریب همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس تنظیم

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2. Gratz & Roemer
3. no acceptance
4. goals
5. impulses
6. awareness
7. strategies
8. clarity

خلق منفی^۱ محاسبه و ضرایب همبستگی آن به ترتیب بالا ۰/۶۹، ۰/۵۳، ۰/۴۶، ۰/۳۴، ۰/۶۹، ۰/۳۹ و کل مقیاس ۰/۶۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). این مقیاس در ایران ترجمه و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب به ترتیب بالا ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۳ گزارش شده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با متغیر خشم درونی از سیاهه^۲ چندبعدی خشم^۲ با ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۱۱ تا ۰/۳۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (کرمانی مامازندی و طالع پسند، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب بالا ۰/۷۹، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و کل گویه‌ها با هم ۰/۹۳ به دست آمد.

سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۳ (BDI-II): این مقیاس توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است و شامل ۲۱ گویه است و نمره گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰-۱-۲-۳ می‌باشد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است و نمره بالاتر در این سیاهه نشان دهنده افسردگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است و نقطه برش سیاهه^۴ افسردگی بزرگتر یا مساوی ۱۰ است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). تدوین کنندگان اصلی سیاهه شاخص‌های روان‌سنجی سیاهه را بررسی و پایایی سیاهه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۶ برای بیماران روانپزشکی و ضریب ۰/۸۱ برای افراد عادی گزارش کرده‌اند و همچنین روایی همگرایی آن با آزمون افسردگی^۴ همیلتون^۵ (۱۹۶۷) بررسی و ضرایب بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این سیاهه در ایران توسط دابسون و همکاران (۱۳۸۶) ترجمه و هنجاریابی شده است ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌ها در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۲ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی اضطراب^۶ همیلتون (۱۹۵۹) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (دابسون و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر پایایی سیاهه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب آلفای کرونباخ نمرات کل گویه‌ها ۰/۹۱ به دست آمد.

جلسات درمانی

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

| جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | تکلیف |
|------|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| اول | برقراری رابطه درمانی | معرفی درمان و بررسی تاریخچه فردی | شناسایی اجتناب تجربه‌ای | قرارداد درمانی، کاربرگ مشکلات و ارزش‌ها |
| دوم | درماندگی خلاق، درک کنترل مسئله نه راه‌حل | تلاش بی‌ثمر، مردی در باتلاق | شناسایی تلاش‌های ناکارآمد | تمرین ذهن‌آگاهی و شناخت رفتارهای اجتنابی |
| سوم | پذیرش هیجانات درونی | استعاره خوردن سیب | فضا دادن و نظارت بر احساسات ناخوشایند | تمرین تنفس آگاهی و شناسایی احساسات ناخوشایند |

1. Negative Mood Regulation Scale (NMR)
2. Multidimensional Anger Inventory (MAI)
3. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
4. Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS)
5. Hamilton
6. Revised Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS-R)

| | | | | |
|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| چهارم | روشن سازی ارزش‌ها و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه | شناسایی افکار به‌عنوان فکر و نه واقعیت | تلاش برای زندگی ارزشمند | ثبت ارزش‌ها و رفتار بر اساس ارزش‌ها |
| پنجم | بررسی هم‌چوشی و گسلس | شناسایی افکار به‌عنوان فکر و نه واقعیت | کاهش آمیختگی فرد با هیجانات آزار دهنده | بررسی افکار ناخوشایند و نوشتن افکار |
| ششم | توضیح مفاهیم، مشاهده خود به‌عنوان یک بستر | نشان دادن جدایی بین خود و تجارب درونی رفتار | توجه به خود مشاهده‌گر | تمرین صحبت کردن و گوش دادن به افکار |
| هفتم | تأکید بر زمان حال | آموزش بودن در زمان حال (اینجا و اکنون) | آموزش فنون ذهن‌آگاهی | توجه به رفتار خودآسیب و تمرین خوردن کشمش |
| هشتم | آموزش تعهد و جمع‌بندی | ارزیابی موانع تعهد به عمل و جمع‌بندی جلسات | انجام عمل متعهدانه در راستای ارزش‌ها | شناسایی موانع عمل متعهدانه و مرور تمرینات گذشته |

جدول شماره ۲. خلاصه جلسات آموزشی تنظیم عاطفه؛ اقتباس از برکینگ و وایتلی (۲۰۱۴)

| جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | تکلیف |
|-------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| اول | معرفی برنامه آموزشی آموزش تنظیم عاطفه | اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر و شرح قوانین گروه | رهایی از موانع | - |
| دوم | توصیف ارتباط ذهن-بدن و الگوی شکل‌گیری بیماری‌های مزمن جسمانی | آموزش مدیتیشن و تکنیک تنفس عمیق، تنظیم آگاهانه و فعالانه از دیافراگم در چرخه تنفسی. | تنظیم آگاهانه عواطف | انجام مدیتیشن در منزل |
| سوم | آموزش روانی | آموزش راهبردهای حل مساله و تصمیم‌گیری درست. | توانایی تصمیم‌گیری | مروری بر ویژگی‌های روانی سالم |
| چهارم | ریلکسیشن عضلانی | ذهن را به حال آوردن با تکنیک ریلکسیشن عضلانی و افزایش تمرکز | آرمیدگی عضلانی | انجام ریلکسیشن عضلانی در منزل |
| پنجم | آگاهی بدون قضاوت | آگاهی از یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند. انجام مدیتیشن نشسته. | کسب هیجانات مثبت بدون هیچ قضاوتی | زندگی در لحظه حال و نفس کشیدن |
| ششم | خودحمایت‌گری همراه با شفقت | تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق‌ایدنال و کامل برای خود، اشاره‌ای مختصر به مفهوم ترس از شفقت | کسب حس دلسوزانه نسبت به خود | کاربرد تمرین‌های یاد گرفته در خارج و در محیط واقعی با دیگران به کار برد. |
| هفتم | تجزیه و تحلیل هیجان‌ها | آموزش و معرفی هیجان، هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین | توانایی مدیریت هیجانات | شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی |
| هشتم | تمرین‌های بیشتر مقابله مؤثر با حالت‌های عاطفی | خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیم هیجان فرد و آموزش مهارت‌های بین فردی | توانا شدن در تنظیم عاطفه | - |

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه تنظیم عاطفه، به ترتیب ۲۵/۸۰ و ۶/۵۷؛ گروه پذیرش/تعهد ۲۸/۲۰ و ۶/۵۳ و گروه کنترل ۲۵/۶۷ و ۶/۶۶ بود. میزان آماره F به دست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۷۰۳$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=۰/۵۰۱$) که نشان‌دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی و افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی در گروه آزمایش و گروه کنترل

| متغیرهای وابسته | مرحله | میانگین | | | انحراف معیار | | |
|------------------|-----------|-------------|--------------|--------|--------------|------------|-------|
| | | تنظیم عاطفه | پذیرش / تعهد | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | کنترل |
| عدم پذیرش | پیش‌آزمون | ۱۹/۶۰ | ۱۹/۴۰ | ۲۰/۵۰ | ۱/۱۲ | ۱/۳۵ | ۱/۱۲ |
| | پس‌آزمون | ۱۶/۰۷ | ۱۷/۲۰ | ۲۰/۳۳ | ۱/۷۱ | ۲/۰۴ | ۰/۹۸ |
| | پیگیری | ۱۶/۱۳ | ۱۷/۲۷ | ۲۰/۴۰ | ۱/۸۵ | ۲/۰۹ | ۱/۱۲ |
| اهداف | پیش‌آزمون | ۱۴/۴۷ | ۱۴/۴۰ | ۱۴/۲۰ | ۰/۷۴ | ۰/۸۳ | ۰/۸۶ |
| | پس‌آزمون | ۱۱/۸۷ | ۱۲/۰۷ | ۱۴/۰۷ | ۱/۰۶ | ۱/۴۴ | ۰/۹۶ |
| | پیگیری | ۱۱/۹۳ | ۱۲/۱۳ | ۱۴/۱۳ | ۱/۲ | ۱/۴۶ | ۰/۹۱ |
| تکانه‌ها | پیش‌آزمون | ۱۵/۸۷ | ۱۵/۶۰ | ۱۵/۵۳ | ۰/۸۲ | ۰/۶۳ | ۰/۸۲ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۰۷ | ۱۳/۴۷ | ۱۵/۴۰ | ۱/۲۸ | ۱/۵۵ | ۰/۸۳ |
| | پیگیری | ۱۳/۰۰ | ۱۳/۴۰ | ۱۵/۴۷ | ۱/۱۹ | ۱/۸۸ | ۰/۸۳ |
| آگاهی | پیش‌آزمون | ۲۱/۲۷ | ۲۰/۵۳ | ۲۱/۰۰ | ۰/۹۶ | ۰/۵۲ | ۱/۱۹ |
| | پس‌آزمون | ۱۶/۴۰ | ۱۷/۰۰ | ۲۱/۱۳ | ۱/۱۲ | ۲/۴۲ | ۱/۱۹ |
| | پیگیری | ۱۶/۴۷ | ۱۷/۰۷ | ۲۱/۰۷ | ۱/۲۵ | ۲/۳۷ | ۱/۲۸ |
| راهبردها | پیش‌آزمون | ۲۵/۴۰ | ۲۵/۱۳ | ۲۵/۳۳ | ۰/۹۱ | ۰/۷۴ | ۰/۸۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۱/۰۰ | ۲۱/۴۷ | ۲۵/۲۰ | ۰/۸۴ | ۱/۴۱ | ۰/۸۶ |
| | پیگیری | ۲۱/۰۷ | ۲۱/۵۳ | ۲۵/۲۷ | ۰/۸۸ | ۱/۴۱ | ۰/۸۸ |
| شفافیت | پیش‌آزمون | ۱۴/۸۰ | ۱۴/۵۳ | ۱۴/۴۰ | ۰/۷۷ | ۰/۸۱ | ۰/۷۴ |
| | پس‌آزمون | ۱۱/۳۳ | ۱۴/۱۳ | ۱۴/۳۳ | ۰/۹۰ | ۱/۱۲ | ۰/۷۳ |
| | پیگیری | ۱۱/۴۰ | ۱۲/۲۳ | ۱۴/۴۰ | ۱/۰۶ | ۰/۹۸ | ۰/۶۳ |
| نمره کل بدتنظیمی | پیش‌آزمون | ۱۱۱/۴۰ | ۱۰۹/۶۰ | ۱۱۱/۰۰ | ۲/۱۳ | ۲/۴۷ | ۲/۰۳ |
| | پس‌آزمون | ۸۹/۷۳ | ۹۳/۳۳ | ۱۱۰/۴۷ | ۴/۳۲ | ۳/۸۸ | ۱/۸۵ |
| | پیگیری | ۹۰/۰۰ | ۹۳/۷۳ | ۱۱۰/۷۳ | ۵/۰۶ | ۴/۳۲ | ۲/۰۲ |
| افسردگی | پیش‌آزمون | ۲۳/۶۷ | ۲۴/۴۰۰ | ۲۳/۳۳ | ۱/۲۳ | ۰/۸۴ | ۱/۰۵ |
| | پس‌آزمون | ۲۰/۳۳ | ۲۰/۳۳ | ۲۳/۲۷ | ۱/۱۷ | ۱/۷۶ | ۱/۱۰ |

۸۰..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی...

| | | | | | | |
|--------|-------|-------|-------|------|------|------|
| پیگیری | ۲۰/۴۰ | ۲۰/۴۰ | ۲۳/۳۳ | ۱/۲۴ | ۱/۶۸ | ۱/۱۱ |
|--------|-------|-------|-------|------|------|------|

با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. در ادامه از آزمون گرین هاوس-گیسر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۴ آمده است که نتایج آن نشان می‌دهد که آموزش تنظیم عاطفه و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی اثربخشی معناداری دارد.

جدول شماره ۴. نتایج اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی بدتنظیمی هیجانی و افسردگی

| متغیرهای وابسته | منابع تغییر | آماره F | معنی‌داری | ضریب تاثیر | توان آماری |
|------------------|-------------|---------|-----------|------------|------------|
| عدم پذیرش | گروه | ۲۱/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۸۸/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۲۱/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ | ۱/۰۰ |
| اهداف | گروه | ۹/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۹۸/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۲۱/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ | ۱/۰۰ |
| تکانه‌ها | گروه | ۹/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۱ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۸۹/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۲۱/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ | ۱/۰۰ |
| آگاهی | گروه | ۲۷/۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۱۱۷/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۳۳/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ | ۱/۰۰ |
| راهندها | گروه | ۴۸/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۲۷۲/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۶۴/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰ |
| شفافیت | گروه | ۲۸/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۱۳۹/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۳۷/۶۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ | ۱/۰۰ |
| نمره کل بدتنظیمی | گروه | ۹۹/۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۵۶۴/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۱۴۰/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷ | ۱/۰۰ |
| افسردگی | گروه | ۱۳/۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۰ | ۱/۰۰ |
| | زمان | ۱۱۶/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ | ۱/۰۰ |
| | زمان×گروه | ۲۸/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ | ۱/۰۰ |

در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در بدتنظیمی هیجانی و افسردگی و ابعاد آن در جدول شماره ۵ آمده است که نتایج نشان داد که تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون (اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری (اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری (اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که آموزش تنظیم عاطفه و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بدتنظیمی هیجانی و افسردگی برای بررسی پایداری نتایج

| معناداری | تفاوت میانگین | تفاوت مراحل | متغیرهای وابسته |
|----------|---------------|--------------------|-------------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۸ | پیش آزمون-پس آزمون | عدم پذیرش |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۱ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۲۷۲ | -۰/۰۷ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۶۹ | پیش آزمون-پس آزمون | اهداف |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۶۲ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۲۷۲ | -۰/۰۷ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۶۹ | پیش آزمون-پس آزمون | تکانه‌ها |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۷۱ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۹۹۹ | ۰/۰۲ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۶ | پیش آزمون-پس آزمون | آگاهی |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۳ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۰۲ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۷۳ | پیش آزمون-پس آزمون | راهبردها |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۶۷ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۲۷۲ | -۰/۰۷ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۸ | پیش آزمون-پس آزمون | شفافیت |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۸۷ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۴۱۷ | -۰/۱۱ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۲/۸۲ | پیش آزمون-پس آزمون | نمره کل بدتنظیمی هیجانی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۲/۵۱ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۷۳ | -۰/۳۱ | پس آزمون-پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۳۶ | پیش آزمون-پس آزمون | افسردگی |
| ۰/۰۰۱ | ۲/۲۹ | پیش آزمون-پیگیری | |
| ۰/۲۷۲ | -۰/۰۷ | پس آزمون-پیگیری | |

۸۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی...

در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه و درمان مبتنی بر پذیرش / تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۶ آمده است؛ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه آموزش تنظیم عاطفه با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد با گروه کنترل است که این نشان‌دهنده آن است که آموزش تنظیم عاطفه اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش بدتنظیمی هیجانی و افسردگی دارد.

جدول شماره ۶. نتایج آزمون تعقیبی بدتنظیمی هیجانی و افسردگی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

| معناداری | تفاوت میانگین | گروه مقایسه | گروه‌های مداخله | گروه | متغیرهای وابسته |
|----------|---------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
| ۰/۵۵۲ | -۰/۶۹ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | عدم پذیرش |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۱۶ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۲/۴۷ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۱۱ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | اهداف |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۳۸ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۲۷ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۱۸ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | تکانه‌ها |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۴۹ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۳۱ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۹۹۹ | ۰/۱۶ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | آگاهی |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۰۲ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۲/۸۷ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۲۲ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | راهنم‌ها |
| ۰/۰۰۱ | -۲/۷۸ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۲/۵۶ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۱۹۷ | -۰/۴۹ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | شفافیت |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۸۷ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۳۸ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۲۶۰ | -۱/۸۴ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | نمره کل بدتنظیمی |
| ۰/۰۰۱ | -۱۳/۶۹ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۱۱/۸۴ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |
| ۰/۹۹۹ | -۰/۱۱ | پذیرش/تعهد | تنظیم عاطفه | تنظیم عاطفه | افسردگی |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۸۸ | کنترل | تنظیم عاطفه | پذیرش/تعهد | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۷۳ | کنترل | پذیرش/تعهد | کنترل | |

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی در افراد مبتلا به صرع بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به صرع موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات وحیدی مطلق و همکاران (۱۳۹۹) همسویی دارد که اثربخشی این درمان بر روی افراد مبتلا به صرع نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان پذیرش/تعهد که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن‌آگاهی) و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات هیجانی را در خود تقویت نمایند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). افراد تحت درمان در این درمان می‌آموزند که با وجود مشکلات می‌توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار گردد و از خود رضایت داشته باشند (صادق‌زاده و همکاران، ۲۰۲۲). اجرای درمان پذیرش/تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های درمان پذیرش/تعهد، به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل برمبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به صرع می‌شود.

افزون بر این، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر افسردگی در افراد مبتلا به صرع موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات وحیدی مطلق و همکاران (۱۳۹۹) همسویی دارد که اثربخشی این درمان بر روی افراد مبتلا به صرع نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد تمرین‌های پذیرش و بحث‌های پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد همگی باعث کاهش افسردگی می‌شود. همچنین در این درمان افراد تشویق می‌شوند تا رفتارشان را بر اساس اینکه آیا راهبردهایی که به کار می‌برند موفقیت‌آمیز است یا نه، ارزیابی کنند. بیماران دارای علائم افسردگی معمولاً به دنبال دلیل آوردن برای افسردگی هستند که این منجر به افزایش نشخوار فکری می‌شود و تجارب خود را مورد انتقاد منفی قرار می‌دهند؛ لذا در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش، خودمشاهده‌گری و آگاهی فرد از وضع اندامش تقویت می‌شود. در این راستا در راستای افزایش پذیرش افکار، باورها، احساسات و دریافت‌های حسی و بدنی تلاش می‌شود؛ بنابراین افراد مبتلا به صرع افکار افسرده‌زای خود را مورد مشاهده قرار می‌دهند و خود را از نشخوارهای فکری که منتج از افسردگی است، نجات می‌دهند و علائم افسردگی آنان کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به صرع موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات برکینگ و لوکاس (۲۰۱۵)، برکینگ و همکاران (۲۰۱۹) و بهشتی و گرجی (۱۴۰۱) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که بدتنظیمی هیجانی یکی از مشکلاتی که افراد مبتلا به صرع تجربه می‌کنند و دشواری بیشتری در مدیریت هیجانات دارند، به همین دلیل این افراد نیاز بیشتری به مدیریت هیجانات خود دارند تا از حملات ناگهانی صرع در امان باشد. به همین علت آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند به بهبود مدیریت تنظیم هیجان این افراد کمک کند.

۸۴ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی...

فنونی که در آموزش تنظیم عاطفه وجود دارد باعث می‌شود این افراد رویکرد مثبتی به زندگی داشته و بالطبع دارای امیدواری بالاتری باشند و از احساس کفایت بالایی برخوردار باشد. پس می‌توان انتظار داشت که در این شرایط نامتعارف مانند مواقع درگیر با بیماری، این افراد با مدد جستن به فنون تنظیم عاطفه، امید به زندگی بالاتری را تجربه کنند (بریکینگ و همکاران، ۲۰۱۴) و در مواجهه رویدادها و موقعیت‌های تنش‌زا مدیریت هیجانی بهتری را از خود نشان دهند.

همچنین، نتایج نشان داد که آموزش تنظیم عاطفه بر افسردگی در افراد مبتلا به صرع موثر بود که این نتیجه به‌دست آمده با نتایج تحقیقات بریکینگ و لوکاس (۲۰۱۵)، بریکینگ و همکاران (۲۰۱۹) و بهشتی و گرجی (۱۴۰۱) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که در تمرینات تنظیم عاطفه افراد متوجه می‌شوند که بین افکار، احساسات، عواطف و رفتار رابطه ناگسستنی قوی وجود دارد. بنابراین بر اساس این آگاهی، افکار و حالات افسرده ساز شناسایی می‌شوند و با تمرین رها کردن و پذیرش این افکار به تدریج سازگاری با اطرافیان هم بیشتر می‌شود و در نتیجه کمتر درگیر نشخوارهای ذهنی و شناختی می‌شوند. علاوه بر این مکانیسم‌های اثرگذاری تنظیم عاطفه نظیر مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش نیز باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود. به‌طور کلی تنظیم عاطفه قادر به تغییرات ساختاری در بخش‌هایی از مغز است که محرک‌های حسی، شناختی و عاطفه را پردازش می‌کنند و این امر به نوبه خود منجر به تغییر برچسب‌گذاری منفی محرک عاطفی شده و به تبع آن افسردگی کاهش می‌یابد.

در بخشی دیگری از نتایج، نشان داده شد آموزش تنظیم عاطفه اثربخشی بیشتری بر کاهش بدتنظیمی هیجانی دارد. پژوهشی یافت نشد که نشان دهد بین اثربخشی این دو مداخله در افراد مبتلا به صرع تفاوت وجود دارد، اما می‌توان این نتیجه به‌دست آمده را با نتایج تحقیقات بریکینگ و لوکاس (۲۰۱۵)، بریکینگ و همکاران (۲۰۱۹) و بهشتی و گرجی (۱۴۰۱) همسو دانست که اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به‌دست آمده مبنی بر اثربخش‌تر بودن آموزش تنظیم عاطفه نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کاهش بدتنظیمی هیجان افراد مبتلا به صرع می‌توان گفت که انجام تمرینات تنظیم عاطفه می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان‌شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد به سلامت روان آنها کمک کند. با آموزش تنظیم عاطفه افراد یاد می‌گیرند ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایندی مانند بیماری صرع خود داشته باشند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای تنش‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طور کلی نظام پردازش اطلاعات خود را به شیوه موثقت‌تری به کار می‌اندازند که همه این تغییرات موجب افزایش مدیریت هیجانانگیز در افراد مبتلا به صرع می‌شود.

در نهایت نتایج نشان داد که آموزش تنظیم عاطفه اثربخشی بیشتری بر کاهش افسردگی دارد. پژوهشی یافت نشد که نشان دهد بین اثربخشی این دو مداخله در افراد مبتلا به صرع تفاوت وجود دارد، اما می‌توان این نتیجه به‌دست آمده را با نتایج تحقیقات بریکینگ و لوکاس (۲۰۱۵)، بریکینگ و همکاران (۲۰۱۹) و بهشتی و گرجی (۱۴۰۱) همسو دانست که اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آموزش تنظیم عاطفه می‌تواند منجر به تشکیل الگوهای رفتاری می‌شود که افکار و عواطف آشفته‌ساز کمتری مانند افسردگی در بردارند. بنا بر مطالعات انجام شده کاهش سطح کورتیزول

موجب افزایش پذیرش در فرد شده و احتمال ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی را کاهش می‌دهد. از این حیث آموزش تنظیم عاطفه باعث دیدن واضح و پذیرش عواطف و پدیده‌های فیزیکی همانگونه که اتفاق می‌افتند در افراد مبتلا به صرع می‌شود. در این آموزش افراد یاد می‌گیرند که احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود را پذیرفته و در پی آن، توانایی پذیرش احساسات ارتقا پیدا می‌کند و توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به نشانه‌های بیماری در آنها کاهش می‌یابد. همچنین در طی دریافت آموزش تنظیم عاطفه افراد یاد می‌گیرند با عواطف و افکار منفی مقابله مسأله‌مدار کرده، و از شیوه متفاوتی برای مواجهه با عواطف و پریشانی‌ها استفاده کنند؛ در نتیجه، چالش با افکار خودآیند منفی و پردازش‌های شناختی ناکارآمد که منجر به افسردگی می‌شود کم می‌شود.

