



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۰، دوره ۱۶، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز

استاد دانشگاه تهران

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

احمد به پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

النی جی هیبدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه

روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

ویراستار فارسی:

رقیه نظری

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا (س)

مدیر اجرایی:

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

دبیر اجرایی:

رقیه نظری

طراح و صفحه‌آرا:

قاسمی (رها)

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 سوم

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۸۰۴۱۴۶۳

وبگاه:

<http://journal.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 ایران‌ژورنال (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 روان‌شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان‌شناختی در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود.

www.sid.ir

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com

- پایگاه اطلاعات نشریات کشور

www.noormags.com

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.iranpsych.tums.ac.ir

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

شرایط پذیرش مقاله‌ها

- **موضوع نشریه:** اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی
- مقاله‌ها تایپ شده (شامل چکیده و فهرست منابع) در حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.
- فاصله سطرها ۵/۱ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲ باشد.
- اندازه قلم تیتراها ۱۴ باشد.
- عنوان کوتاه و متناسب با محتوا
- آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، E-mail نویسنده (نویسندگان) و مشخص کردن نویسنده مسئول مقاله، به فارسی و انگلیسی الزامی است.
- **چکیده فارسی و انگلیسی:** منطبق با هم در ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار) یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی / پیشنهاد تهیه و تنظیم شود.
- **کلیدواژه‌ها:** حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی باشد.
- متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و چکیده‌های آن، به صورت فایل با ساختار Word2010 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.
- **مقدمه:** شامل بیان مسأله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، پرسش‌ها یا فرضیه (های) پژوهش.
- **روش:** شامل طرح پژوهش و توصیح کامل جامعه آماری، تعداد نمونه، دلیل روش نمونه‌گیری، روش اجرایی پژوهش، شرح کامل ابزار اندازه‌گیری «روایی و پایایی» و واریس پایایی ابزارها با نمونه پژوهش کنونی.
- **یافته‌ها:** شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها (حداکثر ۵ جدول) و نمودارها با پیروی از راهنمای عمومی APA (ارائه توصیف یافته‌های هر جدول یا نمودار قبل از ارائه جدول و نمودار مذکور).
- **بحث و نتیجه‌گیری:** تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح شده در قسمت مقدمه پژوهش و مقایسه با پژوهش‌های قبل مطرح شده در مقدمه برای فرضیه‌ها یا متغیرهای پژوهش، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.
- **تقدیر و تشکر:** در پایان قسمت بحث و نتیجه‌گیری در یک پاراگراف بسیار کوتاه از افراد یا سازمان‌هایی که در اجرای پژوهش همکاری کرده‌اند، تقدیر و تشکر شود.
- **پانوشته‌ها:** شامل توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات (تمامی کلمه با حروف کوچک) و اسامی مؤلفانی، که در متن نام آن‌ها به کار برده شده پایین هر

صفحه (اولین حرف با حروف بزرگ و بقیه با حروف کوچک) با شماره‌های مجزا برای هر صفحه.

- **منابع داخلی و خارجی** که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند:

الف- کتاب: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار، *عنوان کتاب* به صورت *ایتالیک*، محل چاپ و ناشر.

ب- مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. *عنوان مقاله*، نام نشریه به صورت *ایتالیک*، شماره و دوره (سال)، شماره صفحه‌ها.

- **منابع فارسی** به شرح زیر تنظیم شوند:

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

کتاب (ترجمه) - نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار متن اصلی. *عنوان کتاب* به صورت *ایتالیک*، نام و نام خانوادگی مترجم (مترجمان) سال ترجمه، محل چاپ، ناشر.

مقاله - نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار، *عنوان مقاله*، نام نشریه به صورت *ایتالیک*، شماره و دوره (سال) شماره صفحه‌ها.

پایان‌نامه - نام خانوادگی و نام نویسنده (سال). *عنوان پایان‌نامه* به صورت *ایتالیک*، نام دانشگاه، مقطع و نام رشته.

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

- مقاله‌های رسیده نباید پیش‌تر در مجله‌های داخل یا خارج کشور چاپ شده باشد.
- بر اساس آئین‌نامه مجله‌های علمی کشور، مقالات پژوهشی اولویت دارند و دیگر مقالات تألیفی (مانند مقالاتی که به تبیین مبانی نظری علوم روان‌شناختی می‌پردازد) طبق ضوابط آئین‌نامه مذکور بررسی خواهد شد.
- مسئولیت درستی علمی مقاله و داده‌های آن به عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.

ملاحظات

- هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.
- مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.

فهرست

- اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در
بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی
شیرین دهبان و چنگیز رحیمی
۷-۲۲
- اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و تکانشگری دانش آموزان
مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی
محسن یحییوی زنجانی، محبوبه طاهر، عباسعلی حسین خانزاده، مژگان نقدی و آرزو مجرد
۲۳-۳۸
- اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر نیرومندی من و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال
اضطراب فراگیر
مرضیه عروتی عزیز، سید ابوالقاسم مهری نژاد، کیانوش هاشمیان و مهرانگیز پیوسته گر
۳۹-۵۶
- رابطه خود شگفتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم اختلال
شخصیت مرزی زنان: نقش میانجی احساس تنهایی و ناامیدی
نسیم رضایی، فرزاد قادری و ناهید اکرمی
۵۷-۷۴
- اثر بخشی روان درمانی تحلیل کارکردی بر افسردگی، کیفیت زندگی و نشانه های
وسواس در مبتلایان به وسواس فکری و عملی
نیلا علمی منش، خدیجه اعراب شیبانی و غزاله جوانمرد
۷۵-۸۸
- نقش مؤلفه های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در پیش بینی افسردگی دانشجویان
خدیجه فولادوند
۸۹-۱۰۴
- اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی
مهیا طاهری و مهناز علی اکبری دهکردی
۱۰۵-۱۱۸
- فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان: نقش محوری قلدری/ قربانی شدن
سایبری و بدتنظیمی روان شناختی
سید قاسم سید هاشمی، کبری فریدیان، حجت محمودی، بهناز حسین زاده خانمیری، المیرا احمدپور
محله، مهری اعزازی و ابراهیم اعظمی
۱۱۹-۱۳۴
- اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود تنظیم گری هیجانی و خود مراقبتی
بیماران کرونر قلبی
سیمین سیافی، نعمت ستوده اصل و مرتضی ابراهیمی ورکیانی
۱۳۵-۱۵۰

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی

شیرین دهبان*^۱ و چنگیز رحیمی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی انجام شد. طرح پژوهشی از نوع شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل و شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی حاضر در یکی از بیمارستان اعصاب و روان شهر شیراز بود؛ تعداد ۳۰ نفر (مرد) از این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر مرد) قرار گرفتند. ملاک ورود به درمان تشخیص اختلال شخصیت مرزی همراه با سوءمصرف مواد و قرار داشتن تحت درمان نگهدارنده متادون بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ و پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به منظور ارزیابی اجتناب تجربی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس و آمار توصیفی استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که نمره ناگویی خلقی و اجتناب تجربی پس از اجرای درمان گروهی به طور معناداری در گروه آزمایش کاهش یافت. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند موجب کاهش ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در این گروه از افراد شود. پیشنهاد می‌شود که علاوه بر درمان‌های دارویی از روش‌های درمان روان‌شناختی نیز برای افزایش تأثیرپذیری درمان بر روی افراد مصرف‌کننده مواد استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال شخصیت مرزی؛ اجتناب تجربی؛ تنظیم هیجان؛ سوءمصرف مواد؛ ناگویی خلقی.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، بخش بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

shdehban@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

crahiemi2016@hotmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.27349.1984

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5251.html

مقدمه

افزایش ناملایمات اجتماعی و کمرنگ شدن بعد عاطفی زندگی، موجب سرخوردگی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر عده زیادی از نسل جوان شده است. اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان-پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. به عقیده بعضی محققان، سوء مصرف مواد ناشی از بی‌نظمی هیجانی و ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است. ناتوانی در تنظیم هیجان نقش عمده و قابل توجهی در ابتلا بزرگسالان به مصرف دخانیات، ماری‌جوانا (زیمرمن، والز، درکس، کندریک^۱ و همکاران، ۲۰۱۷)، الکل و مواد مخدر دارد (برزونسکی و کینی^۲، ۲۰۱۹؛ محمودپور، برزگر دهج، سلیمی بجستانی، و یوسفی، ۱۳۹۷). تحقیقات پیشین اثربخشی درمان‌های متمرکز بر تنظیم هیجانی برای درمان مشکلات بیماران مصرف‌کننده مواد را مؤثر گزارش کرده‌اند (برجلی، عظمی، کوپان و عرب کوهیستان^۳، ۲۰۱۵). با وجود این، تحقیقات درباره اثربخشی درمان سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی نتایج قابل قبولی را گزارش نکرده است.

علاوه بر این اختلالات شخصیت به عنوان یکی از عواملی شناخته می‌شود که در اختلال سوء مصرف مواد تأثیر داشته و با آن همبودی دارد. یکی از این اختلالات اختلال شخصیت مرزی است که ویژگی آن تغییر در خلق و خوی فرد است. بنابر پژوهش‌های انجام شده اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلالاتی است که همبودی بالایی (۱۳/۷٪) با سوء مصرف مواد داشته است (بارل، دیاگر، بچیلر، کالوو^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). برآورد می‌شود بیش از ۵۰٪ از بیمارانی که با سوء مصرف مواد مواجه هستند با سایر اختلالات روان‌پزشکی نیز دست و پنجه نرم می‌کنند (سادوک، سادوک و رویز^۵، ۲۰۱۵). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بیشتر در معرض افسردگی‌های شدید، رفتارهای خودکشی و مصرف بی‌رویه مواد مخدر و خطرات ناشی از آن هستند که درمان این اختلال را با دشواری همراه می‌کند (ناکار، برونر،

-
1. Zimmermann, Walz, Derckx and Kendrick
 2. Berzonsky and Kinney
 3. Borjali, Aazami, Chopan and Arab Quhistani
 4. Barral, Daigre, Bachiller and Calvo
 5. Sadock, Sadock and Ruiz

اسچیلین، چنان^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). از جمله مواردی که این بیماران را مقاوم به درمان می‌کند ناتوانی در تنظیم هیجانات خود است. اختلال در عملکرد تنظیم هیجان^۲ به عنوان اصلی‌ترین ویژگی اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شود که این ویژگی با اختلال سوء مصرف مواد مشترک است (اسلون، هال، مودلینگ، برایس^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). مؤثرترین درمان برای این اختلال ارائه مداخلاتی است که عملکرد تنظیم هیجانی را در فرد افزایش دهد (حسینی امام، نجفی، مکوند حسینی، صلواتی و همکاران، ۱۳۹۶؛ فیتزپاتریک، ای پی، کراتنز، زیفمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

از جمله مؤلفه‌هایی که توجه روان‌شناسان را درباره افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و مصرف‌کننده مواد به خود جلب کرده است، ناگویی خلقی^۵ و اجتناب تجربی^۶ است. ناگویی خلقی ناتوانی در شناسایی، نام‌گذاری، افتراق‌گذاری و مرتبط ساختن هیجان‌ها با رویدادها تعریف شده است (تیلور، باگی و پارکر، ۲۰۱۶). ناگویی خلقی با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی از قبیل اختلال سوء مصرف مواد و خصوصاً برخی از اختلالات شخصیت که مقاوم به درمان هستند، همچون اختلال شخصیت مرزی دیده می‌شود (نژاد، راد، فرخی، ویسی و همکاران^۷، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها حاکی از وجود ارتباط معنادار بین ناگویی خلقی و بی‌نظمی هیجانی و بروز رفتارهای خود زنی و سوء مصرف مواد در بیماران مرزی است (مینی، هسکینگ و روپرت^۸، ۲۰۱۶). از طرفی اجتناب تجربی مؤلفه‌ای دیگر است که در دوام اختلال مرزی تأثیر دارد و با آن ارتباط تنگاتنگی دارد (جونز، پنر، اسکرام و شارپ^۹، ۲۰۱۹). اجتناب تجربی حالتی است که فرد توانایی سازگاری با احساسات درونی خود را ندارد و برای گریز از احساسات ناخوشایند رفتارهای اجتنابی همچون مصرف مواد و رفتارهای خودزنی را بروز

1. Nakar, Brunner, Schilling and Chanen
2. Emotion dysregulation
3. Sloan, Hall, Moulding and Bryce
4. Fitzpatrick, Ip, Krantz and Zeifman
5. Alexithymia
6. Experiential Avoidance
7. Nezhad, Rad, Farrokhi and Viesy
8. Meaney, Hasking and Reupert
9. Jones, Penner, Schramm and Sharp

۱۰ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و ...

می‌دهد (برتون و مگ‌کلینچی^۱، ۲۰۲۰). تحقیقات حاکی از ارتباط منفی بین نمرات پایین اجتناب تجربی و وسوسه مصرف مواد است (شوری، گاوریسک، المکویست، برم^۲ و همکاران، ۲۰۱۷).

بیشتر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مشکلات مصرف مواد نیز رنج می‌برند که این موضوع می‌تواند ریشه در ناتوانی شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها باشد. علاوه‌براین، این بیماران با اجتناب از شرایط اجتماعی از ارتباط برقرار کردن با هیجان‌ها منفی خود و رویارویی با آن‌ها اجتناب می‌کنند که این مسأله در تداوم مشکلات آن‌ها مؤثر است (رستمی و دشت بزرگی ۲۰۱۹؛ بیداری و حاجی‌علیزاده، ۱۳۹۸). اگر چه تحقیقات اندکی در رابطه با درمان اجتناب تجربی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی انجام شده است، نتایج این تحقیقات نشان می‌دهد مداخلات روان‌شناختی در کاهش اجتناب تجربی بیماران مرزی و حتی مصرف‌کننده مواد مؤثر است (کاوینکویلو، موالی، رملا، وسنا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰-A؛ و کاوینکویلو، رملا، وسنا، سیمونه^۴ و همکاران، B-۲۰۲۰). با وجود اینکه اثربخشی مداخلات فردی هیجان‌محور بر درمان ناگویی خلقی و اجتناب تجربی بیماران مرزی و سوء مصرف مواد مشخص است (حسینی‌امام و همکاران، ۱۳۹۶؛ رستمی و دشت بزرگی، ۲۰۱۹؛ محمودی چالبتان، متقی و ترکاشوند، ۲۰۲۰)، در رابطه با تأثیر درمان‌های گروهی تحقیقات کافی درباره این گروه از بیماران وجود ندارد که تحقیق در این رابطه را ضروری می‌سازد (لی، کیم، سئو، لی^۵ و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به بررسی‌های انجام شده، هدف از انجام این پژوهش، بررسی میزان اثر بخشی درمان گروهی هیجان‌محور بر ناگویی خلقی و اجتناب تجربی بر بیماران مصرف‌کننده مواد همبود با اختلال شخصیت مرزی است و فرضیه‌های زیر بررسی می‌شود:

- گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری دارد.

1. Brereton and McGlinchey
2. Shorey, Gawrysiak, Elmquist and Brem
3. Cavicchioli, Movalli, Ramella and Vassena
4. Simone
5. Lee, Kim, Seo, Lee and Jon

- گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان براجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل بود که شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی بود که با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت مرزی در بیمارستان شهید محرری شیراز بستری و تحت درمان با نگهدارنده متادون قرار داشتند.

علاوه بر این برای حفظ مسائل اخلاقی هنگام اجرای پژوهش فرم رضایت آگاهانه به بیماران و همراه آن‌ها ارائه شد و در نهایت درمان گراس بر روی افراد حاضر در گروه کنترل نیز اجرا شد.

نمونه پژوهش شامل یک گروه ۳۰ نفری از جامعه مورد نظر بوده است که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند از بین سایر بیماران انتخاب شدند و در ۲ گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. علاوه بر این، در پژوهش حاضر گروه‌ها از نظر جنسیت، سن، نوع ماده مصرفی (مواد افیونی همچون هروئین)، درمان متادون و تشخیص روان‌پزشکی هم‌تا شدند. اعضای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی را دریافت نکردند، در حالی که، گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۲) قرار گرفتند. سن بیماران بین ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشت، سطح تحصیلات حداقل شش کلاس و مواد مصرفی بیماران هروئین بود. به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد. در مرحله پس‌آزمون، در دو تحلیل جداگانه نمرات اجتناب تجربی و ناگویی خلقی به عنوان متغیر وابسته، دو گروه با یک سطح گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان به عنوان عامل متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کواریت وارد تحلیل شدند.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20)^۱: این پرسشنامه را تیلور، بگبی و پارکر^۲ (۱۹۹۴) ساخته‌اند. پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی

1. Toronto Alexithymia Scale-20

2. Bagby, Taylor and Parker

۱۲ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و ...

احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی می‌شود. این پرسشنامه پنج درجه لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) را در برمی‌گیرد. در زمینه بررسی پایایی مقیاس ناگویی خلقی، تیلور، بگی و پارکر (۱۹۹۴) میزان پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به روش باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، میزان روایی همزمان این مقیاس با هوش هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۰-، ۰/۷۸ و ۰/۴۴- گزارش شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو -۲۰ ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس «دشواری در شناسایی احساسات» «دشواری در توصیف احساسات» و «تفکر عینی» به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. همچنین پایایی این مقیاس از طریق پایایی بازآزمایی در دونوبت چهار هفته‌ای ۰/۸۰ و ۰/۸۷ برآورد شد (بشارت، ۲۰۰۷). نمرات افراد باید بین دامنه ۲۰-۱۰۰ باشد و نمرات بالاتر بیان‌کننده ناگویی خلقی است. همسانی درونی این پرسشنامه بر روی نمونه پژوهش حاضر برای نمره کلی ناگویی خلقی و زیر مقیاس‌های «دشواری در شناسایی احساسات» «دشواری در توصیف احساسات» و «تفکر عینی» به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۶۸ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه را بوند، هایز، بائر، کارپنتر^۲ و همکاران (۲۰۱۱) ساخته‌اند و در واقع یک نسخه ۱۰ گویه‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که به وسیله هیز، ویلسون، گیفورد، فولته^۳ و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده بود. این ابزار ۲ خرده مقیاس شامل خرده مقیاس اجتناب از تجارب هیجانی (۷ گویه) و خرده مقیاس کنترل روی زندگی (۳ گویه) را می‌سنجد و نمره‌دهی این پرسشنامه به صورت ۵ امتیاز مقیاس لیکرت (۱، اصلاً درست نیست تا ۵، همیشه درست) است. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی باز آزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم به وسیله عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. به منظور بررسی روایی

1. Acceptance and Action Questionnaire-II
2. Bond, Hayes, Baer and Carpenter
3. Hayes, Wilson, Gifford and Follette

ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده شد و این ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست کم ۰/۳۰ بود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر و نمره پایین نشان‌دهنده پذیرش و عمل بیشتر است. علاوه بر این آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۷۹ محاسبه شد.

جدول ۱: پروتکل آموزشی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس

اهداف	محتوای جلسه	تکالیف داخل جلسه	تکالیف خارج جلسه
جلسه اول آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر	بیان اهداف اصلی و فرعی بیان منطق و مراحل مداخله بیان چارچوب و قواعد	تمریناتی با هدف تمرکز روی رخدادهای آشنایی با یکدیگر هیجانی	
جلسه دوم ارائه آموزش هیجانی	شناخت هیجان	تجربه حالت‌های ثبت تجربه‌های هیجانی هیجانی	
جلسه سوم ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های خود ارزیابی هیجانی	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های خود ارزیابی هیجانی	تکمیل فرم خود ----	
جلسه چهارم ایجاد تغییر در موقعیت بر انگیزاننده هیجان	اجتماعی آموزش راهبرد حل مسأله آموزش مهارت‌های بین فردی	فهرست کردن اهداف انجام یک فعالیت مثبت در فردی فردی	هر روز
جلسه پنجم تغییر توجه	آموزش توجه متوقف کردن نشخوار فکری	بازسازی حالت‌های توقف نشخوار فکری هیجانی	
جلسه ششم تغییر ارزیابی‌های شناختی	شناسایی ارزیابی‌های غلط	تکمیل لیست شناسایی ارزیابی‌های غلط ارزیابی‌های غلط و پیامدهای هیجانی	
جلسه هفتم تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	مواجهه آموزش ابراز هیجان اصلاح رفتار	ایجاد و بازسازی حالت‌های هیجانی در هیجان جلسه	
جلسه هشتم ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد	آمورخته‌شده در محیط‌های تهیه فهرست و طبیعی بررسی و رفع موانع انجام فردی و گروهی تکلیف	برنامه‌ریزی و اجرای درجه‌بندی اهداف مراحل	

۱۴ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و ...

آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس^۱ (۲۰۰۲): این پروتکل را جیمز گراس ساخته و قائدی‌نیا (۱۳۹۳) در ایران اعتباریابی کرده است. مراحل مختلف آموزش تنظیم هیجان بر اساس بسته آموزشی در قالب جلسات ۲ ساعتی به مدت ۸ هفته به صورت گروهی انجام شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۱/۰۶ و ۳۲/۰۶ بود. ۳ نفر از بیماران گروه آزمایش تحصیلات بالای لیسانس داشتند، در حالی که در گروه کنترل تنها ۲ نفر تحصیلات بالای لیسانس داشتند و تحصیلات سایرین زیر دیپلم بود. میانگین و انحراف معیار ناگویی خلقی و اجتناب تجربی برای گروه‌های مختلف در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین نمرات ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در گروه‌های مختلف

متغیرها	گروه کنترل		گروه آزمایش		پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون				
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
ناگویی خلقی	۵/۳۰	۷۴/۴	۱/۵۶	۶۹/۴	۱/۱۰	۵۲/۹۳	۱/۱۰	۷۷/۴۷
اجتناب تجربی	۳/۳۷	۲۳/۸۷	۱/۵۶	۲۷/۱۳	۱/۱۰	۳۵/۲۷	۱/۱۰	۲۴/۱۳

به‌منظور بررسی پیش فرض‌های آزمون کوواریانس، در ابتدا آزمون لوین اجرا شد که بین واریانس گروه‌ها در آزمون لوین در هر دو متغیر اجتناب تجربی و ناگویی خلقی تفاوت معناداری ($p=0/63$, $p=0/80$) وجود نداشت. علاوه بر این، به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کلموگروف-اسمیرنوف اجرا شد و شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها در پس‌آزمون تأیید شد ($p>0/05$). علاوه بر این آزمون نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون نمرات اجتناب تجربی برای مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌ها نشان داد که پس از تعدیل نمرات، اثر اصلی گروه معنادار بود. در پژوهش حاضر نتایج نشان داد اجتناب تجربی در گروه آزمایش، پس

از مداخله، کاهش یافت و برای آزمون این تفاوت در میانگین‌ها، تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج کوواریانس نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها در مقیاس ناگویی خلقی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$ و $F(1, 27)=81/12$). مجذور اتای به دست آمده نشان داد، ۷۵ درصد از واریانس نمرات ناگویی خلقی توسط عامل گروه تبیین می‌شود. علاوه بر این با توجه به نتایج جدول ۳، بین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها در اجتناب تجربی تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$ و $F(1, 27)=20/39$). مجذور اتای به دست آمده نیز نشان داد که ۴۳ درصد از واریانس نمرات اجتناب تجربی توسط عامل گروه تبیین شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری اثر بخشی درمان اجتناب تجربی

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور سهمی اتا
ناگویی خلقی	۱	۱۳۳۴/۶۰	۸۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
اجتناب تجربی	۱	۷۲۱/۵۰	۲۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها بیان‌کننده این بود که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان باعث کاهش معنادار نمره ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی می‌شود. در این قسمت از پژوهش، ابتدا به بحث و تبیین فرضیه‌ها پرداخته شده است و سپس نتیجه‌گیری کلی بیان می‌شود.

نتایج نشان داد بین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد همراه با اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش رستمی و دشت بزرگی (۲۰۱۹) لی و همکاران (۲۰۱۹) و محمدی و همکاران (۲۰۲۰)؛ بیداری و حاجی علیزاده (۱۳۹۸) همسو است. نتایج پژوهش این تحقیقات نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و همچنین سایر آموزش‌های تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد و همچنین اختلالات شخصیت تأثیرگذار است و می‌تواند به کاهش راهبردهای

۱۶ اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و ...

ناسازگار تنظیم شناختی هیجان منجر شود، همچنین تنظیم هیجان نه تنها موجب بهبود خلق شده، بلکه با کاهش فراوانی سوء مصرف مواد همراه است. علاوه بر این، یافته‌های آن‌ها نشان داد که ناگویی خلقی نقش میانجی را بین عاطفه منفی، عاطفه مثبت و مصرف مواد ایفا می‌کند و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی با مشکلات بین شخصی همبستگی مثبت دارند و درمان تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی، تکانشگری و کیفیت زندگی مردان تحت درمان با نگهدارنده متادون مؤثر است؛ بنابراین، با توجه به ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و ارتباط آن با اختلال سوء مصرف مواد و ناگویی خلقی از یک سو و از سوی دیگر با توجه به ارتباط موجود بین تنظیم هیجان با ناگویی خلقی، اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد می‌توان انتظار داشت که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش ناگویی خلقی مؤثر واقع شود.

نتایج حاصل از آزمون این فرضیه نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین، گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر اجتناب تجربی بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد همراه با اختلال شخصیت مرزی تأثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش محمودپور و همکاران (۱۳۹۷)، برزونسکی و کنی (۲۰۱۹)، کاوینکویلو و همکاران (۲۰۲۰-A)؛ و کاوینکویلو همکاران (۲۰۲۰-B) همسو است. نتایج پژوهش این محققان نشان داد که بیشتر ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی با اشکال در تنظیم هیجان و درجات بالای اجتناب تجربی روبه‌رو است و هم تنظیم هیجان و هم اجتناب تجربی، به طور معناداری با اختلال شخصیت مرزی همبستگی دارند. همچنین نمره‌های اجتناب تجربی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد با اختلال شخصیت مرزی، بالاتر از افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد بدون اختلال شخصیت مرزی است و بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی و اجتناب تجربی و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی رابطه مثبتی وجود دارد؛ بنابراین، مداخله تنظیم هیجان، زندگی این افراد را تحت تأثیر داده و عملکرد آن‌ها را بهبود می‌بخشد (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۷).