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 شرکت‌کنندگان در گروه‌های مطالعه به صورت تصادفی بود، اما در کل انتخاب نمونه به صورت دسترس از ارزش تعمیم‌پذیری مطالعه می‌کاهد. این احتمال وجود دارد که در پاسخ مردان مبتلا به صرع، سوگیری وجود داشته باشد. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان‌ها پرداخته شود. در سطح عملی اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که با توجه به اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد، این مداخلات می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود بدتنظیمی هیجانی و افسردگی افراد مبتلا به صرع در مراکز مشاوره به کار برده شوند و تقدم استفاده با اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه است.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان مبتلا به صرع که به گویه‌های پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت مالی و تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بهشتی، فرشته؛ و گرجی، یوسف. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم عاطفه بر نشانگان افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به نوروپاتی دیابتی. *نشریه علمی و پژوهشی زن و مطالعات خانواده*، ۱۵(۵۷)، ۱-۱۰.
- <https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1931321.1578>
- دایسون، کیت؛ محمدخانی، پروانه؛ و مساح‌چولابی، امید. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *مجله توانبخشی*، ۸(۱)، ۸۷-۸۰. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- کرمانی مامازندی، زهرا؛ و طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی*، ۱۱(۴۲)، ۱۴۲-۱۱۷. https://jinev.tabriz.iau.ir/article_543435.html

- ۸۶..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و آموزش تنظیم عاطفه بر بدتنظیمی هیجانی و افسردگی...
- وحیدی مطلق، لیدا؛ مکنوندحسینی، شاهرخ؛ نجفی، محمود؛ و زمانی قلعه تکی، غلامرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان: یک مطالعه با کاربردی کنترل‌شده تصادفی. *نشریه کومش*، ۲۲(۳)، ۴۲۷-۴۱۹. <http://dx.doi.org/10.29252/koomesh.22.3.419>
- Aimaier, G., Qian, K., Zheng, Z., Peng, W., Zhang, Z., Ding, J., & Wang, X. (2022). Interictal heart rate variability as a biomarker for comorbid depressive disorders among people with epilepsy. *Brain Sciences*, 12(5), 671-682. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050671>
- Akyuz, E., Arulsamy, A., Hasanli, S., Yilmaz, E. B., & Shaikh, M. F. (2023). Elucidating the visual phenomena in epilepsy: A mini review. *Epilepsy Research*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2023.107093>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Unventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
- Beheshti, F., & Gorji, Y. (2022). The effectiveness of affect regulation training on depression syndromes and life expectancy in women with diabetic neuropathy. *Women and Family Studies*, 15 (57), 115-133. (Text in Persian) <https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1931321.1578>
- Berking, M., & Lukas, C. A. (2015). The affect regulation training: A transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.002>
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). Development of the “affect regulation training”(ART) program. *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*, 53-65. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9_6
- Berking, M., Eichler, E., Luhmann, M., Diedrich, A., Hiller, W., & Rief, W. (2019). Affect regulation training reduces symptom severity in depression—A randomized controlled trial. *PloS One*, 14(8), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220436>
- Clary, H. M. M., Giambarberi, L., Floyd, W. N., & Hamberger, M. J. (2023). Afraid to go out: Poor quality of life with phobic anxiety in a large cross-sectional adult epilepsy center sample. *Epilepsy Research*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2023.107092>
- Dobson, K., Mohammadkhani, P., & Masah Cholabi, O. (2007). Psychometric summary of the Beck-2 depression questionnaire in a large sample of patients with major depression. *Journal of Rehabilitation*, 8(1), 87-80. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- Ertan, D., Aybek, S., LaFrance Jr, W. C., Kanemoto, K., Tarrada, A., Maillard, L., & Hingray, C. (2022). Functional (psychogenic non-epileptic/dissociative) seizures: why and how?. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 93(2), 144-157. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2021-326708>
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(1), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51774644/>
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. A. X. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
- Han, Y., Zhong, R., Yang, J., Guo, X., Zhang, H., Zhang, X., & Lin, W. (2023). Alexithymia and related factors among patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 138(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108975>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York: Guilford Press <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(1), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006>
- Kermani Mamazandi, Z., & Taleh Pasand, S. (2018). Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Journal of Instruction and Evaluation*, 42(1), 117-142. (Text in Persian) https://jinev.tabriz.iau.ir/article_543435.html
- Mula, M., & Sander, J. W. (2019). Current and emerging drug therapies for the treatment of depression in adults with epilepsy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(1), 41-45. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1543402>
- Sadeghnezhad, H., Teimory, S., & Amiri, M. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in epileptic patients. *Social Determinants of Health*, 6(1), 37-37. <https://doi.org/10.22037/sdh.v6i1.34990>
- Tombini, M., Assenza, G., Quintiliani, L., Ricci, L., Lanzone, J., & Di Lazzaro, V. (2020). Alexithymia and emotion dysregulation in adult patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 113(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107537>
- Vahidi Motlagh, L., Makvand Hosseini, S., Najafi, M., & Zamani Ghaleh Taki, G. (1400). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving the quality of life and its components of drug refractory epileptic patients. *Koomesh*, 22 (3), 419-427. (Text in Persian) <http://dx.doi.org/10.29252/koomesh.22.3.419>
- Wenjie, H. A. N., Youtian, Z. H. O. U., Zhensheng, L. I., Jianjie, K. A. N. G., & Bingmei, D. E. N. G. (2024). Risk factors of depression and anxiety in epilepsy patients and their relationship with quality of life HAN Wenjie. *Journal of Practical Medicine/Shiyong Yixue Zazhi*, 40(4), 1-10. <https://openurl.ebsco.com>



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 مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر

زهرا اسدی^۱ , کبری کاظمیان مقدم^{۲*} , همایون هارون رشیدی^۳ 

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله رفتاری شناختی بر روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز بود که در پرسشنامه تشخیصی صفات قلدری و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار دریافت نمودند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های سیاهه رفتاری کودک، کیفیت روابط، ادراک خود و مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان بود. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر تأثیر مثبت و معناداری داشت. منطبق با یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و روان‌درمانگران از مداخله رفتاری شناختی برای بهبود روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: ادراک خود، روابط بین فردی، شناختی-رفتاری، همدلی.

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت در منزل، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت در منزل، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران k.kazemian@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مراقبت در منزل، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

مقدمه

قلدری^۱ یکی از مشکلاتی است که افراد در مدارس در ارتباطاتشان با آن روبه‌رو می‌شوند. مطالعات اخیر، قلدری را به‌عنوان نوعی از پرخاشگری پیشگیرانه یا واکنشی با هدف آسیب عمدی و یا ناراحت کردن مکرر سایر افراد یا گروه‌هایی که قدرت کمتری دارند، تعریف می‌کنند. قلدری باعث ایجاد آسیب‌های پایدار در حوزه‌های اجتماعی، هیجانی و تحصیلی می‌شود و با مشکلاتی همچون خطر مصرف مواد و سیگار، بی‌خوابی، احساس تنهایی، فقدان دوست، اضطراب، افسردگی، عملکرد تحصیلی ضعیف و مشکلات برون‌سازی شده^۲، پیوند ضعیف با مدرسه و ادراک پایین شایستگی اجتماعی همراه است (پی‌وک^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعه گذشته‌نگر در کشور چین نشان داد که میزان شیوع قربانی شدن در مدارس متوسطه بیشتر بوده و اثرات قربانی شدن در نوجوانان شدیدتر است (جانگ و همکاران^۴، ۲۰۲۳). با توجه به تأثیر منفی قلدری در زندگی اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودکان و از سویی دیگر در صورت بی‌توجهی و عدم به‌کارگیری درمان‌های مناسب برای کاهش این اختلال در کودکان که بروز اختلالات دیگری همچون افسردگی، اضطراب و اختلال سلوک را در پی خواهد داشت؛ انجام مداخله‌های مناسب برای نوجوانان مبتلا به این اختلال ضرورت دارد و متخصصان و درمانگران باید نسبت به شناسایی سریع و درمان این نوع اختلالات شایع توجه و حساسیت بالایی داشته باشند (سها و همکاران^۵، ۲۰۲۱). طبق نظریه فشار عمومی آگنیو^۶ (GST) قربانی شدن در سن کودکی و نوجوانی می‌تواند موجب احساسات منفی مانند استرس، افسردگی یا پرخاشگری شود و قربانیان می‌توانند مکانیسم‌های مقابله‌ای انحرافی مانند رفتار پرخاشگرانه برای مدیریت این احساسات ایجاد کنند، بنابراین ممکن است فشار ناشی از قلدری منجر به مشکلات داخلی و خارجی شود (جانگ و کیانو^۷، ۲۰۲۴، زو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴) و اختلال در تنظیم هیجان و میزان میل به خودکشی را در نوجوانان افزایش دهد (کندی و براس^۹، ۲۰۲۴). عوامل متعددی بر قلدری تاثیرگذارند، اما بیشتر مطالعات بر روی قلدری از نبود همدلی^{۱۰} در بین قلدران سخن گفته‌اند (برنادو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). همدلی به معنی توانایی پذیرش دیدگاه شخصی دیگر و تجربه افکار و احساسات آن فرد، توانایی درک و شراکت در حالات عاطفی دیگران و تجربه شخصی آنها بدون پیوند با آنهاست؛ که ترکیبی از بعد شناختی و عاطفی است. بعد شناختی به توانایی دیدگاه و درک هیجانات دیگران اشاره دارد و بعد عاطفی توانایی سهیم شدن در هیجانات دیگران است (ژیائو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). همدلی بالا از رفتارهای ضد اجتماعی جلوگیری، رفتار نوع دوستانه را تشویق و رفتارهای اجتماعی مثبت را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر همدلی کم، امکان ایجاد رفتارهای ضد اجتماعی را افزایش می‌دهد (ویز و کیکارا^{۱۳}، ۲۰۲۱). نوجوانان که همدلی بیشتری دارند، نسبت به دیگران مهربانی و رفتارهای مراقبتی بیشتری نشان می‌دهند، نگران آسیب‌دیدن دیگران هستند، هیجان مثبتی نسبت به دیگران نشان می‌دهند، با دیگران تعامل بدنی مثبت دارند، تعامل‌های کلامی مثبت برقرار

1. Bullying
2. externalized problems
3. Pivec
4. Jiang
5. Saha
6. General strain theory
7. Chang & Caino
8. Zhu
9. Kennedy & Brausch
10. empathy
11. Bernardo
12. Xiao
13. Wiz & Kikara

می‌کنند و نسبت به تعامل‌های غیرکلامی نیز حساس‌اند. به‌طورکلی، نوجوانان با سطح بالایی از همدلی تمایل کمتری به پرخاشگری داشته و دوست داشتنی‌تر، اجتماعی‌تر و از نظر علمی موفق‌تر هستند (عدیلی و سرداری، ۱۳۹۹). همچنین پژوهش‌ها از رابطه بین رفتار همدلانه با سازگاری اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، رفتارهای جامعه‌پسند و عدم پرخاشگری حکایت دارند (سعدونی و همکاران، ۱۴۰۲).

مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که دانش‌آموزان قلدر، مشکلاتی در ادراک از خود^۱ دارند. ادراک از خود آسیب‌دیده به رشد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و حتی شاید رشد اختلالات اساسی، از جمله افسردگی منجر می‌شود (فاریو^۲، ۲۰۱۸). ادراک از خود، تجربه یک فرد از خودش و باورهای مربوط به خودش (در جنبه‌های جسمی، رفتاری و روانی) است که از انعکاس تجارب فرد از خودش ناشی می‌شود و این تجربه فرد و باورهای فرد در رابطه با خودش، مستقل از دیگران؛ ولی در ارتباط با دیگران است (کیم و تیلور^۳، ۲۰۱۹). رحمانی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که ادراک خود نوجوانان رفتارهای قلدری را کاهش می‌دهد.

یکی از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به دانش‌آموزان قلدر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری^۴ است. این درمان تلفیقی از رویکردهای شناختی و رویکردهای رفتاری است که از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، آرمیدگی، رفتارهای جراتمندانه و دیگر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می‌یابد و با استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس و آرمیدگی می‌توان سطوح استرس را کاهش داد که به نوبه خود می‌تواند به حفظ سلامتی و ارتقا عملکرد ایمنی و اجتماعی منجر شود (هاشمی و خدمتگزار، ۱۴۰۲). هدف این مداخله اصلاح عقاید غیرمنطقی باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (حاجی‌دوست گیو و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر روی مشکلات رفتاری کودکان مؤثر هستند (واچر و همکاران^۵، ۲۰۲۲). شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش ۵۰ درصدی مشکلات رفتاری کودکان در سوئد است (ورگلند^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین مطالعات از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش سازگاری اجتماعی (اصغرپور لشکامی و همکاران، ۱۴۰۲)، کاهش اضطراب و بهبود سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان (حاجی‌دوست گیو و همکاران، ۱۴۰۲)، کاهش کمال‌گرایی ناسازگارانه (نظری و همکاران، ۱۴۰۲) و افزایش همدلی (فلاح برنجستانی و همکاران، ۱۴۰۰) حکایت دارد. از آن جایی که قلدری در مدرسه یک تهدید جدی برای سلامت روانی دانش‌آموزان و تمامی کسانی که به نوعی در این موضوع درگیرند، می‌باشد، انجام پژوهش‌های مؤثر و جدی برای پیشگیری از آن بسیار ضروری است. همچنین در سال‌های اخیر توجه به اختلالات کودکان و پر اهمیت شمردن آنها سیر فزاینده‌ای یافته است و دستاوردهای ارزنده‌ی

1. Self-perception
2. Fareo
3. Kim & Taylor
4. cognitive behavioral therapy
5. Vacher et al
6. Wergeland

۹۲..... اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر

بسیاری در زمینه مطالعه کودک و بهبود وضعیت روانی کودک حاصل شده، ولی هنوز کمبودها و نقایص بسیاری در این رابطه وجود دارد و اکثر پژوهش‌های انجام گرفته مربوط به بافت فرهنگی غیرایرانی است، جمع این موارد ضرورت انجام پژوهش حاضر را به عنوان خلأ پژوهشی توجیه می‌کند. بنابراین با توجه به اهمیت پرداختن به پدیده قلدری و بررسی اثربخشی مهارت‌های شناختی رفتاری بر روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی و همچنین با توجه به اینکه در ادبیات گذشته بررسی این متغیرها به‌طور همزمان صورت نگرفته است؛ لذا هدف اصلی این پژوهش پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان قلدر اثرگذار است؟ بنابراین فرضیه‌های این مطالعه عبارت‌اند از:

مداخله شناختی-رفتاری باعث بهبود روابط بین‌فردی دانش‌آموزان دختر قلدر می‌شود.

مداخله شناختی-رفتاری باعث افزایش ادراک مثبت از خود در دانش‌آموزان دختر قلدر می‌شود.

مداخله شناختی-رفتاری باعث افزایش سطح همدلی در دانش‌آموزان دختر قلدر می‌شود.

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر نوجوان از مدارس متوسطه شهر دزفول در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند؛ سپس والدین دانش‌آموزان، سیاهه رفتاری کودک اخنباخ و رسکولار را تکمیل کردند. پس از تکمیل سیاهه رفتاری کودک، ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که در شاخص تضادورزی جسورانه و قانون‌شکنی سیاهه رفتاری کودک، نمره بالاتر از نمره برش (۶۴) کسب کردند، به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و با جایگزین‌سازی تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت برنامه مداخله رفتاری شناختی قرار گرفت (گروه کنترل تحت آموزش قرار نگرفت). مداخله رفتاری شناختی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد معیارهای ورود به مطالعه، عبارت بودند از: فاصله سنی ۱۲ تا ۱۵ سال، علاقمندی و رضایت برای شرکت در پژوهش (براساس فرم رضایت آگاهانه) و معیارهای خروج عبارت بودند از: بیماری فیزیکی (طبق گزارش والدین)، استفاده از داروهای روان پزشکی (طبق گزارش والدین و خوداظهاری دانش‌آموز) و دریافت سایر مداخلات درمانی هم‌زمان (طبق گزارش والدین و مشاور مدرسه)، حضور پیدا نکردن در دو جلسه، درخواست برای ترک جلسات و پاسخ‌ندادن به پرسشنامه‌ها. همچنین داده‌ها با تحلیل کوواریانس تک‌متغیره با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از پایان پژوهش، جهت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، حصول اطمینان از عدم افشای اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و رازداری موارد اخلاقی بود که در پژوهش رعایت شد.

ابزارهای سنجش

سیاهه رفتاری کودک (CECL)^۱: اخنباخ و رسکولار این سیاهه را در سال ۲۰۰۱ برای کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۶ سال تدوین کردند. والدین یا معلم سیاهه را تکمیل می‌کنند. این سیاهه که مشکلات عاطفی و رفتاری را می‌سنجد شامل ۱۱۳ گویه اصلی و ۸ گویه فرعی است که در یک مقیاس سه درجه‌ای نادرست، تا حدی درست و کاملاً درست پاسخ داده می‌شود و به ترتیب به صورت ۰، ۱ و ۲ نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه ۸ مشکل یا نشانه عاطفی رفتاری را اندازه می‌گیرد و شامل مشکلات عاطفی^۲، اضطراب^۳، شکایات جسمانی^۴، نارسایی توجه/فزون کنشی^۵، قانون‌شکنی^۶ و تضادورزی جسورانه^۷ و مشکلات هنجاری^۸ است. آزمون مجدد اعتبار کل سیاهه ۰/۹۴ دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی سازه این سیاهه از طریق محاسبه همبستگی بین این سیاهه و پرسشنامه والد کانزر بین ۰/۵۹ و ۰/۶۵ بود (به نقل از یاچمن و پاروش^۹، ۲۰۰۴). در پژوهش حاجی مهدی و خالقی‌پور (۱۴۰۱) ضرایب روایی تحلیل عاملی این سیاهه در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ به دست آمد و دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت روابط (QRI)^{۱۰}: پیرس^{۱۱} (۱۹۹۴) این پرسشنامه را با هدف ارزیابی کیفیت روابط فرد با سایرین ساخت. این پرسشنامه از ۲۹ گویه تشکیل شده است که دارای سه خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده^{۱۲}، تعارض بین‌فردی^{۱۳} و صمیمیت^{۱۴} هست. شیوه نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت هیچ (۱)، کم (۲)، متوسط (۳) و زیاد (۴) است. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۰۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده روابط بین‌فردی مطلوب‌تر است. پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی، ضریب ۰/۸۳ برای کل پرسشنامه به دست آمد. یروود^{۱۵} و همکاران، (۲۰۱۸) پایایی آزمون را با روش آلفای کرونباخ در سه خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند و روایی این پرسشنامه با استفاده از روایی محتوایی (۰/۸۱) نشان دهنده روایی مناسب بود. حسینی قدمگاهی و همکاران (۱۳۷۷) با ترجمه و تنظیم مجدد و تغییراتی در شکل و محتوای فرم ترجمه‌شده قبلی، اعتبار پرسشنامه از طریق بازآزمایی ضریب ۰/۸۳ را برای کل پرسشنامه به دست آوردند که در ویرایش دوم ۴ گویه آن حذف شد و در نهایت، ۲۵ گویه باقی ماند. پایایی آزمون در پژوهش حاجی مهدی و خالقی‌پور (۱۴۰۱) براساس

1. Child Behavior Check List
2. emotional problems
3. anxiety
4. physical complaints
5. attention deficit/hyperactivity disorder
6. lawbreaking
7. bold confrontation
8. normative problems
9. Yochman & Parush
10. Quality of Relationship Inventory
11. Pierce
12. perceived social support
13. interpersonal conflict
14. intimacy
15. Yearwood

۹۴..... اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر

ضریب آلفای کرونباخ برای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تعارض‌های بین‌فردی و صمیمیت به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد و روایی همگرای این پرسشنامه در آزمون دل‌بستگی به هم‌تایان و والدین ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس ادراک خود (SPPC)^۱: مقیاس ادراک از خود توسط هارتر (۱۹۸۵) برای شناسایی ادراک فرد از کفایت و شایستگی خود در قلمروهای گوناگون و همچنین، احساسات کلی درباره ارزش خود کودکان ۸ تا ۱۴ ساله ساخته شده است. این پرسشنامه ۴۸ گویه دارد. پاسخ به گویه‌ها در این مقیاس به وسیله نمرات پنج درجه‌ای از نوع لیکرت از بسیار موافقم (نمره ۵) تا بسیار مخالفم (نمره ۱) کدگذاری می‌شود. حداقل نمره کل ۴۸ و حداکثر ۲۴۰ می‌باشد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، ادراک فرد از خود مثبت‌تر است. هارتر (۱۹۸۵) پایایی آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش کرده است. همچنین هارتر (۲۰۱۲) روایی همگرا را نیز برای این مقیاس بررسی کرده است. به منظور بررسی روایی همگرا از ابزار مارش^۲ (۱۹۹۰) استفاده کرده است، نتایج حاکی از همبستگی مطلوب (۰/۸۲) بین زیرمقیاس‌های این ابزار با زیرمقیاس‌های ابعاد مورد نظر است. در پژوهش سبزی و فولاد چنگ (۱۳۹۷) پایایی پرسشنامه ادراک شایستگی هارتر (۱۹۸۵) بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد ادراک شایستگی شناختی، اجتماعی و جسمانی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۵۵، ۰/۶۷ و برای ادراک شایستگی کل ۰/۸۶ احراز گردید و روایی آن بر اساس ضرایب همبستگی نمره هر بعد با نمره کل (بعد شناختی ۰/۸۴، اجتماعی ۰/۷۳ و جسمانی ۰/۸۵) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در این پژوهش، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است.

مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان (CCE)^۳: مقیاس همدلی دادس^۴ و همکاران (۲۰۰۸) یک مقیاس عینی مشتمل بر ۲۳ گویه می‌باشد که در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۸) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی برای انتطابق سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سنین ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش همسانی درونی استفاده شد که بر این اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۹ برآورد گردید و روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه همدلی هیجانی مهربانان و ایپستن (۱۹۷۲) به نقل از داداس و همکاران، (۲۰۰۸) (۰/۸۰) بود. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرد مقیاس‌های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج روایی همگرا حکایت از روایی همگرایی مطلوب (۰/۴۱) مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان با شاخص همدلی بریانت داشت. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرد مقیاس‌های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۴ به دست آمده است.

1. Self Perception Profile for Children (SPPC)
2. Marsh
3. Childrens Cognitive and Emotion scale (CCE)
4. Dadds et al

روش اجرا

در ابتدا هماهنگی‌های لازم با والدین دانش‌آموزان و اخذ گزارش از مادران مبنی بر احصا معیارهای ورود و خروج از پژوهش، انجام و سپس نمونه‌گیری صورت گرفت. پس از تعیین نمونه و مشخص شدن گروه‌های کنترل و آزمایش، در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی با هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش تحت برنامه مداخله شناختی رفتاری قرار گرفت (گروه کنترل تحت آموزش قرار نگرفت). هر جلسه، در برگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین تمرینات خارج از جلسه بود. بعد از اتمام جلسات مداخله، پرسشنامه‌های روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی به‌عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کننده به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در آغاز هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، حفظ رازداری، توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش اختیاری بوده و دانش‌آموزان حق دارند از پژوهش انصراف دهند. در ضمن مداخله به‌صورت گروهی و به روش تدریس کارگاهی، در یکی از مراکز مشاوره شهر دزفول از سوی پژوهشگر که کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی بود و با نظارت اساتید راهنما و مشاور، اجرا شد.

مداخله شناختی رفتاری: در پژوهش حاضر به منظور درمان شناختی-رفتاری، از مراحل و فنون درمان شناختی-رفتاری بک^۱ (۱۹۹۳) بهره گرفته شد. شرح مختصر جلسه‌های درمانی در ادامه ارائه شده است.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات آموزشی مداخله شناختی رفتاری

| جلسه | اهداف | محتوی | تغییر رفتار مورد انتظار | تمرین گروهی یا خانگی |
|------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ۱ | آشنایی با اصول کلی درمان | آشنایی و ترغیب به همکاری با درمانگر و کودکان، با فعالیت‌های گروهی، تشویق کودکان در بیان مشکلات فعلی خود | آشنایی و کسب انگیزه برای مشارکت فعال، برقراری ارتباط اولیه شرکت‌کننده و درمانگر | نوشتن حداقل ۵ رویداد یا تجربه منفی قبلی خویش |
| ۲ | آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی | این مهارت‌ها شامل آموزش برقراری تماس چشمی، سؤال کردن، تمجید از دیگران، پیشنهاد مشارکت در فعالیت‌ها، پیوستن به فعالیت‌های گروهی و ترک مناسب فعالیت‌ها هستند. | ثبت میزان مشارکت در فعالیت‌های روزانه | چالش با افکار مزاحم |
| ۳ | آموزش مهارت‌های خود آگاهی | (قسمت اول) شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقلانی هر فرد، بیان تفاوت‌های فردی کودکان | ارتقا آگاهی درباره طرز تفکر و تأثیرات آن بر احساسات توانایی | نوشتن بدترین حوادث زندگی به روش A-B-C و ده مورد از باورهای قدیسانه |
| ۴ | آموزش مهارت‌های خود آگاهی | (قسمت دوم)؛ بیان نقاط قوت کودکان در مقایسه با گذشته، پرورش احساس ارزشمندی در کودک، پرهیز از خودگویی‌های منفی | ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن | تکمیل کاربرگ‌های مداخله و کنترل باورهای قدیسانه |

| | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| آموزش مهارت مقابله با هیجانات منفی | آموزش چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم، بخشش و پذیرش بدون ترس)، آموزش راهکارهای مقابله با ترس و خشم، آموزش خودگویی مثبت | بخشش و پذیرش بدون ترس و چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد | ثبت هیجانهای ناخوشایند و درجه بندی آنها، ثبت افکار خودآیند و پاسخ منطقی |
| آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری؛ | آشنا کردن کودکان با تصمیمات روزانه در طول زندگی، مشورت کردن با افراد قابل اعتماد، کمک گرفتن از مربیان و معلمان در حل مشکلات | به کارگیری حل مساله در فعالیتهای روزانه | نوشتن افکار خودآیند منفی در برگه A-B-C، نوشتن افکار مضطرب |
| ارزیابی و کاربرد | در این جلسه درمانگر نقش غیرفعال دارد و با استفاده از یک داستان نمایش یادگیری کودکان را ارزیابی می‌کند. | توانایی درجه‌بندی هیجانات و افکار | بهبود خودارزشمندی |
| جمع بندی | مرور جلسات آموزشی انجام‌شده برای کودکان و بیان هدف تشکیل جلسات آموزشی، تشکر از اعضا، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون. | ارتقای کیفیت روبه‌رو شدن با مسائل مختلف زندگی | جمع‌بندی و مرور کلی تکالیف جلسات گذشته |

یافته‌ها

در این قسمت با استفاده از روش‌های آماری مناسب، داده‌های گردآوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال بودند که در گروه آزمایش با میانگین سنی ۱۳/۸ با انحراف معیار ۰/۸۱ و در گروه گواه نیز با میانگین سنی ۱۴/۰۱ سال و انحراف معیار ۰/۹۸ گزارش شدند. در هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل، ۸ نفر در مقطع متوسطه اول و ۷ نفر متوسطه دوم بودند.

مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش در تمامی متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ و میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است، اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در متغیرهای روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی تغییرات محسوسی داشته است. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد.

جدول شماره ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

| متغیرها | شاخص‌ها | گروه آزمایش | | گروه گواه | |
|----------------|-----------|-------------|-------|-----------|------|
| | | SD | M | SD | M |
| روابط بین‌فردی | پیش آزمون | ۵/۳۴ | ۳۶/۵۹ | ۳۶/۱۹ | ۵/۹۳ |
| | پس آزمون | ۸/۴۳ | ۶۱/۷۲ | ۳۶/۱۵ | ۵/۱۲ |
| | پیس آزمون | ۷/۱۹ | ۶۲/۲۸ | ۶۳/۴۵ | ۹/۳۵ |
| ادراک خود | پس آزمون | ۹/۱۸ | ۸۶/۶۲ | ۶۴/۱۹ | ۹/۸۱ |
| | پیش آزمون | ۷/۵۱ | ۴۰/۳۳ | ۴۱/۸۴ | ۷/۴۷ |
| همدلی | پس آزمون | ۹/۱۶ | ۶۲/۶۰ | ۴۲/۴۲ | ۷/۱۹ |
| | پیش آزمون | | | | |

همان گونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیرهای روابط بین فردی ادراک خود و همدلی به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی بود. برای بررسی پیش فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد.

جدول شماره ۳. بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس

| متغیرها | آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها | | آزمون شاپیرو-ویلک | | یکسانی شیب رگرسیون | |
|----------------|----------------------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------|--------------|
| | مقدار F | سطح معناداری | مقدار F | سطح معناداری | مقدار F | سطح معناداری |
| روابط بین فردی | ۱/۵۶۷ | ۰/۲۳۴ | ۰/۹۳۴ | ۰/۱۸۳ | ۱/۱۹۰ | ۰/۶۳۹ |
| ادراک خود | ۱/۶۷۸ | ۰/۲۱۱ | ۰/۸۹۳ | ۰/۲۳۱ | ۱/۸۹۰ | ۰/۵۹۱ |
| همدلی | ۱/۸۹۰ | ۰/۱۵۶ | ۰/۸۱۳ | ۰/۲۰۱ | ۱/۵۶۰ | ۰/۴۳۲ |

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی در دانش‌آموزان دختر قلدر تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش

| نام آزمون | ارزش | F | DF فرضیه | DF خطا | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آزمون |
|---------------------|-------|-------|----------|--------|--------------|------------|------------|
| آزمون اثر پیلائی | ۰/۷۱۲ | ۳۲/۱۹ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۵ | ۱ |
| آزمون لامبدای ویلکز | ۰/۲۴۵ | ۳۲/۱۹ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۵ | ۱ |
| آزمون اثر هتلینگ | ۳/۱۲۵ | ۳۲/۱۹ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۵ | ۱ |
| آزمون ریشه روی | ۳/۱۲۵ | ۳۲/۱۹ | ۳ | ۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۵ | ۱ |

همان‌طور که در جدول شماره ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان قلدر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، مداخله رفتاری شناختی با توجه به میانگین نمره روابط بین فردی ادراک خود و همدلی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی گروه گواه، موجب افزایش معنادار روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی در گروه آزمایش شده است.

جدول شماره ۵. نتایج تحلیل کواریانس نمرات روابط بین فردی، ادراک خود و همدلی دو گروه (با کنترل پیش‌آزمون)

| متغیرها | شاخص‌ها | SS | Df | MS | F | سطح معنی داری | اندازه تأثیر |
|----------------|---------|--------|----|--------|------|---------------|--------------|
| پیش‌آزمون | | ۲۳۱/۱۲ | ۱ | ۲۳۱/۱۲ | ۵/۱۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۲۱ |
| روابط بین فردی | گروه | ۷۵۶/۱۴ | ۱ | ۷۵۶/۱۴ | ۱/۴۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳۴ |

| | | | | | | | |
|-------|-------|------|--------|----|--------|-----------|-----------|
| | | | ۴/۱۹ | ۲۷ | ۱۹/۲۳ | خطا | |
| ۰/۱۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۵/۹۹ | ۱۵۴/۵۱ | ۱ | ۱۵۴/۵۱ | پیش‌آزمون | |
| ۰/۶۱۲ | ۰/۰۰۱ | ۲/۱۲ | ۶۷۳/۰۳ | ۱ | ۶۷۳/۰۳ | گروه | ادراک خود |
| | | ۲ | ۳/۰۳ | ۲۷ | ۴۱/۱۷ | خطا | |
| ۰/۰۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۳/۱۰ | ۱۰۳/۶۲ | ۱ | ۱۰۳/۶۲ | پیش‌آزمون | همدلی |
| ۰/۵۸۰ | ۰/۰۰۱ | ۲/۶۱ | ۸۳۴/۵۰ | ۱ | ۸۳۴/۵۰ | گروه | |
| | | ۶ | ۳/۱۳ | ۲۷ | ۴۱/۰۳ | خطا | |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان قلدر بود. یافته اول این مطالعه مبنی بر اینکه مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی دانش‌آموزان قلدر اثربخش است، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط واجر و همکاران (۲۰۲۲)، ورگلد و همکاران (۲۰۲۱)، اصغرپور لشکامی و همکاران (۱۴۰۲) همخوان و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان شناختی-رفتاری اعضا در جلسات گروهی به نحوه توجه انتخابی خود به مشخصه‌های ظاهری در روابط بین‌فردی پی بردند، آنها از طریق تمرینات، افکار خودآیند منفی یا خطاهای فکری نظیر ذهن خوانی‌های خود را در روابط بین‌فردی شناسایی کردند و دریافتند که چگونه خطاهای فکری بر توجه انتخابی آنها به مؤلفه‌های ظاهری تأثیر گذاشته است و با تمرینات توانستند این خطاها را استخراج کنند و هیجانات مرتبط با خطاها را شناسایی کردند... همچنین اعضای گروه شناختی-رفتاری پس از شناسایی خطاهای فکری و به چالش کشیدن آنها، افکار سازگارانه‌تری را جایگزین نمودند و از طریق این تمرین تأثیر خودگویی‌های سازگارانه را بر هیجانات و رفتار گزارش دادند. با استفاده از درمان شناختی-رفتاری، سبک پردازش افراد تغییر پیدا می‌کند و در نتیجه راهبردهای جدیدی برای حل مسائل مطرح می‌شود؛ از طرفی درمان شناختی رفتاری منجر به بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد و در نتیجه کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت که این موضوع می‌تواند موجب بهبود روابط بین فردی شود. این روش درمانی بیشتر تمرکز بر احساسات مثبت و تعامل درست با محیط اطراف دارد و افراد قلدر را از فکر کردن به احساسات منفی بازمی‌دارد. به آنها کمک می‌کند تا مشکلات، نقاط ضعف، افکار منفی، خطاهای فکری و باورهای اشتباه خود را شناسایی و مرور کرده و یک راه حل مناسب و منطقی برای آنها پیدا کنند و به مسائل با دید مثبت تری نگاه کنند و این امر موجب می‌شود تا بر هیجانات و افکار منفی آزاردهنده و دردناک خود اشراف بیشتری پیدا کنند و سپس با تزریق فکر و جایگزین کردن باورهای منطقی با تحریف‌های شناختی و افکار مزاحم و همچنین تقویت راهبردهای مقابله‌ای، خواهند توانست از شدت منفی‌اندیشی کاسته و روابط بین فردی خود را بهبود بخشند (ورگلد و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه مبنی بر اینکه مداخله شناختی رفتاری بر ادراک خود دانش‌آموزان قلدر اثربخش است، تأیید شد. این یافته با نتایج ورگلد و همکاران (۲۰۲۱) و اصغرپور لشکامی و همکاران (۱۴۰۲)، همسو و هماهنگ است. در تبیین

یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری از طریق تمرین‌های مختلفی به دانش‌آموزان قلدر کمک می‌کند تا احساس، فکر و رفتار خود را بشناسند، افکار خودآیند منفی را شناسایی کرده و آنها را به چالش بکشند و از تأثیر آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود آگاهی یابند و نسبت به عوارض آن در سلامت جسم و روان مطلع شوند و با اصلاح باورهای نادرست یا خنثی سازی طرحواره‌های منفی با استفاده از طرحواره‌های مثبت و همچنین با کاهش نشخوار افکار منفی و فشارهای روانی حاصل از آن و نیز افزایش تجربه‌های مثبت نسبت به تجربه‌های منفی و افزایش مهارت‌های فرد در زمینه خودآگاهی، عزت نفس، خودمراقبتی و ایجاد رابطه مثبت با دیگران، بتوانند مهارت ارتباط مؤثر و کنترل خشم را فرا گرفته و در نهایت دانش‌آموزان قلدر با تغییر تصویر ذهنی و شناسایی نقاط و ویژگی‌های مثبت افراد می‌توانند باوری مثبت را در ذهن‌شان شکل دهند تا امکان ایجاد رابطه‌ای مثبت را فراهم سازد. از سوی دیگر این مهارت‌ها به فرد قلدر کمک می‌کنند که بتواند به صورت منطقی از دیگران حمایت کند و به آنها توجه داشته باشد بدون اینکه به‌عنوان یک فرد زورگو شناخته شود (کیم و تایلور، ۲۰۱۹).

یافته دیگر این مطالعه مبنی بر اینکه مداخله شناختی رفتاری بر همدلی دانش‌آموزان قلدر اثربخش است، تأیید شد که این یافته با نتایج فلاح برنجستانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد قلدر غالباً افکار و احساساتی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست در آنان می‌گردد. چنین باورهایی می‌توانند به رفتارهای مشکل‌زا منجر گردند و جنبه‌های مختلف زندگی فرد شامل خانواده، روابط عاطفی، کار و تحصیل را تحت تأثیر قرار دهند. در نتیجه این الگوهای فکری منفی، ممکن است فرد شروع به کناره‌گیری از اجتماعات کند و یا از فرصت‌های پیامد برای ارتقا در کار یا تحصیل صرف نظر نماید. اما هنگامی که با کمک این درمان خطاهای شناختی معمول خود را تشخیص دهد، می‌تواند شیوه‌ای فکری خود را به صورتی کارآمد اصلاح کند. درمان شناختی-رفتاری با آزمون و ارزیابی منظم مفروضات شناختی فرد و آموختن مهارت‌های متناوب شناختی و همین‌طور با آموزش فرایند جست‌وجو به شخص کمک می‌کند تا بتواند توانایی شناختی و فراشناختی خود را تقویت کرده و به آن عمق بیشتری می‌دهد. آموزش شناختی رفتاری به فرد کمک می‌کند که نسبت به افکار و رفتارهای خود، به ویژه افکار و رفتار آزاردهنده‌ای که مانع از برقراری ارتباط اجتماعی می‌شود، شناخت و آگاهی بیشتری کسب کند و در نتیجه کنترل بهتری بر هیجان‌های خود داشته باشد و قدرت تحمل هیجان‌های منفی در او رشد پیدا می‌کند. زمانی که فرد کمتر تحت تأثیر منفی هیجان‌های خود قرار گیرد و بیاموزد که هیجان‌های مثبت و منفی خود را با راهبردهای مثبت تعدیل کند، در نتیجه پیامدهای مثبتی نیز به همراه خواهد داشت و منجر به ارتباط و تعامل سازنده با دیگران می‌شود. ارتباط سازنده نیز با خود بازخوردهای مثبتی به همراه دارد و باعث افزایش همدلی فرد می‌شود. در واقع، وقتی فردی با کمک درمان شناختی-رفتاری می‌آموزد که شناخت‌ها و افکار و رفتارهای خود را عینی‌تر کرده و مورد کاوش، ارزیابی و تغییر قرار دهد همین کار را در حوزه شناخت‌های مرتبط با تحصیل هم می‌تواند انجام دهد و از طرفی دیگر، این کاوش و ارزیابی افکار و شناخت‌ها و نظم دادن به آنها به ارتقاء توانایی فراشناخت فرد کمک می‌کند و استراتژی‌های فراشناختی و پردازش عمیق که بخشی از فرایند عملکردی شناختی و خودکارآمدی دانش‌آموز است را تقویت می‌کند و باعث بهبود همدلی وی می‌گردد (ژیائو و همکاران، ۲۰۲۱).

۱۰۰..... اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر

نتایج این پژوهش بیانگر این مطلب بود که مداخله شناختی رفتاری با تمرکز و یژه‌ای که بر مدیریت و کنترل افکار منفی ناشی از ارزیابی خود و دیگران دارد، توانست دانش‌آموزان دارای قلدری را در گام نخست از افکار و عواطف منفی رهاکننده و با آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط دوستانه، مهارت‌های تمرکز بر هیجانات مثبت و توانمندی‌ها، آگاهی از نقاط ضعف و قدرت، توانایی حل مسئله و بخشیدن خود و دیگران، به افراد بیاموزد تا تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری را در خود به‌وجود آورند و افکار، احساسات و رفتارهای منفی را به نحو مثبت تغییر دهند.

مهمترین محدودیت این مطالعه، محدود شدن جامعه پژوهش به دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از دیگر دوره‌های تحصیلی و همچنین دانش‌آموزان پسر نیز استفاده شود، تا از این طریق قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. اگرچه در این مقاله تمرکز بر قلدری صورت گرفته، اما توجه به دانش‌آموزان قربانی قلدری نیز دارای اهمیت است. انجام این شیوه درمانی بر روی دانش‌آموزان قربانی رفتار قلدری و مقایسه نتایج آنها دریچه جدیدی بر روی درمانگران در رسیدن به اهداف سلامت می‌گشاید. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری در خصوص نحوه درست رفتار با دانش‌آموزان قلدر ویژه والدین برگزار شود. این امر بر کاهش مشکلات این دانش‌آموزان تأثیر مثبتی خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از تمام کسانی که در این مطالعه شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

حمایت مالی

این مقاله هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

اصغرپور لشکامی، زهرا؛ اساسه، مریم؛ کاشانی وحید، لیلا و ابراهیم‌پور، مجید. (۱۴۰۲). تدوین برنامه مداخله بهنگام مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری اصغرپور ویژه کودکان طلاق با اختلالات عاطفی-رفتاری و اثربخشی آن بر سازگاری اجتماعی کودکان طلاق: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۲ (۱۱): ۱۱۴۸-۱۱۳۳.

<http://shenakht.muk.ac.ir/article-۱-۱۸۰۶-fa.html>

حاجی مهدی، مریم و خالقی‌پور، شهناز. (۱۴۰۱). اثربخشی خوش‌بینی به سبک روان‌نمایشگری بر قلدری، روابط بین‌فردی و نشاط ذهنی در دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۸ (۳)، ۸۰-۷۱.

[10.22108/ppls.2022.126686.2038](https://doi.org/10.22108/ppls.2022.126686.2038)

حاجی دوست گیو، فاطمه؛ غنی‌فر، محمدحسن و شهابی‌زاده، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش گروهی رفتاری-شناختی بر اضطراب و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان. نشریه پژوهش‌توانبخشی در پرستاری، ۱۰ (۲)، ۹۸-۱۰۷.

URL: <http://ijrn.ir/article-۱-۸۲۵-fa.html>

حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیانزاده، سیداکبر، فیض، ابوالحسن. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران قلبی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴(۱)، ۱۱-۱.

<https://www.sid.ir/paper/448170/fa>

خانجانی، زینب؛ شریعتی، مریم و یادگار، امین. (۱۳۹۳). مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال. نشریه علمی پژوهشی آموزش و ارزشیابی، ۷(۲۷)، ۵۰-۳۹.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jinev/Article/972535>

رحمانی، شمس اله، یارمحمدزاده، پیمان و حبیبی کلیر، رامین. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری رفتار قلدری بر اساس ادراک‌های محیط خانوادگی و ویژگی‌های شخصیتی در نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۳)، ۲۳۷-۲۵۳.

https://apsy.sbu.ac.ir/article_96880.html

سعدونی، زینب؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون‌رشیدی، همایون. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نارسایی هیجانی و همدلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص، *فصلنامه ناتوانی یادگیری*، ۱۲(۳)، ۶۵-۵۰.

[10.22098/jld.2023.12700.2086](https://doi.org/10.22098/jld.2023.12700.2086)

سبزی، ندا و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر ادراک شایستگی و شادکامی دانش‌آموزان پسر مقطع ششم ابتدایی شهر شیراز. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۴)، ۱۴۴-۱۲۳.

[10.30486/jsrp.2018.545643](https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.545643)

عدیلی، هادی و سرداری، باقر. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجانی بر کاهش رفتارهای قلدری و افزایش همدلی دانش‌آموزان قلدر دوره متوسطه اول. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲۰(۴)، ۱۱۸-۱۰۵.

<https://joec.ir/article-1-1267-fa.pdf>

فلاح برنجستانکی، ویدا؛ صابری، هاید و شمالی اسکوئی، آرزو. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی واقعیت‌درمانی با آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر همدلی و خودکنترلی زنان دارای تعارض زناشویی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۹)، ۱۶۷-۱۹۴.

[20.1001.1.2717400.1400.20.79.9.0](https://doi.org/10.1001.1.2717400.1400.20.79.9.0)

نظری، الهام؛ ساعد، امید؛ فروغی، علی‌اکبر و خاکپور، ساحل. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کمال‌گرایی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. *روان‌پرستاری*، ۱۱(۶)، ۶۰-۵۱.

<http://ijpn.ir/article-1-2264-fa.html>

هاشمی، نیلوفر و خدمتگزار، حسین. (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان.

<https://sanad.iau.ir/Journal/psy/Article/866825>

Adili, H., & Sardary, B. (2021). Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reducing Bullying Behaviors and Increasing Empathy Among Middle-School Bully Students. *JOEC*; 20 (4) :118-105. URL: <http://joec.ir/article-1-1267-fa.html> (Text in Persian).

Aliwandi Wafa, M., & Qureshi, N. (2019). The relationship between empathy, perceived self-control and self-concept with bullying behavior of elementary school children. The second international conference of educational sciences, psychology, counseling, education and research, Tehran. <https://civilica.com/doc/1143597> (Text in Persian).

Asgharpour Lashkami, Z., Asaseh, M., Kashani Vahid, L., & Ebrahimpour, M. (2023). Development of early intervention program based on cognitive-behavioral theory for divorced children with emotional-behavioral disorders and its effectiveness in aggression of divorced children. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2023; 10 (5) :44-57

URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1806-fa.html> (Text in Persian).

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>

Bernardo, A., Galve-González, C., Cervero, A., & Tuero, E. (2022). Cyberbullying in first-year university students and its influence on their intentions to drop out. *Higher Education Research & Development*, 2(1): 1-15. DOI: [10.1080/07294360.2022.2057447](https://doi.org/10.1080/07294360.2022.2057447)

- ۱۰۲ اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر
- Chang, E. C., & Caino, P. C. (2024). Examining the integrated broaden-and-build model of positive emotions involving hope in a community sample of Argentinian adults: a selective test among victims of interpersonal aggression. *Personality and Individual Differences*, 216, 112419. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112419>
- Dadds, M. R., Hunter, K., Hawes, D., Frost, A.J., Vassallo, S., Bunn, P., Merz, S. & El Masry, Y. (2008). Measurement of empathy in children using parental ratings. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(2), 111-122. DOI: [10.1007/s10578-007-0075-4](https://doi.org/10.1007/s10578-007-0075-4)
- Fallah Berejestanaki, V., saberi, H., & Shomali Oskooei, A. (2021). A Comparative Study of the Effect of Group Reality Therapy Training and Group Cognitive-Behavioral Training on Empathy and Self-Control and Marital Satisfaction of Women with Marital Conflict. *QJCR*; 20 (79) : 167-194. [20.1001.1.2717400.1400.20.79.9.0](https://doi.org/10.1001.1.2717400.1400.20.79.9.0) (Text in Persian).
- Fareo, D.O.(2018). A study of self-perception and academic performance of students with special needs into mainstreamed public secondary schools in Nigeria. *IFE Psychologia*, 19(1), 495-510. [10.4314/ifep.v19i1.64617](https://doi.org/10.4314/ifep.v19i1.64617)
- Hashemi, N., & Khedmatgozar, H. (2023). Effectiveness of cognitive behavioral intervention on psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 14(53) 2023.87-98 <https://www.sid.ir/paper/448170/fa> (Text in Persian).
- Hosseini Gadmagahi, J., Dejkam, M., Bayanzadeh, S., & Faiz, A. (1998). The quality of social relationships, the amount of stress and coping strategies in heart patients. *Thought and Behavior*, 4(1), 1-11. <https://ensani.ir/file/download/article/20100930140542> (Text in Persian).
- Hajimahdy, M., & Khaleghipour, S. (2022). The Effectiveness of Psychodrama-mediated Optimism on Bullying, Interpersonal Relations, and Subjective Vitality among Students with Oppositional Defiant Disorder. *Positive Psychology Research*, 8(3), 61-80. (Text in Persian). [10.22108/ppls.2022.126686.2038](https://doi.org/10.22108/ppls.2022.126686.2038)
- Hajidoost Giv, F., Ghanaifar, M., Shahabizadeh, F., (2024). Effectiveness of Behavioral-Cognitive Group Training of Anxiety and Academic Vitality in Students. *IJRN*; 10 (2) :98-107. URL: <http://ijrn.ir/article-1-825-fa.html> (Text in Persian).
- Harter, S. (1985). The Self-Perception Profile for Children. Unpublished Manual, University of Denver, Denver. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1955829>
- Harter, S. (2012). Self-perception profile for adolescents: Manual and questionnaires. Denver, CO: University of Denver, Department of Psychology. <file:///C:/Users/Green/Downloads/Self-PerceptionProfileforAdolescents.pdf>
- Jiang, Y., Guo, L., Lai, W., Li, Y., Sun, X., Zhao, H., ... & Zhu, L. (2023). Association of emotional and behavioral problems with sleep disturbance among Chinese adolescents: The moderation effect of academic performance. *Journal of Affective Disorders*, 330, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.136>
- Kim, H., & Taylor, A.N. (2019). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27(4), 588-596. DOI:[10.1037/0022-006X.72.4.588](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.588)
- Kennedy, A., & Brausch, A. M. (2024). Emotion dysregulation, bullying, and suicide behaviors in adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 15, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100715>
- Khanjani, Z., Shariati, M., & Yadgar, A. (2013) Comparison of the development of empathy in children with internalizing disorders 5 to 11 years old. *Scientific Research Journal of Education and Evaluation*, 7(27), 50-39. <https://sanad.iau.ir/Journal/jinev/Article/972535> (Text in Persian).
- Lee, Ch. H. (2010). Personal and interpersonal correlates of bullying behaviors among korean middle school students. *Interpersonal Violence*, 25 (1), 152-176. DOI:[10.1177/0886260508329124](https://doi.org/10.1177/0886260508329124)

- Marsh, H. W. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational psychology*, 82(4), 623. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.82.4.623>
- Nazari, E., Saed, O., Foroughi, A., & Khakpoor, S. (2024). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Perfectionism: A Randomized Clinical Trial. *IJPN*; 11 (6) :51-60. URL: <http://ijpn.ir/article-1-2264-fa.html> (Text in Persian).
- Pierce, G. R. (1994). The Quality of Relationships Inventory: Assessing the interpersonal context of social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support: Messages, interactions, relationships, and community* (pp. 247-264). SAGE. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1317090>
- Pivec, T., Horvat, M., & Košir, K. (2023). Psychosocial characteristics of bullying participants: a person-oriented approach combining self-and peer-report measures. *Children and Youth Services Review*, 144, 106720. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106720>
- Rahmani, S., Yarmohamadzade, P., & Habibi-Kaleybar, R. (2017). The structural model of bullying behavior based on perception of family environments and personality traits in adolescents. *Applied Psychology*, 11(3), 237-253. https://apsy.sbu.ac.ir/article_96880.html?lang=en (Text in Persian).
- Sabzi, N., & Foulad Cheng, M. (2018). The effectiveness of communication skills training on the perception of competence and happiness of male students in the sixth grade of elementary school in Shiraz. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 19(4), 123-144. [10.30486/jsrp.2018.545643](https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.545643)
- Saha, S., Lim, C.C.W., Cannon, D.L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., & et al. (2021). Comorbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286-306. doi: [10.1002/da.23113](https://doi.org/10.1002/da.23113)
- Sadoni, Z., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resilience, Alexithymia and Empathy Students with Specific Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(3), 65-50. [10.22098/jld.2023.12700.2086](https://doi.org/10.22098/jld.2023.12700.2086) (Text in Persian).
- Satayesh Mehr, M., Haroon Rashidi, H., & Kazemian Moghadam, K. (1401). The effectiveness of story therapy on reducing bullying in single parent students. *The second national conference of child and adolescent clinical psychology*. <https://civilica.com/doc/1579207/> (Text in Persian).
- Vacher C, Romo L, Dereure M, Soler M, Picot MC, Purper-Quakil D. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy on aggressive behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder and emotion dysregulation: study protocol of a randomized controlled trail. *Trials*, 7(23), 124-34. DOI: [10.1186/s13063-022-05996-5](https://doi.org/10.1186/s13063-022-05996-5)
- Wergeland G, Riise EN, & Ost L. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 83, 1-10. DOI: [10.1016/j.cpr.2020.101918](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918)
- Weisz, E., & Cikara, M. (2021). Strategic regulation of empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(3): 213-227. DOI: [10.1016/j.tics.2020.12.002](https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.12.002)
- Xiao, W., Lin, X., Li, X., Xu, X., Guo, H., Sun, B., & Jiang, H. (2021). The Influence of Emotion and Empathy on Decisions to Help Others. *SAGE Open*, 11(2): 215-228. DOI: [10.1177/21582440211014513](https://doi.org/10.1177/21582440211014513)
- Yearwood, K., Vliegen, N., Luyten, P., Chau, C., & Corveleyn, J. (2018). Validation of the Quality of Relationships Inventory in a Peruvian Sample of Adolescents and Associations to Peer Attachment. *Psyche, Revista de la Escuela de Psicología*, 27 (1), 1-11. <https://www.researchgate.net/publication/322599955>

۱۰۴ اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر روابط بین‌فردی، ادراک خود و همدلی دانش‌آموزان دختر قلدر

Yochman A, Parush S. (2004). Ornoy A. Responses of preschool children with and without ADHD to sensory events in daily life. *American Journal Occupational Therapy*; 58(3): 294-302.