از این رو درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، می‌تواند درمان مؤثر برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی محسوب شود. با وجود اثربخشی دارودرمانی در کاهش مصرف مواد، اثرات جانبی ناشی از داروها و ترک ناگهانی آن‌ها، فقدان جایگزینی

راهکارها و مهارت‌های مناسب به‌جای مواد، لزوم ایجاد و توسعه روش‌های غیردارویی مثل روش‌های روان‌شناختی به شدت احساس می‌شود و ضرورت دارد که سرمایه‌گذاری مناسبی برای این امر انجام شود؛ بنابراین، مداخله‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، بخش اجتناب‌ناپذیر در درمان سوء‌مصرف مواد و عوامل ناشی از آن هستند. این پژوهش برای ارتقا سطح ناگویی خلقی و افزایش مهارت‌های هیجانی در مصرف‌کنندگان مواد بسیار کاربردی است؛ بسیاری از مصرف‌کنندگان در مهارت‌های هیجانی خود و ابراز هیجانات خود مشکل دارند و دلیل ناتوانی در ابراز هیجان و ناتوانی در کنترل هیجانات خود به مواد مخدر به‌عنوان یک پناه‌گاه ایمن روی می‌آورند؛ بنابراین، برای پیشگیری از ابتلای بیشتر جوانان به اعتیاد می‌توان از مهارت‌های هیجانی برای افزایش سازگاری و راهبردهای مقابله‌ای و علاوه بر این برای پیشگیری از اعتیاد استفاده کرد. درباره مصرف‌کنندگان مواد نیز می‌توان برای افزایش سلامت روان آن‌ها و افزایش کارایی آن‌ها از این موضوع در اجتماع استفاده برد.

برخی از محدودیت‌های این پژوهش می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد که باید به آن‌ها توجه شود. از جمله اینکه نمونه‌گیری انجام‌شده در این پژوهش نیز از نوع تصادفی نبود و این مسأله می‌تواند تعمیم‌دهی اطلاعات را برای ما دشوار کند. توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان در بیماران ناگویی خلقی را در سایر موقعیت‌های بالینی (مثلاً در بیماران سرپایی) و با نمونه‌های بزرگ‌تر بررسی کنند که به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی درمان‌های فردی در مقایسه با درمان‌های گروهی را به سایر محققان پیشنهاد می‌کنیم.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دوره ارشد سرکار خانم شیرین دهبان دانشجوی دانشگاه شیراز است و لذا از افرادی که در اجرای این پژوهش شرکت و همکاری کردند شامل پرسنل و بیماران محترم بیمارستان اعصاب و روان دکتر محرری دانشگاه علوم پزشکی شیراز و گروه پژوهشی بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

منابع

- بیداری، فرزانه و حاجی علیزاده، کبری (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۲): ۱۶۵-۱۸۰.
- حسینی امام، سیده سامرا، نجفی، محمود، مکوند حسینی، شاهرخ، صلواتی، مژگان و رضایی، علی محمد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و مدل لینهان بر افکار خودکشی در نوجوانان دارای نشانگان بالینی شخصیت مرزی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۱): ۱۳۱-۱۴۶.
- عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۰): ۶۵-۸۰.
- قائدنیای جهرمی، علی، حسینی، جعفر، نوری، ربابه و فرمانی شهرضا، شیوا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان در مقابله شناختی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۳۱): ۷۱-۹۰.
- محمودی چالبطان، حسین، متقی، مینو، ترکاشوند، رویا (۱۳۹۸). تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی در مراجعه کنندگان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۲۰(۶۷): ۷۶-۸۶.
- محمودپور، عبدالباسط، برزگر دهج، ابوالفضل، سلیمی بجستانی، حسین و یوسفی، ناصر (۱۳۹۷). پیش بینی استرس ادراک شده براساس تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی افراد وابسته به مواد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۰): ۱۸۹-۲۰۶.
- Abasi, E., Fti, L., Molodi, R. and Zarabi, H. (2013). Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Journal of Psychology Models and Methods*, 3(10):65-80.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. and Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 33-40.
- Barral, C., Daigre, C., Bachiller, D., Calvo, N., Ros-Cucurull, E., Gancedo, B., ... and Roncero, C. (2017). Severity factors associated with borderline personality disorder among misusers in an outpatient sample in Spain. *Journal of Addictive Diseases*, 36(2): 93-96.
- Besharat, M.A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto Alexithymia scale-20 In clinical samples. *Iranian Journal of Medical*

- Science (IJMS)*, 33(1):1-6.
- Berzonsky, M. D. and Kinney, A. (2019). Identity processing style and depression: the mediational role of experiential avoidance and self-regulation. *Identity*, 19(2): 83-97.
- Bidari, F., Haji_Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Psychological Studies*, 15(2): 165-180. (Text in Persian)
- Brereton, A. and McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1): 1-24.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4): 676-688.
- Borjali, A., Aazami, Y., Chopan, H. and Arab Quhistani, D. (2015). Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 2(1): 53-65.
- Cavicchioli, M., Movalli, M., Ramella, P., Vassena, G., Prudenziati, F. and Maffei, C. (2020-A). Feasibility of dialectical behavior therapy skills training as an outpatient program in treating alcohol use disorder: The role of difficulties with emotion regulation and experiential avoidance. *Addiction Research & Theory*, 28(2): 103-115.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., ... and Maffei, C. (2020-B). Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 46(3): 368-384.
- Fitzpatrick, S., Ip, J., Krantz, L., Zeifman, R. and Kuo, J. R. (2019). Use your words: The role of emotion labeling in regulating emotion in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 120, 103447. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103447>
- Ghaedniay Jahromi, A., Nouri, R., Hasani, J. and Farmani Shahreza, S. (2014). The effectiveness of group training of procedural emotion regulation strategies in cognitive coping of individuals suffering substance abuse. *Research on Addiction*, 8(31): 71-90.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3): 281-291.
- Hoseini omam, S.S., Najafi, M., Makvand-Hosseini, S., Salavati, M. and Rezaei, A.M., (2019). Comparison of the effectiveness of two educational models of

- Gross and Linehan in emotion regulation skills training on suicidal thoughts in Adolescents with Borderline personality disorder. *Psychological Studies*, 15(1): 131-146. doi: 10.22051/psy.2018.18804.156 (Text in Persian)
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. and Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1152 –1168.
- Jones, J., Penner, F., Schramm, A. T. and Sharp, C. (2020). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. *Cognitive Behavior Therapy*, 49(3): 197-209.
- Lee, S. Y., Kim, M. D., Seo, J. S., Lee, K., Jon, D. I. and Bahk, W. M. (2019). The effects of group arts therapy based on emotion management training on the emotional expression, alexithymia, depression and quality of life in parents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 45(2): 243-243.
- Mahmoodpour, A. B., Barzegar Dahaj, A., Salimi Bejestani, H. and Yousefi, N. (2018). Prediction of perceived stress on the basis of emotional regulation, experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology Studies*, 8(30): 189-206. (Text in Persian)
- Meaney, R., Hasking, P. and Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: the complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PloS one*, 11(6):e0157294. doi:10.1371/journal.pone.0157294
- Mahmoodi Chalbatan, H., Motaghi, M. and Torkashvand, R. (2020) (ACT) on recipients having alexithymia under maintenance with methadone. *Zanko Journal Medical Science*. 20 (67) :76-86.
- Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., ... and Hoven, C. W. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*, 197: 231-238.
- Nezhad, S. R., Rad, M. M., Farrokhi, N., Viesy, F. and Ghahari, S. (2017). The relationship of alexithymia with depression, anxiety, stress, and fatigue among people under addiction treatment. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6): 1698-1703
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S. and Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3): 151-157.

- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. and Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57: 141-163.
- Rostami, R. and Dasht Bozorgi, Z. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Alexithymia of Somatic Symptoms. *Practice in Clinical Psychology*, 7(2): 87-94.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. and Parker, J. D. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.". *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 68: 1006-1020.
- Zimmermann, K., Walz, C., Derckx, R. T., Kendrick, K. M., Weber, B., Dore, B., ... and Becker, B. (2017). Emotion regulation deficits in regular marijuana users. *Human Brain Mapping*, 38(8): 4270-4279.

**اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر
دامنه توجه و تکانشگری دانش‌آموزان مبتلابه اختلال
نارسایی توجه/فزون‌کنشی**

محسن یحیوی‌زنجانی^۱، محبوبه طاهر^۲، عباسعلی
حسین‌خانزاده^۳، مژگان نقدی^۴ و آرزو مجرد^{۵*}

چکیده

هدف پژوهش تعیین اثربخشی بازی‌های تمرکز حواس بر دامنه توجه و تکانشگری دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مقطع ابتدایی شهرستان شاهرود در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای ۲۴ نفری به روش هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. ابزار پژوهش، مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، پرسشنامه‌های مشکلات رفتاری کانرز، نسخه معلم و والد و آزمون مربع‌های دنباله‌دار تولوز-پیرون بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند، اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره نشان داد نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیر تکانشگری، به‌طور معنادار کاهش یافته و نمرات دامنه توجه در گروه آزمایش افزایش معناداری یافته است. بنابراین، می‌توان گفت بازی‌درمانی از طریق افزایش تمرکز حواس بر افزایش دامنه توجه و کاهش تکانشگری دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، بازی‌درمانی، تکانشگری، دامنه توجه

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

mohsen.yahyavizanjani@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

mahboobe.taher@yahoo.com

abbaskhanzade@gmail.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

mojgan-ns@yahoo.com

۵. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

arezoomojarrad@yahoo.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.28970.2061

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5100.html

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی^۱ از جمله اختلالات روان‌پزشکی است که با توجه به شروع آن در دوران کودکی (رودریگز، گونزالو-کاسترو، گارسیا، نونز و آلوارز^۲، ۲۰۱۴)، شیوع ۵/۲٪ در جهان (شرنا، گوپتا و راجستواران^۳، ۲۰۱۸) و تبعات نامطلوب فراوان، توجه خانواده‌ها و پژوهشگران را به خود جلب کرده است (رامش، صمیمی و مشهدی، ۱۳۹۷). این اختلال دارای سه زیرگروه با عناوین نوع غالب نارسایی توجه^۴، نوع غالب فزون‌کنشی - تکانشگری برجسته^۵ و نوع ترکیبی^۶ است (آناستوپولوس^۷، ۲۰۱۸). ویژگی اصلی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی الگوی پایدار بی‌توجهی یا تکانشگری است که در کنش‌وری فرد تداخل ایجاد می‌کند. افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ممکن است دارای رفتارهای تکانشی، بی‌قراری و نارسایی توجه باشند. آن‌ها به سادگی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و در مدرسه با مشکلات جدی روبه‌رو هستند و همیشه برای معلمان چالش‌برانگیز هستند (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۶).

برای کودکان با نارسایی توجه، تمرکز کردن بر روی یک تکلیف یا پیروی کردن از دستورالعمل‌ها دشوار است، در توجه کردن به تکالیف و موضوع‌های کمتر جذاب مشکل جدی دارند. رایج‌ترین شکایت‌ها درباره نارسایی توجه عبارتند از گوش ندادن کودک به صحبت‌ها، پیروی نکردن از دستورالعمل‌ها، تمام نکردن تکالیف و وظایف است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۸، ۲۰۱۳). عدم مهار تکانه یا تکانشگری مفهومی چندبعدی است که براساس رفتار شدن فرد در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک تعریف شده است که اغلب پیامدهای سازش‌نیافته به بار می‌آورد (براون، میچل، فیت و

-
1. Attention deficit/hyperactivity disorder
 2. Rodríguez, González-Castro, García, Núñez and Alvarez
 3. Shereena, Gupta and Rajeswaran
 4. Attention Deficit
 5. Outstanding impulsivity
 6. Combined type
 7. Anastopoulos
 8. American Psychiatric Association

بورتوناتو^۱، (۲۰۱۷). کودکان تکانشگر قادر به مهار کردن واکنش‌ها و رفتارهای بلافاصله‌شان یا فکرکردن قبل از عمل نیستند. برای آن‌ها توقف یک رفتار درحال انجام یا تعدیل و تنظیم رفتار با الزامات محیط یا خواسته‌های دیگران دشوار است. ممکن است آن‌ها بیانات نامناسبی داشته یا آن که پیش از تکمیل شدن سؤالی، به آن پاسخی سریع، اما درست بدهند. از آنجایی که منتظر ماندن برای این کودکان دشوار است، آن‌ها گفتگوها را قطع می‌کنند، در فعالیت‌های دیگران خلل ایجاد کرده و هنگام ناراحتی و محرومیت، دیگران را مورد سرزنش قرار می‌دهند. آن‌ها همچنین در مقاومت در برابر وسوسه‌ها و تأخیر انداختن کامیابی و کسب لذت مشکل دارند (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۶). این کودکان ممکن است در یادگیری ناتوان نباشند، ولی در عملکردهای مربوط به مدرسه مشکل داشته باشند که ناشی از سازماندهی ضعیف، بی‌توجهی، تکانشگری، فزون‌کنشی و حواسپرتی است. دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی که درمان مناسب و کافی دریافت نمی‌کنند با احتمال بیشتری مردود شدن، اخراج از مدرسه، پیشرفت تحصیلی پایین و مشکلات سازش‌یافتگی را تجربه می‌کنند (مونستر^۲، ۲۰۰۵). اگر کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی به درستی تشخیص داده نشوند و تحت درمان قرار نگیرند، نتیجه آن نوجوانان و بزرگسالانی مبتلا است که در معرض شکست‌های شغلی، پرخاشگری، مشکل در روابط بین‌فردی و دیگر اختلال‌های روان‌شناختی مثل سوء مصرف مواد، الکل و افسردگی و اضطراب خواهد بود (بیدرمن و اسپنسر^۳، ۲۰۰۵).

یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کمک کند بازی‌درمانی است (جاین و ری^۴، ۲۰۱۶؛ برگ، لاتزمن، بلیوایز و لیلینفیلد^۵، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی، مهارت‌های پیش‌اجتماعی را تقویت می‌کند و مشکلات مربوط به مهارت‌های زندگی روزمره را کاهش می‌دهد. علاوه‌براین به تقویت مهارت‌های رفتاری و هیجانی منجر می‌شود (مورا، سبیل و نیل^۶، ۲۰۱۸). پژوهش‌های مختلف

1. Brown, Mitchell, Fite and Bortolato
2. Monastara
3. Bideaman and Spenser
4. Jayne and Ray
5. Berg, Latzman, Bliwise and Lilienfeld
6. Mora, Sebille and Neill

۲۶ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

(مثل جاین و ری، ۲۰۱۶؛ هوشینا، هوری، گیان‌پولو و سوگایا^۱، ۲۰۱۷؛ عاشوری، دلال‌زاده و بیگدلی ۱۳۹۷؛ پیتالا^۲ و همکاران ۲۰۱۸؛ پترسون و استاتی و درسی^۳ ۲۰۱۸؛ زانگ، جیا و وان^۴ ۲۰۱۹ و عطائی، هاشمی و حاتمی ۲۰۱۸) اثربخشی بازی‌درمانی را در بهبود اختلالات هیجانی- رفتاری از جمله اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و افزایش مهارت‌های کودکان نشان داده‌اند، با این حال در محور مطالعات قبلی که به سنجش اثربخشی بازی‌درمانی پرداخته‌اند، مداخلات آن‌ها مبتنی بر تمرکز حواس نبوده است. بنابراین، با توجه به شیوع بالای اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی از یک سو و وجود شواهد پژوهشی حاکی از اثرگذاری بازی‌درمانی بر متغیرهای روان‌شناختی مشابه در این کودکان از سوی دیگر پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش بود که آیا بازی‌درمانی متمرکز بر حواس بر دامنه توجه و تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی دوره دوم ابتدایی در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. ملاک تشخیص اختلال بر اساس ملاک‌های تعریف‌شده ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و دو نسخه والد و معلم مقیاس کانرز (۱۹۷۰، ۱۹۹۹) بود. از بین افراد جامعه ۲۴ نفر از دانش‌آموزان با روش نمونه‌گیری هدفمند طی دو مرحله از آموزشگاه‌های سطح شهرستان شاهرود، تعداد ۶ آموزشگاه مشخص شد و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پژوهشگر قبل از اجرای پژوهش به‌صورت عملی آموزش‌های لازم را دریافت کرده و آزمایش در کلینیک دارای اتاق بازی‌درمانی انجام شد. ملاک‌های ورود شامل، رضایت افراد و نداشتن معلولیت اضافی مانند ناتوانی جسمی- حرکتی و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش به شرح زیر بود:

1. Hoshina, Horie, Giannopulu and Sugaya
2. Pittala
3. Ptterson, Stutey and Dorsey
4. Zhang, Jia and Wang

مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی: این مقیاس را انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) به‌منظور درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ساخته است که شامل ۱۸ گویه است و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۳) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمره کل از ۰ تا ۵۴ است. شرکت‌کنندگانی که دست کم در ۶ گویه از ۱۸ گویه مقیاس درجه‌بندی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نمره ۲ (زیاد) یا ۳ (خیلی‌زیاد) کسب می‌کنند (حداقل نمره ۱۲)، به عنوان افراد مبتلا به اختلال شناسایی می‌شوند. ضریب اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد.

پرسشنامه کانرز والدین: این پرسشنامه را کانرز (۱۹۷۰) به‌منظور ارزیابی نظر والدین ساخته است که ۴۸ سؤال دارد و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ = به‌هیچ‌وجه تا ۳ = بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. در هر خرده‌مقیاس و همچنین در فزون‌کنشی کلی، داشتن نمره میانگین ۱/۵ و بالاتر نشانگر وجود فزون‌کنشی است. کانرز و اولریچ (۱۹۸۷) ضریب اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۷۱ به دست آورده و روایی محتوایی آن را نیز تأیید کردند (شهبان، شهیم، بشاش و یوسفی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه را در داخل کشور شهبان و همکاران (۱۳۸۶) تأیید کرده‌اند و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است.

پرسشنامه کانرز معلمان: این پرسشنامه را کانرز (۱۹۹۹) به‌منظور تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی توسط معلمان ساخته است که ۳۸ سؤال را شامل می‌شود و در یک طیف چهار درجه‌ای از به‌هیچ‌وجه (۰)، کم (۱)، متوسط (۲) و زیاد (۳) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمره کل از ۰ تا ۱۱۴ است. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازهای مربوط به همه سؤال‌ها با هم جمع می‌شوند. اگر نمره کودک بالاتر از ۵۷ باشد بیان‌کننده اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی است. ضریب اعتبار بازآزمایی این مقیاس در طی یک ماه تا یک سال از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است، اعتبار بین نمره‌گذاری معلمان ۰/۷۰ گزارش شده است (کانرز، ۱۹۹۸؛ به نقل از کدخدائی، احمدی و عابدی، ۱۳۹۶).

۲۸ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

آزمون مربع‌های دنباله‌دار تولوز- پیرون^۱: این آزمون را هانری پیرون (۱۹۸۶) ساخته و توسط تولوز و پیرون مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (ایروانی، ۱۳۹۴). این آزمون از کاربردی‌ترین آزمون‌های استاندارد، یک آزمون نایسته‌به‌فرهنگ و نوعی آزمون خط‌زنی است که برای اندازه‌گیری توجه انتخابی و ارادی افراد به‌کار می‌رود. آزمون از تعدادی مکعب دنباله‌دار تکرارشونده تشکیل شده است. آزمودنی مکعب‌های مشابه الگو را خط می‌زند. به ازای هر انتخاب درست ۱ نمره مثبت و به ازای هر انتخاب غلط یا فراموش شده ۰/۵ امتیاز منفی در نظر گرفته می‌شود و از جمع جبری آن‌ها نمره فرد به دست می‌آید (ایروانی، ۱۳۹۴). در پژوهش پاشا و اخوان (۱۳۸۸) اعتبار این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵، با استفاده از تصنیف ۰/۸۱، بود و اعتبار آن با استفاده از اجرای همزمان با آزمون حافظه و کسلر ۰/۸۱ به دست آمد.

روش مداخله: ابتدا ادبیات پژوهشی مربوط به این زمینه بررسی و برنامه‌های مختلف مطالعه شد. با توجه به برنامه‌های آموزشی مختلفی که در گستره موضوع پژوهش تدوین شده، مؤلفه‌های مختلف مرتبط استخراج شده، با توجه به ویژگی‌های کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، برنامه مداخله تهیه شد. بازی‌های بکاررفته برگرفته از کتاب‌های بازی‌های تمرکز، کتاب رشد و تقویت مهارت‌های ادراکی حرکتی ورنر- رینی (۱۳۹۸) و کتاب ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی کادوسون و ای‌شیفر (۲۰۰۳؛ محمداسماعیل، ۱۳۹۸) و بازی‌درمانی، نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی (محمد اسماعیل، ۱۳۹۸) که براساس نظریه‌های یادگیری به ویژه نظریه‌های رفتارگرایی و شرطی‌سازی عامل بود تدوین شد و روایی صوری و محتوایی آن توسط ۳ تن از متخصصان کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه و ۲ تن از متخصصان روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان بررسی و تأیید شد. شیوه اجرای آموزش به این صورت بود که مطابق با برنامه معلم ساخته، ۱۰ جلسه آموزشی در حدود ۴۵ روز طراحی و اجرا شد. گروه آموزشی تحت آموزش مبتنی بر بازی‌های توجهی و تکانشی قرار گرفت و این گروه ۱۰ جلسه با زمان میانگین ۵۰ دقیقه‌ای، مورد آموزش قرار گرفتند. اولین جلسه، پیش‌آزمون و جلسه آخر، پس‌آزمون اجرا شد.

1. Tools and Piron

جدول ۱: خلاصه جلسات بازی‌های تمرکز حواس

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف منزل
۱- معارفه و ایجاد رابطه حسنه و بیان اهداف	ارائه اطلاعات پیرامون اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی به والدین و معلم - هدف و ضرورت بازی‌درمانی، تکمیل هر دو فرم پرسشنامه کانرز	ایجاد رابطه حسنه و آگاهی از روند کلی فرایند کار و اهداف جلسات	-
۲- اجرای آزمون تولوز- پرون	اجرای آزمون تولوز - پرون	ایجاد رابطه حسنه - بیشتر با بازی- درمانگر	-
۳- تقویت توجه دیداری	آهنگ ملایم، تمرکز گرفتن و فکرکردن به آرزوها و صحنه‌های خوشایند، بازی بنشین و پاشو مستقیم و غیرمستقیم، پیدا کردن تصاویر در مجموعه بگرد و پیدا کن و ببین، استفاده از کارت‌های «دقت دیداری و پرورش توانمندی‌های شناختی و کلامی»	افزایش توجه دیداری	تمرین بنشین و پاشو و گوش دادن به آهنگ ملایم
۴- تقویت توجه شنیداری	بازی منقبض کردن عضلات شکم و گوش‌دادن به صدا، بازی بنشین و ببین و بیاموز، بازی توجه کن و به خاطر بسپار، بازی گوش کن، حدس بزن.	افزایش توجه شنیداری	انجام بازی منقبض کردن عضلات شکم و همزمان گوش‌دان به صدای نفس کشیدن
۵- تقویت مهارت‌های توجه	پخش آهنگ، راز پیدا کردن تفاوت‌های دو تصویر، استفاده از نقاشی‌های تشخیص شکل از زمینه، بازی خانه‌ها	افزایش مهارت‌های توجه	استفاده از نقاشی‌های تشخیصی شکل از زمینه
۶- تقویت حس لامسه	بازی پرتاب حلقه، تقویت حس لامسه، بازی پشت‌نویسی برای تقویت حس لامسه کودک، بازی تشخیص وسایل با چشم بسته، کشیدن اشکال هندسی با چشمان بسته بر روی کاغذ	افزایش توانایی حس لامسه	تمرین بازی پرتاب حلقه

۳۰ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف منزل
۷- تقویت حافظه کوتاه مدت	بازی‌های مربوط به تقویت حافظه کوتاه‌مدت، بازی حدس‌بزن چی جابه‌جا شده، بازی هدبند	افزایش حافظه کوتاه‌مدت	تمرین بازی حدس‌بزن چی جابه‌جا شده
۸- تقویت نظم و سازمان‌دهی	آموزش ساختن برج به کودکان، استفاده از کارت‌های شناخت با تصاویر ناقص و ناتمام و کامل کردن آن‌ها توسط کودک. - تقویت جهت‌یابی و تقویت همزمان دقت دیداری و شنیداری، نشان دادن تصاویری از یک داستان و مرتب کردن آن توسط کودک طبق اتفاقی که در داستان پیش آمده، بازی جورچین	افزایش توانایی نظم و سازمان‌دهی	تمرین ساختن برج به کودکان
۹- ایجاد مهارت‌های دیداری، شنیداری، لامسه و حافظه کوتاه‌مدت	نشان دادن فیلم انیمیشن و پرسیدن سؤالاتی درباره فیلم از کودکان. بازی شنیدن و کشیدن، نشان دادن کارت‌های شناختی، بازی تیزبین	کاربرد مهارت‌های یادگرفته‌شده به صورت ترکیبی	دیدن یک انیمیشن و پرسیدن چند سؤال درباره فیلم
۱۰- انجام بازی‌های ورزشی جهت تمرکز	بازی هفت‌سنگ، بازی فوتبال دستی، بازی دارت	افزایش تمرکز	انجام بازی دارت
۱۱- اجرای پس‌آزمون پرسشنامه کانرز و آگاهی به والدین در جهت ادامه این بازی‌ها و تأثیر آن در تقویت تمرکز کودکان.	اجرای پس‌آزمون پرسشنامه کانرز و آگاهی به والدین در جهت ادامه این بازی‌ها و تأثیر آن در تقویت تمرکز کودکان.	-	-
۱۲- اجرای مجدد آزمون تولوز-پیرون پس‌آزمون	اجرای مجدد آزمون تولوز-پیرون	-	-

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است. میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نمره توجه (۴۸/۷۵) و در

گروه کنترل (۳۸/۱۷) است. میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون سطح تکانشگری معلم‌پاسخ (۵۱/۵۰) و سطح تکانشگری والدین پاسخ (۴۱/۶۷) نیز کم‌تر از میانگین گروه کنترل (۶۰/۷۵) و (۵۰/۵۰) است. همچنین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس نمره توجه در گروه آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد و نشان داد که نمره توجه در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست ($F=۲/۲۶, p>۰/۰۵$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که واریانس متغیر دامنه توجه در گروه‌ها همگن است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل (تعداد = ۲۴)

متغیر	وضعیت	گروه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
نمره توجه	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۰	۴۸	۳۷/۶۷	۵/۷۲
		کنترل	۳۰	۴۸	۳۷/۱۷	۵/۴۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳	۵۸	۴۸/۷۵	۴/۴۱
		کنترل	۳۳	۴۷	۳۸/۱۷	۴/۲۳
سطح تکانشگری (معلم‌پاسخ)	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۸	۶۵	۶۱	۲/۵۲
		کنترل	۵۸	۶۵	۶۱	۲/۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۴	۵۸	۵۱/۵۰	۴/۵۲
		کنترل	۵۵	۶۶	۶۰/۷۵	۳/۳۱
سطح تکانشگری (والدین‌پاسخ)	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰	۵۶	۴۹/۸۳	۴/۳۶
		کنترل	۴۲	۵۶	۵۰/۲۵	۴/۰۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۳	۴۹	۴۱/۶۷	۵/۱۵
		کنترل	۴۱	۵۶	۵۰/۵۰	۴/۴۸

نتیجه جدول ۳ نشان‌دهنده این است که بین دو گروه در میزان دامنه توجه تفاوت معنادار وجود دارد، اندازه اثر ۰/۸۳ نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکانشگری (معلم‌پاسخ) در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکانشگری (معلم‌پاسخ) در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست ($F=۱/۰۴, p>۰/۰۵$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است.

۳۲ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در توجه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۸۷/۲۵	۱	۲۸۷/۲۵	۴۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹
عضویت	۶۳۰/۲۷	۱	۶۳۰/۲۷	۱۰۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳
گروهی	۱۲۴/۶۶	۲۱	۵/۹۳			
خطا						

در جدول ۴ میانگین‌های برآوردشده نهایی تکانشگری (والدین پاسخ) نشان‌دهنده این است که میانگین گروه آزمایش در تکانشگری به صورت معناداری کم‌تر از میانگین گروه کنترل است. بنابراین، می‌توان گفت که بازی‌درمانی متمرکز بر تمرکز حواس بر تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است.

جدول ۴: میانگین‌های برآوردشده نهایی تکانشگری (والدین پاسخ و معلم پاسخ) در گروه‌ها

گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
والدین پاسخ	۴۱/۸۸	-۸/۳۹	۰/۸۶	۰/۰۰۱
آزمایش	۵۰/۲۸			
کنترل	۵۱/۵۰	-۹/۲۵	۱/۱۵	۰/۰۰۱
معلم پاسخ	۶۰/۷۵			
آزمایش				
کنترل				

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به منظور بررسی اثربخشی بازی‌درمانی متمرکز بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و تکانشگری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی طراحی و اجرا شد. نتایج نشان داد که بازی‌درمانی متمرکز بر تمرکز حواس بر افزایش دامنه توجه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله جین و ری (۲۰۱۶)؛ پترسون و استاتی و درسی (۲۰۱۸)؛ ژانگ، جیا و وانگ (۲۰۱۹) و عطائی، هاشمی و حاتمی (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت دانش‌آموزان گروه آزمایش در خلال جلسه سوم، که مربوط به تقویت توجه دیداری بود، یاد گرفتند برای

فکر کردن به آرزوهایشان و تجسم صحنه‌های خوشایند تمرکز کنند، همچنین از آن‌ها خواسته شد که از بین مجموعه تصاویری که برایشان ارائه شده بود، تصویر مدنظر را پیدا کنند، پیدا کردن تصویر مدنظر نیازمند دقت و تمرکز دانش‌آموز بود. بنابراین، همین تلاش برای پیدا کردن تصویر مدنظر خود تمرینی در جهت تقویت تمرکز محسوب می‌شود. همچنین در جلسه چهارم، گروه آزمایشی آموزش دیدند که ده دقیقه بازی منقبض کردن عضلات شکم را انجام بدهند و در حین این بازی به دقت به صدای تنفس خود گوش دهند و همین تمرین را در منزل هم انجام دهند، این تمرین زمینه‌ای برای تقویت توجه شنیداری دانش‌آموزان گروه آزمایش شد. انجام سایر بازی‌ها مثل پیدا کردن تفاوت‌های دو تصویر مشابه در مدت زمانی معین، جورچین و دارت و تشخیص شکل از زمینه و حدس اینکه چی جابه جا شده، و انجام این بازی‌ها در منزل به عنوان تکلیف خانگی به‌خودی خود موجب افزایش دقت و تمرکز کودک می‌شود. از آنجایی که بازی فعالیتی خودانگیخته و لذت‌بخش است، در طی بازی برای کودکان فرصتی فراهم شد که مهارت‌های خود را تقویت کنند. در واقع بازی قدرت ابداع و ابتکار و تمرکز را در کودک می‌پروراند و او را درکشف رابطه میان اشیاء و آنچه پیرامون اوست یاری می‌دهد. همچنین از آنجایی که به هنگام بازی دانش‌آموزان فعالیت‌های حرکتی داشتند، اغلب کل بدن و تمرکز خود را درگیر بازی می‌کردند، در نتیجه این امر به افزایش قدرت توجه و تمرکز آن‌ها کمک کرد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بازی درمانی متمرکز بر تمرکز حواس بر کاهش تکانشگری گروه آزمایش مؤثر است. این یافته به‌طور مستقیم یا ضمنی با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله عطائی، هاشمی و حاتمی (۲۰۱۸)؛ هوشینا، هوری، گیان‌پولو و سوگایا (۲۰۱۷)؛ ژانگ، جیا و وانگ (۲۰۱۹)؛ عاشوری، دلال‌زاده و بیگدلی (۱۳۹۷)؛ جین و ری (۲۰۱۶)؛ پیتالا و همکاران (۲۰۱۸) و پترسون و استاتی و درسی (۲۰۱۸) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بازی درمانی بهترین فرصت برای ایجاد موقعیتی برای کسب تجارب صحیح با کمک درمانگر است که موجب تقویت مهارت‌های پیش‌اجتماعی، رفتاری و هیجانی می‌شود (مورا، سبیل و نیل، ۲۰۱۸)، قرار گرفتن در محیط بازی و کار با متخصصان این امر باعث می‌شود مهارت‌هایی که این کودکان در محیط‌های دیگر قادر به یادگیری آن نیستند، در طی بازی به‌راحتی فراگیرند و احتمال رفتارهای نامناسب و تکانشگرانه

۳۴ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

کاهش می‌یابد. توسعه بازی‌درمانی متمرکز بر حواس در دانش‌آموزان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، با فراهم آوردن زمینه تفکر و تمرکز مداوم کودک بر روی بازی در جهت نیل به راهکارهای مؤثر موفقیت در آن، می‌تواند به مرور زمان، به آرام‌سازی و هدایت آن‌ها در جهت نیل به تمرکز فکر، نائل شود.

می‌توان بازی را راه‌حل مفیدی برای آموزش مسائل تربیتی مرتبط با تکانشگری مثل رعایت نوبت و صبوری به کودک دانست. بازی، سیستم عضلانی و تحول حسی - حرکتی کودک را تقویت می‌کند و به این طریق، بر هوش کودک تأثیر فراوانی دارد و با بازی کردن، توجه کودک در انجام کارها و رفتارهای تأملی قبل از عمل افزایش می‌یابد. همچنین از آنجایی که در پژوهش حاضر تمرکز اصلی بر بازی‌درمانی متمرکز بر حواس بود، می‌توان گفت که کودک به واسطه افزایش دقت حواس دیداری و شنیداری یاد گرفت قبل از اقدام برای عمل، دقت بیشتری کرده و به دنبال افزایش دقتش توانایی خودمهارگری و پذیرش مسئولیت در قبال اعمالش افزایش یافته و متعاقباً رفتارهای تکانشگرانه او به طور معناداری کاهش یافت.

با توجه به محدودیت زمانی در این پژوهش از آزمون پیگیری استفاده نشد، عدم کنترل وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده گروه نمونه، عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مثل نوع و شدت اختلال از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. با وجود مزایای آموزش گروهی، درباره کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی باید گفت به جهت ماهیت این اختلال آموزش آن‌ها در گروه ۱۲ نفره و مدیریت این تعداد در گروه با دشواری‌هایی همراه بود به طوری که همراه با آموزش‌دهنده، دستیار دیگری هم در جلسات آموزشی حضور داشت تا در طی جلسات نظم برقرار باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی وضعیت اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها بررسی و دوره‌های پیگیری در نظر گرفته شود. در پژوهش‌های بعدی برای افزایش سرعت و دقت، در صورت امکان، نمونه پژوهش به جای مدرسه از کلینیک‌های روان‌پزشکی جمع‌آوری شوند. با توجه به تأیید اثربخشی بازی‌درمانی، مراکز درمانی و آموزشی به خصوص مدارس و معلمان و درمانگران می‌توانند از این بازی‌ها جهت درمان و آموزش این افراد استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی کسانی که در تدوین این پژوهش یاریگر ما بودند، سپاسگزاریم.

منابع

- ایروانی، محمود (۱۳۹۴). روان‌شناسی آزمایشی (تجربی). تهران: شمس.
- پاشا، غلامرضا و اخوان، گیتی (۱۳۸۸). تأثیر موسیقی فعال بر حافظه و توجه بیماران اسکیزوفرن مرد و زن مرکز شفا دزفول. یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)، ۴(۱۱): ۳۵-۴۶.
- حسین‌خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۶). روان‌شناسی و آموزش کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه. تهران: آوای نور.
- رامش، سمیه، صمیمی، زبیر و مشهدی، علی (۱۳۹۷). بهبود بازداری شناختی کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی در بستر آموزش حافظه کاری هیجانی. روان‌شناسی شناختی، ۶(۱): ۳۵-۴۵.
- رینی، ورنر (بی‌تا). رشد و تقویت مهارت‌های ادراکی حرکتی، ترجمه حسین‌علی سازمند و مهدی طباطبایی‌نیا. (۱۳۹۸). تهران: دانژه.
- شوشتری، مژگان، ملک‌پور، مختار، عابدی، احمد و اهرمی، راضیه (۱۳۹۰). اثربخشی مداخلات زودهنگام مبتنی بر بازی‌های توجهی بر میزان توجه کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی - تکانشگری. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳(۳): ۱۷-۲۷.
- شهاییان، آمنه، شهیم، سیما، بشاش، لعیا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶). هنجاریابی تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین، مقیاس درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز. مطالعات روان‌شناختی، ۳(۳): ۹۷-۱۲۰.
- عاشوری، محمد و دل‌زاده بیدگلی (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی. مجله توان‌بخشی، ۱۹(۲): ۱۰۲-۱۱۵.
- کدخدائی، مهین‌السادات، احمدی، احمد و عابدی، احمد (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش برنامه والدگری بارکلی بر سلامت روان مادران کودکان پسر دارای اختلال نقص توجه- فزون-کنشی مقطع ابتدایی (۷-۱۲) شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۳): ۱۲-۲۴.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۹۸). بازی‌درمانی نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردها. تهران: دانژه

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J.L., Rhoads, L.H., and al. (2018). Rates and patterns of comorbidity among first-year college students with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 47(2): 236-47.
- Ashori, M., Ghasemzadeh, S. and Dallalzadeh Bidgoli, F. (2019). The impact of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 6(2): 27-39. (Text in Persian)
- Atayi, M., Hashemi Razini, H. and Hatami, M. (2018). Effect of cognitive-behavioral play therapy in the self-esteem and social anxiety of students. *Journal of Research & Health*. 8(3): 278-285.
- Barkley, R. A. and Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*. Guilford Press.
- Berg, J. M., Latzman, R. D., Bliwise, N. G. and Lilienfeld, S. O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological assessment*. 27(4): 1129.
- Bianchini, R., Postorino, V., Grasso, R., Santoro, B., Migliore, S., Burlò, C and Mazzone, L. (2013). Prevalence of ADHD in a sample of Italian students: A population-based study. *Research in Developmental Disabilities*. 34(9): 2543-2550.
- Brown, S., Mitchell, T.B., Fite, P.J. and Bortolato, M. (2017). Impulsivity as a moderator of the associations between child maltreatment types and body mass index. *Child Abuse & Neglect*. 67(1): 137-146.
- Elahe, M.E. (2019). *Game Therapy Theories, Methods and Applications*. Tehran: Danjeh. (Text in Persian)
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J. and Chen, K.S. (2017). Access to diagnosis, treatment, and supportive services among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in Europe: Data from the Caregiver Perspective on Paediatric ADHD survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 13(1):947-58.
- Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I. and Sugaya. M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*. 112(1): 1570-9
- Hosseinkhanzade, A. (2015). *Psychology and Education of Children and Adolescents with Special Needs*. Tehran: Avayenor. (Text in Persian)
- Irvani, M. (2015). *Experimental Psychology*. Tehran: Shams. (Text in Persian)

- Jayne, K.M. and Ray, D.C. (2016). Child-centered play therapy as a comprehensive school counseling approach: directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(1): 5-18.
- Kadkhodaie, M.S., Ahmadi, A. and Abedi, A. (2017). The effect of Barkley's parenting program on mental health of mothers of boys with attention deficit hyperactivity disorder in elementary school (7-12) in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 18(3): 12-24. (Text in Persian)
- Landreth, G.L., Ray, D.C. and Bratton, S. (2009). Play therapy in elementary school, *Psychology in the School*, 46(3): 1-9.
- Monastara, V.J. (2009). Electroencephalographic biofeedback as a treatment for attention deficit hyperactivity disorder: rational and empirical foundation. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(1): 55- 82.
- Mora, L, Sebillé, K. and Neill, L. (2018). An evaluation of play therapy for children and young people with intellectual disabilities. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*. 5(2): 1-14.
- Pasha, G.R. and Akhavan, G. (2009). The effect of active music on memory and attention of schizophrenic patients, male and female, Dezfoul Healing Center. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*. 4(11): 35-46. (Text in Persian)
- Patterson, L., Stutey, D. M. and Dorsey, B. (2018). Play therapy with African American children exposed to adverse childhood experiences. *International Journal of Play Therapy*. 27(4): 215-226.
- Pittala, E.T., Georges-Chaumet, Y.S., Favrot, C., Tanet, A., Cohen, D. and Saint-Georges, C. (2018). Clinical outcomes of interactive, intensive and individual (3i) play therapy for children with ASD: A two-year follow-up study. *Bio Medical Central Pediatrics*. 18(1): 165.
- Ramesh, S., Samimi, Z. and Mashhadi, A. (2018). The improvement cognitive inhibition in children with attention deficit / hyperactivity disorder in the context of emotional working memory training. *Journal of Cognitive Psychology*. 6(1): 35-45. (Text in Persian)
- Rey, D., Bratton, S., Rhine, T. and Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of play therapy*. 10(1): 85-108.
- Riny, v.(2015). *Develop and Strengthen Perceptual and Motor Skills*. Translator, Sazmand H.A. Tehran: Danjeh. (Text in Persian)
- Rodríguez, C., González-Castro, P., García, T., Núñez, J. C. and Alvarez, L. (2014). Attentional functions and trait anxiety in children with ADHD. *Learning and Individual Differences*. 35(14): 147- 152.
- Shahabian, A., Shahim, S., Bashash, L. and Yousefi, F. (2005). Normalization of factor analysis and reliability of short form for parents, Concert rating scale for children 6 to 11 years old in Shiraz. *Quarterly Journal of Psychological Studies*.

۳۸ اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تمرکز حواس بر دامنه توجه و ...

3(3): 97-120. (Text in Persian)

Shereena, E. A., Gupta, R. K., Bennett, C. N., Sagar, K. J. V. and Rajeswaran, J. (2018). EEG neurofeedback training in children with attention deficit/hyperactivity disorder: A cognitive and behavioral outcome study. *Clinical EEG and Neuroscience*, 50 (4): 242-255.

Shoshtari, M., Malekpoor, M., Abedi, A. and Ahromi, R. (2011). Effectiveness of early interventions based on attention deficit hyperactivity disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 3(3): 17-27. (Text in Persian)

Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K. and Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger clinic*. 80(1): 60-79.

Zhang, A., Jia, Y. and Wang, J. (2019). Applying play therapy in mental health services at primary school. *SHS Web of Conferences*, 60. https://www.shsconferences.org/articles/shsconf/abs/2019/01/shsconf_phec19_01008/shsconf_phec19_01008.html

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر نیرومندی من و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مرضیه عروتنی عزیز^{۱*}، سید ابوالقاسم مهری نژاد^۲، کیانوش هاشمیان^۳ و مهرانگیز پیوسته گر^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نیرومندی من و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر همدان از آبان ۱۳۹۶ تا آبان ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۲۴ نفر با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته، به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار تحت درمان شناختی-رفتاری به صورت انفرادی قرار گرفت؛ گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب همیلتون و سیاه روان‌شناختی قدرت ایگو مارکستروم و همکاران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای نیرومندی من و اضطراب، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی، درمان شناختی رفتاری بر افزایش نیرومندی من و اضطراب فراگیر گروه آزمایش اثربخش بود. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی رفتاری برای افزایش توانایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مواجهه با چالش‌ها و موقعیت‌های دشوار زندگی استفاده شود.

کلید واژه‌ها: اضطراب، درمان شناختی رفتاری، من، نیرومندی من

۱. نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران m.orvatiaziz.1981@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران ab_mehrnejad@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران drhashemian@yahoo.com

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران mpaivastegar@alzahra.ac.ir

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر اختلالی شایع و هزینه بر است که در اغلب موارد دوره مزمنی را نشان می‌دهد، پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل درباره رویدادهای مختلفی معرفی می‌کند که در اکثر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم داشته باشد(پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول^۳، ۲۰۱۹، انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳) و با نشانه‌هایی از قبیل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، گرفتگی عضلانی و اشکال در خواب مشخص می‌شود(مک‌داویل، دیشمان، وانکامپفورت، هالگرین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال همبندی بسیار بالایی با ابتلا به سایر اختلالات روان پزشکی، از جمله اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد... دارد و با راقصدادی قابل توجهی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کند(پتر و همکاران، ۲۰۱۹).

در اختلالات روانی نظیر اضطراب، فرد در معرض خطر فروپاشی روانی^۶ قرار گرفته و انسجام روانی وی تهدید می‌شود، تحقیقات نشان داده افرادی که گرفتار آسیب‌های هیجانی نظیر اختلالات اضطرابی هستند، میزان آسیب روانی و نیرومندی من^۷ در آن‌ها با افراد عادی متفاوت است. از لحاظ نظری میزان نیرومندی من با میزان سازمان یافتگی شخصیت مرتبط است و به افراد کمک می‌کند تا به تعادل عاطفی دست یافته و با منابع درونی و بیرونی استرس بهتر مقابله کرده و سازگار شوند(باباخان زاده، احتشام زاده، افتخار سعادی، بختیارپور و همکاران، ۱۳۹۸، بادان فیروز، رحیمیان بوگر، ناجی و شیخی، ۱۳۹۶).

از این رو، یکی از متغیرهای کلیدی پیش‌بینی‌کننده چگونگی کارکرد افراد در مواجهه با فشارهای روانی، میزان نیرومندی من است که در شرایطی نظیر وجود عوامل اضطراب زا تحت تأثیر قرار می‌گیرد(سویانسکی، کلاسا، مولدئر-نیکوویسکی، دمبینسکا^۸ و همکاران، ۲۰۱۸).

1. generalized anxiety disorder
2. diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. Peter, Lawrence, Murayama and Creswell
4. American psychiatric association
5. McDowell, Dishman, Vancampfort and Hallgren
6. mental breakdown
7. Ego strength
8. Sobański, Klasa., Müldner-Nieckowski and Dembińska

از دیدگاه فروید^۱ (۱۸۵۶-۱۹۳۹) نیرومندی من به توانایی من در مواجهه با خواسته‌های بن، فرامن، مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود، اما گاه تعارض‌های ناشی از بن و فرامن به قدری شدید هستند که منجر به ایجاد اضطراب در فرد شده و من برای جلوگیری از ورد تکانه‌ها به هشیاری، مقدار زیادی انرژی صرف می‌کند (بشارت، اسدی، غلامی لواسانی، ۱۳۹۶) هنگامی که یک تجسم کشاننده‌ای خطرناک یا گناهکارانه به نظر می‌آید اضطراب در سطح من پدید می‌آید. اضطراب ایجاد شده، حالت‌های روانی واکنش‌های دفاعی شخصیت را تحریک و مکانیزم‌های دفاعی را وارد عمل می‌کند تا بین انگیزه‌ها و کشمکش‌های متعارض سازگاری ایجاد کرده و سبب تسکین اضطراب و هیجانها شوند (دادستان، ۱۳۹۶).

از آنجا که من وظیفه مدیریت سیستم روانی را برعهده دارد مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که من نتواند به وظایفش عمل کند، میزان نیرومندی من نشان‌دهنده ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه اضطراب فلج‌کننده است (عینی، نریمانی، عطادخت و همکاران، ۱۳۹۷). در همین راستا نتایج مطالعه پتروویس، پریکا، کوویزچ^۲ (۲۰۱۸) نشان داد در افراد الکلی پرخاشگر نسبت به افراد الکلی غیر پرخاشگر نیرومندی من پایین‌تر است و افسردگی و اقدام به خودکشی بیشتری وجود دارد، نتایج مطالعه عینی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد افرادی که گرفتار آسیب‌های هیجانی نظیر اختلالات اضطرابی هستند، میزان آسیب روانی و نیرومندی من در آن‌ها با افراد عادی متفاوت است. سوبانسکی و همکاران (۲۰۱۸)؛ چانسیا و جوگسان^۳ (۲۰۱۵) معتقدند افرادی که از من نیرومندی برخوردار هستند، عملکرد روانی و اجتماعی بهتری دارند و رنج کم‌تری از اضطراب می‌برند و بالعکس.

از زمان معرفی درمان شناختی رفتاری توسط بک نفوذ و گسترش آن دایما در حال افزایش است، تعداد زیادی از مطالعات وجود دارد که درمان شناختی رفتاری درمانی مؤثر برای اختلالات اضطرابی، افسردگی و... است. (وایت، بسکو، تیز، ۱۳۹۷). آنچه از مرور تحقیقات استنباط می‌شود، نیاز این افراد به درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از روش‌های درمانی رایج است، که اثربخشی آن در درمان اضطراب تأیید شده است (رجبی و

-
1. Freud
 2. Petrović, Peraica and Kovačić
 3. Chhansiya and Jogsan

علیمردانی، ۱۳۹۷، کویچپرس، کریستی، ویتز، جنتیلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) این درمان، رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق بازسازی شناختی، تمرین‌های مواجهه‌سازی^۲ و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود (سلوآپندیان^۳، ۲۰۱۹؛ موتابی و فتی، ۱۳۹۵). هسته اصلی درمان شناختی - رفتاری عمدتاً براساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه حل مسائل مشابه در آینده رشد دهد؛ از این نظر درمان شناختی - رفتاری نسبت به سایر مداخلات روان‌شناختی از برتری نسبی برخوردار است (عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶). مطالعات فراتحلیل نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری نسبت به سایر درمان‌های مرسوم در کاهش اضطراب و اختلالات مرتبط با آن برتری داشته (نئوبی و مکیلوری^۴، ۲۰۲۰؛ هارت، نور، ورنون، آنتونی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کارپنتر، آندریوز، ویتکرافت، پاورز^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)

سیوارت، نیلز، بورکلاند، ساکسبه^۷ و همکاران (۲۰۱۹)؛ ماهونی، نیوبی و هابز^۸ و همکاران (۲۰۱۹)؛ ناوکو و کن^۹ (۲۰۱۷)، ضمن مطالعات خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. در تحقیقات داخلی، نتایج مطالعه مومنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۶) و باباخان زاده و همکاران (۱۳۹۸) ضمن مطالعات خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

از آنجا که مفهوم «من» از جمله مفاهیم روان‌شناسی است که بیشتر در حیطه روان‌کاوی و روان‌پویشی به آن توجه شده است، پژوهشی در حیطه درمان شناختی - رفتاری و نیرومندی من تاکنون در داخل و خارج از ایران انجام نشده است. از سویی دیگر، با توجه به میزان شیوع

1. Cuijpers, Cristea, Weitz and Gentili
2. exposure
3. Selvapandiyan
4. Newby and McElroy
5. Hart, Noor, Vernon and Antony
6. Carpenter, Andrews, Witcraft and Powers
7. Sewart, Niles, Burklund and Saxbe
8. Mahoney, Newby and Hobbs
9. Naoko and Ken

بالای اختلال اضطراب فراگیر و مزمن بودن روند درمانی آن و هزینه‌های درمانی که این اختلال برای نظام بهداشت و سلامت روان افراد و جامعه ایجاد می‌کند و نتایج مثبتی که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و اختلالات مربوط به آن نشان داده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش نیرومندی من و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود، بر همین اساس فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

درمان شناختی رفتاری در افزایش نیرومندی من در بین مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب مبتلایان به اضطراب فراگیر مؤثر است

روش

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر همدان در بازه زمانی آبان ۱۳۹۶ تا آبان ۱۳۹۷ تشکیل دادند. این پژوهش در چندین مرکز مشاوره از مراکز مشاوره همدان نظیر مراکز مشاوره آموزش و پرورش و علوم پزشکی اجرا شد. از بین جامعه آماری مورد نظر ۳۲ نفر با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته و مطابق با ملاک‌های انتخاب و عدم انتخاب، به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره قرار گرفتند، بعد از ریزش نمونه و حذف مراجعانی که روند درمان و پرسشنامه‌های نوبت دوم را تکمیل نکردند، میزان نمونه به ۱۲ نفر در هرگروه رسید.