DOI: [10.5014/ajot.58.3.294](https://doi.org/10.5014/ajot.58.3.294)

Zhu, Q., Ting, T., Zhong, N., & Zhang, F. (2024). Bullying victimization and mental health of Chinese adolescents: The chain of tragedy effect of belief in a just world and health-promoting lifestyle. *Journal of Affective Disorders*, 350, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.039>



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

پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی

حمیده اوحدی حائری^۱، الهام توکلی طرفی^۲، سارا ابراهیمی^{۳*}

چکیده

ناتوانی در برقراری و حفظ روابط موفق با دیگران منجر به تجربه تنهایی می‌شود. این پژوهش با هدف پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی انجام شد. روش پژوهش، مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان ۱۸ تا ۲۶ ساله دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۸۴ نفر انتخاب شدند و به مقیاس‌های احساس تنهایی دانشجویان آشر و همکاران، سبک‌های دلبستگی هازان و شیور، ناگویی هیجانی تورنتو تیلور و همکاران و خودشفقتی نف پاسخ دادند. داده‌ها با رگرسیون هایز مدل ۴ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد سبک دلبستگی ایمن به طور منفی و سبک‌های دلبستگی نایمن و ناگویی هیجانی به‌طور مثبت احساس تنهایی را پیش‌بینی کردند. خودشفقتی به‌طور منفی احساس تنهایی را پیش‌بینی کرد. سبک دلبستگی ایمن به‌طور مثبت و سبک‌های دلبستگی نایمن و ناگویی هیجانی به‌طور منفی خودشفقتی را پیش‌بینی کردند. از این رو، سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق خودشفقتی احساس تنهایی را پیش‌بینی کردند. با یافته‌های پژوهش می‌توان پیشنهاد داد که در طراحی مداخلات پیشگیرانه و ارائه راهکارهای عملی در راستای کاهش احساس تنهایی در دانشجویان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، خودشفقتی، سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲. استادیار پژوهشکده کودکان استثنایی، پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، تهران، ایران.

۳. نویسنده مسئول: استادیار، عضو هیئت علمی سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، تهران، ایران. ebrahimi@oerp.ir

مقدمه

نیاز به برقراری روابط اجتماعی در سنین جوانی که افراد به پیشرفت در زمینه تحصیل، شغل و روابط صمیمانه فکر می‌کنند، برجسته‌تر است. چنانچه افراد نتوانند ارتباط موفق با دیگران برقرار کنند و یا روابط خود را تداوم بخشند، در ارضای نیاز به تعلق دچار مشکل می‌شوند و فقدان را تجربه می‌کنند که به صورت احساس تنهایی^۱ بروز می‌کند (کوپر^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). احساس تنهایی حالتی ناخوشایند است که بر اثر ایجاد فاصله بین روابط مورد علاقه و روابط کنونی فرد شکل می‌گیرد و می‌تواند مشکلات روانی و جسمی متعددی از جمله افسردگی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، رفتارهای ضداجتماعی، بدکارکردی شناختی، افزایش فشار روانی ادراک‌شده، سکنه، کاهش فعالیت‌های جسمی و بیماری‌های قلبی-عروقی را در پی داشته باشد (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). هالورسن^۴ (۲۰۰۸) معتقد است احساس تنهایی با ارزیابی ذهنی از روابط صمیمی و روابط اجتماعی مرتبط است و زمانی رخ می‌دهد که یا تعداد روابط فرد کمتر از میزان دلخواه او باشد و یا صمیمیتی که در رابطه احساس می‌کند کمتر از میزان مورد انتظار اوست. از این رو، سبک دلبستگی^۵ و رابطه‌ای که فرد با مراقب اولیه خود در کودکی تجربه می‌کند، در احساس تنهایی او تأثیرگذار است.

دلبستگی، پیوند هیجانی نسبتاً پایداری است که بین کودک و مراقب اولیه ایجاد می‌شود و نقش مهمی در شکل‌گیری الگوهای ارتباطی بزرگسالی دارد (بالبی^۶، ۱۹۸۸). سبک دلبستگی ایمن، در نتیجه پاسخگویی و در دسترس بودن مراقب شکل می‌گیرد و منجر به احساس ایمنی و اعتماد در کودک می‌شود؛ اما وقتی مراقبان به نیازهای کودک پاسخ مناسب نمی‌دهند یا در دسترس نیستند، کودک یاد می‌گیرد که برای محافظت نمی‌تواند به دیگران تکیه کند و بدین ترتیب سبک دلبستگی ناایمن در او شکل می‌گیرد (شورتر^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس دیدگاه بالبی (۱۹۸۸) در دلبستگی ناایمن، الگوهای فعال درونی^۸ کودک از دیگران به‌عنوان افرادی غیرقابل اعتماد و دست‌نیافتنی است. چنین کودکی خود را شایسته دریافت مراقبت همراه با حساسیت و محبت نمی‌داند. در نتیجه، این ادراکات ناسالم مانع از روابط میان‌فردی حمایت‌گرانه می‌شوند و فرد را در معرض خطر برخی مشکلات اجتماعی-هیجانی مانند احساس تنهایی قرار می‌دهند. کودکان با سبک دلبستگی ناایمن، بیش از دیگران توسط همسالان خود طرد می‌شوند (دلگادو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). این طردشدن‌ها ممکن است مانع از رشد اجتماعی شود و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران را افزایش دهد و در نهایت منجر به ایجاد احساس تنهایی شود. پژوهش‌ها نشان دادند که سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت احساس تنهایی هستند (شورتر و همکاران، ۲۰۲۲؛ براوسکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ هلم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰)، که در این میان سبک دلبستگی اضطرابی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده احساس تنهایی است. تجربیات اولیه با هر

1. loneliness feeling
2. Cooper
3. Li
4. Halvorsen
5. attachment style
6. Bowlby
7. Shorter
8. internal working models
9. Delgado
10. Borawski
11. Helm

دو سبک دل‌بستگی نایمن، نه تنها ادراک نزدیکی و صمیمیت را در رابطه با دیگران غیرممکن می‌کند، بلکه منجر به سرخوردگی احساس تعلق و احساس ذهنی جدایی از دیگران یعنی تجربهٔ تنهایی می‌شود (جلیلیان و همکاران، ۲۰۲۳). احساس تنهایی در افراد دل‌بسته اضطرابی ممکن است ناشی از تمایل مفرط به جبران عزت نفس پایین با جلب پذیرش دیگران همراه با سطح بالایی از اضطراب طرد شدن باشد و در افراد دل‌بسته اجتنابی نیز احتمالاً دیدگاه منفی نسبت به ماهیت انسان و عدم اعتماد بین فردی، مکانیسم کلیدی است (براوسکی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، پژوهش‌ها نشان دادند افراد با دل‌بستگی ایمن با ادراک حمایت اجتماعی بیشتر، معمولاً کمتر احساس تنهایی می‌کنند (سهین-بیرکتار و سون، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر احساس تنهایی، ناگویی هیجانی^۲ است (ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس دیدگاه تیلور^۴ و همکاران (۱۹۸۸) ناگویی هیجانی سازه‌ای چندوجهی است که شامل دشواری در شناسایی، توصیف و تمایز بین هیجانات و حس‌های بدنی مربوط به برانگیختگی‌های هیجانی، قدرت تجسم محدود، تفکر عینی و ظرفیت کمتر برای همدلی است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، هیجانات مختلفی را تجربه می‌کنند، اما در شناسایی و ابراز این هیجانات ناتوان هستند و همین امر باعث مشکلات بین فردی متعدد و در نهایت احساس تنهایی در آن‌ها می‌شود (گائو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان دادند بین ناگویی هیجانی و احساس تنهایی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد و دانشجویانی که احساس تنهایی می‌کنند، معمولاً در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ سیگالا^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی با توجه به مشکل در توصیف هیجانات و در نتیجه ابراز نکردن آن، در روابط بین فردی بی‌تفاوت به نظر می‌رسند که همین موضوع به تدریج شبکه‌های اجتماعی آن‌ها را محدود می‌سازد و در نهایت به احساس تنهایی منجر می‌شود. همچنین، ناگویی هیجانی موجب ناتوانی افراد در پیش‌بینی بازخورد اجتماعی شده و غیرقابل پیش‌بینی بودن بازخورد نیز اعتماد دیگران را از بین می‌برد و موجب احساس تنهایی می‌شود (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

فردی که احساس تنهایی را تجربه می‌کند، ممکن است خود را غیرقابل قبول و دوست نداشتنی و بی‌ارزش درک کند، در حالی که ممکن است دیگران چنین ادراکی از او نداشته باشند (کوپر و همکاران، ۲۰۲۱). نف^۷ (۲۰۰۳) علاقه و مهری را که انسان باید نسبت به خود داشته باشد، خودشفقتی^۸ می‌نامد. خودشفقتی سه مؤلفهٔ دوقطبی شامل ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی، انسانیت مشترک در برابر انزوا و مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود را دربرمی‌گیرد. افرادی که خودشفقتی را تجربه می‌کنند، دیدگاهی حمایت‌گرانه نسبت به خود دارند، خود را قضاوت نمی‌کنند، از خود انتقادهای مخرب نمی‌کنند، خود را در همه حال دوست دارند (گارسیا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱) و در نهایت کمتر احساس تنهایی می‌کنند (ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ توحیدی‌فر و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات نشان داده‌اند افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند، عواطف منفی، افسردگی، اضطراب

1. Şahin-Bayraktar & Seven

2. alexithymia

3. Zhang

4. Taylor

5. Gao

6. Scigala

7. Neff

8. self-compassion

9. Garcia

۱۰۸ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی

و استرس کمتر و روابط اجتماعی، احساس تعلق و رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند (اسلمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها در بررسی رابطه خودشفقتی و احساس تنهایی نشان دادند ابعاد سازگار خودشفقتی شامل مهربانی با خود، انسانیت مشترک و خودآگاهی رابطه منفی و ابعاد ناسازگار شامل قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی رابطه مثبت با تنهایی دارند (دریمن^۲، ۲۰۲۱؛ ولی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲).

با توجه به تأثیر معنادار خودشفقتی بر احساس تنهایی، ضروری است عوامل مؤثر بر آن را شناخت. پژوهش‌ها نشان دادند سبک دلبستگی (کوئین‌لان^۳ و همکاران، ۲۰۲۲) و ناگویی هیجانی (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ رن^۴ و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیورز^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۹۹) که از عوامل اثرگذار بر احساس تنهایی هستند، بر خودشفقتی نیز تأثیر معنادار دارند. احساس ناکامی و طرد شدن از سوی مراقبان در سال‌های اول زندگی باعث می‌شود فرد احساس ارزشمندی و خودشفقتی را از دست داده و دیدگاهی منفی نسبت به خود پیدا کند که به ترس از صمیمیت و در نهایت احساس تنهایی منجر می‌شود. در واقع، شیوه برخورد افراد با خودشان در مواقع تجربه رنج و شکست و در نهایت با دیگران، برگرفته از الگودهی والدینشان است. پژوهش‌ها نشان دادند نوجوانان با سبک دلبستگی ایمن، از خودشفقتی بیشتر و افراد با سبک دلبستگی اضطرابی یا اجتنابی، از سطوح پایین‌تر خودشفقتی برخوردارند (کوئین‌لان و همکاران، ۲۰۲۲؛ فولادچنگ و عباسی، ۱۴۰۲). همچنین، افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند سطوح پایین‌تر خودشفقتی را تجربه می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ رن و همکاران، ۲۰۲۲؛ لیورز و همکاران، ۲۰۲۰). این افراد در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی مشکل دارند. وقتی اطلاعات هیجانی در فرایند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی نمی‌شوند، فرد از نظر هیجانی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود و در نتیجه خودشفقتی به‌عنوان راهبرد تنظیم هیجانی در مواجهه با ناملایمات به عنوان عامل حمایت‌گراانه تحت تأثیر قرار می‌گیرد (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۹). افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند در مواجهه با شکست‌ها یا مشکلات ادراک شده فاقد منابع درونی لازم برای آگاهی لحظه‌ای از حالات هیجانی بدون آمیختگی با افکار یا هیجانان منفی، پذیرش آنها به عنوان بخشی مشترک از شرایط انسانی نه یک مشکل فردی و مهربانی به جای قضاوت هستند (لیورز و همکاران، ۲۰۲۰).

از آنجا که احساس تنهایی یکی از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شود و می‌تواند احتمال بروز بیماری‌های جسمانی و روانی را افزایش دهد، بررسی عوامل اثرگذار بر آن به ویژه در جوانان، که به دلیل قرارگرفتن در ابتدای بزرگسالی و مواجهه با شرایط مختلف اجتماعی، بی‌ثباتی شبکه‌های اجتماعی، جست‌وجوی هویت و استقلال، رفتن به دانشگاه، جدایی از خانواده و زندگی در محیط‌های دانشجویی، تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند، ضروری به‌نظر می‌رسد. مرور ادبیات پژوهشی این حوزه نشان داد پژوهش‌های احساس تنهایی بیشتر بر روی نوجوانان یا افراد میانسال انجام شده و تعداد کمی از آنها جوانان و به ویژه دانشجویان را هدف قرار داده‌اند. همچنین، پژوهش‌های اندکی مکانیسم‌های اثرگذاری ناگویی هیجانی بر احساس تنهایی را مطالعه کرده‌اند. نظر به حساسیت دوره جوانی اولیه، اهمیت احساس تنهایی در بهزیستی روانی دانشجویان و تأثیری که سبک‌های

1. Asselmann
2. Dreimann
3. Quinlan
4. Ren
5. Lyvers

دل‌بستگی، ناگویی هیجانی و خودشفقتی می‌توانند بر تجربه این احساس بگذارند، پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی فرضیه‌های زیر بپردازد:

- سبک دل‌بستگی، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند.
- سبک دل‌بستگی با میانجی‌گری خودشفقتی، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند.
- ناگویی هیجانی، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند.
- ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش، شامل کلیه دانشجویان ۱۸ تا ۲۶ ساله شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مشغول به تحصیل بودند. نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مطابق با جدول کرجسی و مورگان برای جوامعی با حجم نامعین، ۳۸۴ نفر انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری، پیوند ابزار با هماهنگی قبلی برای برخی دانشجویان دانشکده‌های مختلف ارسال شد و آنها نیز برای گروه دانشجویان هم‌کلاسی خود در یکی از پیام‌رسان‌ها ارسال کردند. تعدادی دیگر نیز با ارسال پیوند توسط پژوهشگر به گروه‌های علمی و پژوهشی دانشگاه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. بعد از به حد نصاب رسیدن تعداد افراد نمونه، پاسخ‌گویی به ابزارها غیرفعال شد. ملاک‌های ورود به پژوهش، قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۲۶ سال و تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک خروج نارضایتی برای حضور در پژوهش بود. در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی شامل آگاهی‌بخشی درباره هدف، نحوه اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف برای شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و مدل ۴ رگرسیون هایس در نرم‌افزار SPSS26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

ابزار

مقیاس احساس تنهایی دانشجویان (SLFS)^۱: این مقیاس توسط آشر^۲ و همکاران (۱۹۸۴) ساخته شد که دارای ۲۴ گویه است. ۸ گویه آن انحرافی بوده و در نمره‌گذاری از آنها استفاده نمی‌شود. در واقع هدف از این گویه‌ها این است که شرکت‌کنندگان با احساس بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از پاسخ‌های جهت‌دار پرهیز کنند. نمره‌گذاری گویه‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد و با افزایش نمره، احساس تنهایی نیز افزایش می‌یابد. در پژوهش آشر و همکاران (۱۹۸۴) ضریب پایایی این ابزار با استفاده از روش دو نیمه کردن $r=0/83$ و با روش اسپیرمن براون $r=0/91$ مطلوب گزارش شد و نتیجه تحلیل عاملی هم حاکی از تک عاملی بودن ابزار بود. در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) اعتبار مقیاس از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/81$ و روایی همزمان مقیاس در همبستگی با

1. Student Loneliness Feeling Scale (SLFS)
2. Asher

۱۱۰ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی

مقیاس افسردگی ۰/۴۱ و معنی‌دار گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس سبک‌های دلبستگی (AAS)^۱: این مقیاس توسط هازان و شیور^۲ (۱۹۸۷) با ۳۶ گویه برای ارزیابی سبک‌های دلبستگی بزرگسالان طراحی شد. در این پژوهش نسخه ۱۵ گویه‌ای که توسط بشارت (۱۳۸۴) ساخته شد، مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار شامل سه خرده‌مقیاس دلبستگی ایمن^۳، اجتنابی^۴ و اضطرابی^۵ (هر کدام ۵ گویه) است و در طیف ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای هر سبک از ۵ تا ۲۵ است و هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند، بیانگر دلبستگی بیشتر است. هازان و شیور (۱۹۸۷) اعتبار ابزار را از طریق همسانی درونی ۰/۸۷ به دست آوردند. در پژوهش بشارت (۱۳۸۴) روایی همزمان آن در رابطه با مقیاس مشکلات بین شخصی بیانگر همبستگی منفی و معنی‌دار با سبک دلبستگی ایمن (از $r = -0.61$ تا $r = -0.83$) و همبستگی مثبت و معنی‌دار با سبک‌های دلبستگی ناایمن بود (از $r = 0.39$ تا $r = 0.41$). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های دلبستگی به ترتیب بالا برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۵ به دست آمد و در پژوهش حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS -20)^۶: این مقیاس توسط تیلور و همکاران (۱۹۸۵) ساخته شد و توسط بگبی^۷ و همکاران (۱۹۸۶) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس ۲۰ گویه‌ای، شامل سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۸، دشواری در توصیف احساسات^۹ و تفکر عینی^{۱۰} است که نمرات آن در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) سنجیده می‌شود. تیلور و همکاران (۱۹۸۵) همسانی درونی ابزار را با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و بگبی و همکاران (۱۹۸۶) روایی همزمان آن را در همبستگی با زیرمقیاس‌های سیاهه شخصیت اساسی از $r = 0.20$ تا $r = 0.84$ گزارش کردند. بشارت (۲۰۰۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ ناگویی هیجانی را ۰/۸۵ و خرده‌مقیاس‌ها را به ترتیب بالا ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد. روایی همزمان مقیاس نیز بیانگر همبستگی منفی و معنی‌دار با مقیاس هوش هیجانی ۰/۸۰- و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸- بود. در پژوهش حاضر همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس خودشفقتی (SCS)^{۱۱}: این مقیاس توسط نف (۲۰۰۳) با ۲۶ گویه ساخته شد. در این پژوهش از نسخه کوتاه ۱۲ گویه‌ای ریس^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. پاسخ‌های این مقیاس بر روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند و نمره بالاتر سطح بالاتر خودشفقتی را نشان می‌دهد. این مقیاس سه مؤلفه دو قسمتی را در قالب شش

1. Adult Attachment Scale (AAS)
2. Hazan & Shaver
3. secure attachment
4. avoidant attachment
5. anxious attachment
6. Toronto Alexithymia Scale (TAS -20)
7. Bagby
8. difficulty identifying feeling
9. difficulty describing feeling
10. externally oriented thinking
11. Self-Compassion Scale (SCS)
12. Reyes

خرده‌مقیاس مهربانی با خود^۱ در مقابل قضاوت خود^۲، ذهن‌آگاهی^۳ در مقابل همانندسازی افراطی^۴ و اشتراکات انسانی^۵ در مقابل انزوا^۶ را اندازه می‌گیرد. نف (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و روایی همزمان آن را در همبستگی با مقیاس عزت به نفس برابر با ۰/۵۹ محاسبه نمودند. در پژوهش شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) همسانی درونی برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ به‌دست آمد. روایی همزمان و همگرای ابزار نیز بیانگر همبستگی منفی و معنی‌دار با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۴۵- بود. در پژوهش حاضر همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، ۳۶۱ نفر از دانشجویان (۹۴٪) را دخترها و ۲۳ نفر (۶٪) را پسرها تشکیل می‌دادند. همچنین، ۲۸۳ نفر (۷۳/۷٪) در مقطع کارشناسی و ۱۰۱ نفر (۲۶/۳٪) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. جدول شماره ۱ اندازه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به‌صورت کلی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | مؤلفه‌ها | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه | کشیبگی | چولگی |
|---------------|-----------------|---------|--------------|-------|--------|--------|-------|
| سبک دلبستگی | دلبستگی ایمن | ۱۴/۷۸ | ۲/۸۱ | ۷ | ۲۲ | -۰/۳۰ | ۰/۰۶ |
| | دلبستگی اجتنابی | ۱۳/۴۳ | ۳/۷۵ | ۵ | ۲۵ | ۰/۲۹ | ۰/۵۵ |
| | دلبستگی اضطرابی | ۱۳/۲۸ | ۳/۲۲ | ۵ | ۲۵ | ۰/۵۲ | ۰/۵۵ |
| ناگویی هیجانی | شناسایی هیجان | ۱۸/۵۲ | ۵/۷۸ | ۷ | ۳۵ | ۰/۰۲ | ۰/۴۷ |
| | توصیف هیجان | ۱۴/۰۹ | ۴/۱۷ | ۵ | ۲۵ | -۰/۱۰ | ۰/۴۲ |
| خودشفقتی | تفکر عینی | ۱۹/۱۸ | ۳/۱۰ | ۱۰ | ۳۰ | ۰/۲۰ | ۰/۱۰ |
| | مهربانی با خود | ۶/۹۴ | ۱/۵۹ | ۲ | ۱۰ | ۰/۰۳ | -۰/۳۸ |
| | قضاوت خود | ۶/۰۵ | ۱/۸۱ | ۲ | ۱۰ | -۰/۲۱ | -۰/۲۹ |
| | اشتراکات انسانی | ۶/۵۴ | ۱/۵۲ | ۲ | ۱۰ | ۰/۱۸ | -۰/۲۹ |
| | انزوا | ۵/۵۲ | ۱/۸۸ | ۲ | ۱۰ | -۰/۵۱ | ۰/۱۰ |
| | ذهن‌آگاهی | ۶/۷۵ | ۱/۵۲ | ۲ | ۱۰ | ۰/۱۰ | -۰/۲۸ |

1. self-kindness
2. self-judgment
3. mindfulness
4. over-identification
5. common humanity
6. isolation

۱۱۲ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی

| | | | | | | |
|------------------|-------|------|----|----|-------|------|
| هماندسازی افراطی | ۵/۳۳ | ۱/۹۳ | ۲ | ۱۰ | -۰/۶۶ | ۰/۰۲ |
| احساس تنهایی | ۳۷/۷۷ | ۹/۵۰ | ۱۵ | ۶۹ | ۰/۵۳ | ۰/۷۶ |

برای استفاده از تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های بهنجاری چندمتغیری، هم‌خطی چندگانه و استقلال باقیمانده‌ها بررسی شد. برای بررسی بهنجاری توزیع داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج جدول شماره ۱ نشان داد که توزیع همه داده‌ها بین ۲ و ۲- قرار دارد که نشان‌دهنده توزیع بهنجار داده‌ها بود. نتایج جدول ۲ در بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه نشان داد هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل کمتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نبوده در نتیجه انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. همچنین، برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد. با توجه به این که مقدار این آماره ۱/۸۷ به دست آمد که در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان رعایت پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها را تأیید کرد.