ملاک‌های انتخاب عبارت بود از: تشخیص اصلی و اولیه اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۱۸-۴۰ سال. ملاک‌های عدم انتخاب در پژوهش عبارت بود از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک و دوقطبی و شخصیت بر اساس DSM-5 که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی تشخیص داده شدند، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده که شرکت در درمان را با مشکل مواجه کند، سوء- مصرف مواد، مشروبات الکلی و داروهای روانگردان.

اجرای فرایند درمان بر عهده نویسنده مسئول بود و سایر نویسندگان بر روند اجرای

۴۴ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نیرومندی و ...

پژوهش و درمان نظارت داشتند، شرکت‌کنندگان در پژوهش پیش از شروع جلسات درمانی و در خاتمه جلسات درمانی پرسشنامه‌های اضطراب همپلتون و پرسشنامه نیرومندی من را تکمیل کردند، به شرکت‌کنندگان در پژوهش درباره محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I)^۱: برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد که فرست، اسپیتزر، گیون، ویلیامز^۲ (۱۹۹۶) تهیه کرده‌اند و دارای دو نسخه، بالینگر و پژوهشی است. در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد که نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است. در این نسخه هر کدام از گویه‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰٫۸۵ گزارش شده است (قدم پور، رادمهر، یوسف‌وند، ۱۳۹۶).

مقیاس اضطراب همپلتون (HIRSA)^۳: این مقیاس را همپلتون (۱۹۵۹) برای ارزیابی شدت علائم اضطراب ساخته است. این مقیاس دارای ۱۴ گزینه است که توسط درمانگر نمره‌گذاری می‌شود، هر گویه پنج رتبه دارد که برحسب شدت علائم از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود، صفر نشان‌دهنده فقدان علائم و چهار نشان‌دهنده وجود اختلال است، پایایی این آزمون را در ایران حق شناس (۱۳۸۹) ۰/۸۱ گزارش کرده است (شیرینی، ارشم، یاعلی، ۱۳۹۶).

پرسشنامه روان‌شناختی قدرت ایگو (PIES)^۴: این پرسشنامه را مارکستروم، سیبانیو، ترنر، برمن^۵ (۱۹۹۷) ساخته است و نقاط قدرت ایگو شامل (امید^۱، خواسته^۲، هدف^۳،

1. Structured Clinical Interview for DSM
2. First, Spitzer, Gibbon and Williams
3. Hamilton Rating Scale for Anxiety
4. Psychosocial Inventory of Ego-Strength
5. Markstrom, Sabino, Turner and Berman

شایستگی^۴، وفاداری^۵، عشق^۶، مراقبت^۷ و خرد^۸ را می‌سنجد و دارای ۶۴ گویه است و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ به صورت کاملاً با من مطابق است تا اصلاً با من مطابق نیست نمره‌گذاری شده است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ کند ۳۲۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است (عینی و همکاران، ۱۳۹۷). استروم و همکاران (۱۹۹۷) پایایی آن را با روش محاسبه ضریب آلفای کرنباخ، ۰/۶۸ گزارش کردند. الطافی (۱۳۸۸) نیز آلفای کرنباخ آن را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرده، آلفای کرنباخ این ابزار در این پژوهش ۰/۸۴ بود.

روند مداخله: پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، گروه آزمایش به مدت ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار درمان شناختی رفتاری را مطابق با راهنمای پروتکل هازلت-استیونز^۹ (۲۰۰۸) به صورت انفرادی دریافت کردند؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ساختار کلی جلسات شناختی رفتاری شامل؛ ارزیابی، مرور تکالیف، مداخلات شناختی رفتاری و ارائه تکالیف بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری

اهداف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
۱ آشنایی با اضطراب، تصحیح تصورات اشتباه	آموزش روانی، عادی سازی نگرانی	-	ارائه تکالیف، کاربرگ شماره ۱
۲ شناسایی حوزه‌های نگرانی	زمان بندی فکر شناسایی حوزه‌های نگرانی، افکار اضطراب‌زا	توانایی کنترل فکر	ارائه تکالیف، کاربرگ شماره ۱

1. Hope
2. will
3. purpose
4. Competence
5. Fidelity
6. Love
7. care
8. wisdom
9. Hazlett-Stevens

اهداف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
۳ توجه و اصلاح افکار	توجه آگاهی شناسایی حوزه‌های نگرانی، افکار اضطراب‌زا، چالش با افکار خودآیند	توانایی توجه به افکار	ارائه تکلیف، کاربرگ شماره ۲
۴ حل مشکلات ارتباطی	آموزش مهارت‌های جرات مندی و ارتباطی شناسایی، چالش با افکار خودآیند، ایجاد تفاسیرو پیش بینی‌های جایگزین	بیان خواسته ها و کاهش مشکلات ارتباطی	تمرین مهارت‌های آموخته شده
۵ توجه و اصلاح افکار و خطاهای شناختی و ایجاد راهبردهای جدید	برنامه‌ریزی پاداش، زمان بندی فعالیت برای پایش احساس لذت، تسلط بر اضطراب، حل تعارض‌ها. شناسایی، چالش با افکار خودآیند، ایجاد تفاسیرو پیش بینی‌های جایگزین، استفاده از راهبردهای پذیرش و فراشناختی.	به کارگیری تفسیرهای جایگزین در مقابله با اضطراب	برنامه ریزی فعالیت پاداش/زمان‌بندی
۶ اصلاح افکار، کشف زیربنای افکار ناکارآمد	بررسی منابع استرس‌زای زندگی بیمار، تعمیم توجه آگاهی به موقعیت‌های جدید. شناسایی مفروضه‌های ناکارآمد بنیادی	توانایی توجه بافکار اضطراب‌زا وبه‌کارگیری آن در مواقع جدید	تمرین مهارت‌های آموخته شده
۷ کشف مشکلات روزمره و شیوه مقابله یا سازگاری با آنها	آموزش مهارت حل مسأله شناسایی مفروضه‌های ناکارآمد بنیادی، تمایز بین احتمال وقوع، امکان وقوع، معقول بودن	حل مسائل روزمره	تمرین مهارت‌های آموخته شده
۸ کاهش اضطراب به واسطه مواجهه	مواجهه با موقعیت‌های اجتناب شده شناسایی و چالش با مفروضه‌های ناکارآمد بنیادی، پیش‌بینی بدترین موقعیت	مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا	تمرین مهارت‌های آموخته شده
۹ کشف زیربنای افکار ناکارآمد، مواجهه و کنترل هیجان‌های منفی	آموزش مهارت کنترل هیجان‌های منفی، مواجهه شناسایی مفروضه‌های ناکارآمد بنیادی، ایجاد دیدگاه جدید، تبیین رابطه نگرانی با طرحواره‌ها	کنترل هیجان‌های منفی	تمرین مهارت‌های آموخته شده
۱۰ توجه و اصلاح زیربنای افکار ناکارآمد	تغییر رفتاری در سبک زندگی، مواجهه شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار شخصی	تغییر رفتاری در سبک زندگی	تمرین مهارت‌های آموخته شده

اهداف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
۱۱	توجه و اصلاح زیربنای افکار ناکارآمد	تغییر رفتاری در سبک زندگی، خودکارآمدی	تمرین مهارت های آموخته شده
۱۲	شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار شخصی	تثبیت شناخت ها و طرح واره های جدید	تمرین مهارت های آموخته شده، آزمایش رفتاری
۱۳	شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار شخصی، بررسی باورهای نگران کننده، فراشناختی، شناسایی باورهای مرتبط با شکست و حل آنها	تثبیت شناخت ها، مواجهه با ترس از شکست	تمرین مهارت های آموخته شده
۱۴	اتمام تدریجی درمان و تعیین اهداف ایجاد طرح واره های جدید و مفروضه های کارآمد	اجرای تکالیف خود طرح ریزی شده برای غلبه بر مشکلات آینده	اجرای تکالیف خود طرح ریزی شده برای غلبه بر مشکلات آینده
۱۵	اتمام تدریجی درمان، شناسایی فنون رفتاری برای غلبه بر مشکلات احتمالی آینده. مرور مهارت های کسب شده	تثبیت شناخت و کاهش اضطراب	اجرای تکالیف خود طرح ریزی شده برای غلبه بر مشکلات آینده

یافته ها

آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲: داده های توصیفی نمرات نیرومندی من و اضطراب در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
توانمندی من	آزمایش	۱۸۰/۷۸	۱۹/۸۰	۲۱۳/۲۵	۳۱/۰۰
	کنترل	۱۸۱/۰۰	۱۹/۷۴	۱۸۰/۳۱	۱۹/۵۶
اضطراب	آزمایش	۳۱/۸۳	۹/۲۱	۱۰/۳۸	۴/۸۷
	کنترل	۳۱/۷۵	۹/۴۱	۲۹/۸۹	۹/۵۹

در بخش آمار استنباطی برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از روش کوواریانس استفاده شد، به همین منظور ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بنابراین، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکنندگی نمرات متغیرهای نیرومندی من و اضطراب در پیش‌آزمون یکسان هستند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نیرومندی من و اضطراب نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است (P> ۰/۰۵). نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح (P> ۰/۰۵) پشتیبانی می‌کند. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای نیرومندی من و اضطراب افراد گروه آزمایش و کنترل، با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که آزمون اثر پیلایی، آزمون لامبدای ویلکز، آزمون اثر هتلینگ و آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی، با $F=۶۷/۳۳$ برای متغیر نیرومندی من و $F=۴۱/۳۴$ برای متغیر اضطراب با سطح معناداری $p<۰/۰۱$ ، امکان خطای نوع دوم وجود ندارد.

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد در تجزیه و تحلیل کواریانس بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری در افزایش نیرومندی من مقدار $F_{(1,21)}=۱۶/۸۰$ بدست آمده است، مقدار به دست آمده از نظر آماری (P=۰/۰۰۱) معنادار است، به این معنا که با ۹۵ درصد اطمینان (P≤ ۰/۰۰۵) میانگین متغیر نیرومندی در آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر افزایش نیرومندی دارد به طوری که میزان تأثیر این درمان تقریباً ۴۴/۵ درصد گزارش شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کواریانس جهت تأثیر درمان شناختی رفتاری در افزایش نیرومندی من

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۸۲۰۴/۶۷	۱	۸۲۰۴/۶۷	۲۵/۸۸	۱/۰۰۰	/۵۵۰
گروه	۵۳۲۶/۲۷	۱	۵۳۲۶/۲۷	۱۶/۸۰	/۰۰۱۰	/۴۴۰
خطا	۶۶۵۵/۵۷	۲۱	۳۱۶/۹۳			
کل	۹۵۳۶۹۹/۰۰	۲۴				

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد در تجزیه و تحلیل واریانس جهت بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب مقدار $F_{(1,22)} = 39/89$ به دست آمده از نظر آماری ($P = 0/0001$) معنادار است، به این معنا که با ۹۵ درصد اطمینان ($P \leq 0/05$) میانگین متغیر اضطراب در آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب تأثیر داشته است، میزان تأثیر این درمان تقریباً ۶۴ درصد گزارش شده است.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل واریانس جهت تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۲۱۸۵/۰۴	۱	۲۱۸۵/۰۴	۳۹/۸۹	۰/۰۰۰۱	/۶۴۰
خطا	۱۲۰۴/۹۱	۲۲	۵۴/۷۶			
کل	۱۳۱۹۱/۰۰	۲۴				

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نیرومندی من و کاهش اضطراب در افراد با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش نیرومندی من در افراد با اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. با توجه به بررسی‌های انجام شده، مطالعات داخلی و خارجی پژوهشی یافت نشد که به صورت مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد، اما به طور ضمنی در بحث همسویی این یافته پژوهش، می‌توان به نتایج مطالعات مومنی و همکاران (۱۳۹۶)، سلوآپندیان (۲۰۱۹) و

۵۰ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نیرومندی و ...

هارت و همکاران (۲۰۲۰) اشاره کرد. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت، این من است که اضطراب را درک می‌کند و سپس نیروهایی را برای دفاع در مقابل خطر ناشی از تکانه‌ها به جنبش در می‌آورد، افرادی که معمولاً تشخیص می‌دهند چرا مضطرب هستند، از یکپارچگی نسبی افکار و احساسات آن‌ها برخوردارند که انعکاسی از کارکرد نسبتاً خوب «من» در فرد است، هرچه میزان آگاهی فرد از افکار و احساساتش کمتر باشد کارکرد من ضعیف‌تر خواهد بود (قربانی، ۱۳۹۸). با کاهش میزان نیرومندی من، میزان ثبات من و عملکردهای من ضعیف‌تر می‌شود و به همان اندازه فرد بیشتر مستعد روان‌پریشی^۱ خواهد بود. از سوی دیگر با کاهش میزان اضطراب، میزان انرژی روانی که من تا به حال صرف کنترل اضطراب می‌کرد، صرف پرداختن به سایر جنبه‌های زندگی می‌شود، در طی روند مداخلات درمانی، درمانگر شاهد آن بود که جدا از کاهش نشانه‌های اضطراب، اغلب مراجعان، بهبود روابط و تعاملات اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری و حل مسأله و اخذ تصمیمات بهتر، نگاه روشن‌تر و امید بیشتر به آینده را گزارش می‌دادند؛ البته، در هر مراجع موارد متفاوت بود، ولی اغلب آن‌ها این موارد را به میزان متفاوت گزارش می‌دادند. در مجموع می‌توان گفت، ارتباط بین اضطراب و نیرومندی من یک ارتباط دوسویه است که با افزایش نیرومندی من ظرفیت فرد در تحمل استرس بدون تجربه یک اضطراب آسیب‌زننده بالاتر می‌رود و از سوی دیگر همان‌طور که بیان شد با کاهش اضطراب من قدرتمندتر خواهد شد. این رویکرد درمانی از طریق اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد و کاهش اضطراب موجب کاهش نیرومندی من می‌شدند، می‌تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شده و میزان نیرومندی من را افزایش دهد.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر اضطراب افراد با اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. این یافته همسو با نتایج مطالعات باباخانزاده و همکاران (۱۳۹۸)؛ نیوبی و مکیلوری (۲۰۲۰)؛ سیوارت و همکاران (۲۰۱۹)؛ ماهونی و همکاران (۲۰۱۹)؛ کارپنتر و همکاران (۲۰۱۸)؛ نائوکو و کن (۲۰۱۷)، است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری به افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال

اضطراب فراگیر کمک می‌کند تا افکار خودآیند و خطاهای فکری را بشناسد که باعث ایجاد یا تشدید اضطراب در او می‌شوند و با ارزیابی میزان اعتبار آن‌ها بتوانند به تدریج آن‌ها را کاهش دهند و آن‌ها را قابل کنترل سازند و بر آن‌ها چیره شوند. در جریان درمان، مراجع تشویق می‌شود تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سؤال قرار دهد و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با اضطراب را طراحی کند (کوچپرس و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌توان گفت که فنون شناختی و رفتاری به مراجعان آموزش می‌دهد که چگونه افکار اضطرابی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. در نهایت مراجعان دیدگاه‌های شناختی و رفتاری جدید را به عنوان پاسخ مقابله-ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا و شناسایی باورهای مرتبط با شکست به کار می‌برند و از میزان اضطراب آن‌ها کاسته می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم امکان پیگیری نتایج درمان در بلند مدت بود. در مجموع، با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که درمان شناختی رفتاری، به عنوان مداخله‌ای سودمند جهت ارتقاء نیرومندی من و کاهش اضطراب افراد با اختلال اضطراب فراگیر، در مراکز مشاوره و روان‌درمانی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه شرکت‌کنندگانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- باباخان‌زاده، سهیلا، احتشام‌زاده، پروین، افتخار صعادی، زهرا، بختیارپور، سعید و علی‌پور، احمد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی-توجهی و حس انسجام خود در مبتلایان به اضطراب. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸): ۲۲۰-۱۹۵.
- بادان فیروز، علی، رحیمیان بوگر، اسحق، ناجی، احمدعلی و شیخی، محمدرضا (۱۳۹۶). تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان: نقش پیش بین قدرت ایگو و سازمان شخصیت. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۱(۸): ۴۵-۳۷.

۵۲ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر نیرومندی و ...

بشارت، محمدعلی، اسدی، محمد مهدی و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی* ۱۳(۵۱): ۲۲۹-۲۴۳.

دادستان، پریخ (۱۳۹۶). *روان‌شناسی مرضی تحولی*، جلد اول، چاپ ۱۶، تهران: سمت
رجبی، سوران. علیمردانی، خدیجه (۱۳۹۷). درمان شناختی - رفتاری بر وضوح خودپنداره، افسردگی، اضطراب و استرس و عزت نفس در دانشجویان دارای نشانگان ضربه عشق. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۳): ۱۴۷-۱۳۱.

شیرینی، علیرضا، ارشم، سعید و یا علی، رسول (۱۳۹۶). ارتباط بین ترس از افتادن با اضطراب، حرکت پذیری کارکردی و تعادل سالمندان آسایشگاهی، نشریه رفتار حرکتی، ۹(۲۹): ۱۳۵-۱۴۸.

عزیزی، آرمان و قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹): ۲۳۶-۲۰۷.

عینی، ساناز، نریمانی، محمد، عطادخت، اکبر، بشرپور، سجاد و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۹ (۱): ۱-۱۱.

قربانی، نیما (۱۳۹۸). *روان‌درمانگری پویا فشرده و کوتاه مدت*، تهران: سمت.
قدم‌پور، عزت‌الله، رادمهر، پروانه و یوسف‌وند، لیلا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب شناختی رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی، *فصلنامه افق دانش*، ۲۳(۲): ۱۴۱-۱۴۸.
موتابی، فرشته و فتی، لادن (۱۳۹۵). *راه و رسم درمان‌گری در نظریه شناختی - رفتاری*، (چاپ پنجم). تهران: دانش.

مومنی، فرشته، شهریار، شهیدی، موتابی، فرشته و حیدری، محمود. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر. *مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۸(۱): ۶۶-۴۹.
وایت، جسی، بسکو و مونیکا، تیز، مایکل. (۲۰۱۷). *آموزش درمان شناختی رفتاری*، ترجمه؛ حبیب‌اله قاسم‌زاده، حسن حمیدپور، (۱۳۹۷)، تهران: ارجمند.

American Psychiatric Association. (2013). *Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th*

- ed. Washington DC: Author. [http:// dx.doi. org/10. 1176/ appi. books. 9780890425596](http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596) . CautionaryStatement
- Azizi, A. and Ghasemi, S. (2017). Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8(29): 207-236. doi: 10.22054/qccpc.2017.18777.1443. (Text in Persian)
- Babakhanzadeh, s., Ahteshamzadeh, P., Eftekharsaadi, Z., bakhtiyarpor, s. and Alipor, A. (2019). The effectiveness of metacognitive therapy with emphasis for brain executive functions on cognitive- attentional syndrom and sense of coherence in anxious persons. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 10(38), 195-220. doi:10.22054/qccpc.2019.40298.2080
- Badanfiroz, A., Rahimian Boogar, I., Najee, A. and Shaikhe, M. (2017). Cognitive Emotion Regulation in Students: The Predictive Role of Ego Strength and Personality Organization. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 11(8): 37-45. (Text in Persian).
- Besharat, M. A., Asadi, M. M. and Gholmali Lavasani, M. (2017). The Mediating role of ego strength in the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. *Scientific Journal Management System*, 13(51): 229-243. (Text in Persian)
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. and Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6): 502-514.
- Chhansiya, B. M. and Jogsan, Y. A. (2015). Ego Strength and Anxiety among Working and Non-working Women. *The International Journal of Indian Psychology*, 2, 16, 23. DOI: 10.25215/0204.042
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C. and Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(16): 3451-3462.
- Dadsetan, P. (2017). *Psychiatry developmental Psychology: From Childhood to Adult*, Volume I, Tehran, Samt Publication. (Text in Persian)
- Einy, S., Basharpour, S., Atadokht, A., Narimani, M. and Sadeghi Movahhed, F. (2018). Effectiveness of cognitive-analytical therapy on ego-strength and object relations of persons with borderline personality disorder. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 29(1): 1-11. (Text in Persian)
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. and Williams, J.B. (1996) *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders: SCID-1 clinician version*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Ghadampour, E., Radmehr, P. and Yousefvand, L. (2017). Effectiveness of

- Mindfulness- based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients, *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*, 23(2): 141-14. (Text in Persian)
- Gorbani, N. (201۸). *Psychotherapy, Intensive short-term dynamic psychotherapy*, Tehran, Samt Publishing. (Text in Persian)
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine Psychology*, 32(1): 50-55.
- Hart, T. A., Noor, S. W., Vernon, J. R., Antony, M. M., Gardner, S. and O'Clearigh, C. (2020). Integrated cognitive-behavioral therapy for social anxiety and HIV/STI prevention for gay and bisexual men: a pilot intervention trial. *Behavior therapy*, 51(3): 503-517.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. Springer Science & Business Media.
- Kishita, N. and Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical psychology review*, 52: 124-136.
- Mahoney, A. E., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., Sunderland, M. and Andrews, G. (2016). The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 203, 256-264. DOI: 10.1016/j.jad.2016.06.020.
- McDowell, C. P., Dishman, R. K., Vancampfort, D., Hallgren, M., Stubbs, B., MacDonncha, C. and Herring, M. P. (2018). Physical activity and generalized anxiety disorder: results from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *International Journal of Epidemiology*, 47(5): 1443-1453.
- Momeni, F., Shahidi, S., Mootabi, F., Heydari, M. and Dadashi, S. (2018). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life and Parent-Child Relationship in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1). DOI: 10.32598/bjcp.13.1.26. (Text in Persian)
- Newby, J. M. and McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of anxiety disorders*, 69, 102150. Doi: 10.1016/j.janxdis.
- Lawrence, P. J., Murayama, K. and Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1): 46-60.
- Petrović, Z. K., Peraica, T. and Kozarić-Kovačić, D. (2018). Comparison of ego strength between aggressive and non-aggressive alcoholics: a cross-sectional

- study. *Croatian Medical Journal*, 59(4): 156.
- Rajabi, S. and alimoradi, K. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-concept clarity, depression, anxiety and stress, and self-esteem in students with Love trauma syndrome. *Journal of Psychological Studies*, 14(3): 131-146. Doi: 10.22051/psy.2018.16644.1462. (Text in Persian)
- Selvapandiyam, J. (2019). Status of cognitive behaviour therapy in India: Pitfalls, limitations and future directions—A systematic review and critical analysis. *Asian journal of psychiatry*, 41, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.02.012>.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D. and Craske, M. G. (2019). Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 50(6): 1112-1124.
- Shirini, A., Arsham, S. and Yaali, R. (2017). The Relationship between Fear of Falling, Anxiety, Functional Mobility and Balance in Nursing-Home Older Adults, *Motor Behavior*, 9(29): 135-148(Text in Persian)
- Sobański, J. A., Klasa, K., Müldner-Nieckowski, L., Dembińska, E., Smiatek-Mazgaj, B. and Rodziński, P. (2018). Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol*, 52(1): 115-27.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E. and Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.

رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی
ادراک شده با علائم اختلال شخصیت مرزی زنان: نقش
میانجی احساس تنهایی و ناامیدی

نسیم رضایی^۱، فرزاد قادری^۲ و ناهید اکرمی^{۳*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با علائم اختلال شخصیت مرزی با نقش میانجی احساس تنهایی و ناامیدی انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش زنان شهر اصفهان بودند که از میان آن‌ها ۲۶۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ابزارهای خودشفقتی، حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزش خود، علائم شخصیت مرزی، احساس تنهایی عاطفی-اجتماعی و ناامیدی بک ارزیابی شدند. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری حاکی از برآزش مناسب مدل پژوهش بود. یافته‌ها نشان داد که خودشفقتی با احساس تنهایی و علائم شخصیت مرزی رابطه مستقیم دارد، همچنین خودشفقتی به طور غیرمستقیم و از طریق تأثیر بر احساس تنهایی نیز بر علائم اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی و ارزش خود با احساس تنهایی، ناامیدی و علائم شخصیت مرزی رابطه مستقیم و منفی معنادار دارند. همچنین حمایت اجتماعی و ارزش خود به واسطه احساس تنهایی و ناامیدی بر علائم اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارند. نتایج پژوهش علاوه بر تلویحات کاربردی، چارچوب مفیدی را در رابطه با شناسایی مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده اختلال شخصیت مرزی در زنان فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، شخصیت مرزی، خودشفقتی، حمایت اجتماعی ادراک شده، ناامیدی

۱. دانش آموخته کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
ghaderi68@yahoo.com

۳. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
N.akrami@edu.ui.ac.ir

مقدمه

در میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) با میزان همبودی بالا با سایر اختلالات روانی (گارلند و میلر^۲، ۲۰۲۰)، مرکز اصلی پژوهش‌هایی است که برای درک علل، علائم و مداخلات درمانی برای کاهش درد و رنج این اختلالات طراحی شده‌اند (لویس^۳، ۲۰۱۹) و از شایع‌ترین، ناتوان‌کننده‌ترین و مهلک‌ترین شرایط روانی است که با الگوی مداوم تحریک‌پذیری، اختلال در تنظیم عاطفی، مشکلات بین فردی و هویت ناپایدار مشخص می‌شود (دایلووال، دانزینگ و فاینبرگ^۴، ۲۰۲۰) و با هزینه‌ها و پیامدهای جدی بیماری (کرامر^۵، ۲۰۲۰) از جمله خودآسیب‌رسانی و افزایش خطر خودکشی همراه است (کورمه، ناتویک، و سز، مالتو^۶، ۲۰۱۹).