جدول شماره ۲. هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش

| ملاک | پیش‌بین | تحمل | عامل تورم واریانس |
|--------------|-----------------|------|-------------------|
| احساس تنهایی | دلبستگی ایمن | ۰/۷۱ | ۱/۴۱ |
| | دلبستگی اجتنابی | ۰/۶۸ | ۱/۴۵ |
| | دلبستگی اضطرابی | ۰/۶۵ | ۱/۵۴ |
| | ناگویی هیجانی | ۰/۵۸ | ۱/۷۱ |
| | خودشفقتی | ۰/۷۳ | ۱/۳۶ |

نتایج ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین احساس تنهایی با دلبستگی اجتنابی $r=0/63$ ، دلبستگی اضطرابی $r=0/61$ و ناگویی هیجانی $r=0/59$ و رابطه منفی و معنادار با دلبستگی ایمن $r=-0/57$ و خودشفقتی $r=-0/46$ بود. همچنین، رابطه خودشفقتی با دلبستگی ایمن $r=0/37$ مثبت و معنادار، با دلبستگی اجتنابی $r=-0/28$ و اضطرابی $r=-0/43$ منفی و معنادار و با ناگویی هیجانی $r=-0/43$ منفی و معنادار به دست آمد.

جدول شماره ۳. ماتریس همبستگی مرتبه صفر متغیرهای پژوهش ($n=384$)

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۱. دلبستگی ایمن | ۱ | | | | | |
| ۲. دلبستگی اجتنابی | -۰/۴۲** | ۱ | | | | |
| ۳. دلبستگی اضطرابی | -۰/۳۹** | ۰/۴۱** | ۱ | | | |
| ۴. ناگویی هیجانی | -۰/۴۴** | ۰/۴۹** | ۰/۵۱** | ۱ | | |
| ۵. خودشفقتی | ۰/۳۷** | -۰/۲۸** | -۰/۴۳** | -۰/۴۳** | ۱ | |
| ۶. احساس تنهایی | -۰/۵۷** | ۰/۶۳** | ۰/۶۱** | ۰/۵۹** | -۰/۴۶** | ۱ |

$P < 0/01$ **

تحلیل رگرسیون مدل میانجی در جدول ۴ نشان داد مسیر مستقیم رابطه دل‌بستگی ایمن با احساس تنهایی منفی و معنادار ($B=-0/056, t=-13/48, P<0/001$) و با خودشفقتی مثبت و معنادار ($B=0/37, t=7/72, P<0/001$)؛ رابطه دل‌بستگی اجتنابی با احساس تنهایی مثبت و معنادار ($B=0/63, t=16/07, P<0/001$) و با خودشفقتی منفی و معنادار ($P<0/001$) ($B=0/61, t=15/13, P<0/001$)؛ رابطه دل‌بستگی اضطرابی با احساس تنهایی مثبت و معنادار ($B=0/61, t=15/13, P<0/001$) و با خودشفقتی منفی و معنادار ($P<0/001$) و با خودشفقتی منفی و معنادار ($B=-0/43, t=-9/23, P<0/001$) و رابطه ناگویی هیجانی با احساس تنهایی مثبت و معنادار ($B=0/59, t=14/17, P<0/001$) و با خودشفقتی منفی و معنادار ($B=-0/43, t=-9/28, P<0/001$) بود. بر این اساس، همه مسیرهای مستقیم رابطه میان متغیرهای پژوهش معنادار به دست آمد.

جدول شماره ۴. تحلیل رگرسیون مدل میانجی خودشفقتی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی هیجانی با احساس تنهایی

| Bootstrap 95% CI | t | SE | B | B | F | R ² | R | |
|------------------|--------|------|-------|-------|--------|----------------|------|----------------------------------|
| -0/76 - -0/57 | -13/48 | 0/04 | -0/56 | -0/66 | 181/79 | 0/32 | 0/56 | دل‌بستگی ایمن |
| 0/49 - 0/62 | 16/07 | 0/03 | 0/63 | 0/56 | 258/24 | 0/40 | 0/63 | احساس تنهایی دل‌بستگی اجتنابی |
| 0/54 - 0/71 | 15/13 | 0/04 | 0/61 | 0/63 | 228/90 | 0/37 | 0/61 | دل‌بستگی اضطرابی |
| 1/72 - 2/89 | 7/72 | 0/29 | 0/37 | 2/31 | 59/70 | 0/13 | 0/37 | دل‌بستگی ایمن |
| -1/79 - -0/88 | -5/81 | 0/23 | -0/28 | -1/34 | 33/77 | 0/08 | 0/28 | خودشفقتی دل‌بستگی اجتنابی |
| -2/84 - -1/84 | -9/23 | 0/25 | -0/43 | -2/34 | 85/28 | 0/18 | 0/43 | دل‌بستگی اضطرابی |
| -0/64 - -0/44 | -10/78 | 0/05 | -0/46 | -0/54 | 123/39 | 0/39 | 0/63 | دل‌بستگی ایمن |
| -0/07 - 0/04 | -6/66 | 0/00 | -0/28 | -0/05 | | | | احساس تنهایی خودشفقتی |
| 0/42 - 0/55 | 14/34 | 0/03 | 0/55 | 0/48 | 179/85 | 0/48 | 0/96 | دل‌بستگی اجتنابی |
| -0/07 - -0/04 | -7/81 | 0/00 | -0/30 | -0/06 | | | | احساس تنهایی خودشفقتی |
| 0/43 - 0/61 | 11/84 | 0/04 | 0/51 | 0/52 | 138/49 | 0/42 | 0/65 | دل‌بستگی اضطرابی |
| -0/06 - -0/02 | -5/51 | 0/00 | -0/24 | -0/04 | | | | احساس تنهایی خودشفقتی |
| 0/19 - 0/26 | 14/17 | 0/01 | 0/59 | 0/23 | 200/91 | 0/34 | 0/59 | احساس تنهایی ناگویی هیجانی |
| -1/08 - -0/71 | -9/28 | 0/09 | -0/43 | -0/89 | 86/21 | 0/18 | 0/43 | خودشفقتی ناگویی هیجانی |
| 0/15 - 0/22 | 10/88 | 0/01 | 0/48 | 0/19 | 124/74 | 0/39 | 0/63 | ناگویی هیجانی |
| -0/06 - -0/03 | -5/67 | 0/00 | -0/25 | -0/05 | | | | احساس تنهایی خودشفقتی |

نتایج جدول شماره ۵ نشان داد اثر میانجی خودشفقتی در رابطه میان سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی و احساس تنهایی ($B=0/10, -0/10$) و نیز در رابطه بین ناگویی هیجانی و احساس تنهایی ($B=0/10$) معنادار است. بر این اساس مسیر غیرمستقیم رابطه سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی هیجانی با احساس تنهایی با واسطه خودشفقتی معنادار بود و خودشفقتی، رابطه بین این متغیرها با احساس تنهایی را میانجی‌گری می‌کرد.

جدول شماره ۵. بوت استرپ اثر غیرمستقیم و فاصله اطمینان ۹۵٪ برای مدل میانجی

| Bootstrap 95% CI | Bootstrap SE | B | مسیر غیرمستقیم |
|---------------------|-----------------|-------|-------------------------------------------|
| -۰/۱۵ - -۰/۰۶ | ۰/۰۲ | -۰/۱۰ | دلبستگی ایمن ← خودشفقتی ← احساس تنهایی |
| -۰/۷۶ - -۰/۵۷ | ۰/۰۴ | -۰/۵۶ | اثر کلی |
| ۰/۰۴ - ۰/۱۳ | ۰/۰۲ | ۰/۰۸ | دلبستگی اجتنابی ← خودشفقتی ← احساس تنهایی |
| ۰/۴۹ - ۰/۶۲ | ۰/۰۳ | ۰/۶۳ | اثر کلی |
| ۰/۰۵ - ۰/۱۵ | ۰/۰۲ | ۰/۱۰ | دلبستگی اضطرابی ← خودشفقتی ← احساس تنهایی |
| ۰/۵۴ - ۰/۷۱ | ۰/۰۴ | ۰/۶۱ | اثر کلی |
| ۰/۰۶ - ۰/۱۶ | ۰/۰۲ | ۰/۱۰ | ناگویی هیجانی ← خودشفقتی ← احساس تنهایی |
| ۰/۱۹ - ۰/۲۶ | ۰/۰۱ | ۰/۵۸ | اثر کلی |

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی در دانشجویان انجام گرفت. یافته نخست پژوهش حاکی از آن بود که سبک دلبستگی ایمن به‌طور مستقیم با احساس تنهایی رابطه منفی و معنادار و سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی نیز به‌طور مستقیم با احساس تنهایی رابطه مثبت و معنادار داشتند. این یافته با نتایج پژوهش شورتر و همکاران (۲۰۲۲)، براوسکی و همکاران (۲۰۲۲)، هلم و همکاران (۲۰۲۰) و سهین-بیرکنار و سون (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته با توجه به دیدگاه شورتر و همکاران (۲۰۲۲) می‌توان گفت الگوهای فعال درونی افراد ایمن نسبت به خود به عنوان فردی شایسته توجه و نگرانی اطرافیان و نسبت به دیگران به عنوان افرادی قابل دسترس و قابل اعتماد است. افراد ایمن به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند و به ندرت نگران طرد شدن هستند؛ از این رو، تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند. بر اساس دیدگاه براوسکی و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اینکه الگوهای فعال درونی در افراد اجتنابی، نگاه مثبت به خود و دیدگاه منفی نسبت به دیگران است، می‌توان دریافت که این افراد کمتر به دیگران وابسته هستند و فاصله اجتماعی لزوماً برایشان ناراحت‌کننده نیست؛ اما در عمل این افراد نیز احساس تنهایی می‌کنند. آن‌ها برای استقلال و جدایی از دیگران بیش از روابط صمیمی و نزدیک ارزش قائل هستند و ممکن است سیستم‌های دلبستگی خود را تا حدی غیرفعال کنند که اصلاً به فقدان روابط حمایتی اهمیت ندهند. افراد اجتنابی دیگران را غیرقابل اعتماد یا بیش از حد مشتاق برای تعهد طولانی مدت در روابط خود می‌دانند و وقتی بیش از حد با آنها صمیمی می‌شوند، نگرانی، بی‌اعتمادی و سطوح پایین رضایت و در نتیجه احساس تنهایی بیشتر و علائم هیجانی کمتری را در ارتباط با دیگران نشان می‌دهند. همچنین، مطابق با دیدگاه براوسکی و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر دیدگاه منفی افراد اضطرابی نسبت به خود و دیدگاه مثبت نسبت به دیگران، می‌توان چنین استنباط کرد که آن‌ها برای احساس ارزشمندی به تأیید دیگران وابسته هستند و همین امر با احساس تنهایی در آنها همراه است. افراد اضطرابی بر این باورند که توسط دیگران درک نمی‌شوند. آن‌ها از حمایت و پاسخدهی افراد مهم زندگی خود مطمئن نیستند، با این حال به دلیل عدم اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی منوط به تأیید دیگران، نمی‌توانند نسبت به آنها بی‌تفاوت باشند. در نتیجه، ترس بیشتری از جدایی و طرد شدن از جانب دیگران دارند. ترکیب نیاز شدید به پذیرش از سوی دیگران با

ترس از طرد یا رها شدن از سوی آن‌ها منجر به عدم ارضای مکرر نیاز به تعلق که مشخصه تنهایی است، می‌شود. همچنین، این ترس از جدایی همواره با فرد باقی می‌ماند و با جلوگیری از ایجاد صمیمیت با دیگران، احساس تنهایی را افزایش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد خودشفقتی، احساس تنهایی را در دانشجویان به صورت معنادار پیش‌بینی می‌کند. این یافته با پژوهش دریمن (۲۰۲۱)، گارسیا و همکاران (۲۰۲۱)، ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) و توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۰) همسوست. خودشفقتی نوعی راهبرد تنظیم هیجان است که با تبدیل هیجان‌های منفی مانند احساس تنهایی و انزوا به مهربانی و نسبت دادن آن به تجارب مشترک انسانی، باعث ایجاد انگیزه در برقراری و حفظ روابط اجتماعی با دیگران شده و بدین ترتیب انزوا و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد. با توجه به دیدگاه دریمن (۲۰۲۱) می‌توان چنین استنباط کرد که خودشفقتی با افزایش تفکر واقع‌بینانه و منطقی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمرکز بر زمان حال، پریشانی ناشی از احساس تنهایی را تعدیل کرده و باعث می‌شود افراد ماهیت احساس تنهایی خود را بشناسند و با همدلی و مهربانی به آن پاسخ دهند. بر این اساس، سه بعد سازگار خودشفقتی شامل مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی ماهیت انطباقی دارند و نشان می‌دهند که در صورت تجربه‌های منفی زندگی، رویکرد فرد نسبت به خود گرم، ملایم و مهربان است و نسبت به عیوب و نارسایی‌های خود با مدارا برخورد می‌کند. در نتیجه، به جای غرق شدن در هیجانات منفی و مقصر دانستن خود و احساس انزوا و تنهایی، با توجه به پذیرش خطاها و سعی در جبران آن‌ها و نیز خودانتقادی پایینی که دارند، احساس ارزشمندی می‌کنند و در تجربه وقایع ناخوشایند که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است با در نظر گرفتن اینکه همه انسان‌ها ممکن است خطا کنند، هیجان‌های منفی کمتری را تجربه می‌کنند. مطابق با دیدگاه نف (۲۰۰۳) سه بعد ناسازگار خودشفقتی شامل قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی بیانگر شرایطی هستند که فرد، به دلیل خطاها و تجربیات ناموفق زندگی به خود برچسب می‌زند و هیجان‌های منفی را تجربه می‌کند. این افراد در مواقع شکست، خودشان، شکست‌ها و هیجان‌هایشان را شرم‌آور می‌پندارند و فکر می‌کنند باید خود واقعیشان را از دیگران مخفی کنند. آن‌ها احساس می‌کنند نقص و شکستشان خطایی بوده که دیگران هیچ‌وقت آن را مرتکب نمی‌شوند و خود تنها کسانی هستند که چنین شرایطی را تجربه می‌کنند، در نتیجه احساس تنهایی و جدایی از سایرین به آن‌ها دست داده و تحمل شکست برایشان دشوارتر می‌شود. تمرکز بر محدودیت‌ها و مشکلات در این افراد، باعث ایجاد دید یک‌جانبه‌نگر شده و از تجربه عمیق زمان حال جلوگیری می‌کند. این افراد افکار و هیجانات منفی خود را بزرگتر از چیزی که هست می‌پندارند که این امر منجر به نادیده گرفتن انتخاب‌های پیش رو برای غلبه بر مشکلات می‌شود. در مورد احساس تنهایی، فرد ممکن است گزینه‌های مناسبی برای ارتباط یا دوستی در اطراف خود داشته باشد، اما به دلیل برداشت ذهنی غلط از خود و دیگران، آن‌ها را نادیده گرفته و یا نمی‌تواند ارتباط مطلوبی برقرار کند.

یافته‌ها در بررسی مسیر سبک‌های دلبستگی به خودشفقتی، بیانگر رابطه مثبت و معنادار سبک دلبستگی ایمن و رابطه منفی و معنادار سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی با خودشفقتی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کوئین‌لان و همکاران (۲۰۲۲) و فولادچنگ و عباسی (۱۴۰۲) همسو است. مطابق با دیدگاه بالبی (۱۹۸۸)، افراد اغلب با خودشان و دیگران به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که در دوران کودکی توسط مراقبان اولیه‌شان با آن‌ها رفتار شده است. اگر افراد در محیطی تربیت شوند که مراقبان حضور پاسخگو دارند، توانایی ارتباط همراه با شفقت را با خود دارند که در نتیجه توانایی آنها برای خودارزشی و ارتباط با

۱۱۶ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی

دیگران هم رشد می‌کند. در مقابل، تجارب دلبستگی منفی و زندگی در محیط‌های ناامن، استرس‌زا یا تهدیدآمیز سبب می‌شود افراد نسبت به خود سردتر و منتقدتر شوند و توانایی ارتباط مهربانانه با خود را نداشته باشند. دلبستگی اجتنابی نسبت به دلبستگی اضطرابی میزان کمتری از واریانس خودشفقتی را تبیین می‌کند. این یافته ممکن است به دلیل تفاوت در ماهیت الگوهای فعال درونی مربوط به دلبستگی اضطرابی و اجتنابی باشد (کوئین‌لان و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین، افراد با دلبستگی اجتنابی نسبت به افراد با دلبستگی اضطرابی به دلیل دیدگاه مثبت نسبت به خود، بیشتر محتمل است که از توانایی خودشفقتی برخوردار باشند. افراد با سبک دلبستگی اضطرابی از عزت‌نفس کمتری برخوردارند و معمولاً توانایی بالقوه‌ای برای خودسرزنی دارند که همین عوامل سبب می‌شود وقتی در موقعیت خودارزیابی قرار می‌گیرند، احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی کنند و به دنبال این تجارب، عدم خودشفقتی را نیز تجربه کنند؛ چرا که خودشفقتی مستلزم احساس پذیرش و مهربانی نسبت به خود و گشودگی خاطر است و به وسیله قضاوت‌ها و انتقادهای شدید از خود مسدود نمی‌شود (نف، ۲۰۰۳). بر این اساس و با توجه به تأثیر خودشفقتی بر احساس تنهایی، سبک‌های دلبستگی می‌توانند به طور غیرمستقیم نیز از طریق خودشفقتی احساس تنهایی را در دانشجویان پیش‌بینی کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی، به طور مستقیم احساس تنهایی را در دانشجویان به صورت معناداری پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش ژانگ و همکاران (۲۰۲۳)، گائو و همکاران (۲۰۲۲) و سیگالا و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. با توجه به دیدگاه ژانگ و همکاران (۲۰۲۳) افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، به دلیل ناتوانی در شناسایی، توصیف و ابراز هیجانات، قادر به ایجاد و حفظ روابط مفید و مؤثر با دیگران نیستند؛ از این رو، می‌توان گفت نقص در پردازش هیجانی سبب می‌شود در نهایت افراد قادر به ابراز هیجانات خود نباشند. عدم ابراز هیجانات در بسیاری موارد توسط دیگران به بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی تعبیر شده که در طولانی‌مدت منجر به محدودتر شدن شبکه‌های اجتماعی و نارضایتی از کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی و در نهایت احساس تنهایی ذهنی یا واقعی می‌شود. همچنین، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی فاقد قدرت تحلیل در رویدادها و روابط هستند و بیشتر بر جنبه‌های عینی مسائل تمرکز می‌کنند که این امر موجب ناتوانی آنها در پیش‌بینی بازخوردهای اجتماعی می‌شود و همین غیرقابل پیش‌بینی بودن بازخوردها، اعتماد آنها به دیگران را از بین برده و زمینه را برای بروز احساس تنهایی در آنها فراهم می‌کند.

همچنین، یافته‌ها نشان دادند بین ناگویی هیجانی و خودشفقتی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد که این یافته با نتایج پژوهش ژانگ و همکاران (۲۰۲۴)، رن و همکاران (۲۰۲۲)، لیورز و همکاران (۲۰۲۰) و محمدیان و همکاران (۱۳۹۹) همسوست. بر اساس نظریه تبادل هیجانی، افراد با سطح بالای ناگویی هیجانی ممکن است به دلیل مشکل در پردازش هیجانی از قبیل تشخیص و درک هیجانات خود و دیگران و ابراز حالات هیجانی، برقراری ارتباط هیجانی صمیمی و مؤثر با دیگران را دشوار بدانند و به تدریج به این باور برسند که تجربیاتشان از تجربیات دیگران جدا است، که می‌تواند منجر به دیدگاه‌های منفی نسبت به خود شود. با توجه به این تمایلات، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است فاقد منابع درونی لازم برای رشد خودشفقتی باشند. بر اساس دیدگاه ژانگ و همکاران (۲۰۲۴)، جوانانی که دارای سطوح بالاتر ناگویی هیجانی هستند، به دلیل آشفتگی و درماندگی هیجانی و شناختی ناشی از نقص در پردازش اطلاعات هیجانی، رضایت کمتری از زندگی دارند و خطر آسیب به خود در آنها

بیشتر است. این افراد به دلیل ناتوانی در تشخیص حالات ذهنی و هیجانی دیگران، در بسیاری موارد هیجان‌های مثبت دیگران را به‌عنوان هیجان‌های منفی ادراک می‌کنند و به آنها پاسخ نامناسب می‌دهند. همین امر سبب می‌شود زمانی که این افراد پریشانی را تجربه می‌کنند، به دلیل مشکلات بین فردی مداوم که ناشی از کمبود همدلی هیجانی است، به دنبال حمایت از خود و دیگران نباشند و در نتیجه سطوح بالاتری از خلق منفی و احساس تنهایی را تجربه کنند، که این یافته می‌تواند همبستگی منفی بین ناگویی هیجانی و خودشفقتی را در مطالعه حاضر تبیین کند. به این ترتیب و با توجه به تأثیر خودشفقتی بر احساس تنهایی، می‌توان گفت ناگویی هیجانی به‌طور غیرمستقیم نیز از طریق خودشفقتی، احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش ضمن تأیید نقش واسطه‌ای خودشفقتی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی با احساس تنهایی نشان داد سبک دلبستگی ایمن و توانایی شناسایی و پردازش صحیح هیجان‌های خودشفقتی، می‌تواند از بروز احساس تنهایی در دانشجویان جلوگیری کرده و در صورت بروز، آن را کاهش دهند. از این رو، والدین با ابراز صحیح محبت و ارضای به موقع نیازهای فرزندان، می‌توانند سبک دلبستگی سالم و ایمن را پرورش دهند و به آنها کمک کنند هیجان‌های خود و دیگران را به درستی شناسایی و بیان کنند تا با تسهیل نگرش مهربانانه نسبت به خود، در پیشگیری یا کاهش احساس تنهایی فرزندان نقش ایفا کنند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای روان‌شناسان و مشاوران در طراحی مداخلات پیشگیرانه و ارائه راهکارهای عملی جهت جلوگیری و یا کاهش رشد غیرطبیعی احساس تنهایی در جوانان ایرانی الهام‌بخش باشد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است که می‌تواند محدودیت‌های قابل توجهی بر تعمیم یافته‌ها تحمیل نماید. لذا، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در پژوهش‌های آتی می‌تواند نتایج دقیق‌تری در ارتباط با متغیرهای پژوهش به دست دهد. همچنین، در این پژوهش پسران تنها شش درصد از افراد نمونه را تشکیل می‌دادند؛ از این رو، باید در تعمیم نتایج به آن‌ها احتیاط کرد. در پژوهش حاضر، اگرچه رابطه ناگویی هیجانی و احساس تنهایی از طریق خودشفقتی نشان داده شد، اما هنوز مطالعات کمی درباره رابطه مستقیم ناگویی هیجانی و خودشفقتی وجود دارد، ضمن اینکه دیگر مکانیسم‌ها و تعدیل‌کننده‌های اثرگذار بر این رابطه ناشناخته است. از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر مکانیسم‌های رابطه ناگویی هیجانی و احساس تنهایی تمرکز شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که در انجام این مطالعه نویسنده‌ها را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

یادآور می‌شویم که نویسندگان در اجرای پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی از هیچ سازمانی دریافت نکردند.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۴). *هنجارهایی مقیاس دلبستگی بزرگسال*. طرح پژوهشی درون دانشگاهی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران.

- ۱۱۸ پیش‌بینی احساس تنهایی بر اساس سبک دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقتی
- توحیدی‌فر، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ و هارون رشیدی، همایون. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف-پذیری شناختی مردان سالمند. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۱۷)، ۹۷-۱۱۶. DOI: [10.22051/psy.2021.36089.2449](https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449)
- رضایی، علی محمد؛ صفایی، مریم؛ و هاشمی، فاطمه سادات. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس احساس تنهایی دانشجویان. *روان‌شناسی بالینی*، ۵(۳)، ۸۱-۹۱. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2138>
- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ و جلوداری، آرش. (۱۳۹۴). ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت خود در گروهی از زندانیان. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۶(۱۹)، ۳۱-۴۶. DOI: [20.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8](https://doi.org/10.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8)
- فولادچنگ، محبوبه؛ و عباسی، نرجس. (۱۴۰۲). تبیین خودشفقت‌ورزی بر اساس سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۴(۵۲)، ۷۷-۹۴. DOI: [10.30495/JPMM.2023.30163.3609](https://doi.org/10.30495/JPMM.2023.30163.3609)
- محمدیان، یوحابه؛ موسوی اصل، اسماعیل؛ خانجانی، سجاده؛ مهکی، بهزاد؛ و دباغی، پرویز. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای شفقت به خود در رابطه بین ناگویی هیجانی و علایم شخصیت‌مرزی با اقدام به رفتار خودجراحی غیرخودکشی‌گرا در سربازان. *طب نظامی*، ۲۲(۱۲)، ۱۲۴۲-۱۲۵۰. DOI: [10.30491/JMM.22.12.1242](https://doi.org/10.30491/JMM.22.12.1242)
- ولی‌زاده، حدیث؛ احمدی، وحید؛ و میرشکار، ساره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۶۹)، ۲۵۷-۲۶۵. DOI: [10.22034/JMPR.2023.16248](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16248)
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 1456-1464. <https://doi.org/10.2307/1130015>
- Asselmann, E., Bendau, A., Hoffmann, C., & Ewert, C. (2024). Self-compassion Predicts Higher Affective Well-being and Lower Stress Symptoms Through Less Dysfunctional Coping: A Three-wave Longitudinal Study During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Happiness Studies*, 25(5), 55. <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00755-6>
- Bagby, M., Taylor, G. J., & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207-215. <https://doi.org/10.1159/000287950>
- Besharat, M. A. (2005). Adult attachment scale standardization. Research report, University of Tehran. [In Persian]
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101(1), 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Borawski, D., Sojda, M., Rychlewska, K., & Wajs, T. (2022). Attached but lonely: Emotional intelligence as a mediator and moderator between attachment styles and loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14831. DOI: [10.3390/ijerph192214831](https://doi.org/10.3390/ijerph192214831)
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>
- Cooper, K., Hards, E., Moltrecht, B., Reynolds, S., Shum, A., McElroy, E., & Loades, M. (2021). Loneliness, social relationships, and mental health in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 289, 98-104. DOI: [10.1016/j.jad.2021.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.016)
- Delgado, E., Serna, C., Martínez, I., & Cruise, E. (2022). Parental attachment and peer relationships in adolescence: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1064. DOI: [10.3390/ijerph19031064](https://doi.org/10.3390/ijerph19031064)

- Dreimann, J. (2021). *The Association between Self-Compassion and Loneliness in a Daily Context: an experience sampling study* (Bachelor's thesis, University of Twente). <https://purl.utwente.nl/essays/87509>
- Fooladchang, M., & Abbasi, N. (2023). explanation of self-compassion based on attachment styles and perfectionism. *Psychological Models and Methods*, 14(52), 77-94. (Text in Persian) DOI: [10.30495/JPMM.2023.30163.3609](https://doi.org/10.30495/JPMM.2023.30163.3609)
- Gao, M., Zhang, H., Gao, Z., Cheng, X., Sun, Y., Qiao, M., & Gao, D. (2022). Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(1), 1-4. DOI: [10.1097/MD.00000000000028528](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028528)
- Garcia, A. C. M., Junior, J. B. C., Sarto, K. K., da Silva Marcelo, C. A., das Chagas Paiva, E. M., Nogueira, D. A., & Mills, J. (2021). Quality of life, self-compassion and mindfulness in cancer patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101924. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101924>
- Halvorsen, K. (2008). Roads in and out of loneliness. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 5(3), 258-267. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-03-07>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Helm, P. J., Jimenez, T., Bultmann, M., Lifshin, U., Greenberg, J., & Arndt, J. (2020). Existential isolation, loneliness, and attachment in young adults. *Personality and Individual Differences*, 159, 109890. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109890>
- Jalilian, K., Momeni, K., & Jebraeili, H. (2023). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment styles and loneliness. *BioMed Central (BMC) Psychology*, 11(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01172-9>
- Li, C., Li, X., Zhang, Y., & Lao, W. (2024). Interpersonal interactions, sense of loneliness and perceived depressive emotions among older adults: A cultural-psychological perspective from heterogeneous roles of different relationships. *SSM-Population Health*, 27, 101703. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101703>
- Lyvers, M., Randhawa, A., & Thorberg, F. A. (2020). Self-compassion in Relation to Alexithymia, Empathy, and Negative Mood in Young Adults. *Mindfulness*, 11(7), 1655-1665. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01379-6>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design & interpretation*. Sage publications. <https://psycnet.apa.org/record/2013-39233-000>
- Mohammadian, Y., Mousavi Asl, E., Khanjani, S., Mahaki, B., & Dabaghi, P. (2021). The Mediating Role of Self-Compassion in the Relationship of Alexithymia and Borderline Personality Symptoms with Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Soldiers. *Journal of Military Medicine*, 22(12), 1242-1250. (Text in Persian) DOI: [10.30491/JMM.22.12.1242](https://doi.org/10.30491/JMM.22.12.1242)
- Neff, K. D. (2003). The development & validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Quinlan, H. M., Hadden, K. L., & Storey, D. P. (2022). The relationship between self-compassion, childhood maltreatment and attachment orientation in high-risk adolescents. *Youth & Society*, 54(5), 890-906. <https://doi.org/10.1177/0044118X21100285>
- Ren, L. X., Yang, Y., Zhang, S. B., & Fu, W. (2022). Relationship between childhood abuse and depression in junior middle school students: A chain intermediary between alexithymia and self-

- compassion. *China Journal of Health Psychology*, 30(11), 1734–1740. <https://doi.org/10.13342/j.cnki.cjhp.2022.11.024>
- Rezaei, A. M., Safaee, M. M. A., & Sadat-Hashemi, F. M. A. (2013). Psychometric properties of student loneliness feeling scale (SLFS). *Journal of Clinical Psychology*, 5(3), 81-91. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2138>
- Şahin-Bayraktar, H. G., & Seven, S. (2022). The interrelationship of attachment style, sense of loneliness, and social dissatisfaction in children aged 60–72 months. *Current Psychology*, 41(6), 3751-3759. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00888-w>
- Scigala, D., Fabris, M., Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., Longobardi, C. (2021). Alexithymia and Self Differentiation: The Role of Fear of Intimacy & Insecure Adult Attachment. *Contemporary Family Therapy*, 43, 165-176. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09567-9>
- Shahbazi, M., Rajabi, G. H., Maghami, E., & Jelodari, A. (2015). Confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised. *Psychological Methods and Models*, 6(19), 31-46. (Text in Persian) DOI: [20.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8](https://doi.org/10.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8)
- Shorter, P., Turner, K., & Mueller-Coyne, J. (2022). Attachment Style's impact on loneliness and the motivations to use social media. *Computers in Human Behavior Reports*, 7, 100212. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100212>
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199. <https://doi.org/10.1159/000287912>
- Tohidifar, M., Kazemianmoghadam, K., & Haroonrashidi, H. (2021). The effectiveness of Compassion-focused therapy on loneliness and cognitive flexibility in Elderly men. *Journal of Psychological Studies*, 17(2), 97-116. (Text in Persian) DOI: [10.22051/psy.2021.36089.2449](https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449)
- Valizadeh, H., Ahmadi, V., & Mirshekar, S. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on resilience, emotional ataxia and feelings of loneliness in female heads of households. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(69), 257-265. (Text in Persian) DOI: [10.22034/JMPR.2023.16248](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16248)
- Zhang, B., Zhang, W., Sun, L., Jiang, C., Zhou, Y., & He, K. (2023). Relationship between alexithymia, loneliness, resilience & non-suicidal self-injury in adolescents with depression: a multi-center study. *BioMed Central (BMC) Psychiatry*, 23(1), 445. DOI: [10.1186/s12888-023-04938-y](https://doi.org/10.1186/s12888-023-04938-y)
- Zhang, J., Wang, X., & Mu, S. (2024). Self-compassion mediates the relationship between alexithymia and learning burnout in Chinese primary and secondary school students: A cross-sectional study. *School Psychology International*, 45(1), 53-69. <https://doi.org/10.1177/01430343231182387>



مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرحواره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق

معین فرخ تاج^۱، سید علی مرعشی^{۲*}، سید اسماعیل هاشمی^۳

چکیده

هدف این مطالعه مقایسه میزان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرحواره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زوج‌های متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱ هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات درمانی مثبت‌گرا و گروه آزمایش ۲ تحت ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات طرحواره‌درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. از پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی جونز و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. یافته‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی داشته و روان‌درمانی مثبت‌گرا در افزایش کیفیت زندگی، اثربخش‌تر از طرحواره‌درمانی؛ و در کاهش متغیر باورهای غیرمنطقی، طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی مثبت‌گرا برای زوج‌ها داشت؛ لذا هر دو درمان می‌تواند کمک به‌سزایی در زمینه مسائل خانوادگی و جلوگیری از طلاق داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: باورهای غیرمنطقی، روان‌درمانی مثبت‌گرا، طرحواره‌درمانی، کیفیت زندگی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران Sayedalimarashi@scu.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

محققان در طی سالیان متمادی بر این باورند که نوع و چگونگی ارتباطی که زوجها با یکدیگر دارند، تضمین‌کننده کیفیت رضایت از زندگی مشترک و همچنین تعیین‌کننده شدت تعارض بین زوج‌هاست. روشی که زوجها طبق آن رابطه برقرار می‌کنند، مهم‌ترین عنصر در درک کیفیت یک زندگی زناشویی تلقی می‌شود (افشانی و همکاران، ۱۴۰۲). به عبارت دیگر، تأیید می‌شود که ازدواج تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی^۱ دارد. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی بدین صورت توضیح داده می‌شود: «نگرش افراد از وضعیت خودشان در زندگی در بستر فرهنگ و ساختاری ارزشی که طبق آن فرد زندگی می‌کند و در خصوص هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های خود» (به نقل از پوربا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

در کنار تحقیقات حوزه سلامت، مطالعات روان‌شناسان نشان داده است که تخیل و ذهنیت افراد در مقایسه با واقعیت‌های زندگی آنها بیشترین تأثیر را بر رضایت از زندگی آنها دارد. از این‌رو، افکار غیرمنطقی در علت‌شناسی همه اختلالات عاطفی و ناهنجاری‌های روانی دخیل هستند. باورهای غیرمنطقی افکاری هستند که بر روان فرد مسلط هستند و عامل تعیین‌کننده چگونگی تفسیر و معنا بخشیدن به رویدادها و تنظیم کیفیت و کمیت رفتارها و احساسات هستند (کورسینی و ودینگ^۳، ۲۰۲۰). باورهای غیرمنطقی از جمله باورهایی تلقی می‌شوند که یا مستقیماً با تأملاتی مانند غم و اندوه، افسردگی و خشم همراه هستند یا به صورت درونی و لحظه‌ای ظاهر می‌شوند و نتیجه آن بی‌حرکی و بی‌علاقگی به کار و فعالیت و زندگی است (ترنر^۴، ۲۰۲۱).

به‌طور کلی پژوهش در خصوص ساختار خانواده‌های امروزی نمایان می‌کند که امروزه خانواده‌ها با تعارضات و مشکلات زیادی در درون خودشان روبه‌رو هستند؛ که همین امر موجب بروز انواع آسیب‌های اجتماعی از قبیل کودک‌آزاری، همسرآزاری، اختلافات حاد خانوادگی که در هسته خانواده‌ها شده است. ضرورت مطالعه در خصوص طلاق که در راستای تعارضات خانوادگی است، ایجاب می‌کند که به آسیب‌شناسی در خصوص ساختار خانواده پرداخته شود. در حالی که بسیاری از الگوهای زوج‌درمانی راه‌حلی برای کمک به زوجها ارائه می‌دهند، تنها تعداد کمی از آنها نتایج امیدوارکننده و پایداری را نشان داده‌اند (رک^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به مشکلاتی که طلاق برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند، روش‌های درمانی متفاوتی چون زوج‌درمانی، معنویت‌درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، گشتالت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری، به‌منظور ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کاهش میل به طلاق و سلامت روانی افراد متقاضی طلاق استفاده شده است (جمشیدزهی و همکاران، ۱۴۰۰). از جمله رویکردهایی که در سال‌های اخیر در زمینه زندگی زناشویی و خانواده‌درمانی توجه روان‌شناسان بالینی را به خود جلب نموده است، زوج‌درمانی مثبت‌نگر است (کردوانی^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). روان‌درمانی مثبت‌گرا^۷ یک رویکرد درمانی است که به‌طور گسترده بر اساس

1. Quality of life
2. Purba
3. Corsini & Wedding
4. Turner
5. Rek
6. Kordovani
7. Positive Psychology Therapy (PPT)

اصول روان‌شناسی مثبت‌گرا است. روان‌درمانی مثبت‌گرا که ریشه در مورد نقاط قوت شخصیت دارد، علائم را با نقاط قوت، منابع با خطرات، نقاط ضعف را با ارزش‌ها و امیدها را با پشیمانی ادغام می‌کند (کاسپرک-زیموسکا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). روان‌درمانی مثبت‌نگر از جنبش روان‌شناسی مثبت سرچشمه می‌گیرد که با توسعه تعامل، لذت و معنا، تغییرات درمانی را ترویج می‌کند. روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌عنوان یک مدل انعطاف‌پذیر توصیه می‌شود که می‌تواند در کنار سایر رویکردهای درمانی برای سایر گروه‌های بیمار اعمال شود (گولک و گولیرماک^۲، ۲۰۲۲). جمشیدزهی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند آموزش زوج‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش میل به طلاق در زوجها مؤثر بوده است. همچنین آموزش زوج‌درمانی مثبت‌نگر نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معنادارتری داشت. در مطالعات مختلف به مؤثر بودن روان‌درمانی مثبت‌نگر بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی اشاره شده است؛ برای نمونه، در مطالعات جعفرپوردزایی و همکاران (۱۴۰۰) در مادران کم‌توان ذهنی شهر تهران؛ و همچنین در مطالعات ذبیح الهی و عراقی (۱۴۰۲) در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی؛ توکلی، قدم‌پور، باقری و تنها (۱۴۰۱) در زنان متقاضی جراحی زیبایی بررسی شده است.

از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی^۳ یکی از رویکردهای موفق در زمینه مشکلات زناشویی و سلامت خانواده است (محمدیان و همکاران، ۱۴۰۰). طرحواره‌درمانی یک مدل روان‌درمانی یکپارچه است که برخاسته از درمان شناختی بک^۴ (۱۹۷۶) است و به تدریج به یک درمان تلفیقی منحصربه‌فرد برای طیفی از مشکلات عاطفی / رابطه طولانی‌مدت، از جمله اختلالات شخصیت تبدیل می‌شود. طرحواره‌ها ساختارهای ذهنی بنیادی پایداری هستند که فراتر از ویژگی‌های صرفاً شناختی ذهن هستند (آرنتز^۵، ۲۰۲۲). صداقت و افراعی (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی می‌تواند در کاهش طلاق عاطفی در زنان متأهل دارای همسر نظامی مؤثر باشد و یک روش انتخابی برای بهبود تعارضات در این افراد باشد. گلکار و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی بسته بومی طرحواره‌درمانی با طرحواره‌درمانی یانگ بر کاهش میل به طلاق در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. در مطالعات متعدد به مؤثر بودن طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی اشاره شده است؛ برای نمونه در مطالعه بیداری و همکاران (۱۴۰۰) در زنان دارای تعارض زناشویی؛ نیز در تحقیقات یوسفیان امیرخیز و همکاران (۱۴۰۲) در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر؛ و احمدی و همکاران (۱۳۹۹) در زوج‌های متقاضی طلاق در شهر شیراز تأثیر معناداری طرحواره‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی بررسی شده است.

این دو روش درمانی (طرحواره‌درمانی و روان‌درمانی مثبت‌گرا) تاکنون در خصوص این متغیرها با یکدیگر بررسی نشده‌اند که آیا به یک میزان اثرگذارند و یا روش درمانی یکی بر دیگری ارجعیت دارد. با توجه به این شکاف تحقیقاتی و فشار بالاتری که فرایند طلاق بر زوجها ایرانی وارد می‌کند، در این تحقیق به بررسی اثربخشی دو رویکرد زوج‌درمانی مثبت‌نگر و طرحواره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق زیر ۵ سال زندگی مشترک پرداخته می‌شود. بر این اساس

1. Kasperek-Zimowska
2. Güleç Keskin & Gülirmak
3. schema therapy
4. Beck's cognitive therapy
5. Arntz

۱۲۴ مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای ...

این مطالعه با هدف بررسی تفاوت اثربخشی دو درمان روان‌درمانی مثبت‌گرا و طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق زیر ۵ سال زندگی مشترک انجام شده است. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر می‌باشند:

- طرح‌واره‌درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی در زوجین متقاضی طلاق می‌شود.
- روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب افزایش کیفیت زندگی در زوجین متقاضی طلاق می‌شود.
- طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین متقاضی طلاق می‌شود.
- روان‌درمانی مثبت‌گرا موجب کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین متقاضی طلاق می‌شود.
- تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوجین متقاضی طلاق تفاوت دارد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر در دسته تحقیقات کاربردی و توصیفی جای می‌گیرد. همچنین این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی زوجینی بودند که با زیر ۵ سال زندگی مشترک به مراکز مشاوره شهر اهواز برای درخواست طلاق مراجعه کرده بودند. نمونه آماری با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود (زوج‌های متقاضی طلاق با زیر ۵ سال زندگی مشترک، رضایت تأییدشده فرد در خصوص شرکت در طرح پژوهش و معیارهای خروج شامل ناقص تکمیل شدن ابزارها، شرکت نکردن در ۲ جلسه متوالی بود. حجم نمونه ۴۵ نفر بود که در یک گروه کنترل و دو گروه مداخله به تعداد مساوی (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت جلسات آموزش طرح‌واره‌درمانی یانگ طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر سلیگمن و سیکزنت میهالی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO-QOL-BREF): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ با فرم ۱۰۰ گویه توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد. فرم کوتاه ۲۶ سؤالی آن در این پژوهش استفاده شده است که دارای ۴ خرده‌مقیاس سلامت روان‌شناختی^۲، سلامت جسمی^۳، سلامت محیط اطراف^۴ و روابط اجتماعی^۵ و یک نمره کلی است. نمرات هر یک از گویه‌ها بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ = خیلی ناراضیم تا ۴ = کاملاً راضیم) است. گویه‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر چقدر نمره شرکت‌کننده در این پرسشنامه بالاتر باشد حاکی از بالا بودن کیفیت بهتر زندگی فرد است. در

1. World Health Organization quality of life
2. Psychological health
3. physical health
4. environmental health
5. social relationships

پژوهش براون^۱ (۲۰۰۶) ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و مقادیر تمامی مؤلفه‌ها از (حد قابل قبول ۰/۷۰) ۰/۷۵ بالاتر بودند. ضرایب پایایی نیز توسط وی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش ایرانی که توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) صورت گرفته پایایی آزمون بازآزمون برای خرده‌مقیاس‌ها سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد. در پژوهش رصافیانی و همکاران (۱۳۹۹) روایی همزمان این پرسشنامه با نسخه سالمندان و پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی ۰/۵۳ به دست آمده است. در تحقیق حاضر، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای این کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای سلامت روان‌شناختی برابر ۰/۷۱، سلامت جسمی برابر ۰/۷۲، سلامت محیط اطراف برابر ۰/۷۵، و روابط اجتماعی برابر ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی^۲ (IBQ): این پرسشنامه توسط جونز^۳ (۱۹۶۸) طراحی شده که شامل ۴۰ گویه و ۱۰ خرده‌مقیاس است. پاسخ‌ها بر اساس نمره ۱ تا ۵ تنظیم شده‌اند. بنابراین حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه ۴۰ و ۲۰۰ و نقطه برش آن نیز ۱۲۰ در نظر گرفته شد. کسب نمره بالا به معنای داشتن باورهای غیرمنطقی بالا در بین شرکت‌کنندگان است. جونز (۱۹۶۸) روایی همزمان این پرسشنامه را با آزمون وضعیت خشم ۰/۵۹ و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و خرده‌مقیاس‌های دهگانه آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ و میانگین پایایی همه خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۴ گزارش کرده است. در پژوهش ازخوش و همکاران (۱۳۸۶) این پرسشنامه روایی همگرایی با پرسشنامه محقق‌ساخته باورهای غیرمنطقی در روابط زناشویی برابر با $r = ۰/۳۲$ و $p = ۰/۰۱$ نشان داد. شیخ و همکاران (۱۴۰۱) ضریب پایایی کل آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد. در تحقیق حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمد.

برنامه مداخلات درمانی

برنامه مبتنی بر طرحواره درمانی یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۰۰) اجراء شد. در جدول‌های ۱ و ۲ به ترتیب شرح مختصری از محتوای جلسات هر دو درمان نشان داده شده است.

روش اجرا

با کسب مجوزهای لازم از دانشگاه برای انجام پژوهش ۴۵ نفر از متقاضی طلاق که برای شرکت در پژوهش، تمایل داشتند؛ انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد، اطلاعاتی در مورد اهداف پژوهش، نوع مداخله، نحوه حضور آنها در جلسه، تعداد و زمان جلسات و تعداد گویه‌ها و دفعات پاسخگویی به ابزار ارائه شد. سپس شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه‌های مذکور برای پیش‌آزمون پاسخ دادند. بعد از اینکه نمونه‌ها در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند؛ گروه‌های آزمایش تحت جلسات آموزش طرحواره درمانی یانگ و درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر سلیگمن و سیکزنت میهالی قرار گرفتند. همچنین تمام اطلاعات جمع‌آوری شده در طول تحقیق

1. Brown
2. Irrational Belief Questionnaire
3. Jones

۱۲۶ مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای ...

محرمانه بود و هویت شرکت‌کنندگان محفوظ ماند. حریم خصوصی شرکت‌کنندگان رعایت شد و در پایان دوره آموزشی، برای افراد حاضر در گروه کنترل که تمایل به دریافت آموزش‌ها را داشتند، دوره آموزشی برگزار شد.