اخیراً، نظریه‌پردازان تلاش کرده‌اند مجموعه متنوعی از علائم مرتبط با اختلال شخصیت مرزی را به دسته‌هایی اختصاص دهند که ممکن است بینشی درباره این اختلال فراهم کنند. بخش جدیدی از تحقیقات به بررسی نقشی است که خودشفقتی^۷ در بین این سازه‌های ترکیبی دارد. خودشفقتی عبارت است از مهربانی نسبت به خود در هنگام استرس، ناکامی یا رنج و تشخیص اینکه رنج یک تجربه مشترک انسانی است (نف، ۲۰۰۳، به نقل از لویس، ۲۰۱۹). این سازه شامل سه مؤلفه اساسی مهربانی با خود شامل پرداختن به نقاط ضعف خود همراه با پذیرش و واکنش به کاستی‌ها و ناراحتی‌ها از راه دلسوزانه، تجارب مشترک انسانی شامل دیدن رنج با تجربه شخصی به عنوان بخشی از یک تجربه مشترک بشری و ذهن آگاهی، شامل توصیف هوشیارانه، پذیرش متعادل از احساسات و افکار منفی همراه با آگاهی از آن‌ها است (گراسر و استانگیر^۸، ۲۰۱۸). نتایج مطالعات حاکی از رابطه بین خودشفقتی با اختلال شخصیت

1. Borderline personality disorder
2. Garland and Miller
3. Loess
4. Dhaliwal, Danzig and Fineberg
5. Kramer
6. Kverme, Natvik, Veseth and Moltu
7. self compassion
8. Graser and Stangier

مرزی است (لویس، ۲۰۱۹؛ دونالد، لاورنس، برادبر، راثو^۱، ۲۰۱۹؛ شینبر، دانلیس، گاندلمن و برمپول^۲، ۲۰۱۸). خودشفقتی همچنین می‌تواند به‌عنوان سازه‌ای میانجی بین خودانتقادی، افسردگی و روابط بین فردی (جونگ و تورنر^۳، ۲۰۱۵)، در رابطه بین بی اعتبار شدن و نادیده گرفته شدن دوران کودکی با اختلال تنظیم عواطف و اختلال شخصیت مرزی عمل کند (لویس، ۲۰۱۹).

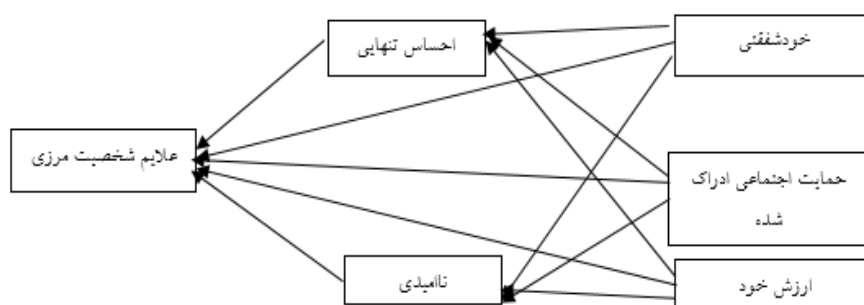
بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همچنین دارای سطوح پایینی از ارزش خود^۴ در مقایسه با افراد سالم هستند (پارک^۵، ۲۰۱۷). ارزش خود عموماً مؤلفه ارزیابی‌کننده‌ای از خود پنداره و معرف گستره خود است که شامل جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری درباره ارزش فرد بوده و باعث ایجاد انگیزه و تأثیر بر رفتار می‌شود (کوفی و وارن^۶، ۲۰۲۰). ارزش خود بر روابط اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد و یافته‌های مطالعات حاکی از آن است که ارتباط بین روابط اجتماعی افراد و سطح ارزش خود آن‌ها در تمام مراحل رشد در طی زندگی متقابل است و ارزش خود ویژگی‌های روابط اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی افراد را شکل می‌دهد (هریس و اورث^۷، ۲۰۱۹). از سوی دیگر ارزش خود نیز ریشه در پذیرش یا طردشدگی بین فردی دارد (آکین^۸، ۲۰۲۰).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای روابط بین فردی آشفته هستند، بسیار به دیگران وابسته‌اند و برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند، بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیر هستند. همیشه از اینکه رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان وحشت دارند. این افراد به ویژه در معرض تجربیات طرد اجتماعی آسیب‌پذیر هستند (کینگ و تان^۹، ۲۰۱۸). پیامدهای مختلف عاطفی و رفتاری مرتبط با طرد اجتماعی در این اختلال شامل افزایش احساسات منفی از جمله

1. Donald, Lawrence, Broadbear and Rao
2. Scheibner, Daniels, Guendelman and Bermppohl
3. Joeng and Turner
4. Self-esteem
5. Park
6. Coffey and Warren
7. Harris and Orth
8. Acun
9. Keng and Tan

۶۰ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

عصبانیت، تحریک‌پذیری، غم و شرم است (گراتز، دیکسون گاردن، بریتز و تول^۱، ۲۰۱۳). وجود ویژگی‌های شخصیت مرزی عاملی مهم و واسطه رابطه بین حساسیت به طرد، شفقت با خود و رفتار پرخاشگرانه است (سامرفلد و بیتن^۲، ۲۰۲۰). عدم تحمل تنهایی و ناامیدی از ویژگی‌های مرکزی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند (واردی، دی و گرینیر^۳، ۲۰۱۹) که می‌تواند سهمی در آسیب‌شناسی روانی این اختلال داشته باشد (وینسپر^۴، ۲۰۱۸). کاهش تنوع نقش در زندگی اجتماعی همراه با اختلال در ارتباطات بین فردی به ویژه برای تجربه تنهایی در اختلال شخصیت مرزی اهمیت دارد. این افراد در مقایسه با افراد عادی تنهایی بیشتری را گزارش می‌کنند. این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع و تقاضاکننده هستند و به همین سبب در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان یا در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف هستند (پرستون^۵، ۲۰۰۶). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی که ذکر شد، فرضیه اصلی پژوهش حاضر این بود که خودشفقتی، حمایت ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق تأثیر بر احساس تنهایی و ناامیدی می‌توانند بر اختلال شخصیت مرزی تأثیر بگذارند. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

1. Gratz, Dixon-Gordon, Breetz and Tull
2. Sommerfeld and Bitton
3. Vardy, Day and Grenyer
4. Winsper
5. Preston

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که در قالب طرح مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان عادی شهر اصفهان بودند که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر انتخاب شدند. در تحلیل عاملی تأییدی و مدل ساختاری، حداقل حجم نمونه براساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود و حجم نمونه نباید از ۲۰۰ نفر کم‌تر باشد. با توجه به این نکته که در مدل‌یابی معادلات ساختاری حجم نمونه بین ۵ تا ۱۵ نفر به ازای هر متغیر اندازه‌گیری‌شده، تعیین می‌شود (هومن، ۱۳۸۴) و همچنین با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش، تعداد ۳۰۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از جنسیت زن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛ تحصیلات حداقل سیکل، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی و جسمانی شدید و مزمن. ملاک خروج از پژوهش نیز نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش و نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. شرکت‌کنندگان پس از تمایل به شرکت در پژوهش و کسب رضایت آگاهانه و ذکر هدف از انجام پژوهش با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و Amos ویراست ۲۳ انجام شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس شخصیت مرزی^۱ (STB): این مقیاس، که جکسون و کلاریج^۲ در سال ۱۹۹۱ طراحی کرده است، ۲۰ گویه دارد که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. STB ویژگی‌های شخصیت مرزی را در افراد بهنجار و بر اساس مدل پیوستاری ویژگی‌های روانی می‌سنجد. راولینگز، کرالیج و فریمن^۳ (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همزمان STB با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان پریشی‌گرایی^۴ را در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در ایران محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) ضریب پایایی کل مقیاس را ۰/۸۴ و روایی همزمان STB با

1. Schizotypal Trait questionnaire-B form
2. Jackson and Claridge
3. Rawlings, Claridge and Freeman
4. Eysencks personality Questionnaire

۶۲ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان پریشی گرای EPQ را به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۲۹ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۹ است.

مقیاس خودشفقتی^۱ (SCS): این مقیاس را نف (۲۰۰۳) ساخته است که متشکل از ۲۶ گویه است و ۶ خرده مقیاس دارد که عبارت‌اند از مهربانی با خود^۲ (۵ گویه)، قضاوت درباره خود^۳ (۵ گویه)، مشترکات انسانی^۴ (۴ گویه)، انزوا^۵ (۴ گویه)، ذهن آگاهی^۶ (۴ گویه) و همانندسازی افراطی^۷ (۴ گویه) است. نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نف (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۹۲، روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ را ۰/۵۹ گزارش کرده است. در پژوهش مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) روایی همگرا و واگرایی مقیاس خود شفقتی از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک محاسبه شد و نتایج معنادار بود. همچنین همسانی درونی مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده^۸: این مقیاس را زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۹ (۱۹۸۸) به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم^{۱۰} تهیه کرده‌اند. پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس پنج گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۲ تا ۶۰ است. هر چه فرد نمره بالاتری کسب نماید، بیان‌کننده برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی ادراک شده است. بروور، امسلی، کید، لاکتر و سیدات^{۱۱} (۲۰۰۸) پایایی درونی این ابزار را

1. Self- compassion scale
2. self-kindness
3. self-judgment
4. common humanity
5. isolation
6. mindfulness
7. over-identification
8. Perceived Social Support
9. Zimet, Dahlem, Zimet and Farley
10. Significant Other
11. Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner and Seedat

با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ تا ۰/۸۶ برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۰/۸۶ برای کل ابزار گزارش کرده‌اند. آوریده، اسدی مجره، مقتدر، عابدینی و میربلوک بزرگی (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و سه بعد حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، و ۰/۸۱ گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس احساس تنهایی عاطفی- اجتماعی^۱: این پرسشنامه را دی توماسو، بارنن و بست^۲ در سال ۲۰۰۴ ساخته‌اند، ۱۴ گویه دارد و احساس تنهایی را در سه بعد رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی می‌سنجد. هر گویه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره می‌گیرد. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده احساس تنهایی کم‌تر و کسب نمره پایین نشان‌دهنده احساس تنهایی بیش‌تر در هر یک از ابعاد است. دی توماسو و همکاران (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که همبستگی معناداری بین زیر مقیاس‌ها با نمره کل مقیاس احساس تنهایی^۳ و زیرمقیاس‌های پرسشنامه ادراک دل‌بستگی^۴ وجود دارد. در ایران جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد تنهایی ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ پایایی را گزارش کرده است. همچنین روایی هم‌گرای مطلوبی بین ابعاد احساس تنهایی با نمره ادراک حمایت اجتماعی از جانب خانواده و از جانب دوستان به دست آمد. پایایی کل این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۵: این پرسشنامه را روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ با ۱۰ گویه برای بررسی میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب درباره خود ساخته است. نمره‌گذاری و تفسیر پاسخ موافق به عبارت‌های ۱ تا ۵، نمره ۱+ و پاسخ مخالف به این عبارت‌ها، نمره منفی دریافت می‌کند. نمرات بالا نشان‌دهنده ارزش خود آشکار بالا و نمرات پایین نشان‌دهنده ارزش

1. social and emotional loneliness scale
2. DiTommaso, Brannen and Best
3. Loneliness Scale (version 3)
4. Inventory of Parent and Peer Attachmen
5. Rosenberg's selfEsteem scale

۶۴ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

خود آشکار پایین است. گرینبرگر، چن، دمیتریوا و فراگیا^۱ (۲۰۰۳) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین روایی همگرا و واگرای این مقیاس از طریق رابطه منفی معنادار با خرده مقیاس روان رنجوری و رابطه مثبت معنادار با خرده مقیاس‌های برون‌گرایی، تجربه‌گرایی و با وظیفه‌شناسی از پرسشنامه شخصیتی نتو تأیید شده است. در پژوهش رجبی و بهلول (۱۳۸۶) همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین بین این مقیاس و مقیاس وسواس مرگ رابطه معنادار منفی به دست آمد که حاکی از روایی واگرای مقیاس عزت نفس است. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس ناامیدی بک^۲: این مقیاس را بک در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است و شامل ۲۰ گویه صحیح غلط است که میزان بدبینی فرد را ارزیابی می‌کند. کلیم، لوهمن، موبل و براه‌لر^۳ (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کاویانی روایی این مقیاس برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن برابر با ۰/۷۲ برآورد شده است (کاویانی، ۱۳۸۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

یافته‌ها

به دلیل نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۸ نمونه از پژوهش کنار گذاشته شده و حجم نهایی نمونه پژوهش را ۲۶۲ شرکت‌کننده تشکیل دادند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۲۲ تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۳۱/۷۴ و انحراف استاندارد ۴/۹۵ بود. سطح تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش از سیکل تا کارشناسی ارشد بود.

جدول (۱) نتایج ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج، ضرایب همبستگی خودشفقتی با احساس تنهایی و علائم شخصیت مرزی مثبت و معنادار است ($p \leq 0/05$). در حالی که ضریب همبستگی بین خودشفقتی و ناامیدی معنادار نمی‌باشد ($p \leq 0/05$). علاوه بر این ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی و ارزش خود با احساس تنهایی، ناامیدی و علائم شخصیت مرزی منفی و معنادار است ($p \leq 0/05$).

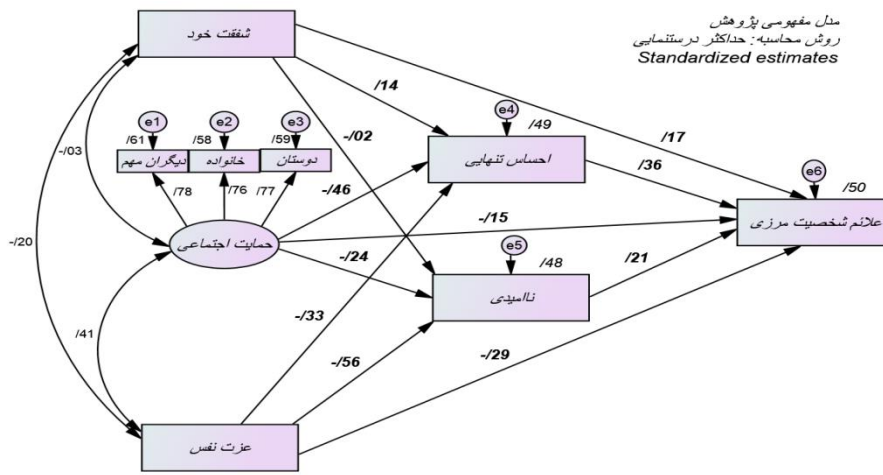
1. Greenberger, Chen, Dmitrieva and Farrugia
2. Beck Hopelessness Scale
3. Kliem, Lohmann, Mößle and Brähler

جدول ۱: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	احساس تنهایی	نامیدی	علائم شخصیت مرزی
خودشفقتی	۰/۲۱۹**	۰/۰۹۹*	۰/۳۱۸**
حمایت اجتماعی	-۰/۵۳۸**	-۰/۴۱۷**	-۰/۲۵۲**
ارزش خود	-۰/۵۴۶**	-۰/۶۵۶**	-۰/۵۹۷**

(**) سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۵ به دست آمده است.

به منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق معادلات ساختاری تحلیل شد (شکل ۱). جهت بررسی برازندگی الگوی معادلات ساختاری مرتبه اول از شاخص‌های مجذور خي (Chi-Square)، سطح معناداری مجذور خي (P-value)، شاخص جذر برآورد خطای تقریبی (RMSEA)، خي دو به هنجار (X2/DF)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی فرایند (IFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و شاخص تاکر - لویبر (TLI) استفاده شد. نتایج نکوئی برازش مدل نشان داد که RMSEA، NFI، IFI، CFI و TLI به ترتیب ۲/۴۳۰، ۰/۰۷۴، ۰/۹۶۸، ۰/۹۸۱، ۰/۹۸۱ و ۰/۹۵۱ است. بر اساس این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوب برخوردار بود و ساختار کلی روابط مورد آزمون از طریق داده‌های به دست آمده تأیید شد.



شکل ۱: مدل پایی معادلات ساختاری به روش حداکثر درست‌نمایی

۶۶ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

شاخص‌های تأیید الگوی معادلات ساختاری فقط محدود به شاخص‌های برازش کلی الگو نیست، بلکه باید پارامترهای استاندارد بتا و گاما (ضرایب مسیر) و مقادیر تی متناظر با آن برای هر یک از مسیرهای علی نیز بررسی شود. در ادامه معناداری هر یک از ضرایب مسیر مورد آزمون قرار گرفت. با توجه به یافته‌های جدول (۳)، تمامی رابطه‌های مستقیم مورد بررسی در مدل مفهومی به جزء تأثیر مستقیم شفقت خود بر ناامیدی تأیید می‌شود ($P \leq 0/05; t \geq 1/96$). یافته‌ها حاکی از تأثیر مثبت و مستقیم خودشفقتی بر احساس تنهایی و علائم شخصیت مرزی؛ تأثیر مستقیم و مثبت ناامیدی و احساس تنهایی بر علائم شخصیت مرزی و تأثیر مستقیم و منفی حمایت اجتماعی و ارزش خود بر احساس تنهایی، ناامیدی و علائم شخصیت مرزی است.

جدول ۳: برآورد ضرایب اثرات مستقیم

نتیجه	سطح معناداری	نسبت بحرانی (آماره t)	ضریب مسیر	مسیر
تأیید	۰/۰۰۳	۲/۹۵۳	۰/۱۴۰	خودشفقتی بر احساس تنهایی
رد	۰/۶۷۳	-۰/۴۲۲	-۰/۰۱۹	خودشفقتی بر ناامیدی
تأیید	۰/۰۰۰	۳/۶۰۱	۰/۱۶۶	خودشفقتی بر علائم شخصیت مرزی
تأیید	۰/۰۰۰	-۷/۴۰۸	-۰/۴۶۴	حمایت اجتماعی بر احساس تنهایی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۲۷۱	-۰/۲۴۴	حمایت اجتماعی بر ناامیدی
تأیید	۰/۰۲۶	۲/۲۲۱	-۰/۱۵۵	حمایت اجتماعی بر علائم شخصیت مرزی
تأیید	۰/۰۰۰	-۶/۰۹۸	-۰/۳۲۶	ارزش خود بر احساس تنهایی
تأیید	۰/۰۰۰	-۱۰/۷۸۹	-۰/۵۵۹	ارزش خود بر ناامیدی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۶۳۹	-۰/۲۹۵	ارزش خود بر علائم شخصیت مرزی
تأیید	۰/۰۰۰	۳/۴۲۸	۰/۲۱۳	ناامیدی بر علائم شخصیت مرزی
تأیید	۰/۰۰۰	۵/۵۸۲	۰/۳۶۱	احساس تنهایی بر علائم شخصیت مرزی

با توجه به یافته‌های جدول (۴)، تمام ضرایب تأثیر غیر مستقیم به جزء تأثیر غیر مستقیم خودشفقتی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی ناامیدی معنادار است ($P \leq 0/05; t \geq 1/96$). یافته‌های حاکی از آن است که خودشفقتی به واسطه احساس تنهایی بر علائم شخصیت

مرزی تأثیر دارد. همچنین حمایت اجتماعی و ارزش خود به واسطه احساس تنهایی و ناامیدی بر علائم شخصیت مرزی تأثیر دارند.

جدول ۴: برآورد ضرایب اثرات غیر مستقیم

نتیجه	سطح معناداری	نسبت بحرانی (آماره t)	ضریب مسیر	مسیر
تأیید	۰/۰۰۹	۲/۶۱۰	۰/۰۵	خودشفقتی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی احساس تنهایی
رد	۰/۶۷۵	۰/۴۱۸	۰/۰۰۴	خودشفقتی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی ناامیدی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۴۵۸	-۰/۱۷	حمایت اجتماعی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی احساس تنهایی
تأیید	۰/۰۰۷	-۲/۶۷۸	-۰/۰۵	حمایت اجتماعی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی ناامیدی
تأیید	۰/۰۰۰	-۴/۱۱۷	-۰/۱۲	ارزش خود بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی احساس تنهایی
تأیید	۰/۰۰۱	-۳/۲۷۵	-۰/۱۲	ارزش خود بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی ناامیدی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی احساس تنهایی و ناامیدی در رابطه بین خودشفقتی، حمایت اجتماعی ادراک شده و ارزش خود با علائم اختلال شخصیت مرزی انجام شد. با توجه به یافته‌ها تمام ضرایب تأثیر غیر مستقیم به جزء تأثیر غیر مستقیم خودشفقتی بر علائم شخصیت مرزی با نقش میانجی ناامیدی معنادار است. یافته‌ها حاکی از آن بود که خودشفقتی به واسطه احساس تنهایی بر علائم شخصیت مرزی تأثیر دارد. همچنین حمایت اجتماعی و ارزش خود به واسطه احساس تنهایی و ناامیدی بر علائم شخصیت مرزی تأثیر دارند.

در زمینه رابطه بین خودشفقتی و علائم اختلال شخصیت مرزی، نتایج پژوهش با نتایج پژوهش‌های دونالد و همکاران (۲۰۱۹)، لویس (۲۰۱۹)، شینبر و همکاران (۲۰۱۸)، کینگ و ونگ (۲۰۱۷) همخوان و همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در افراد مبتلا به

۶۸ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

اختلال شخصیت مرزی، اتخاذ یک دیدگاه شخصی شفقت‌ورز با خود ممکن است به پایین آوردن تمایل فرد به درونی کردن احساس شرم یا خود انتقادی کمک کند که ممکن است ناشی از تجربیات مکرر از بی اعتبارسازی و نادیده‌گیری دوران کودکی باشد. با توجه به نقش خودشفقتی در تعدیل واکنش‌ها نسبت به حوادث غیرقابل پیش‌بینی و گسترش تنظیم احساسات انطباقی، این امر محتمل است که سطح بالای خودشفقتی ممکن است ارتباط بین تجارب نادیده‌گیری دوران کودکی و بروز علائم اختلال شخصیت مرزی را تعدیل یا کاهش دهد (کینگ و ونگ، ۲۰۱۷). می‌توان گفت که خودشفقتی می‌تواند به عنوان مکانیسمی حفاظتی برای تنظیم عواطف و هیجانات بی‌ثبات در افراد مبتلا به شخصیت مرزی عمل کند. همچنین خودشفقتی هم به طور مستقیم و با کاهش خودانتقادی و خودسرزنی و هم از طریق تأثیر بر سایر سازه‌های مرتبط با علائم شخصیت مرزی می‌تواند بر فرایند این بیماری تأثیر بگذارد. خودشفقتی پایین یا خودانتقادی شدید ممکن است مانعی برای بهبودی از اختلال شخصیت مرزی باشد (دونالد و همکاران، ۲۰۱۹). در همین راستا محققان بیان می‌کنند که کار بر روی سازه خودشفقتی ممکن است در کاهش مشکلات بین فردی از قبیل احساس تنهایی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر باشد (نورثی، ۲۰۱۷).

بخشی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد که بین ارزش خود و علائم اختلال شخصیت مرزی رابطه منفی وجود دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های پارک (۲۰۱۷) همخوان و همسو است. به طور معمول ارزش خود در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پایین است که ممکن است تا حدی به دلیل راهبردهای این افراد برای محافظت از خود باشد (لويس، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به شخصیت مرزی به دلیل عزت نفس پایین، ممکن است نتوانند افکار یا احساسات خود را جز از طریق عصبانیت و خشم ابراز کنند. ارزش خود پایین همچنین می‌تواند شبکه روابط اجتماعی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد و باعث افزایش تجربه احساس تنهایی در آن‌ها شود. چون افراد مبتلا به شخصیت مرزی احساس خوبی نسبت به خود ندارند، قادر به اعتماد به احساسات یا تجارب خود نیستند. تحت تأثیر این مورد سایر روابط و تعامل‌های فرد با دیگران کاهش یافته و به تبع آن تجربه احساس تنهایی در فرد افزایش یافته، سلامت روانی عمومی و کیفیت زندگی فرد نیز پایین می‌آید و زمینه را برای تشدید علائم بیماری فراهم می‌کند. نتایج مطالعات نیز نشان داده‌اند که ارزش خود پایین به عنوان عاملی مخرب می‌تواند

بر تجربه خشم، اهداف شخصی و روابط بین فردی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی تأثیر بگذارد (جانستون، ۲۰۱۹).

از آنجا که این افراد دارای ارزش خود فوق العاده متزلزل هستند؛ بنابراین، برای شناسایی هویت خود به شدت به تأیید و ستایش اطرافیان وابسته هستند و این موارد بر رفتار دیگران و میزان حمایت اجتماعی که این افراد دریافت می‌کنند، نیز تأثیر می‌گذارد. با توجه به ویژگی‌های خاص و رفتارهای ناسازگار این افراد در حوزه بین فردی از قبیل بی‌ثباتی، دایره روابط بین فردی، میزان صمیمیت و حمایت اجتماعی ادراک شده این افراد معمولاً پایین است که می‌تواند عواقب مختلف عاطفی و رفتاری مرتبط با طرد اجتماعی از قبیل احساس تنهایی و ناامیدی، افزایش احساسات منفی از جمله عصبانیت، تحریک‌پذیری، غم و شرم را در پی داشته باشد (گراتز و همکاران، ۲۰۱۳).

بخش دیگری از نتایج نشان داد که احساس تنهایی و ناامیدی با علائم اختلال شخصیت مرزی رابطه دارند و در رابطه بین حمایت اجتماعی، ارزش خود و خودشفقتی با علائم این اختلال نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. این نتایج با یافته‌های پژوهش واردی و همکاران (۲۰۱۹) وینسپر (۲۰۱۸) همخوان است. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای روابط بین فردی آشفته بوده و بسیار به دیگران وابسته‌اند، برای حفظ تعادل فکری و رفتاری نه تنها به حمایت، امنیت و تشویق دیگران نیاز دارند، بلکه نسبت به جدایی از منابع حمایتی بسیار آسیب‌پذیر هستند، از اینکه رها شوند، می‌ترسند و از نشانه‌های فقدان وحشت دارند. این موارد باعث می‌شود که در روابط بین فردی الگوهای ناسازگاری را به کار گیرند که به احساس تنهایی بیشتر و انزوای اجتماعی منجر شود. انزوای اجتماعی و کارکرد اجتماعی پایین و اختلال در روابط بین فردی نیز می‌تواند از علل تجربه عمیق تنهایی این افراد باشد. همچنین به این علت که این افراد در روابط بین فردی بسیار متوقع و تقاضاکننده هستند، ممکن است در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید به خصوص در مواجهه با طرد یا فقدان حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف باشند. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که خودشفقتی، حمایت اجتماعی و ارزش خود هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم و از طریق تأثیر بر احساس تنهایی با علائم اختلال شخصیت مرزی رابطه دارند. در راستای نتایج پژوهش نیز به متخصصان، روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌شود که در کار با افراد دارای

۷۰ رابطه خودشفقتی، ارزش خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با ...

علائم شخصیت مرزی و در سیر پیشگیری، تشخیص و آسیب‌شناسی و تدوین برنامه‌های درمان این اختلال، متغیرهای خودشفقتی، ارزش خود، حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی و ناامیدی را مدنظر داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نوع پژوهش که همبستگی است و محدودیت‌هایی اشاره کرد که در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی ایجاد می‌کند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز همیشه تحت تأثیر دو متغیر مداخله‌گر ارائه خود مثبت و بی‌دقتی افراد در قضاوت‌هایشان از خود هستند. همچنین این پژوهش صرفاً در حوزه شهر اصفهان و روی زنان عادی انجام شده است و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها، دامنه‌های سنی و محیط‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود برای انجام پژوهش‌هایی با قدرت تعمیم بالاتر پژوهشگران ضمن مرتفع ساختن محدودیت‌های پژوهش حاضر، نقش جداگانه هر کدام از متغیرهای پژوهش را در اختلال شخصیت مرزی بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری کردند، قدردانی می‌شود.

منابع

آوریده، سولماز، اسدی مجره، سامره، مقتدر، لبالا، عابدینی، مریم و میریلوک بزرگی، عباس (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در تأثیر بخشودگی بین فردی بر سلامت اجتماعی در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰ (۱): ۸۰-۷۱.

جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰)، ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان، *علوم رفتاری*، ۵ (۴): ۳۱۷-۳۱۱.

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران، *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳ (۲): ۴۸-۳۳.

محمدزاده، علی، گودرزی، محمدعلی، تقوی، محمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۴). بررسی

- ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیت مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز، *اصول بهداشت روانی*، ۲۷ (۲۸): ۷۵-۸۹.
- مومنی، فرشته، شهیدی، شهریار، موتابی، فرشته و حیدری، محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت‌ورزی، *روانشناسی معاصر*، ۸ (۲): ۲۷-۴۰.
- Acun, I. (2020). The relationship among university students' trust, self-esteem, satisfaction with life and social media use. *International Journal of Instruction*, 13(1): 35-52.
- Avarideh, S., Asadi Majareh, M., Moghtader, L., Abedini, M. and Mirbolok Bozorgi, A. (2019). The mediating role of perceived social support in the effect of interpersonal forgiveness on social health in students, *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20 (1): 71-80. (Text in Persian).
- Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C. and Seedat S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*. 49(2): 195-201.
- Coffey, J. K. and Warren, M. T. (2020). Comparing adolescent positive affect and self-esteem as precursors to adult self-esteem and life satisfaction. *Motivation and Emotion*, 1-12. doi.org/10.1007/s11031-020-09825-7.
- Dhaliwal, K., Danzig, A. and Fineberg, S. K. (2020). Improving research practice for studying borderline personality disorder: lessons from the clinic. *Chronic Stress*, 4: 1-10. doi.org/10.1177/2470547020912504.
- Donald, F., Lawrence, K. A., Broadbear, J. H. and Rao, S. (2019). An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27 (1): 56-59.
- Garland, J. and Miller, S. (2020). Borderline Personality Disorder: part 1- assessment and diagnosis. *British Journal of Psychiatry Advances*, 26 (3): 159-172.
- Goodarzi, M. A. (2002). Investigating the validity and reliability of Beck's Hopelessness Scale in a group of Shiraz University students, *Shiraz University Journal of Social and Human Sciences*, 18 (2): 40-26. (Text in Persian).
- Graser, J. and Stangier, U. (2018). Compassion and loving-kindness meditation: an overview and prospects for the application in clinical samples. *Harvard review of psychiatry*, 26 (4): 201-215.
- Gratz, K., Dixon-Gordon, K., Breetz, A. and Tull, M. (2013). A laboratory-based examination of responses to social rejection in borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Personality Disorders*, 27 (2): 157-171.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J. and Farruggia, S. (2003). Item wording and dimensionality of the Rosenberg Self -

- Esteem Scale: Do they matter? *Personality and individual differences*, 35, (6), 1241–1254.
- Harris, M. A. and Orth, U. (2019). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pspp0000265>.
- Joeng, J. R. and Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, 62 (3):453-463.
- Jowkar B. and Salimi, A. (2012). Psychometric properties of the short form of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S), *Journal of behavioral sciences*, 5 (4): 311-317. (Text in Persian).
- Kaviani H. (2002). *Interview and Psychological Inventories*. Tehran, Besat, PP: 171-178 (Text in Persian).
- Keng, S. L. and Tan, H. H. (2018). Effects of brief mindfulness and loving-kindness meditation inductions on emotional and behavioral responses to social rejection among individuals with high borderline personality traits. *Behavior Research and Therapy*, 100: 44-53. doi.org/10.1016/j.brat.2017.11.005.
- Keng, S. L. and Wong, Y. Y. (2017). Association among self-compassion, childhood invalidation, and borderline personality disorder symptomatology in a Singaporean sample. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1): 1-8.
- Khosravi, S., Sadeghi, M. and Yabandeh, M. (2013). Sufficient psychometrics of self-compassion scale, *psychological methods and models*, 3 (13): 59-47. (Text in Persian).
- Kliem, S., Lohmann, A., Möble, T. and Brähler, E. (2018). Psychometric properties and measurement invariance of the Beck hopelessness scale (BHS): results from a German representative population sample. *BMC psychiatry*, 18(1): 1-11.
- Kramer, U., Grandjean, L., Beuchat, H., Kolly, S., Conus, P., de Roten, Y. and Despland, J. N. (2020). Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 21 (335): 1-13.
- Kverme, B., Natvik, E., Veseth, M. and Moltu, C. (2019). Moving toward connectedness—a qualitative study of recovery processes for People with borderline personality disorder. *Frontiers in psychology*, 10(430): 1-11. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00430.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C. and Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8 (4): 349–356.

- Loess, P.F. (2019). *Self-compassion and fear of compassion as mediators in the relationships of childhood invalidation with emotion dysregulation and with borderline personality disorder characteristics*. PhD Thesis. University of Montana - Missoula.
- Mohammadzade, A., Goodarzi, M.A. Taghavi, M.R. and Mollazade, J. (2005). Investigating factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale in students of Shiraz University. *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 7 (27): 75-89. (Text in Persian).
- Momeni, F., Shahidi, Sh., Mutabi, F. and Heidari, M. (2013). Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS), *Contemporary Psychology*, 8 (2): 27-40. (Text in Persian).
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. and Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Personality*, 41(1): 139-154.
- Park, J.W. (2017). The effect of trauma severity on borderline personality: self-Esteem as mediator. *Journal of trauma & treatment*, 6 (2): 1-6.
- Preston, J.D. (2006). Integrative treatment for borderline personality disorder-effective, symptom-focused techniques, simplified for private practice. USA: New Harbinger publications, Inc.
- Rajabi, G. and Behloul, N. (2007). Assessment of reliability and validity of Rosenberg self-esteem scale in first year students of Shahid Chamran University, *Educational and Psychological Research*, 3 (2): 48-33.
- Rawlings, D., Claridge, G. and Freeman, J.L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*; 31 (3): 409-419.
- Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F. and Bermphohl, F. (2018). Self-Compassion mediates the relationship between mindfulness and borderline personality disorder symptoms. *Journal of personality disorders*, 32(6): 838-856.
- Sommerfeld, E. and Bitton, M. S. (2020). Rejection sensitivity, self-Compassion, and aggressive behavior: the role of borderline features as a mediator. *Frontiers in psychology*, 11 (44): 1-8.
- Vardy, Y., Day, N. J. and Grenyer, B. F. (2019). Development and validation of an experience of time alone scale for borderline personality disorder. *PloS one*, 14 (5): 1-21.
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*; 21: 105-110. doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005.

**اثربخشی روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر افسردگی،
کیفیت زندگی و نشانه‌های وسواس در مبتلایان به
وسواس فکری و عملی**

نیلا علمی‌منش^{۱*}، خدیجه اعراب شیبانی^۲ و غزاله جوانمرد^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان تحلیل کارکردی بر وسواس، افسردگی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی است. پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به اختلال وسواس بود. از بین آن‌ها ۳۰ بیمار متأهل مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی همراه با همسران آن‌ها جمعاً ۶۰ نفر انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. تعداد ۶ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای فرد مبتلا و همسران در گروه شرکت داشتند و در تعداد ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای صرفاً همسران بیماران در گروه شرکت کردند، تمام ۶ جلسه زوجین با هم در گروه شرکت داشتند و در ۴ جلسه فقط همسران به صورت گروهی شرکت داشتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه‌های افسردگی بک، کیفیت زندگی، مقیاس وسواس فکری و عملی بیل - براون بودند. ۱۰ جلسه درمان برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد گروه آزمایش در تمام متغیرها بهبود داشته است. لذا می‌توان از روان‌درمانی تحلیل کارکردی برای کاهش نشانه‌های وسواس و افسردگی و ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس استفاده کرد.
کلیدواژه‌ها: افسردگی، اختلال وسواس فکری-عملی، روان‌درمانی تحلیل کارکردی، کیفیت زندگی

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
danravan20@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
shakiba_a_shaibani@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
ghazaljavanmard@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ اختلالی عصبی- روانی است که مشخصه مهم آن افکار یا اعمال مزاحم، تکراری و آزاردهنده است (دلگادو-اسودو، استی، رادک، سنگوپا، اسکوبار، هنریکوئز-بلمار^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). این افکار یا اعمال مستمر و مکرر عامل اتلاف وقت بسیار است و روند طبیعی زندگی، عملکرد شغلی، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی فرد را مختل می‌کند (ملین^۳، ۲۰۱۹، بلکی، آبراموز، رومن، رونارد و ریمن^۴، ۲۰۱۹). خانواده‌های این بیماران اغلب مجبورند، با تغییر دادن کارهای شخصی و روزمره، خود را با بیمار انطباق دهند. (وو، همبلین، ندو، سیمونز، اسمیت، ویلسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). افزایش شدت علائم در اختلال وسواس فکری عملی می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر منفی قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (رادور^۶، ۲۰۱۸).

کیفیت زندگی یک سازه مهم روان‌شناختی است که طی سال‌های اخیر در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است و یکی از عوامل مهم رشد و پیشرفت محسوب شده و به عنوان معیاری برای سنجش نیازهای روانی و اجتماعی و ابزاری قدرتمند برای نظارت بر توسعه اجتماع است. در صورتی که وسواس درمان نشود تبدیل به شرایط مزمنی می‌شود که کیفیت زندگی این بیماران و مراقبین آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ملین، ۲۰۱۹). در تحقیقات متعدد پایین بودن کیفیت زندگی در این افراد و بالا بودن میزان افسردگی تأیید شده است (اسکپیناکیس، پولیتیس، کارامپاس، پترکیس و ماورس^۷، ۲۰۱۹).

افسردگی از جمله اختلالاتی است که با اختلال وسواس فکری- عملی همپوشانی دارد (جونز، ماری، ریمن، موگنو، و مکنلی^۸، ۲۰۱۸). وضعیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی آن‌ها را به دوری از جامعه و افسردگی بیشتر سوق می‌دهد. از طرف

1. Obsessive Compulsive Disorder
2. Delgado-Acevedo, Estay, Radke, Sengupta, Escobar and Henríquez-Belmar
3. Melin
4. Blakey, Abramowitz, Leonard and Riemann
5. Wu, Hamblin, Nadeau, Simmons, Smith and Wilson
6. Rathore
7. Skapinakis, Politis, Karampas, Petrikis and Mavreas
8. Jones, Mair, Riemann, Mugno and McNally

دیگر افسردگی زمینه را برای مرور بیشتر افکار و باورهای مرتبط با وسواس تشدید می‌کند (مگنلی، ماری، موگنو و ریمن^۱، ۲۰۱۷). افکار و اعمال وسواسی در فرد مبتلا به وسواس می‌تواند باعث ایجاد و تداوم تعارض، پریشانی، فاصله عاطفی بین زوجین، کاهش کیفیت زندگی و ایجاد و افزایش شدت افسردگی شود.

رویکردهای گوناگون در زوج درمانی با هدف کاهش تعارض، پریشانی و آشفتگی‌های ارتباطی میان زوجین به وجود آمده است. یکی از این رویکردها، روان درمانی تحلیل کارکردی است. روان درمانی تحلیل کارکردی را نخستین بار کوهلنبرگ و تسای^۲ در سال ۱۹۹۱ (کانتر، مونبرگ، کازینسکی، میت لند، ویلاس باس و اورتگا^۳، ۲۰۱۷) بر مبنای رویکرد رفتاری تدوین کرد. (اسکیناکیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ تسای، یو، هاردبک، لودون و کوهلنبرگ^۴، ۲۰۱۹). این روان درمانی بر تقویت رفتار سازگار و کاهش رفتارهای مسأله دار تمرکز دارد. درمانگران تحلیل کارکردی فرایند تقویت را با توجه به ویژگی‌های فرد تدوین می‌کنند (اسکیتتا، هافلین، مانوس - مارتینز، رینکون^۵، ۲۰۱۸). روان درمانی تحلیل کارکردی روشی مؤثر در تغییر رفتارهای روزمره است (کنوت، وترنک، نوروود و بیستریکی^۶، ۲۰۱۹)، باعث افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش اضطراب می‌شود (میتلند، پتس، کنوت، بریگز و مور و گینور^۷، ۲۰۱۶) و در کاهش علائم وسواس فکری عملی تأثیر دارد (سینگ، وترنیک و اوبرین^۸، ۲۰۲۰). بنابراین، با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اختلال وسواس نقص‌هایی در زمینه روابط بین فردی دارند و از آن جایی که هدف در روان‌درمانی تحلیلی کارکردی تحلیل رفتار مراجع است و در این روش، بر اهمیت رفتار و گفتار مراجع در طی جلسات مطابق با رفتارهای آماج تأکید می‌شود و روابط بین فردی اصلاح می‌شود (تسای و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش مانوس مارتینز (۲۰۱۹) نشان داد این رویکرد می‌تواند بر غم و اندوه تأثیر داشته باشد و از طریق بیان احساسات، عقاید و

1. McNally, MAIR, Mugno and Riemann
2. Kohlenberg and Tsai
3. Kanter, Manbeck, Kuczynski and Ortega
4. Tsai, Yoo, Hardebeck, Loudon and Kohlenberg
5. Skinta, Hoeflein, Muñoz-Martínez and Rincón
6. Knott, Wetterneck, Norwood and Bistricky
7. Maitland, Petts, Knott, Briggs, Moore and Gaynor
8. Singh, Wetterneck and O'Brien

۷۸ اثربخشی روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر افسردگی، کیفیت زندگی و ...

نیازها افسردگی را کاهش می‌دهد. در پژوهش مونتانا، مونتنگرو و مونز-مارتینز^۱ (۲۰۱۸) روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر افزایش روابط بین افراد و کاهش افسردگی تأثیر داشت. در این پژوهش مشخص شد که رویکرد تحلیل کارکردی از طریق افزایش منابع تقویت پایدار و تشویق فرد به انجام مکالمه افسردگی را کاهش می‌دهد. اسکیتا و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند این رویکرد بهزیستی روان‌شناختی را بهبود می‌بخشد و از طریق افزایش سازگاری و بهبود روابط بین فردی بر ارتقای کیفیت زندگی مؤثر است. کانتر و همکاران (۲۰۱۷) پس از انجام یک پژوهش فرا تحلیلی اعلام کردند این روش زمینه‌ساز ایجاد تغییرات مثبت بر رفتار است و سطح کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد روان‌درمانی تحلیل کارکردی در جهت کاهش محدودیت‌ها و نواقص درمان‌های پیشین می‌تواند ثمربخش باشد، لذا پژوهش حاضر تلاش دارد اثربخشی روان‌درمانی تحلیل کارکردی را بر کاهش علائم و سواس، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال و سواس فکری، عملی بررسی کند. بنابراین، فرضیه پژوهش عبارت است از اینکه روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر و سواس، افسردگی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال و سواس فکری، عملی تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری عملی است که در سال ۹۶-۱۳۹۵ در شهر اصفهان جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه کردند. از بین مراجعه‌کنندگان ۳۰ نفر از متاهلین مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی به همراه همسرانشان جمعاً ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود پژوهش تشخیص اختلال و سواس فکری و عملی، داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل و ارائه رضایت نامه کتبی و معیارهای خروج غیبت در بیش از یک جلسه، وجود بیماری روانی دیگر بودند.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با مبتلایان به و سواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و همسران آن‌ها تلفنی تماس گرفته و درخواست همکاری شد. سپس در جلسه

حضور پرستشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل بین آن‌ها توزیع شد. در مرحله بعد مبتلایان به وسواس که نمره افسردگی و کیفیت زندگی آن‌ها پایین‌تر از خط پایه بود انتخاب شده و برای ادامه همکاری با نامه‌ای کتبی از آن‌ها دعوت شد. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی تقسیم شدند. سپس گروه آزمایشی در معرض مداخله مبتنی بر تحلیل کارکردی قرار گرفت در این مرحله گروه کنترل هیچ گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد. شایان ذکر است که تعداد ۶ جلسه فرد مبتلا و همسران شرکت داشتند و در تعداد ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای صرفاً همسران بیماران شرکت کردند (جلسات دوم، پنجم، ششم و هشتم). جلسات هفته‌ای یک بار تشکیل شد. پس از گذشت ۱۰ جلسه پرستشنامه‌ها مجدد برای مبتلایان هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون^۱: این مقیاس را در سال ۱۹۸۹ گودمن^۲ ساخته است و ۱۰ گویه دارد. برای ارزیابی شدت علائم وسواس و نظارت بر بهبودی در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی استفاده می‌شود. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت است. به این ترتیب که برای هر سؤال چهار گزینه از صفر تا چهار وجود دارد. بنابراین، بالاترین نمره ۴۰ است. در این مقیاس نقطه برش نمره ۷ است به این معنی که نمره ۷ یا کم‌تر نشانگر هیچ وسواسی نیست. نمرات ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده وسواس خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ نشان‌دهنده وسواس خیلی شدید است (رادور، ۲۰۱۸). برای پایایی پرستشنامه به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته عدد ۰/۸۸ و آلفای کرانباخ ۰/۸۰ به دست آمد (گودمن، پرینی، راسموسن، مازور و فلچمن^۳، ۱۹۸۹). در ایران آلفای کرانباخ ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه سازی ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شد (راجزی اصفهانی، متقی پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر برای آلفای کرانباخ عدد ۰/۷۹ به دست آمد.

پرستشنامه افسردگی بک^۴: این پرستشنامه را در سال ۱۹۶۱ بک، مندلسون و ارباف^۵ تدوین

1. Yale Brown Obsessive – Compulsive Scale
2. Goodman
3. Prince, Rasmussen, Mazure, Fleischmann and Hill
4. Beck Depression Inventory
5. Beck, Mendelssohn and Arbat

۸۰ اثربخشی روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر افسردگی، کیفیت زندگی و ...

کرد. دارای ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای است که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره قابل دریافت ۶۳ است. نمره ۱ تا ۱۰ طبیعی، بین ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف از ۱۷ تا ۲۰ افسردگی مرزی، ۲۱ تا ۳۰ متوسط، ۳۱ تا ۴۰ شدید و نمره بیشتر از ۴۰ نیازمند درمان سریع ارزیابی می‌شود (فن، کارتر، آدامس، واترر، چانگ و هاکینز^۱، ۲۰۱۶). همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی را ۰/۷۳ و برای همسانی درونی آزمون عدد ۰/۸۸ را گزارش کردند (بک، وارد، مندلسون، موک و ارباف، ۱۹۶۱). ثبات درونی آزمون در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شد (کاظمینی، بختیاری و نوری، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفا ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۲: این پرسشنامه ۲۶ گویه‌ای در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. دارای چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، روانی، محیط و روابط اجتماعی است (گانسان، و همکاران، ۲۰۱۹). طیف نمره‌گذاری به روش لیکرت پنج گزینه‌ای به ترتیب از اصلاً ۱ تا خیلی زیاد ۵ است. پس از محاسبات لازم طیف نمره در هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است و نمره بالاتر نشانه بهترین وضعیت است (بونومی، پاتریک و بوشنل و مارتین^۳، ۲۰۰۰). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ایران ضریب پایایی کل آزمون را برابر ۰/۷۳ و خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را با روش آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱، ۰/۸۲، ۰/۷۰ برآورد کردند (شاکری، محمدخانی و محمدنژاد، ۱۳۹۶). و در پژوهش حاضر برای آلفای کرونباخ عدد ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب اعداد ۰/۷۸، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۸۰ به دست آمده است.

1. Phan, Carter, Adams, Waterer, Chung and Hawkins
2. Quality Of Life Inventory
3. Bonomi, Patrick, Bushnell and Martin

زوج درمانی مبتنی بر تحلیل کارکرد: این جلسات بر اساس راهنمای درمانی دارو، کالاهان، بونو و فولت^۱ (۲۰۱۴) تهیه و تدوین شد. جلسات درمانی به صورت ۶ جلسه گروهی با همسر و ۴ جلسه انفرادی اجرا شد. خلاصه جلسات زوج درمانی مبتنی بر تحلیل کارکرد در جدول ۱ درج شده است.

جدول ۱: خلاصه طرح زوج درمانی مبتنی بر تحلیل کارکرد

شماره جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
اول	آشنایی اعضا با خوش آمد گویی به خودداری از برجسب	یكديگر، بیان قوانین بیماران، معرفی د	زدن به افراد مبتلا به وسواس چه آسیبی به شما زده	کارگاه ارائه منطق رمانگر، اعضا، معرفی وسواس و تقویت اعتماد است؟
	درمان تحلیل بررسی تأثیر اختلال به نفس	کارکردی وسواس بر زندگی و رابطه زناشویی،		
دوم	شناسایی رفتارهای شناسایی رفتارهای آماج توجه به نشانه‌های رفتار ادامه رفتارهای مناسب و آماج بالینی و ارائه بالینی، پایش و فراخوانی مناسب و دریافت تقویت دریافت تقویت از سوی تقویت رفتارهای آماج بالینی	تقویت	همسر و تعمیم یادگرفته‌ها در زندگی روزمره	
سوم	شناخت و مدیریت هیجان	یادگیری پاسخدهی مناسب به احساسات و کنترل هیجانات	تمرین کنترل هیجانات ناخوشایند و ابراز احساسات مثبت	
چهارم	آموزش همدلی	زمان صحبت مشکلات روزانه هر یک از زوجین و تقویت رفتارهای مطلوب	تمرین مرور همدلی و تقویت روزانه هر یک از تقویت در صورت آن در منزل مشاهده همدلی از سوی همسر	
پنجم	آموزش نحوه افزایش میزان صمیمیت و عشق	ارائه تعریف از صمیمیت، بیان انواع صمیمیت،	افزایش صمیمیت بین و پرهیز از دروغ در رابطه با همسر	
ششم	توضیح نیازهای اصلی و چگونگی و همکاری ابراز آن‌ها	بیان دو نیاز اصلی احترام به همسر تلاش جهت همکاری در رفع مشکلات و ابراز عشق		

شماره جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
هفتم	آموزش شیوه برخورد	ارائه آموزش شیوه برخورد	برخورد سازنده در موقعیت‌های اضطراب‌زا	تمرین ارائه پاسخ مناسب در موقعیت‌های آزاردهنده
هشتم	آموزش مواجهه‌سازی	آموزش مواجهه‌سازی با تعارض‌های زناشویی	انجام تکنیک تمرین تکنیک مواجهه‌سازی و تدریجی و غرقه‌سازی و زناشویی	غرقه‌سازی خودداری از پاسخ نوشتن نامه خداحافظی که شامل توضیح تجارب حاصله و تغییرات ایجاد شده است.
نهم	تحکیم و تقویت مهارت‌های آموزش از تکنیک‌ها	کسب مهارت در استفاده	تحکیم و تقویت مهارت‌های آموزش از تکنیک‌ها	مهارت‌های آموزش از تکنیک‌ها
دهم	بررسی تجربیات مراجع از درمان	بررسی تجربیات	بحث درباره تجارب به دست آمده و ارائه و صداقت و تقویت بازخورد و تقویت	افزایش سطح صمیمیت خواندن نامه خداحافظی

یافته‌ها

مطابق جدول ۲ میانگین نمرات وسواس فکری، عملی و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش و نمرات کیفیت زندگی افزایش یافته است. معنادار بودن نتایج از طریق آزمون‌های آماری مشخص می‌شود.

نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها نیز از طریق آزمون شاپیرو ویلکز مورد تأیید قرار گرفت و لذا شرایط استفاده از آزمون مانکوا وجود داشت.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف معیار
وسواس فکری	آزمایش	۱۶/۹ \pm ۱/۳۷	۱۲/۳ \pm ۲/۰۱
	کنترل	۱۶/۱۸ \pm ۲/۳۱	۱۵/۷۲ \pm ۲/۴۱
وسواس عملی	آزمایش	۱۵ \pm ۳/۳۷	۸/۵ \pm ۴/۲۷
	کنترل	۱۲/۸۳ \pm ۳/۲۳	۱۲ \pm ۳/۱۶
افسردگی	آزمایش	۲۲/۵ \pm ۸/۵۶	۱۷/۵ \pm ۱۰/۵
	کنترل	۲۰/۲۷ \pm ۷/۷۳	۲۰/۳۶ \pm ۸/۱۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۴/۵ \pm ۱۷/۵	۱۹/۹ \pm ۱/۱
	کنترل	۱۲/۰۹ \pm ۱۹/۵۱	۱۲/۱۸ \pm ۲۱/۴۷

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان نشانه‌های وسواس، افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$).

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره روی میانگین نمرات پس آزمون نشانه‌های وسواس

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۶	۱۹/۹۶	۲	۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱

برای تشخیص این‌که در کدام یک از متغیرها تفاوت وجود دارد از کواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا استفاده شده است. مطابق جدول ۴، بر اساس این‌که مجذور اتا برای وسواس فکری، وسواس عملی، افسردگی و کیفیت زندگی به ترتیب $0/51/71$ ، $0/35/0$ ، $0/24$ و $0/24$ است می‌توان گفت ۷۱ درصد از تغییرات در واریانس نمرات وسواس فکری، ۵۱ درصد از تغییرات در واریانس نمرات وسواس عملی، ۳۵ درصد از تغییرات در واریانس نمرات افسردگی و ۲۴ درصد از تغییرات در واریانس نمرات کیفیت زندگی ناشی از روان درمانی مبتنی بر تحلیل کارکرد است. بنابراین، می‌توان گفت میزان وسواس فکری، وسواس عملی و افسردگی در گروه آزمایش کاهش و میزان کیفیت زندگی افزایش یافته است.

جدول ۴: خلاصه نتایج کواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا بر روی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
وسواس فکری	۷۰/۹۴	۱	۷۰/۹۴	۴۰/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱
وسواس عملی	۱۳۲/۶۹	۱	۱۳۲/۶۹	۱۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۷
افسردگی	۱۴۷/۸	۱	۱۴۷/۸	۹/۵۸	۰/۰۰۶	۰/۳۵	۰/۸۳
کیفیت زندگی	۹۱۳/۷۲	۱	۹۱۳/۷۲	۵/۶	۰/۰۳	۰/۲۴	۰/۶۱

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر تحلیل کارکردی در کاهش افسردگی با نتایج پژوهش مانوس- مارتینز (۲۰۱۹) و مونتانا و همکاران، (۲۰۱۸) همسواست. در ارتباط با افزایش کیفیت زندگی نتایج پژوهش با یافته‌های اسکیتا و همکاران (۲۰۱۸)، کانتر و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر نشانه‌های وسواس کاهش یافته است. بررسی فراتحلیلی کانتر و همکاران (۲۰۱۷) هم نشان داده است روان‌درمانی تحلیل کارکردی بر بهبود وضعیت مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی و کاهش نشانه‌های وسواس مناسب است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان استدلال کرد که در روان‌درمانی تحلیل کارکردی با ایجاد رابطه درمانی قوی بین مراجع و درمانگر و ارائه تقویت‌های مناسب با موقعیت و رفتار و ارائه تمرین‌های خانگی انگیزش مراجع افزایش پیدا می‌کند. در نتیجه به انجام فعالیت علاقه‌مند شده و میزان گوشه‌گیری و افسردگی او کاهش پیدا می‌کند. از طرف دیگر روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول رفتاری، ادعا می‌کند که رفتارهای مشکل‌ساز که در طی زندگی روزمره اتفاق می‌افتد، می‌تواند در حین درمان هم رخ دهد، به این دلیل که محیط درمانی به لحاظ کارکردی، مانند همان موقعیت‌های زندگی روزمره محسوب شده و فرصتی درمانی برای تغییر مستقیم رفتار به حساب می‌آید. در این محیط پس از این که رفتار ناخوشایند بروز کرد با استفاده از عدم تقویت خاموش شده و رفتار مطلوب از طریق تحریک و تقویت بروز کرده و تکرار می‌شود. تداوم تقویت از سوی درمانگر بر فعالیت مراجع افزوده و روابط بین فردی را تقویت می‌کند. افزایش فعالیت مثبت علاوه بر کاهش میزان افسردگی سطح سلامت روان فرد را افزایش می‌دهد. تعمیم این رفتارها در محیط طبیعی سلامت محیطی و روابط اجتماعی را افزایش می‌دهد که همگی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی است. بنابراین، کیفیت زندگی ارتقا پیدا می‌کند. علاوه بر این در این مداخله بر ایجاد صمیمیت تأکید می‌شود. صمیمیت و بهبود تعاملات بین فردی و توجه به عوامل تداوم بخش و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

همچنین در تبیین کاهش نشانه‌های وسواس می‌توان گفت افراد مبتلا به وسواس به دلیل

بالا بودن سطح اضطراب یکسری افکار و اعمال اجباری دارند که از انجام و تکرار آن لذت نمی‌برند (بلکی و همکاران، ۲۰۱۹). در مداخله روان درمان تحلیلی کارکردی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ابراز نیازها، رد درخواست‌های نامعقول، عشق‌ورزی، احترام، و مقابله با موقعیت‌های آزارنده میزان اضطراب و لذا تمایل به افکار و اعمال وسواسی کاهش پیدا می‌کند. دیگر این‌که با توجه به اینکه افراد مبتلا به وسواس دائماً بر خود برجسب «وسواس» می‌زنند و از سویی دیگران به ویژه همسر و دیگر افراد خانواده آن‌ها را با این برجسب می‌نامند و از طرف دیگر از آن‌جا که آن‌ها به نوعی به داستان زندگی خود می‌چسبند هر دو این موارد باعث تشدید استرس و اضطراب شده و بروز ناامیدی نسبت به درمان را سبب می‌شود، در جلسات زوج درمانی مبتنی بر تحلیل کارکرد، بر اساس تغییر رفتار همسران با درمانجو و طرح تقویت‌کننده‌های جدید محیطی اضطراب و به همراه آن علائم وسواس به مرور کم‌تر می‌شود. علاوه بر این صمیمیت و بهبود تعاملات بین فردی و توجه به عوامل تداوم بخش و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش خاص بودن جمعیت تحت مطالعه و عدم توجه به عواملی مانند سن، مدت بیماری وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده، داشتن فرزند و تعداد آن‌ها است. با توجه به اثربخشی این مداخله پیشنهاد می‌شود این مداخله در مراکز درمانی روان‌شناختی، مراکز مشاوره و در بیمارستان‌های روانی به منظور کاهش افسردگی و نشانه‌های وسواس و بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به اختلال استفاده شود. و نیز پیشنهاد می‌شود این مطالعه روی مبتلایان به اختلال وسواس به همراه سایر اعضای خانواده از جمله پدر، مادر یا فرزند به تفکیک مدت بیماری، سطح سواد، جنسیت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی انجام شود و با مداخله‌های مؤثر بر اختلال وسواس مقایسه شود.

در پایان از همکاری مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره با تشخیص اختلال وسواس و مسئولان مرکز مشاوره صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- راجزی اصفهانی، سپیده، متقی پور، یاسمن، کامکاری، کامبیز، ظهیرالدین، علیرضا و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون. ۳، ۱۷، (۶۷): ۲۹۷-۳۰۳.
- شاگری، نرگس، محمدخانی، پروانه و محمدنژاد، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و شادکامی پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۴): ۱۰۹-۱۲۴.
- غفاری، غلامرضا و شیرعلی، ابراهیم (۱۳۹۷). سنجش کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی سلامت. *دو فصلنامه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، ۷(۱): ۱۲۵-۱۵۰.
- کاظمینی، محبت و بختیاری و نوری (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی پس از زایمان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۶(۴): ۲۰-۳۱.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6): 561-571.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C. and Riemann, B. C. (2019). Does exposure and response prevention behaviorally activate patients with obsessive-compulsive disorder? A Preliminary Test. *Behavior therapy*, 50(1): 214-224.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C. and Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.003>.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M. and Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology*, 53(1): 1-12.
- Darrow, S. M., Callaghan, G. C., Bonow, J. T. and Follette, W. C. (2014). The functional idiographic assessment template questionnaire (FIAT-Q): *Initial Psychometric Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2): 124-135. [doi: 10.1016/j.jcbs.2014.02.002].
- Delgado-Acevedo, C., Estay, S. F., Radke, A. K., Sengupta, A., Escobar, A. P., Henríquez-Belmar, F. and Cho, A. (2019). Behavioral and synaptic alterations relevant to obsessive-compulsive disorder in mice with increased EAAT3 expression. *Neuropsychopharmacology*, 44(6): 1163.

- Ganesan, S., Thulasingham, M., Gunaseelan, K., Kalaiarasi, R., Penumadu, P., Ravichandran, S. and Rogers, S. N. (2019). Validity and reliability of tamil translated university of washington quality of life questionnaire for head and neck cancers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(12): 3649-3654.
- Ghafari, G. and Shirali, E (2018). Measuring the quality of Life in Tehran based on the world health organization standard questionnaire. *Two Quarterly Journal of Economic and Development Sociology*, 7 (1): 125-150. (Text in Persian).
- Goodman, W. K., Prince, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill C.L. and et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11): 1006-11.
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L. and McNally, R. J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W., Villas-Bôas, A. and Ortega, M. A. R. (2017). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical psychology Review*, 58: 141-156. . doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.010
- Knott, L. E., Wetterneck, C. T., Norwood, W. and Bistricky, S. L. (2019). The impact of training in functional analytic therapy on therapists' target behavior. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(2): 164.
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I. and Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: A reliability generalization meta-analysis. *Assessment*, 22(5): 619-628.
- Maitland, D.W. M., Petts, R., Knott, L., Briggs, C. A., Moore, J. and Gaynor, S. T. (2016). A randomized controlled trial of Functional Analytic Psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16, 103–122. DOI:10.1037/bar0000051.
- McNally, R. J., Mair, P., Mugno, B. L. and Riemann, B. C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: A Bayesian network approach. *Psychological medicine*, 47(7): 1204-1214.
- Melin, K. (2019). *Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Sweden Printed by BrandFactory ISBN 978-91-7833-281-6 (PDF)<http://hdl.handle.net/2077/58235>
- Montaño, O. M., Montenegro, M. A. and Muñoz-Martínez, A. M. (2018). Functional analytic psychotherapy enhanced behavioral activation for depression: A Concurrent and Non-Concurrent Between-Participants Study. *The Psychological Record*, 68(1): 27-37.

- Muñoz-Martínez, A. M. (2018). An intervention of traumatic grief using functional analytic psychotherapy: a clinical case intervention caso clinico de duelo traumático a través de la psicoterapia analítica funcional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1): 91-100.
- Phan, T., Carter, O., Adams, C., Waterer, G., Chung, L. P. and Hawkins, M. (2016). Discriminant validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory (II) and Beck Anxiety Inventory to confirmed clinical diagnosis of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic respiratory disease*, 13(3): 220-228.
- Rathore, L. N. (2018). Functional impairment in OCD and Cognitive Intervention. *The International Journal of Indian Psychology*, 6 (1): 26-36.
- Singh, R. S., Wetterneck, C. and O'Brien, W. (2020). Psychometric evaluation of the functional analytic psychotherapy intimacy scale in obsessive-compulsive and related disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(2): 1-24.
- Skapinakis, P., Politis, S., Karampas, A., Petrikis, P. and Mavreas, V. (2019). Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *International journal of psychiatry in Clinical Practice*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1588327>
- Skinta, M. D., Hoeflein, B., Muñoz-Martínez, A. M. and Rincón, C. L. (2018). Responding to gender and sexual minority stress with functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1): 63-72.
- Tsai, M., Yoo, D., Hardebeck, E. J., Loudon, M. P. and Kohlenberg, R. J. (2019). Creating safe, evocative, attuned, and mutually vulnerable therapeutic beginnings: Strategies from functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(1): 55-61.
- Wang, Y. P. and Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the beck depression inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4): 416-431.
- WHOQL-BREF introduction, administration and scoring, field trial version (1996). Geneva: World Health Organization.
- Wu, M. S., Hamblin, R., Nadeau, J., Simmons, J., Smith, A., Wilson, M. and Storch, E. A. (2018). Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 46-56. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.08.005
- Zahiri, S., Dehghani, A. and Yazidi, R. (2017). The Effectiveness of Compassion-Based Acceptance and Commitment-Based Therapy on High School Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Studies*, 13 (4): 93-108. (Text in Persian).

نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان

خدیجه فولادوند^{۱*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان بود. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه‌های لرستان در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها تعداد ۳۴۰ دانشجو (۱۸۶ زن، ۱۵۴ مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌های پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه همجوشی شناختی و پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی بود. روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد مؤلفه‌های همجوشی شناختی (همجوشی و گسلش) با افسردگی رابطه مثبت معنادار دارند؛ در حالی که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، عمل توأم با هشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی بودن) با افسردگی رابطه منفی معنادار دارند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون بیان‌کننده آن بود که مشاهده، عمل توأم با هشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، همجوشی و گسلش به ترتیب توانستند افسردگی را پیش‌بینی کنند. از نتایج به دست آمده می‌توان به اهمیت نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی در افسردگی دانشجویان پی برد. بنابراین، با بهبود وضعیت شناختی و ذهن‌آگاهی دانشجویان می‌توان در جهت ارتقاء سلامت روانی آن‌ها گام برداشت.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، همجوشی شناختی، ذهن‌آگاهی، دانشجویان

۱. نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
fuladvand.kh@lu.ac.ir

مقدمه

دانشجویان در معرض استرس‌های فراوانی مانند دور بودن از محیط خانه، جدایی از خانواده و مسائل درسی قرار دارند که باعث افزایش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌شود؛ به طوری که ۲۲/۶۴ درصد از استرس شدید، ۳۴/۲۷ درصد از اضطراب شدید و ۳۵/۶۵ درصد از افسردگی شدید رنج می‌برند (امیری، دوران، سلیمی، ضرغامی و غلامی فشارکی، ۱۳۹۸). افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی است که با علائمی از جمله فقدان احساس لذت، انزوای اجتماعی، نداشتن انگیزه، کم یا زیاد شدن اشتها، کاهش انرژی و اختلال خواب همراه است (ژانگ، لگت، هیمل و کالس^۱، ۲۰۱۸؛ چریستسن، مارتنسون و اوسلر^۲، ۲۰۱۷).

همجوشی شناختی^۳ یکی از فرایندهایی است که نقش مهمی در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی دارد (استیرمن، پونتوسکی، کرید، ززو^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در حالی که گرفتاری فرد در بافت فکری منجر به شکل‌گیری همجوشی شناختی شده (باردین و فرگوس^۵، ۲۰۱۶) اما طبق نظر هایز^۶ (۲۰۰۴) پذیرفتن رویدادهای درونی^۷ (هیجان‌ها و افکار)، همجوشی شناختی را کاهش می‌دهد. بر اساس مدل‌های مبتنی بر پذیرش، هنگامی که افراد از تماس با تجارب نامطلوب درونی اجتناب می‌کنند، تمایل به عمل براساس همجوشی شناختی تقویت می‌شود، زیرا این راهبرد باعث آرامش در کوتاه مدت می‌شود، اما آسیب‌پذیری افراد در برابر مشکلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد (والوانو، فلویید، پنول-واینز، استپلمن^۸ و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، خطاهای پردازش اطلاعات که در همجوشی شناختی اتفاق می‌افتد، در تبدیل شناخت به منبع نگرانی‌ها و ایجاد موقعیت‌های تیدگی‌زا نقش دارند. این نگرانی‌ها می‌تواند موجب افسردگی فرد در آینده شود (استیرمن و همکاران، ۲۰۱۷)؛ چرا که همجوشی شناختی، مفهومی شناختی و اجتماعی است که فرد را گیج کرده و تفسیری را که از تجربیات شخصی خود دارد، تفسیر صحیحی می‌پندارد. بنابراین،

1. Xiang, Leggett, Himle and Kales
2. Christensen, Maartensson and Osler
3. cognitive fusion
4. Stirman, Pontoski, Creed and Xhezo
5. Bardeen and Fergus
6. Hayes
7. internal events
8. Valvano, Floyd, Penwell-Waines and Stepleman

همجوشی شناختی می‌تواند به ناتوانی فرد در تمایز بین افکار خود و تجربیات زندگی واقعی منجر شود. بر این اساس، هر قدر همجوشی شناختی در افراد بیشتر باشد، احتمال مبتلا شدن به اختلالات جسمی و روانی از جمله افسردگی در آن‌ها بیشتر است (کاروالهو، پیتو-گوویا، گیلاندرز و کاستیلهو^۱ ۲۰۱۹). در همین راستا، برخی از پژوهش‌ها به بررسی رابطه کلی همجوشی شناختی با مشکلات روان‌شناختی اقدام کرده‌اند؛ برای مثال جو و یانگ^۲ (۲۰۱۹)، به این نتیجه رسیدند که همجوشی شناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی ارتباط دارد. کوکسون، لوزون، نیولند و کینگستون^۳ (۲۰۱۹) نیز نشان دادند بین همجوشی شناختی و اجتناب تجربی با نشخوار فکری و افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد. به علاوه، کاستا و گاویا^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی گزارش کردند همجوشی شناختی تنها واسطه معنادار در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افراد عادی است.

ذهن‌آگاهی به عنوان یک مؤلفه کلیدی و فراتشخیصی به دلیل ارتباط با سلامت روان یکی از مهم‌ترین عواملی است که در پژوهش‌های اخیر بررسی شده است (پرمتتیر، گارسیا-تورو، گارسیا-کامپایو، یانز^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ شامبهو، راجش و سابرامایانا^۶، ۲۰۱۸؛ مایر، پلاک و ریمرسوال^۷، ۲۰۱۹). ریشه‌های مفهوم ذهن‌آگاهی را می‌توان در متون بودایی ردیابی کرد (هافمن و گومز^۸، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی به عنوان آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آن چه اکنون در حال وقوع است تعریف شده است. دو مفهوم اصلی ذهن‌آگاهی شامل توجه و آگاهی از تجربه لحظه فعلی و پذیرفتن نگرش مثبت، منفی یا خنثی نسبت به آن تجربه است (کرسول^۹، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی در واقع نوعی خودتنظیمی است که در آن فرد به تجربه‌های آنی توجه می‌کند و این باعث افزایش شناخت فرد از رویدادهای ذهنی در زمان حال می‌شود و با ایجاد باز بودن فرد نسبت به هیجانات و

1. Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders and Castilho
2. Jo and Yang
3. Cookson, Luzon, Newland and Kingston
4. Costa and Gouveia
5. Parmentier, Garcia-Toro, Garcia-Campayo and Yanez
6. Shambhu, Rajesh and Subramanya
7. Mayer, Polak and Remmerswaal
8. Hofmann and Gomez
9. Creswell

تجارب روزمره باعث پذیرش آن‌ها می‌شود (جوری و جوز^۱، ۲۰۱۹). بر این اساس، هر چه فرد هشیارتر باشد و نسبت به رویدادهای جاری و اکنون زندگی توجه کند، ذهن آگاه‌تری دارد و پاسخ‌هایی که به رویدادها می‌دهد خردمندانه و کارآمدتر بوده و با آرامش روانی بیشتری توأم است (هیگز، دایتون، براون، موزیک و راواو^۲، ۲۰۱۸؛ مدودو، نوردن، کراگلو و سیگرت^۳، ۲۰۱۸؛ نیگل و دی‌بندیتو^۴، ۲۰۲۰). در حالی که افراد با ذهن آگاهی پایین درک کم‌تری از هیجان‌ها دارند و هیجان‌های منفی را کم‌تر می‌پذیرند (رویولا-کولومر و کالوت^۵، ۲۰۱۶؛ فرویدنتهالر، توربا و ترن^۶، ۲۰۱۷؛ شال‌کراس و اسپرویل^۷، ۲۰۱۸)؛ افراد با سطوح بالای ذهن آگاهی به جای اجتناب یا رد کردن احساسات منفی، این احساسات را همراه با تجارب ناراحت‌کننده مشاهده و درک کرده و آن‌ها را می‌پذیرند (چونگ و نگ^۸، ۲۰۱۹؛ کلدر- میکوس، اسپکنز، وریجسن، داندروز^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس دیدگاه سگال، ویلیامز و تیزدیل^{۱۰} (۲۰۱۳) راهبردهای کنترل فرآیند توجه در ذهن آگاهی با ممانعت از خلق و فکر منفی منجر به نگرش و جهان‌بینی جدید شده و افکار و هیجان‌های مثبت را در فرد ایجاد می‌کند. در همین راستا، پرمنتیر و همکاران (۲۰۱۹)، به این نتیجه دست یافتند که ذهن آگاهی با سطوح پایین افسردگی و اضطراب به صورت مستقیم و غیرمستقیم ارتباط دارد. مایر و همکاران (۲۰۱۹) نیز گزارش کردند مهارت‌های ذهن آگاهی بالا با سطوح پایین‌تر افسردگی و علائم اضطراب همراه است. به علاوه، لو، خو، یو، ژنگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) اثر میانجی ذهن آگاهی بر ارتباط بین استرس ادراک شده و افسردگی در پرستاران را نشان دادند.

از آن جا که همجوشی شناختی و ذهن آگاهی به عنوان سازه‌های فراتشخیصی بنیادین در بروز و تداوم اکثر اختلال‌های روان‌شناختی نقش دارند، پژوهش حاضر با هدف روشن کردن

1. Jury and Jose
2. Hicks, Dayton, Brown, Muzik and Raveau
3. Medvedev, Norden, Krägeloh and Siegert
4. Nigol and Di Benedetto
5. Royuela-Colomer and Calvete
6. Freudenthaler, Turba and Tran
7. Shallcross and Spruill
8. Cheung and Ng
9. Cladder- Micus, Speckens, Vrijssen and Donders
10. Segal, Williams and Teasdale
11. Lu, Xu, Yu and Peng

بخشی از ماهیت پیچیده همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در نظر دارد نقش هر یک از این دو متغیر را در تبیین و پیش‌بینی افسردگی بررسی کند. شایان ذکر است هر چند نمره کلی همجوشی شناختی و ذهن آگاهی با افسردگی بررسی شده است، اما نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در تبیین واریانس افسردگی دانشجویان مورد توجه قرار نگرفته است و روشن نیست، کدام یک از مؤلفه‌های ذهن آگاهی و همجوشی شناختی رابطه قوی تری با افسردگی دارند. آگاهی از نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی می‌تواند به روان‌شناسان و مشاوران در جهت درمان مؤثرتر افسردگی کمک کند. همچنین با توجه به افزایش شیوع همجوشی شناختی در بین دانشجویان که از گروه‌های مهم جامعه هستند و اهمیت ذهن آگاهی و همجوشی شناختی به عنوان متغیرهای کارساز و کارآمد در بهبود و پیشگیری افسردگی، پژوهشگر در پژوهش حاضر بر آن شد تا به بررسی نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان بپردازد. بر این اساس در این پژوهش فرض می‌شود که بین مؤلفه‌های همجوشی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی با افسردگی رابطه منفی وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۸ روی ۳۸۰ دانشجویان دانشگاه‌های لرستان انجام شد که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین شهرستان‌های استان لرستان، به صورت تصادفی شهر خرم‌آباد انتخاب شد. سپس، از بین دانشگاه‌های پیام‌نور، آزاد، لرستان و خرم‌آباد، دانشگاه لرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. بعد از مراجعه به دانشگاه برگزیده، از بین رشته‌های مختلف، رشته‌های فیزیک، شیمی، شهرسازی، کامپیوتر، اقتصاد، علوم سیاسی و تربیت بدنی به صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت، پس از ارائه توضیح مختصری درباره هدف پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش بین آن‌ها توزیع شد. برای برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. بنا بر فرمول کوکران، باید تعداد ۳۲۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شود که با در نظر گرفتن امکان ریزش شرکت‌کنندگان تعداد حجم نمونه ۳۸۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تعداد ۳۴۰ نفر وارد تحلیل نهایی شد. معیارهای ورود شامل اشتغال به

تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجوی به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل عدم پاسخگویی به بیش از ۵ درصد سؤالات پژوهش بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام با نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک - ۲ (BDI-II)^۱: پرسشنامه افسردگی بک ۲۱ گویه‌ای یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌های سنجش افسردگی است که افسردگی را بر اساس طیف لیکرت ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات پرسشنامه افسردگی بک بین ۰ تا ۶۳ است. نمره ۱۰ و بالاتر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک، استیر و براون^۲، ۱۹۹۶). بک و همکاران (۱۹۹۶)، با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی دو عامل شناختی-عاطفی و بدنی^۳ برای این پرسشنامه به‌دست آورده‌اند. همچنین آن‌ها همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی^۴ (۲۰۰۵)، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای پایایی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسشنامه افکار خودآیند^۵ (ATQ) را برای روایی این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی عاملها و کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه همجوشی شناختی (CFS)^۶: برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های همجوشی شناختی از پرسشنامه ۱۲ گویه‌ای گیلاندرز، بلدرستون، بوند، دمپستر^۷ و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد که دارای دو عامل همجوشی و گسلش^۸ است. سؤالها در طیف شش درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۶) پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده تسلط بیشتر فکر بر رفتار است. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴)، ضریب همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه

1. Beck Depression Inventory-II
2. Beck, Steer and Brown
3. cognitive-affective and somatic
4. Ghassemzadeh, Mojtabei, Karamghadiri and Ebrahimkhan
5. Automatic Thought Questionnaire
6. Cognitive Fusion Scale
7. Gillanders, Bolderston, Bond and Dempster
8. fusion and defusion

تعهد و پذیرش و پرسشنامه ذهن‌آگاهی ساوتمتون به ترتیب ۰/۷۲- و ۰/۷۰- به دست آوردند که حاکی از روایی افتراقی پرسشنامه همجوشی شناختی است. همچنین آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. سعیدپور، کاظمی رضایی، کربلایی اسمعیل، کاظمی رضایی و احمدی (۱۳۹۶)، ساختار عاملی پرسشنامه همجوشی شناختی را بررسی کرده و ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پذیرش و عمل را ۰/۵۵- گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای عامل‌های همجوشی ۰/۶۸ و گسلس ۰/۶۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی^۱ (FFMQ): این پرسشنامه ۳۹ گویه‌ای را بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر^۲ و همکاران (۲۰۰۶) طراحی کرده‌اند و در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز یا بسیار به ندرت (۱) تا اغلب یا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۹ تا ۱۹۵ قرار می‌گیرد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد، ذهن‌آگاهی فرد هم بیشتر است. بائر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی، پنج عامل مشاهده^۳، عمل همراه با هشیاری^۴، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی^۵، توصیف^۶ و غیرواکنشی بودن^۷ به دست آوردند. همچنین، آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ عامل‌ها و کل پرسشنامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی را بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در یک نمونه ایرانی، ساختار پنج عاملی این پرسشنامه تأیید و همه شاخص‌ها برازش نسبتاً مطلوبی را نشان دادند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای عاملها بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ به دست آمد (تمنایی‌فر، اصغرنژاد، میرزایی و سلیمانی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ عاملها و کل این پرسشنامه بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۲ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۴۰ دانشجو (۱۸۶ زن، ۱۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه‌های لرستان حضور

1. Five Facet Mindfulness Questionnaire
2. Baer, Smith, Hopkins and Krietemeyer
3. observe
4. act with awareness
5. nonjudging of inner experience
6. describe
7. nonreact

۹۶ نقشه مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در ...

داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۱/۳۲ و ۲/۱۵ به دست آمد. همچنین بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، تقریباً نیمی از دانشجویان از افسردگی شدید رنج می‌برند. فراوانی و درصد شدت افسردگی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد شدت افسردگی شرکت‌کنندگان

شدت افسردگی	فراوانی	درصد
ضعیف	۱۰۶	۳۱/۱۸
متوسط	۶۹	۲۰/۲۹
شدید	۱۶۵	۴۸/۵۳

برای بررسی رابطه بین مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی با افسردگی دانشجویان، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن همراه با میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی با افسردگی رابطه معنادار دارند. از بین متغیرهای پیش‌بین، همجوشی ($r=0/31$) و عمل توأم با هشیاری ($r=-0/27$) بالاترین رابطه معنادار را با افسردگی دارند. از طرفی مشاهده ($r=-0/19$) و گسلش ($r=0/21$) کم‌ترین ارتباط معنادار را با افسردگی دارند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی با افسردگی

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	ضرایب همبستگی							
			۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱. افسردگی	۳۳/۵۱	۵/۴۹	-	۰/۳۱**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۲۲**	۰/۲۲**
۲. همجوشی	۲۳/۹۰	۶۰/۵۸	-	۰/۱۹**	۰/۲۰**	۰/۱۶*	۰/۱۹**	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۰/۲۳**
۳. گسلش	۸/۸۰	۲/۹۹	-	-	۰/۱۹*	۰/۲۰**	۰/۱۷*	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۹**
۴. مشاهده	۲۰/۷۷	۴/۷۱	-	-	-	۰/۲۳**	۰/۱۸*	۰/۱۶*	۰/۲۳**	۰/۲۳**
۵. عمل توأم با هشیاری	۲۴/۶۲	۴/۹۹	-	-	-	-	۰/۲۸**	۰/۲۶**	۰/۱۸*	۰/۱۸*
۶. غیرقضاوتی بودن	۲۴/۶۳	۵/۵۱	-	-	-	-	-	۰/۲۳**	۰/۱۶*	۰/۱۶*
۷. توصیف بودن	۲۱/۸۵	۴/۶۲	-	-	-	-	-	-	۰/۲۴**	۰/۲۴**
۸. غیرواکنشی بودن	۱۸/۴۶	۴/۳۰	-	-	-	-	-	-	-	-

$p < 0/001$ **

$p < 0/05$ *

برای بررسی توان مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی افسردگی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون مفروضه‌های رگرسیون بررسی شد. بهنجاری توزیع داده‌ها بر اساس کجی و کشیدگی بررسی شد و نتایج حاکی از بهنجاری توزیع داده‌ها بود. ضرایب دورین واتسون برای مدل رگرسیون ۱/۹۸ بود که با توجه به قرار داشتن در دامنه ۲/۵-۱/۵، نشانگر رعایت استقلال خطاها بود. همچنین، ضریب‌های تورم واریانس در مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ بود که عدم رابطه هم‌خطی قوی بین مجموع متغیرهای مستقل را نشان داد. با تأیید رعایت مفروضه‌ها امکان اجرای رگرسیون فراهم شد. به این ترتیب قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای پیش‌بین برای افسردگی آزمون شد. یافته‌های مربوط به تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج حاکی از آن بود که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، عمل توأم با هشیاری و غیرقضاوتی بودن) و مؤلفه‌های همجوشی شناختی (همجوشی و گسلش) به ترتیب قادر به پیش‌بینی افسردگی هستند ($F=11/24, P<0/001$). همچنین ضرایب استاندارد شده متغیرهای پیش‌بین با هدف بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آن‌ها در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به جدول ۳ می‌توان دریافت در بین متغیرهای پیش‌بین، مشاهده با بتای برابر با ۰/۲۸- نیرومندترین متغیر پیش‌بینی‌کننده است که به شکل منفی افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، از بین دیگر متغیرهای پیش‌بین به ترتیب عمل توأم با هشیاری، غیرقضاوتی بودن، همجوشی و گسلش با بتای ۰/۲۳-، ۰/۱۷-، ۰/۱۵ و ۰/۱۴ توانستند افسردگی را پیش‌بینی کنند.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون مؤلفه‌های همجوشی شناختی و مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی برای پیش‌بینی افسردگی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	t	sig	Tolerance
مشاهده	-۰/۲۹	۰/۰۳	-۰/۲۸	-۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵
عمل توأم با هشیاری	-۰/۲۷	۰/۰۴	-۰/۲۳	-۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵
غیرقضاوتی بودن	-۰/۱۸	۰/۰۳	-۰/۱۷	-۳/۲۱	۰/۰۳۱	۰/۹۱
توصیف	-۰/۱۱	۰/۰۳	-۰/۱۰	-۱/۱۴	۰/۱۱۸	۰/۸۲
غیرواکنشی بودن	-۰/۱۰	۰/۰۴	-۰/۱۰	-۱/۱۸	۰/۱۷۱	۰/۸۷
همجوشی	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۱۵	۲/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۸۹
گسلش	۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۱۴	۲/۲۱	۰/۰۴۶	۰/۹۰

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نقش مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی افسردگی دانشجویان، هدف پژوهش حاضر بود. نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی با افسردگی ارتباط منفی معنادار وجود دارد و مؤلفه‌های ذهن آگاهی قوی‌ترین متغیرهای پیش‌بین برای افسردگی هستند. این موضوع نشان‌دهنده آن است که با بهبود ذهن آگاهی پیش‌بینی می‌شود افسردگی آن‌ها نیز کم شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (شامبهو و همکاران، ۲۰۱۸؛ پرمنتیر و همکاران، ۲۰۱۹؛ مایر و همکاران، ۲۰۱۹؛ لو و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است که حاکی از رابطه نمره کلی ذهن آگاهی با افسردگی است. ذهن آگاهی اجازه پذیرش و تصدیق دردناک‌ترین هیجان‌ها را به فرد می‌دهد، بدون این‌که اسیر آن‌ها شود. ذهن آگاهی حالتی از آزادی روان‌شناختی است که نتیجه آن آرامش خاطر و اطمینان است، بدون این‌که به دیدگاه خاصی دلبسته باشد. موقعیتی که در آن حفظ حس خودارزشمندی یا عزت نفس، مهم تلقی می‌شود و به جای قضاوت درباره تجربیات به عناوین خوب، بد، سالم یا ناسالم، ذهن آگاهی همه تجربه‌های شخصی را فقط به همان صورت قبول می‌کند که در لحظه فعلی وجود دارند. بر این اساس، ذهن آگاهی در پاسخ‌های هیجانی سالم‌تر نقش دارد (نیگل و دی‌بندیتو، ۲۰۲۰) و توجهی دقیق همراه با پذیرش و به دور از قضاوت به تجارب دارد (کلدر-میکوس و همکاران، ۲۰۱۸)؛ در حالی که ذهن آگاهی پایین باعث کاهش درک افراد از هیجان‌ات (توربا و ترن، ۲۰۱۷) و پذیرش کم‌تر احساسات منفی است (شال‌کراس و اسپرویل، ۲۰۱۸). افراد با ذهن آگاهی پایین درباره توانایی‌شان در تنظیم هیجان‌ات منفی انتظار پایینی دارند؛ در حالی که افراد با ذهن آگاهی بالا در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجان‌ات و تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند توان‌تر هستند و خودنظم‌دهی بیشتری دارند (نیگل و دی-بندیتو، ۲۰۲۰). همچنین، افزایش ذهن آگاهی به پرورش ویژگی‌های مثبتی مانند بینش، خرد، شفقت، تعادل و خونسردی منجر می‌شود (هیکز و همکاران، ۲۰۱۸) که این امر می‌تواند زمینه بروز هیجان‌های منفی در فرد را کاهش دهد. در واقع، بالا بودن ذهن آگاهی باعث می‌شود فرد این توانایی را در خود بهبود بخشد که در برابر افسردگی و اضطراب حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را درگیر آن نکند. در نتیجه، افراد با ذهن آگاهی بالا این توانایی را به دست

می‌آورند که خود را از الگوهای رفتاری خودکار جدا کنند، دیگر تحت کنترل حالت‌هایی مانند افسردگی قرار نگیرند و از اطلاعاتی استفاده کنند که در زمان بروز این حالات در فرد رخ می‌دهد (فرویدنتهال و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد مؤلفه‌های همجوشی شناختی با افسردگی رابطه مثبت و معنادار دارند و قادر به پیش بینی معنادار افسردگی هستند. این یافته با نتایج پژوهشی (کاستا و گاویا، ۲۰۱۸؛ کوکسون و همکاران، ۲۰۱۹؛ جو و یانگ، ۲۰۱۹) همسو است که همبستگی نمره کلی همجوشی شناختی با افسردگی را نشان می‌دهند. افراد برای ایفای نقش‌های اجتماعی-روانی-جسمی و به طور کلی برای حفظ سلامت عمومی خود باید توانایی تفسیر، تحلیل و ارزیابی مسائل مختلف را داشته باشند و این امر بدون برخورداری از مهارت‌های شناختی امکان‌پذیر نخواهد بود. هیجان‌ات در ترکیب با افکاری که فرد از تفسیر تجارب خود دارد ممکن است تجارب درونی فرد را غیرقابل تشخیص از واقعیت کنند. پدیده همجوشی شناختی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد در بافت فکری خود گرفتار شود (باردین و فرگوس، ۲۰۱۶). به باور هایز (۲۰۰۴)، پذیرش افکار و احساسات همان گونه که هستند به تضعیف همجوشی شناختی منجر می‌شود و در کنار آن پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد کند. هر چه میزان همجوشی در افراد بالاتر باشد کنترل و تسلط بر محیط زندگی کم‌تر است، احساس خودکارآمدی، خودباوری و بهزیستی روانی پایین‌تر است و در افرادی که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی هستند باعث تردید به توانایی خود و افسردگی می‌شود. در چنین شرایطی فرد دچار استیصال در مدیریت رویدادها می‌شود و همین مسأله بر افسردگی می‌افزاید. همجوشی شناختی باعث می‌شود فرد نتواند از راهبردهای مقابله‌ای مناسب بهره‌برد و در نتیجه تمامی رویدادهایی که می‌تواند برایش جنبه عادی داشته باشند، تبدیل به رویدادهایی تنش‌زا می‌شوند. افراد دارای همجوشی بالا از امید به زندگی و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند که احتمال افسردگی در آن‌ها را بالا می‌برد. در همجوشی شناختی فرد به گونه‌ای از افکارش تأثیر می‌پذیرد که گویا آن افکار واقعی بوده و

۱۰۰ نقشه مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در ...

فرد حساسیت کم‌تری نسبت به نتایج رفتارش دارد. بر این اساس، همجوشی شناختی فرایندی است که انعطاف‌پذیری روانی را تهدید می‌کند و بدین ترتیب فرد را در معرض افسردگی قرار می‌دهد.

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی قابلیت پیش‌بینی افسردگی را دارند. بدین ترتیب هر قدر همجوشی شناختی پایین‌تر و ذهن آگاهی بالاتر باشد، احتمال افسردگی در دانشجویان کاهش خواهد یافت. استفاده از پرسشنامه که شیوه‌ای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها است، خالی از سوگیری در پاسخدهی نیست. نوع پژوهش حاضر (همبستگی) نیز به محدودیت‌هایی در اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای پژوهش منجر می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با استفاده از طرح طولی با هدف بررسی و استنباط رابطه علت و معلولی و به کارگیری دیگر ابزارها از جمله مصاحبه انجام شود. همچنین، با توجه به این‌که ذهن آگاهی و همجوشی شناختی سازه‌هایی بسیار وسیع و پیچیده هستند، تکرار این پژوهش در یک جمعیت بالینی به تعمیم یافته‌ها کمک خواهد کرد. علاوه بر این، با توجه به نقش بنیادین مؤلفه‌های همجوشی شناختی و ذهن آگاهی در شکل‌گیری و درمان اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی توصیه می‌شود در مراکز مشاوره و کارگاه‌های روان‌شناختی، آموزش پیشگیرانه ذهن آگاهی و مدیریت همجوشی شناختی با هدف کاهش هیجان‌های منفی از جمله افسردگی در گروه دانشجویان مورد توجه قرار گیرد. این امر می‌تواند روند سلامت روانی دانشجویان را ارتقاء داده و در درمان و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی آن‌ها مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

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

منابع

- امیری، ماندانا، دوران، بهناز، سلیمی، سیدحسین، زرغامی، محمدحسین و غلامی فشارکی، محمد (۱۳۹۸). ارتباط عوامل استرس‌زای دانشجویی با مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان یک دانشگاه علوم پزشکی نظامی در شهر تهران، *مجله طب نظامی*، ۲۱(۴): ۳۸۰-۳۸۹.
- تمنایی فر، شیما، اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر، میرزایی، مصلح و سلیمانی، مهدی (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی، *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۲(۴۷): ۳۲۱-۳۲۹.
- سعیدپور، صابر، کاظمی رضایی، سیدعلی، کربلایی اسمعیل، انسیه، کاظمی رضایی، سیدولی و احمدی، فرشاد (۱۳۹۶). نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، همجوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواسی-اجباری، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳): ۱-۱۲.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. and Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness, *Assessment*, 13(1): 27-45.
- Bardeen, J. and Fergus, T. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1): 1-6.
- Beck, A., Steer, R. A. and Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual*. Boston: Harcourt Brace.
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D. and Castilho, P. (2019). Pain and depressive symptoms: Exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model, *The Journal of Psychology*, 153(2):173-186.
- Cheung, R. Y. and Ng, M. C. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety: The underlying roles of awareness, acceptance, impulse control, and emotion regulation, *Mindfulness*, 10(10): 1124-1135.
- Christensen, G. T., Maartensson, S. and Osler, M. (2017). The association between depression and mortality -a comparison of survey- and register-based measures of depression, *Journal of Affective Disorders*, 210: 111-124. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.024
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E. M., Vrijzen, J. N., Donders, A. R. T., Becker, E. S. and Spijker, S. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial, *Depression and Anxiety*, 35(10):914-924.

- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J. and Kingston, J. (2019). Examining the role of cognitive fusion. and experiential avoidance in predicting anxiety and depression, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1): 1-18.
- Costa, J. and Gouveia, J. P. (2018). The role of negative affect, rumination, cognitive fusion and mindfulness on depressive symptoms in depressed outpatients and normative individuals, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2): 207-220.
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions, *Annual Review of Psychology*, 68: 491-516. DOI: 10.1146/annurev-psych-042716-051139
- Freudenthaler, L., Turba, J. and Tran, U. (2017). Emotion regulation mediates the associations of mindfulness on symptoms of depression and anxiety in the general population, *Mindfulness*, 8(5): 1339-1344.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N. and Ebrahimkhan, N. (2005). Psychometric properties of a persian-language version of the beck depression inventory second edition: BDI-II-Persian, *Depression and Anxiety*, 21(4): 185-192.
- Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M. and Flaxman, P. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire, *Behavior Therapy*, 45(1): 83-101
- Jo, D. and Yang, E. (2019). The role of present moment awareness and cognitive fusion with food craving in the relationship between depression and binge eating, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13: 126-133. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.08.001
- Jury, T.K., and Jose, P.E. (2019). Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression? *Mindfulness*, 10(6): 1091-1104.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy, *Behavior Therapy*, 35(4): 639-665.
- Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., Liu, B., Xie, J., Xu, S. and Li, M. (2019). Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and mental health outcomes among Chinese intensive care nurses, *Front Psychiatry*, 10: 1-12. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00260
- Hicks, L. M., Dayton, C. J., Brown, S., Muzik, M. and Raveau, H. (2018). Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents, *Mindfulness*, 9(5): 1604-1614.
- Hofmann, S. G. and Gomez, A. F (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression, *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4): 739-749.
- Mayer, B., Polak, M. G. and Remmerswaal, D. (2019). Mindfulness, interpretation bias, and levels of anxiety and depression: Two mediation studies, *Mindfulness*, 10(1): 55-65.

- Medvedev, O. N., Norden, P. A., Krägeloh, C. U. and Sigert, R. J. (2018). Investigating unique contributions of dispositional mindfulness facets to depression, anxiety, and stress in general and student populations, *Mindfulness*, 9(6): 1757–1767.
- Nigol, S. H. and Di Benedetto, M. (2020). The relationship between mindfulness facets, depression, pain severity and pain interference, *Psychology, Health & Medicine*, 25(1):53-63.
- Parmentier, F. B. R., Garcia-Toro, M., Garcia-Campayo, J., Yanez, A. M., Andres, P. and Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression, *Frontiers in Psychology*, 8(10): 1-10.
- Royuela-Colomer, E. and Calvete, E. (2016). Mindfulness facets and depression in adolescents: Rumination as a mediator, *Mindfulness*, 7(5): 1092–1102.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. and Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Shallcross, A. J. and Spruill, T. M. (2018). The Protective role of mindfulness in the relationship between perceived discrimination and depression, *Mindfulness*, 9(4): 1100–1109.
- Shambhu, D. S., Rajesh, S. K. and Subramanya, P. (2018). Relation between mindfulness and depression among adolescent orphans, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(11): 1-4.
- Stirman, S. W., Pontoski, K., Creed, T., Xhezo, R., Evans, A. C., Beck, A. T. and Crits-Christoph, P. (2017). A nonrandomized comparison of strategies for consultation in a community-academic training program to implement an evidence-based psychotherapy, *Administration and Policy in Mental Health*, 44(1): 55-66.
- Valvano, A., Floyd, R., Penwell-Waines, L., Stepleman, L., Lewis, K. and House, A. (2016). The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in people with multiple sclerosis, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4): 266-270.
- Xiang, X., Leggett, A., Himle, J. A. and Kales, H. C. (2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9): 939-949.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی

مهیا طاهری^۱ و مهناز علی‌اکبری دهکردی^{۲*}

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناسی منطقه ۱ شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرگروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت را تکمیل کردند. برای گروه آزمایش، برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج به‌دست آمده نشان داد که میزان احقاق جنسی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری پایدار مانده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی را افزایش دهد و درمانگران می‌توانند از این رویکرد برای بهبود رابطه زوجین و کاهش طلاق عاطفی استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: احقاق جنسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طلاق عاطفی.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
tmahya@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
aliakbaridehkordi@gmail.com

مقدمه

طلاق عاطفی^۱ از آسیب‌های مهمی است که خانواده با آن مواجه بوده و مهم‌ترین عامل از هم گسیختگی خانواده است (نریمانی، رحیمی و صداقت، ۱۳۹۷). این نابهنجاری در نظام خانواده اگرچه همیشه به جدایی زوجین منجر نمی‌شود و زن و شوهر بنا به دلایلی همچنان در یک محیط و در زیر یک سقف در کنار هم به زندگی مشغولند، اما زندگی آن‌ها به ازدواجی پوچ تبدیل می‌شود که فاقد عشق، مصاحبت و دوستی است (علوی لواسانی و احمدی، ۱۳۹۶). طلاق عاطفی مهم‌ترین تهدید علیه بنیان خانواده است و شناخت عوامل مؤثر و متأثر از آن جزء اولویت‌ها به‌شمار می‌رود. متغیرهای زیادی می‌توانند در ایجاد طلاق عاطفی نقش داشته باشند که در این میان می‌توان به ارتباط جنسی اشاره کرد (مؤمنی و آزادی فرد، ۱۳۹۵). عدم رضایت جنسی پیش‌بینی‌کننده معنادار طلاق عاطفی میان زوجین است (افتخاری، ۱۳۹۸) که می‌تواند در نهایت موجب طلاق و از هم گسستگی زندگی زناشویی شود (مؤمنی و آزادی فرد، ۱۳۹۵).

روابط جنسی رضایت‌بخش موجب تحکیم بنیان خانواده و بهبود روابط زوجین می‌شود (توانایی، آهی و منصوری، ۱۳۹۷). یکی از عوامل مهم رضایت‌مندی جنسی در روابط جنسی زنان با همسران شان، احقاق جنسی^۲ است. احقاق جنسی تأثیر معناداری بر رضایت جنسی دارد (اکلاند و هلم^۳، ۲۰۱۸) و می‌تواند وضعیت جنسی زنان را بهبود بخشد (کلرک، برگرون، براسارد، بلانگر، استبن و لمبرت^۴، ۲۰۱۵) و سلامت جنسی آن‌ها را افزایش دهد (ویدمن و گولین^۵، ۲۰۱۸).

احقاق جنسی می‌تواند در کاهش اختلافات بین زوجین مؤثر باشد (لامرز و استوکر^۶، ۲۰۱۹). در بسیاری از جوامع، زنان در احقاق جنسی خویش مشکل داشته و عزت نفس پایینی دارند. بنابراین، برایشان دشوار است که نیازهای خود را ابراز یا استقلال فردی خود را در

1. Emotional divorce
2. Sexual assertiveness
3. Eklund and Hjelm
4. Leclerc, Bergeron, Brassard, Bélanger, Steben and Lambert
5. Widman and Golin
6. Lammers and Stoker

رابطه زناشویی حفظ کنند. از سویی دیگر، احقاق جنسی نقش مهمی را در عملکرد و رضایت جنسی زوجین بازی می‌کند (سیدزاده اقدم، چیدری، وکیلان و رنجبران، ۱۳۹۵).
 نتایج مطالعات پیشین حاکی از آن است که احقاق جنسی بالاتر در زنان می‌تواند رضایت جنسی و زناشویی زنان را به صورت مثبت پیش‌بینی کند (ژانگ و ییپ^۱، ۲۰۱۸). یافته‌های پژوهش زارع‌نژاد (۱۳۹۵)، گویای این بود که هر چقدر احقاق جنسی کم‌تر باشد، تعارض زناشویی و دلزدگی زناشویی افزایش می‌یابد. نتایج حاصل از تحقیق اخگردوست (۱۳۹۸) نشان داد بین احقاق جنسی با رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. در پژوهش طاهری و علی اکبری دهکردی نیز، این نتیجه به دست آمد که با افزایش احقاق جنسی در زنان، طلاق عاطفی آن‌ها کاهش می‌یابد (طاهری و علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۷).

یکی از رویکردهای مناسب برای درمان مشکلات زناشویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ است که در بهبود روابط بین فردی زوجین با مشکلات زناشویی مؤثر است (وایب، جانسون، برگس موزر، داگلیش و تاسکا^۳، ۲۰۱۷). شش فرآیند اصلی در قالب یک فرآیند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزاء اصلی فرآیند تغییر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی شده است که عبارتند از: ۱- ارتباط با زمان حال^۴، ۲- پذیرش^۵، ۳- گسلش^۶، ۴- خود به عنوان زمینه^۷، ۵- ارزش‌ها^۸ و ۶- عمل متعهدانه^۹ (هیز و استورسال^{۱۰}، ۲۰۱۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هیز و لیلیز^{۱۱}، ۲۰۱۲).

1. Zhang and Yip
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. Wiebe, Johnson, Burgess-Moser, Dalglish, Lafontaine and Tasca
4. Communication with the present
5. reception
6. Defusion
7. Itself as the context
8. Values
9. Committed Action
10. Hayes and Storsahl
11. Lillis

۱۰۸ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی زنان (اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷)، بهبود عملکرد جنسی، جرأت ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان (طباطبایی، سجادیان و معتمدی، ۱۳۹۶)، بهبود رضایت زندگی و عملکرد جنسی زنان (بک‌چالاک و منصوری، ۱۳۹۶)، عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی (پیرانی، عباسی، کلوانی و نوربخش، ۱۳۹۵) و طلاق عاطفی و سرخوردگی زوجین (شهابی، ۱۳۹۸) تأثیرگذار است. با توجه به شیوع بالای طلاق عاطفی و با توجه به نقش مهمی که طلاق عاطفی در به خطر انداختن سلامت خانواده و جامعه دارد، طراحی راهبردهایی برای کاهش آسیب‌های طلاق عاطفی در جامعه، امری ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس و با توجه به کمبود مطالعات در زمینه بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهایی که به روابط جنسی زوجین دچار طلاق عاطفی پردازند، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی است.

روش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنانی بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۷ جهت مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره روان‌شناسی منطقه ۱ شهر تهران مراجعه کرده و بنا بر تشخیص روان‌شناسان مربوطه در وضعیت طلاق عاطفی بودند. از بین این افراد، ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شده و سپس با آرایش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، گذشت حداقل دو سال از زندگی زناشویی و کسب نمره پایین‌تر از ۵۰ در پرسشنامه احقاق جنسی. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت^۱: این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۲ دیوید فارلی هالبرت برای

1. Hurlbert's sexual assertiveness scale

سنجش میزان احقاق جنسی زنان در تعامل با دیگران تدوین کرد. این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. گزینه‌ها از هرگز تا همیشه درجه‌بندی شده است. نمره گذاری هر سؤال با توجه به گزینه انتخابی از ۰ تا ۴ است. دامنه نمرات آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بیشتر نشان‌دهنده احقاق جنسی زیاد و نمره کم بیان‌کننده احقاق جنسی اندک است. در اجرای شاخص جنسی هالبرت توسط دیوید فارلی هالبرت، اعتبار آزمون- بازآزمون، ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد (هالبرت و اپت^۱، ۱۹۹۲). شفیع (۱۳۸۴) با اجرای آن روی ۴۰ دانشجوی زن متأهل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و شاخص روایی محتوایی ساختار یافته با ثبات درونی ۰/۹۱ را گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۰ به دست آمد.

جلسات درمان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مفاهیم لو و مک کی (۱۳۹۷) و با انجام تغییراتی طراحی و طی ۸ هفته و هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی برای گروه آزمایش برگزار شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد:

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	بیان کلیات	برقراری