جدول شماره ۱. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

| جلسه | اهداف | محتوی | تغییر رفتار مورد انتظار | تمرین فردی / گروهی |
|-------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| اول | آشنایی، برقراری ارتباط و همدلی | آشنایی شرکت‌کنندگان و درمان‌گر با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات دوره درمانی، آشنایی با طرح‌واره‌درمانی و فرایند آن | ایجاد توانایی برقراری ارتباط مؤثر با گروه و درمان‌گر | - |
| دوم | آشنایی با نیازهای مرکزی و ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها | صورت‌بندی مشکلات در قالب طرح‌واره درمانی، آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و نحوه شکل‌گیری آنها | شناسایی و درک نیازهای مرکزی و آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و نحوه تأثیر آنها بر مشکلات فعلی. درمانی تا مشکلات و تعارضات فعلی خود را شناسایی کنند | آمادگی ذهنی زوجین در روند درمانی تا مشکلات و تعارضات فعلی خود را شناسایی کنند |
| سوم | آشنایی با حیطه‌ها و طرح‌واره‌ها | آشنایی با پنج حیطه و هجده طرح‌واره ناسازگار اولیه و نقش آنها در مشکلات زناشویی | آگاهی زوجین از تأثیر طرح‌واره‌های دوران کودکی بر روابط زناشویی | نمره‌گذاری تجارت دوران کودکی زوجین برای یک دیگر |
| چهارم | آشنایی با ویژگی‌های انواع طرح‌واره‌ها | آشنایی با ویژگی‌های پنج حیطه و هجده طرح‌واره ناسازگار اولیه نقش آنها در ناسازگاری زناشویی و طلاق عاطفی | افزایش مهارت در تشخیص سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار در موقعیت‌های تنش‌زا | سبک مقابله‌ای زوجین در موقعیت‌هایی که دچار مشکلات و تعارضات زناشویی می‌شود. |
| پنجم | آشنایی با طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی | مشخص کردن طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی زوج‌های متقاضی طلاق و بحث درباره چگونگی شکل‌گیری و آثار و پیامدهای آنها | شناخت تأثیر طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی و آثار آن بر روابط | شناسایی ذهنیت‌های ناکارآمد در هنگام موقعیت‌های تنش‌زا و ذهنیت‌های سالم مقابل آنها |
| ششم | آشنایی با نحوه تداوم طرح‌واره‌ها | آموزش چگونگی عملکرد طرح‌واره‌ها، نحوه حفظ و تداوم آنها و بررسی آثار و پیامدهای آنها | تمرین ذهنیت سالم و کاهش ذهنیت ناکارآمد در برخورد با طرح‌واره‌ها. | تمرین‌های رفتاری ذهنیت زوجین |
| هفتم | آشنایی با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد | آشنایی با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در جریان تعارضات زناشویی و چگونگی مقابله با آنها | تشخیص و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در تعارضات زناشویی | تمرین تکنیک‌های صندلی خالی در خانه توسط زوجین |
| هشتم | آشنایی با نقش طرح‌واره‌ها در زندگی | بررسی نقش طرح‌واره‌ها در روابط زناشویی و برجسته‌سازی آنها در زندگی زناشویی | تقویت ذهنیت بالغ و کودک شاد در مدیریت نزاع‌ها | تمرین‌های مرتبط با ذهنیت بزرگ سال و کودک شاد و نزاع‌های جدید |
| نهم | آموزش تعدیل و کاهش تأثیر طرح‌واره‌های ناکارآمد | آموزش مقابله با طرح‌واره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آنها از طریق بررسی اعتبار طرح‌واره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و تمایز بین پاسخ به طرح‌واره‌ها | توانایی تعدیل و کاهش تأثیرات منفی طرح‌واره‌های ناکارآمد | مرور تکلیف انجام شده در طول دوره درمانی و تداوم این تکلیف در دوره‌های بعدی زندگی. |
| دهم | آموزش تعدیل و کاهش تأثیر طرح‌واره‌های ناکارآمد | آموزش مقابله با طرح‌واره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آنها از طریق نوشتن نامه، تهیه کارت‌های آموزشی، گفت‌وگوی خیالی و ایفای نقش در موقعیت‌های زندگی واقعی | توانایی تعدیل و کاهش تأثیرات منفی طرح‌واره‌های ناکارآمد | مرور تکلیف انجام شده در طول دوره درمانی و تداوم این تکلیف در دوره‌های بعدی زندگی. |

جدول شماره ۲. جلسات آموزشی درمان مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر (سلیگمن و سیکزنت میهالی، ۲۰۰۰)

| جلسه | اهداف | محتوا | تغییر رفتار مورد انتظار | تکلیف |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول | معرفی اعضا و آشنایی با قوانین گروه | تشریح چگونگی انجام کار، آشنایی با مفهوم مثبت‌اندیشی، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن | بینش جدید نسبت به رفتار خود فرد | |
| دوم | آشنایی با چگونگی شکل‌گیری تفکر و نگرش مثبت | توضیح پذیرش خویش با تمام نقاط مثبت و منفی، اهمیت | شناسایی نقاط مثبت و منفی خود و تأکید بر اهمیت آرامش | تهیه لیستی از ویژگی‌های مثبت و منفی خودشان |
| سوم | آشنایی با افکار منفی و راه‌های تعدیل آن، تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد | توجه به صفات مثبت، آشنا کردن افراد با آثار و توفیقات مثبت‌اندیشی | تقویت تفکر مثبت و شناسایی توانمندی‌ها | از زوجین خواسته شد که لیستی از توانمندی‌ها و مثبت‌اندیشی که نسبت به خود دارند را تهیه کنند |
| چهارم | آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی | بیان رابطه بین افکار و احساسات و بررسی نقش باورها در رفتارها و روش تحلیل وقایع روزمره | استفاده از زبان سازنده و تغییر باورهای منفی | مشاهده‌هایی را که رخ داده به افکار و باورهای قبل بست کنند |
| پنجم | نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی‌توانیم آنها را حل کنیم. | آموزش ارزیابی منطقی از رویدادهای زندگی قبول مسئولیت شخصی، اشاره به ریشه‌های آن، الگوی مربوط به روش صحیح در برخورد با مشکل و شیوه حل آن | ارزیابی منطقی رویدادهای زندگی و پذیرش مسئولیت شخصی | تمرین اعمال محبت آمیز و آموزش ارزیابی منطقی از رویدادهای زندگی با تأکید بر مسئولیت شخصی |
| ششم | امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، برقراری روابط خوب با اطرافیان | بررسی شوخ‌طبعی به‌عنوان یک نیاز وجودی انسان، تمرین خوش‌بینی، بررسی آثار و نتایج کمک و خدمت‌رسانی به دیگران | ایجاد روابط مثبت با دیگران و تمرین خوش‌بینی | تمرین ارتباط مثبت و مثبت بودن، تمرین تن آرامی |
| هفتم | مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی و تغییر نگرش‌ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه‌طلبی | ماهیت صمیمیت و راه‌های شاد زیستن و رهنمودهایی برای افزایش صفا و صمیمیت | یادگیری مهارت‌های شاد زیستن و تغییر نگرش‌ها | تمرین تفکر خوش‌بینی |
| هشتم | وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد به‌نفس و ایجاد عادت مطلوب ورزش | بیان و توضیح غنای درونی در زندگی، انگیزه لازم برای پیگیری هدف، ارزیابی مجدد هدف، انتخاب مسیرهای متعدد | افزایش اعتمادبه‌نفس و جایگزینی تفکرات منفی با تفکر منطقی | تمرین تفکر منطقی مبتنی بر واقعیت جایگزین تفکرات منفی |

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد سن زوج‌های مورد بررسی، $34/32 \pm 3/83$ سال بود. میزان شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

۱۲۸ مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای ...

بر اساس نتایج جدول شماره ۳ می‌توان گفت که میانگین نمرات کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش بهتر شده‌اند. همچنین در گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت محسوسی در متغیرهای تحقیق مشاهده نمی‌شود.

جدول شماره ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|------------------|----------------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| کیفیت زندگی | روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۶۷/۲ | ۲/۲۷ | ۸۵/۴۶ | ۳/۷۴ | ۳/۵ |
| | طرح‌واره درمانی | ۶۸/۲ | ۲/۶۲ | ۷۷/۴ | ۲/۰۲ | ۲/۲۶ |
| باورهای غیرمنطقی | کنترل | ۶۸/۶۷ | ۲/۰۶ | ۶۹/۹۳ | ۲/۶۳ | ۲/۵۹ |
| | روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۱۲۲/۵۳ | ۳/۵ | ۱۱۴/۰۶ | ۴/۱ | ۴/۷۲ |
| باورهای غیرمنطقی | طرح‌واره‌درمانی | ۱۲۱/۲ | ۴/۱۹ | ۱۰۵/۶ | ۴/۳ | ۴/۸ |
| | کنترل | ۱۲۱/۲۱ | ۳/۴۲ | ۱۲۰/۶ | ۳/۹۲ | ۳/۸۲ |

جهت نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بودند). نیز برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در متغیر کیفیت زندگی در پیش‌آزمون ($F=۰/۳۹$, $P=۰/۹۴$)، پس‌آزمون ($F=۰/۵۸$, $P=۰/۵۶$) و پیگیری ($P=۰/۰۸$)، $F=۲/۵۸$ و در باورهای غیرمنطقی در پیش‌آزمون ($F=۱/۱۳$, $P=۰/۳۳$)، پس‌آزمون ($F=۰/۷۳$, $P=۰/۴۸$) و پیگیری ($P=۰/۱۸$)، $F=۱/۷۳$ ، به‌دست آمده است که مجموع نتایج نشان داد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو متغیر، در هر سه مرحله تأیید شده است. نتایج آزمون ماچلی نیز برای بررسی یکنواختی کوواریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر کیفیت زندگی ($Mauchly's=۰/۷۱$)، W ، $chi^2=۱۳/۸۲$ ، $P=۰/۰۰۱$ و باورهای غیرمنطقی ($Mauchly's=۰/۶۲$ ، $chi^2=۱۹/۳۲$ ، $P=۰/۰۰۱$) به‌دست آمد که بیانگر عدم تأیید آن در متغیرهای پژوهش است. از این‌رو در تحلیل‌های درون‌آزمودنی در تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین‌هاوس-گیزر^۱ استفاده شد.

نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۴ ارائه شده است. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول شماره ۴، در تحلیل بین‌آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای کیفیت زندگی ($F=۲۷/۰۲$ و $P<۰/۰۰۱$) و باورهای غیرمنطقی ($F=۲۵/۴۹$ و $P<۰/۰۰۱$) و $\eta^2=۰/۵۶$) در هر دو گروه آزمایش و نیز گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان داد. بر اساس نتایج در تحلیل‌های درون‌آزمودنی نیز اثر اصلی زمان معنادار است که نشان داد، بین میانگین نمرات هر دو متغیر کیفیت زندگی ($F=۳۰۳/۷۱$ و $P<۰/۰۰۱$) و باورهای غیرمنطقی ($F=۱۹۲/۷۷$ و $P<۰/۰۰۱$) و $\eta^2=۰/۸۲$) در مراحل پژوهش به‌طورکلی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز

در هر دو متغیر کیفیت زندگی ($F = 67/37$ و $P < 0/001$) و $(\eta^2 = 0/76$) و باورهای غیرمنطقی ($F = 56/97$ و $P < 0/001$) و $F = 0/73$ = η^2) معنادار، و حاکی از معنادار بودن تغییرات مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درهریک از گروه‌ها است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

| متغیر | اثر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | معنی داری | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------------|-----------------|------|------------------|---------------|--------------------|---------|--------------|---------------|------------|
| کیفیت زندگی | بین آزمودنی | گروه | ۱۲۷۴/۹۷ | ۱ | ۱۲۷۴/۹۷ | ۲۷/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ | ۱/۰۰ |
| | خطا | | ۹۹۰/۷۵ | ۲ | ۲۳/۵۸ | | | | |
| درون آزمودنی | اثر زمان | | ۲۰۴۴/۳۱ | ۱/۵۵ | ۱۳۱۴/۶۳ | ۳۰۳/۷۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۱/۰۰ |
| | اثر زمان × گروه | | ۹۰۶/۹۸ | ۳/۱۱ | ۲۹۱/۶۲ | ۶۷/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶ | ۱/۰۰ |
| | خطا | | ۲۸۲/۷۱ | ۶۵/۳۱ | ۴/۳۳ | | | | |
| باورهای غیرمنطقی | بین آزمودنی | گروه | ۲۱۲۶/۹۷ | ۲ | ۱۰۶۳/۴۹ | ۲۵/۴۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱/۰۰ |
| | خطا | | ۱۷۵۱/۶۸ | ۴۲ | ۴۱/۷۰ | | | | |
| درون آزمودنی | اثر زمان | | ۱۷۷۹/۲۴ | ۱/۴۵ | ۱۲۲۳/۹۷ | ۱۹۲/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲ | ۱/۰۰ |
| | اثر زمان × گروه | | ۱۰۵۱/۷۷ | ۲/۹۰۷ | ۳۶۱/۷۷ | ۵۶/۹۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳ | ۱/۰۰ |
| | خطا | | ۳۸۷/۶۴ | ۶۱/۰۵ | ۶/۳۵ | | | | |

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون بونفرونی میزان بهبود کیفیت زندگی در زمان‌های بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($MD = -8/57$ و $P < 0/001$) و باورهای غیر منطقی ($MD = 8/22$ و $P < 0/001$) تفاوت معناداری را نشان داد که بر اساس آن تغییرات کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی نسبت به پیش‌آزمون را می‌توان مشاهده کرد. اختلاف بین پیش‌آزمون و پیگیری بهبود کیفیت زندگی ($MD = -7/88$ و $P < 0/001$) و باورهای غیرمنطقی ($MD = 7/04$ و $P < 0/001$) در دوره پیگیری نسبت به پیش‌آزمون معنادار بودن تفاوت آنها را نشان داد اما تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار به دست نیامده است ($P > 0/05$). در اختلاف بین گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا با گروه کنترل بیشتر بودن نمرات کیفیت زندگی ($MD = 7/44$ و $P < 0/001$) و کمتر بودن نمرات باورهای غیرمنطقی ($MD = -3/76$ و $P < 0/001$) در گروه روان‌درمانی مثبت را نشان داده شده است. همچنین بر اساس نتایج جدول، اختلاف بین گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل بیشتر بودن نمرات کیفیت زندگی ($MD = 4/69$ و $P < 0/001$) و کمتر بودن نمرات باورهای غیر منطقی ($MD = -6/64$ و $P < 0/001$) در گروه طرحواره درمانی را نشان داده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، اختلاف بین گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرحواره درمانی بیشتر بودن نمرات کیفیت زندگی ($MD = 2/76$ و $P < 0/05$) در گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا و کمتر بودن نمرات باورهای غیرمنطقی ($P < 0/001$) و $MD = -5/88$ در گروه طرحواره‌درمانی را نشان داده شده است.

جدول شماره ۵. مقایسه تغییرات درون‌گروهی و برون‌گروهی متغیرها در مراحل سنجش (نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی)

| متغیر | منبع تغییرات | رده | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
|------------------|--------------|----------------------|----------------|--------------|
| کیفیت زندگی | زمان | پیش‌آزمون | -۸/۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون | -۷/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | ۰/۶۸ | ۰/۱۲۳ |
| | گروه | روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۲/۷۶ | ۰/۰۳ |
| | | روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۷/۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| | | طرح‌واره درمانی | ۴/۶۹ | ۰/۰۰۱ |
| باورهای غیرمنطقی | زمان | پیش‌آزمون | ۸/۲۲ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیش‌آزمون | ۷/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | ۱/۱۷ | ۰/۰۵۵ |
| | گروه | روان‌درمانی مثبت‌گرا | ۵/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| | | روان‌درمانی مثبت‌گرا | -۳/۷۶ | ۰/۰۲ |
| | | طرح‌واره درمانی | -۶/۶۴ | ۰/۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرح‌واره‌درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق بود. از نتایج تحقیق این بود که طرح‌واره درمانی سبب بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوج‌های متقاضی طلاق می‌شود. این بخش از نتایج با نتایج تحقیقات یوسفیان و همکاران (۱۴۰۲)، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) و آرنز (۲۰۲۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی به زوج‌ها کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های خود صدایی سالم در ذهن خود ایجاد کنند و در نتیجه ذهنیت سالم آنها را تقویت کنند. این رویکرد درمانی به زوج‌ها کمک می‌کند تا صحت طرح‌واره‌های خود را ارزیابی کنند. در نتیجه استفاده از این رویکرد، زوج‌ها طرح‌واره را حقیقتی بیرونی می‌بینند که با استفاده از شواهد عینی و تجربی می‌توانند با آن مبارزه کنند. فنون تجربی به زوج‌ها کمک می‌کند تا با سازمان‌دهی مجدد عاطفی، خودآزمایی، یادگیری جدید، تنظیم هیجانات بین‌فردی و تسکین خود، زمینه را برای بهبود طرح‌واره آماده کنند. طرح‌واره درمانی به زوج‌ها کمک می‌کند تا از طریق تغییرات شناختی، عاطفی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر در روابط زناشویی به سطح بالاتری از کیفیت در زندگی زناشویی خود دست یابند. طرح‌واره درمانی به افراد کمک می‌کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل ناامیدی و الگوهای تعامل ناکارآمد را که باعث مشکلات رابطه می‌شوند، درک کنند و این باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (یوسفیان و همکاران، ۱۴۰۲). به‌طورکلی طرح‌واره‌درمانی به بهبود عملکرد، تغییر الگوهای سبک زندگی و سبک‌های متضادهای ناسازگار و تسهیل یادگیری مهارت‌های انطباقی کمک می‌کند و از طریق آموزش مهارت‌های انطباقی و تسهیل یادگیری آن، بر کیفیت زندگی زوج‌ها در همه ابعاد تأثیر مثبت می‌گذارد.

افزون بر این، نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق مؤثر است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج جعفرپوردزایی و همکاران (۱۴۰۰) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا بخش زیادی از زمان خود را صرف تفکر در مورد موضوعاتی مانند نقاط قوت شخصیت، خوش‌بینی، رضایت از زندگی، شادی، سلامتی، قدردانی، شفقت (همراه با شفقت به خود)، عزت نفس و اعتمادبه‌نفس و امید می‌کند. هدف از مطالعه این موضوعات کمک به شکوفایی و داشتن بهترین زندگی و بهبود کیفیت زندگی افراد است. روان‌درمانی مثبت‌گرا شامل شادی، خلق مثبت، عواطف مثبت، امید و لذت است که از جمله عواملی است که موجب بهزیستی و شادی افراد می‌شود. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا روش جدیدی برای پردازش شناختی و تعدیل هیجانات در زوج‌های متقاضی طلاق ارائه می‌دهد. مشکلات بین فردی و روانی را کاهش می‌دهد. عنصر اساسی مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا شامل آموزش به مراجع است تا توجه خود را به سمت احساسات مثبت و منابع مثبت هدایت کند. به عبارت دیگر، افزایش هیجان منجر به راه‌های سازگارانه‌تر برای واکنش به موقعیت‌های دشوار می‌شود. در نهایت، این امر منجر به افزایش کیفیت زندگی خواهد شد.

افزون بر این، نتایج این تحقیق نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهبود باورهای غیرمنطقی زوج‌های متقاضی طلاق اثربخش است. نتایج این بخش از تحقیق همسو با نتایج تحقیقات بیداری و همکاران (۱۴۰۰)، توکلی و همکاران (۱۴۰۱) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در حوزه عواطف و بعد عاطفی، درمانگر از راهبردهای باور شناختی که منجر به رهایی عاطفی زوج‌ها می‌شود، برای ارضای نیازهای عاطفی و هیجانی زوج‌ها استفاده می‌کند که منجر به اتخاذ یک طرح رفتاری سازگار می‌شود. بر این اساس، طرحواره‌درمانی به زوج‌های متقاضی طلاق کمک می‌کند تا بتوانند با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی، عواطف، احساسات و هیجانات خود را بهتر مدیریت کنند و زمینه موفقیت در فرایندهای دیگر مانند تغییر در نگرش شناختی و متغیرهای مرتبط با آن نگرش‌های ناکارآمد را فراهم می‌کند (بیداری و همکاران، ۱۴۰۰). در طرحواره‌درمانی، زوج‌ها یاد می‌گیرند که با ارزیابی طرحواره‌های خود می‌توانند از طرحواره‌های مخالف خود عبور کنند و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی و گفتگوی تخیلی، مشکلات حل‌نشده گذشته و تجربه‌هایی که الگوهای ناسازگاری ایجاد می‌کنند را به فهرست مشکلات بیاورند و با استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری آنها را حل و مدیریت کنند. این فرایند نگرش‌های ناکارآمد گذشته آنها را اصلاح و بازبینی می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر باورهای غیرمنطقی زوج‌های متقاضی طلاق مؤثر است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج ذبیح الهی و عراقی (۱۴۰۲) و توکلی و همکاران (۱۴۰۱) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت روان‌درمانی مثبت‌گرا با کمک به زوج‌های متقاضی طلاق در حل منطقی مشکلات، افزایش انعطاف‌پذیری، و بهبود کیفیت زندگی، نقش مهمی ایفا می‌کند. این رویکرد افراد را به درک موقتی بودن مشکلات و داشتن افکار سازنده تشویق کرده و اعتماد به نفس آنها را در مواجهه با استرس تقویت می‌کند. یادگیری تکنیک‌های مثبت‌گرایی با افزایش میزان احساسات مثبت، باورها و اعمال خوش‌بینانه و رفع نیازهای مهم افراد مانند استقلال در فکر و عمل، باعث کاهش افسردگی افراد و متعاقب آن کاهش باورهای غیرمنطقی می‌شود. یادگیری مهارت‌ها و تکنیک‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند با ایجاد عواطف و احساسات مثبت، عواطف و احساسات لذت‌بخش را افزایش داده، سطح مهارت‌ها و معنای زندگی را افزایش دهد و سطح بدبینی و باورهای غیرمنطقی را

در ارتباط با آینده و دنیای اطراف کاهش دهد. زوج‌های متقاضی طلاق با استفاده از این رویکرد یاد گرفتند که چگونه افکار و احساسات خود را پس از حوادث مختلف شناسایی و صحت باورهای خود را ارزیابی کنند.

به‌طورکلی نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو درمان یعنی طرح‌واره درمانی و روان‌درمانی مثبت‌گرا دارای اثربخشی مطلوب بر روی کیفیت زندگی و باورهای غیرمنطقی در زوج‌های متقاضی طلاق است. اما درنهایت، نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا دارای اثربخشی بیشتری نسبت به طرح‌واره‌درمانی در افزایش کیفیت زندگی زوج‌های متقاضی طلاق بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا دارای فواید بالینی بیشتر در زمینه کیفیت زندگی است. این درمان باعث افزایش سطح شادی و نشاط در زوج‌ها می‌شود و متعاقب آن از میزان افسردگی و افکار منفی زوج‌ها در زندگی زناشویی می‌کاهد. تکنیک‌های این درمان باعث افزایش بهزیستی عاطفی و ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی و به‌طور خاص بهبود هیجانات منفی و افزایش اعمالی مانند قدردانی، لذت بردن و اعمال محبت‌آمیز نسبت به خود و همسر در زندگی زناشویی می‌شود، به همین دلیل با گسترش احساسات مثبت و کاهش افکار منفی انتظار می‌رود که روان‌درمانی مثبت‌گرا اثربخشی بیشتری بر روی کیفیت زندگی داشته باشد.

درنهایت، طرح‌واره‌درمانی دارای اثربخشی بیشتری نسبت به روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش باورهای غیرمنطقی زوج‌های متقاضی طلاق بود. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که باورهای غیرمنطقی ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زوج‌ها دارد که طرح‌واره درمانی آنها را هدف قرار می‌دهد. طرح‌واره‌درمانی ترکیبی از گشتالت، تصویرسازی و تکنیک‌های دیگر برای کمک به تضعیف طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و بازگرداندن جنبه سالم زندگی زوج‌هاست. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با کودک درونی بیمار برای کمک به اصلاح مشکلات عاطفی در تلاشی قوی برای تغییر آنها کار می‌کند. از این رو می‌توان انتظار داشت که اثربخشی بیشتری بر روی مشکلاتی چون باورهای غیرمنطقی داشته باشد.

عدم تمرکز فکری و روانی برخی از زوجین شرکت‌کننده در پژوهش به دلیل اینکه تحت تنش و فشارهای شرایط زندگی فعلی بودند، از جمله محدودیت این پژوهش محسوب می‌گردد. با توجه به نتایج حاصل‌شده پیشنهاد می‌شود که در دیگر پژوهش‌ها در کنار استفاده از پرسشنامه از روش مصاحبه بالینی برای گردآوری داده‌ها نیز استفاده گردد. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان بیان داشت هر دو روش درمان می‌تواند کمک بسزایی در زمینه مسائل خانوادگی و جلوگیری از طلاق داشته باشد. همچنین در مشاوره‌های قبل از ازدواج آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا در بالا بردن کیفیت زندگی می‌تواند نقش بسزایی داشته باشد و از سوی دیگر از آموزش طرح‌واره درمانی نیز در کاهش باورهای غیرمنطقی در زوجین و دامن نزدن به این باورها در طول زندگی می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

نویسندگان از تمامی زوج‌های متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز که در این پژوهش مشارکت داشتند قدردانی می‌کنند.

حامی مالی

تمامی منابع مالی این پژوهش توسط نویسندگان پژوهش تأمین شده است.

تعارض منافع

بر اساس اعلام نویسندگان، این مقاله هیچگونه تعارض منافع ندارد.

منابع

احمدی، سحر، مرادپور، علیرضا، محمودی، آرمن. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوج‌های متقاضی طلاق در شهر شیراز. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۴۱)، ۵۳-۷۰.

DOR: 20.1001.1.22285516.1399.11.41.4.8

افشانی، سیدعلیرضا، ابویی، آزاده، عاصی حداد، فاطمه. (۱۴۰۲). رابطه بین پرخاشگری و کیفیت زندگی در زوج‌های متقاضی طلاق. *پایش*، ۲۳(۱)، ۹۱-۱۰۰.

<https://doi.org/10.61186/payesh.23.1.91>

بیداری، فرزانه، امیرفخرایی، آریتا، زارعی، اقبال. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌هایی ناسازگار اولیه. *دستاورد‌های روان‌شناختی*، ۲۸(۲)، ۲۶۱-۲۶۴.

<https://doi.org/10.22055/psy.2021.35143.2602>

توکلی، زینب، قدم‌پور، عزت، باقری، نسرین، تنها، زهرا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۱۲)، ۱۹۵-۲۰۶.

20.1001.1.2383353.1401.11.12.18.7

جعفرپوردزایی، سمیه، صالحی، فرزانه، ساطحس، زهرا، رجنی، امیرعلی. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و تعهد زناشویی مادران کم توان ذهنی شهر تهران. *هشتمین همایش ملی تازه‌های روان‌شناسی مثبت*.

<https://ppc.hormozgan.ac.ir/UploadedFiles/502121179353851663328310.pdf>

جمشیدزهی، بنیاد، کهرازی، فرهاد، و شیرازی، محمودی. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی مثبت‌نگر و پذیرش و تعهد بر میل به طلاق. *مجله علوم شناختی*، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۹۵-۱۸۸۱.

<https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1881>

ذبیح الهی، فایزه، عراقی، یحیی. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش باورهای غیرمنطقی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی. *نهمین همایش علمی پژوهشی توسعه و ترویج علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران*. <https://civilica.com/doc/1838776>

رصافیانی، مهدی، صحاف، رباب، شمس، امیر، وامقی، روشنگر، زارعیان، حسین، اکرمی، رحیم. (۱۳۹۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه

کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *سالنامه: مجله سالمندی ایران*، ۱۵(۱)، ۴۱-۲۸. 10.32598/sija.2020.3.110

شیخ، سجاد، خوش کنش، ابوالقاسم، پورابراهیم، تقی، پوردل، مژگان. (۱۴۰۱). مقایسه نگرش و گرایش به ارتباط قبل از ازدواج، باورهای غیرمنطقی و خود

بازداری در دانشجویان دختر و پسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۱(۸۱)، ۲۲۹-۲۱۱. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9497>

صداقت، مستوره، افراعی، رویا. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طلاق عاطفی در زنان دارای همسر نظامی. *روان‌شناسی نظامی*،

<https://ensani.ir/fa/article/554309>. ۱۶۷-۱۴۷. (۴۹) ۱۳

۱۳۴ مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با طرح‌واره درمانی بر کیفیت زندگی و باورهای ...

گلکار، تهمینه، گل‌پرور، محسن، و آقای، اصغر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بومی با طرح‌واره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق در زوجها دارای تعارض. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۳)، ۲۱-۳۴.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18773>

محمدیان، شبنم، عسگری، پرویز، مکنونی، بهنام، و نادری فرح. (۱۴۰۰) بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی بر اجتناب شناختی، اضطراب و همدلی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اهواز. *خانواده و بهداشت*، ۱۱(۴)، ۵۸-۵۹. 20.1001.1.23223065.1400.11.4.7.6

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش، محمد، کاظم، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

هراتی‌راد، امین، میری، مینو. (۱۴۰۲). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر امیدواری و کیفیت زندگی تحصیلی دانش‌آموزان آهسته‌گام: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲(۱۲)، ۱۲۹۶-۱۲۷۹. <https://doi.org/10.61186/jrums.22.12.1279>

یوسفیان امیرخیز، سیامک، باقرزاده گل‌مکانی، زهرا، خدابخش، محمدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرآیند زنی از آسیب‌دیده از خیانت همسر. *روانشناسی*، ۱۲(۲)، ۸۳-۹۴.

DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.8.4

Afshani, S. A., Abooei, A., & Asihaddad, F. (2024). The relationship between aggression and quality of life of couples seeking divorce. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 23(1), 91-100. <https://doi.org/10.61186/payesh.23.1.91> (Text in Persian)

Ahmadi, S., Maredpoor, A., & Mahmoudi, A. (2020). Effectiveness of schema therapy on initial incompatible schemas, increasing quality of life and marital satisfaction in divorce applicants in Shiraz. *Psychological Models and Methods*, 11(41), 53-70. DOR: 20.1001.1.22285516.1399.11.41.4.8 (Text in Persian)

Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>

Bidari, F., Amirfakhraei, A., & Zarei, E. (2021). Effectiveness of schema therapy on the irrational beliefs and emotional self-regulation of the women with marital conflict with early maladaptive schemata. *Psychological Achievements*, 28(2), 241-264. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35143.2602>

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Publications. <https://awspntest.apa.org/record/2006-07729-000>

Corsini, R. J., & Wedding, D. E. (1989). *Current psychotherapies*. FE Peacock Publishers.

Golkar, T., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2021). Comparison of the effectiveness of indigenous schema therapy with Yang schema therapy on emotional regulation and desire for divorce in conflicting couples. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(3), 3072-3082. (Text in Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18773>

- Güleç Keskin, S., & Gülirmak, K. (2022). The effect of positive psychotherapy education on subjective wellbeing among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 861-870. <https://doi.org/10.1111/ppc.12865>
- HaratiRad, A., & Miri, M. (2024). The effectiveness of positive psychotherapy on hope and quality of academic life of slow-paced students: A quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 22(12), 1279-1296. <https://doi.org/10.61186/jrums.22.12.1279> (Text in Persian)
- Jafarpurdzaei, S., Salehi, F., Satahs, Z., & Rajni, A. A. (1400). *The effectiveness of positive psychology on the quality of life and marital commitment of mentally retarded mothers in Tehran*. The 8th National Conference of Positive Psychology Updates. <https://ppc.hormozgan.ac.ir/UploadedFiles/502121179353851663328310.pdf> (Text in Persian)
- Jamshidzahi, B., Kahrazai, F., & Shirazi, M. (2021). The efficacy of positive couple therapy and treatment based on acceptance and commitment on the desire for divorce. *Journal of Psychological Science*, 20(106), 1881-1895. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1881> (Text in Persian)
- Jones, R.G. (1968). *A factored measure of Ellis's irrational beliefs with personality and maladjustment correlates*. Texas: Technological College. <https://ttu-ir.tdl.org/handle/2346/18941>
- Kasperek-Zimowska, B., Bednarek, A., Giguere, M., Parnowska, D., Żochowska, A., & Malewicz-Sawicka, M. (2022). The impact of positive psychotherapy of psychoses on the subjective wellbeing of people suffering from chronic schizophrenia-Preliminary report. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 250-256. <https://doi.org/10.1002/capr.12467>
- Kavosh Melli, A., & moheb, N. (2022). The effectiveness of schema therapy on quality of life and marital satisfaction of men suffering from emotional divorce in Tabriz. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(65), 239-249. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15236> (Text in Persian)
- Kordovani, S., Pour, S. K., & Nejad, F. S. T. (2024). Comparison of the effectiveness of integrated behavioral couple therapy and schema-focused couple therapy on conflict resolution styles in conflicting couples. *Applied Family Therapy Journal*, 5(2), 68-78. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.2.8>
- Mohammadian, S., Asgari, P., Makvandi, B., & Naderi, F. (2022). The effect of schema therapy on cognitive avoidance, anxiety, and empathy in couples referring to ahvaz counseling centers. *Family and Health*, 11(4), 58-69. (Text in Persian) DOR: 20.1001.1.23223065.1400.11.4.7.6
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. R. (2006). The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12. https://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_id=187&sid=1&slc_lang=fa (Text in Persian)
- Purba, F. D., Kumalasari, A. D., Novianti, L. E., Kendhawati, L., Noer, A. H., & Ninin, R. H. (2021). Marriage and quality of life during COVID-19 pandemic. *Plos One*, 16(9), e0256643. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256643>
- Rasafiani, M., Sahaf, R., Shams, A., Vameghi, R., Zareian, H., & Akrami, R. (2020). Validity and reliability of the persian version of the world health organization quality of life questionnaire—the older adults edition. *Iranian Journal of Ageing*, 15(1), 28-41. <https://doi.org/10.32598/sija.2020.3.110> (Text in Persian)

- Rek, K., Kappelmann, N., Zimmermann, J., Rein, M., Egli, S., & Kopf-Beck, J. (2023). Evaluating the role of maladaptive personality traits in schema therapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 53(10), 4405-4414. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001209>
- Rouhollahi, M., Khodabakhshi, A., & Taghvaei, D. (2016). Effects of positive psychology on irrational beliefs and quality of life in depressed patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(2), 209-211. <https://www.i-scholar.in/index.php/ijpp/article/view/122105>
- Sedaghat, M., & Afraee, R. (2022). The effectiveness of schema therapy on reducing emotional divorce in women with military spouses. *Military Psychology*, 13(49), 147-164. (Text in Persian) DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.49.1.5
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sheykh, S., Khosh Konesh, A., Ebrahim Poor, T., & Pouredel, M. (2022). Comparison of attitude and tendency toward pre-marital relationship, irrational beliefs, and self-inhibition of male and female students. *Journal of Counseling Research*, 21(81), 211-229. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9497> (Text in Persian)
- Soleymani, M., Rostami, H., Ameri, M. A., & Ghasemi, S. (2024). The effectiveness of emotional schema therapy on irrational beliefs and body image of women with body deformity disorder. *Sciences*, 46(2), 217-225. (Text in Persian) <https://doi.org/10.34172/mj.2024.028>
- Tavakoli, Z., Ghadampour, E., Bagheri, N., & Tanha, Z. (2023). Comparison of the efficacy of positive psychotherapy and schema therapy on illogical beliefs and body image in women seeking cosmetic surgery. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(12), 195-206. DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.18.7 (Text in Persian)
- Turner, M. J. (2021). Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. *Frontiers in Psychology*, 7, 191707. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01423>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63529>
- Yousefian Amirkhiz, S., & Khodabakhsh, M. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on improving the quality of life on anxiety in women affected by infidelity. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 12(2), 83-94. (Text in Persian) DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.2.8.4
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000>
- Zabih Elahi, F., & Iraqi, Y. (1402). *Effectiveness of positive psychotherapy training on reducing irrational beliefs in male students of Islamic Azad University*. The 9th scientific research conference on the development and promotion of educational sciences and psychology in Iran. <https://civilica.com/doc/1838776> (Text in Persian)



داوران این شماره

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|
| Seyedeh Monavar Yazdi | Professor of Alzahra University | استاد دانشگاه الزهرا | سیده منور یزدی |
| Ghazal Zand Karimi | Assistant Professor | استادیار دانشکده رفاه | غزال زند کریمی |
| MahSima Pour Shariari | Associate Professor of Alzahra University | دانشیار دانشگاه الزهرا | مه‌سیمما پورشهریاری |
| Farah Azam Bijari | Associate Professor of Alzahra University | دانشیار دانشگاه الزهرا | اعظم فرح بیجاری |
| Abbas Abolghasemi | Professor of Guilan University | استاد دانشگاه گیلان | عباس ابوالقاسمی |
| Iraj Shakernia | Associate Professor of Guilan University | دانشیار دانشگاه گیلان | ایرج شاکرنیا |
| Mehrangiz Shoakazami | Associate Professor of Alzahra University | دانشیار دانشگاه الزهرا | مهرانگیز شعاع کاظمی |
| Seyedeh Fatemeh Mosavei | Associate Professor, Women's Research Institute, Alzahra University | دانشیار پژوهشکده زنان دانشگاه الزهرا | سیده فاطمه موسوی |
| Alireza Boostani far | Assistant Professor, Azad University, Science and Research Branch | استادیار دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات | علیرضا بوستانی پور |
| Simindokht Rezakhani | Associate Professor of Islamic Azad University/ Roudehen Branch | دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن | سیمین دخت رضاخانی |
| Ezatollah Ahmadi | Associate Professor of Shahid Madani Azarbayjan University | دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان | عزت اله احمدی |
| Ahmad Amani | Associate Professor of Kourdestan University | دانشیار دانشگاه کردستان | احمد امانی |
| Gholamreza Chalbianlo | Associate Professor of Shahid Madani Azarbayjan University | دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان | غلامرضا چلبیانلو |
| Asghar Jafari | Associate Professor of Kashan University | دانشیار دانشگاه کاشان | اصغر جعفری |

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

Faculty of Education and Psychology
Vol. 20, No.4, Winter 2025, Serial No.77
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajoo

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemian.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghnaki

Professor of Shiraz University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Naser Ahmadzade

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

- Comparing the Effectiveness of Cognitive-behavioral therapy and Trans- Cranial Direct Electrical Stimulation on Emotional Information Processing in People with Post-Traumatic Stress Disorder** 7-23
Fariha Dosti; Seyede Monavar Yazdi; Morvarid Ahadi; Simin Hosseinian
- The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation and Multi- Component Cognitive Stimulation Programs on Cognitive Functions and Quality of Life in Elderly** 25-39
Bakhtiar Moslemi; Gholamreza Chalabianloo
- The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder** 41-56
Alireza Mohammadi Kamsorkh; Nemat Sotodeh Asl; Dariush Mehrafzon
- The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Emotional Eating, Body Image and Rumination of Overweight Female Students** 57-71
Shahrazad Naghashzadeh; Ahmad Amani
- The Comparing the Effectiveness of Acceptance/Commitment Therapy and Affect Regulation Training on Emotional Dysregulation and Depression in People with Epilepsy** 73-88
Asal Khoraminejad; Faezeh Jahan; Parviz Sabahi; Saqqa Afrakhteh
- The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Interpersonal Relations, Self-Perception and Empathy among Bully Female Students** 89-104
Zahra Asadi; Kobra Kazemian Moghadam; Homayoon Haroon Rashidi
- Prediction of Loneliness Feeling based on Attachment Style and Alexithymia with the Mediation of Self-Compassion** 105-120
Hamideh Ohadi Haeri; Elham Tavakoli Targhi; Sara Ebrahimi
- Comparing the Effectiveness of Positive-Oriented Psychotherapy with Schema Therapy on the Quality of Life and Irrational Beliefs** 121-136
Moein Farokhtaj; Sayed Ali Marashi; Seyed Esmaeil Hashemi



Research paper

Comparing the Effectiveness of Cognitive-behavioral therapy and Transcranial Direct Electrical Stimulation on Emotional Information Processing in People with Post-Traumatic Stress Disorder

Fariha Dosti ^{ID}¹; Seyedeh Monavar Yazdi ^{ID}², Marvarid Ahadi ^{ID}³, Simin Hosseinian ^{ID}⁴

Abstract

The research was conducted with the aimed of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and transcranial direct electrical stimulation on the rumination of people suffering from post-traumatic stress disorder. The research method was a semi-experimental design of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population was people suffering from post-traumatic stress disorder, aged 20 to 45, who referred to psychological centers in Kish Island in 2024. The sample of 45 people was selected by the purposeful sampling method and divided into 3 groups (15 people in each group). The research tool was Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaires and the Rumination Response Style. The group who was subjected to cognitive-behavioral therapy intervention underwent 8 sessions treatments of 90 minutes and the group who was subjected with transcranial direct electrical stimulation was treated for 8 sessions of 40 minutes. The method of variance with repeated measures were applied to data. The results showed that cognitive-behavioral therapy reduced rumination more and increased more cognitive flexibility. It can be concluded that cognitive-behavioral therapy is more effective than transcranial direct electrical stimulation on the rumination of people suffering from post-traumatic stress disorder.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, post-traumatic stress disorder, rumination, transcranial direct electrical stimulation

¹ PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

² Corresponding Author Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran sm yazdi@alzahra.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Razi Psychiatry Teaching Hospital, Tehran, Iran.

⁴ Full Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.



Research paper

The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation and Multi-Component Cognitive Stimulation Programs on Cognitive Functions and Quality of Life in Elderly

Bakhtiar, Moslemi ¹; Gholamreza, Chalabianloo ^{*2}

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of transcranial direct current stimulation and multi-component cognitive stimulation of the prefrontal cortex on cognitive function and quality of life in the elderly. The present study was a quasi-experimental investigation using a pretest-posttest and follow up and a control group design. The statistical population of the research was all elderly people living in Tabriz city from 2023. A sample of 90 elderly people over 60 years of age, were randomly assigned to in three groups of transcranial direct current stimulation and multi-component cognitive stimulation and control groups. Experimental group received Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on the prefrontal cortex, for the second group, multi-component cognitive stimulation software was used for three months and control group did not receive any intervention. The CANTAB test was used to evaluate cognitive function as well as QOL-SF 36 questionnaire. The data analysis were used by analysis variances with repeated measure. The results indicated that tDCS and multi-component cognitive stimulation were effective on the cognitive function and quality of life of the elderly.

Keywords: Cognitive function, elderly, multi-component cognitive program, tDCS, quality of life.

¹ Psychology Department, Humanitarian and Psychology Faculty, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

² Corresponding Author: Associate Prof. in Neuroscience, Psychology Department, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran Email: Chalabianloo@azaruniv.ac.ir



Research paper

The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder

Alireza Mohammadi Kamsorakh ^{ID}¹; Nemat Sotoudeh Asl ^{ID}^{*2}; Dariush Mehrafzon ^{ID}³

Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of treatment based on mentalization on psychological distress and alexitimia in adolescent girls with obsessive-compulsive disorder. The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the research was made up of adolescent girls suffering from obsessive-compulsive disorder who referred to counseling centers in East Tehran in the summer of 2023. In this research, 36 adolescent girls with obsessive-compulsive disorder were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Participants in the experimental group received the treatment based on mentalization in eight 90-minute sessions, weekly. Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire, Psychological Distress Questionnaire and Alexitimia Questionnaire were used in the present study. The data were analyzed through analysis of variance with repeated measures design. The results showed that treatment based on mentalization had significant effect on the psychological distress and alexitimia in the adolescent girls with obsessive-compulsive disorder. Therefore, It can be concluded that the treatment based on mentalization can be used as an efficient method to reduce the psychological distress and alexitimia of adolescent girls with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Alexitimia, obsession, distress, mentalization

¹ Ph.D. student, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran Sotodeh2@semums.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran



Research paper

The Effectiveness of Group Therapy based on Acceptance and Commitment on Emotional Eating, Body Image and Rumination of Overweight Female Students

Shahrazad Naghashzadeh ¹; Ahmad Amani *²

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on emotional eating, body image and rumination of overweight female students. The current research was semi-experimental and in the form of a two-group pre-test-post-test design with a 2-month follow-up. The population of this research is all overweight teenage students (13 to 17 years old) who were introduced to obesity treatment centers in Borujerd city by school health educators; A sample of 30 people was selected voluntary sampling and randomly divided into two groups of 15 people. The instruments were the rumination scale questionnaire by Nolen-Hoeksma, the multidimensional body-self relationship questionnaire by Bern et al., and Stein's eating behavior questionnaire. The experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment group therapy. Analysis of covariance test was used to analyze the data. The results of the research showed that group therapy based on acceptance and commitment has a significant effect on emotional eating, self-image and rumination of overweight female students. Therefore, group therapy based on acceptance and commitment can be used as a new therapeutic approach in improving emotional eating skills, self-image and rumination of overweight female students.

Keywords: Emotional eating, female students, group therapy based on acceptance and commitment, rumination, self-body image

¹: Counseling student, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan (Sanandaj), Iran.

²: Corresponding Author: Associate Professor, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan (Sanandaj), Iran a.amani@uok.ac.ir



Research paper

The Comparing the Effectiveness of Acceptance/Commitment Therapy and Affect Regulation Training on Emotional Dysregulation and Depression in People with Epilepsy

Asal Khoraminejad¹, Faezeh Jahan^{2*}, Parviz Sabahi³, Saqqa Afrakhteh⁴

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance/commitment therapy (ACT) and affect regulation training (ART) on emotional dysregulation and depression in people with epilepsy. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and 2 months follow-up. By convenience sampling 45 of these people were selected and randomly assignment in the 2 experimental groups and 1 control group. The emotion regulation scale and depression was performed. Participants in group1 with ACT and group 2 with ART took 8 training sessions of 90 minutes, one session per week. All participants completed tests, once a week after the end of sessions, also, the follow-up stage two months later. The obtained data were analyzed through the analysis of variance with repeated measures. The results showed that both interventions had a significant effect on emotional dysregulation and depression and ART was more effective in emotional dysregulation and depression. Based on the results of the present study, it can be said that ART and ACT can be used as a treatment methods to on emotional dysregulation and depression in people with epilepsy and priority of use is with ART.

Keywords: Acceptance/commitment therapy, affect regulation training, depression, emotional dysregulation, epilepsy.

¹ Ph.D Candidate in General Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

² Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. F.jahan@semnaniau.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Hossein (a.s.) Comprehensive University, Tehran, Iran



Research paper

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Interpersonal Relations, Self Perception and Empathy among Bully Female Students

Zahra Asadi ¹; Kobra Kazemian Moghadam ², Homayoon HaroonRashidi ³

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral intervention on interpersonal relationships, self-perception, and empathy in bully female students. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. 30 students identified as having bullying traits based on a diagnostic questionnaire. They were selected using purposive sampling and based on inclusion criteria. The experimental group received the educational intervention for 8 sessions, 90-mins once a week. The research tools were questionnaires on child behavior checklist, quality of relationships, self-perception, and children's cognitive and emotional empathy scale. Data were analyzed using univariate analysis of covariance. The findings showed that cognitive behavioral intervention had a positive and significant effect on interpersonal relationships, self-perception, and empathy of female bullied students. According to the findings of this study, it is suggested that psychologists and psychotherapists use cognitive behavioral intervention as an intervention to improve interpersonal relationships, self-perception, and empathy of bullied female students.

Keywords: Self-perception, interpersonal relationships, cognitive-behavioral, empathy.

¹ M.A., Department of Psychology, Hom Care Research Center, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

² Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Hom Care Research Center, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. k.kazemian@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Hom Care Research Center, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.



Research paper

Prediction of Loneliness Feeling based on Attachment Style and Alexithymia with the Mediation of Self-Compassion

Hamideh Ohadi Haeri¹, Elham Tavakoli Targhi², Sara Ebrahimi^{*3}

Abstract

The social connection is one of the important needs. The inability to establish and maintain successful relationships with others leads to experiencing loneliness. This study was conducted to predict loneliness feeling based on attachment style and alexithymia with the mediation of self-compassion. The research method was Structural Equation Modeling. The research population included all students aged 18 to 26 years of Islamic Azad University, Central Tehran branch in the academic year ۲۰۲۲-۲۰۲۴, using the convenience method, 384 people were selected as a sample and responded to the Student Loneliness Feeling Scale by Asher et al., Hazan & Shaver Adult Attachment Scale, Toronto Alexithymia Scale by Taylor et al., and Neff Self-Compassion Scale. The data were analyzed with Hayes regression model 4. The findings showed that secure attachment style negatively and insecure attachment styles and alexithymia positively predicted loneliness feeling. Self-compassion negatively predicted loneliness feeling. The secure attachment style positively, and insecure attachment styles and alexithymia negatively predicted self-compassion. Hence, attachment styles and alexithymia predicted loneliness feeling directly and indirectly through self-compassion. The research findings can be used in designing preventive interventions and providing practical solutions to reduce loneliness feeling in Iranian students.

Keywords: Alexithymia, attachment style, loneliness feeling, self-compassion.

¹ M.A in General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

² Assistant professor, Organization for Educational Research and Planning OERP, Research Institute for Education, Special Education Department, Tehran, Iran.

³ Corresponding Author: Assistant, Faculty member of Organization for Educational Research and Planning (OERP), Tehran, Iran. ebrahimi@oerp.ir.



Research paper

Comparing the Effectiveness of Positive-Oriented Psychotherapy with Schema Therapy on the Quality of Life and Irrational Beliefs

Moein Farokhtaj¹; Sayed Ali Marashi ², Seyed Esmaeil Hashemi ³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of positive psychology therapy with schema therapy on quality of life and irrational beliefs in couples seeking divorce. The research method was a quasi-experimental design with two experimental groups and one control group, using a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population consisted of all couples seeking divorce who referred to counseling centers in Ahvaz. Using purposive sampling, 45 individuals were selected and randomly assigned to three groups. Experimental group 1 received eight 90-minute sessions of positive psychology interventions, while experimental group 2 received ten 90-minute sessions of schema therapy. The control group received no intervention. The instruments used were Jones's irrational beliefs questionnaire and the World Health Organization Quality of Life scale. The findings were analyzed using repeated measures analysis of covariance and post-hoc tests. The results indicated that both interventions had significant effects on quality of life and irrational beliefs in both the post-test and follow-up. Positive psychology therapy was more effective in increasing quality of life, whereas schema therapy had greater effectiveness in reducing irrational beliefs. Therefore, both therapies can significantly contribute to addressing family issues and preventing divorce.

Keywords: Irrational beliefs, positive psychotherapy, quality of life, Schema therapy

¹ PhD Student Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran Sayedalimarashi@scu.ac.ir

³ Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran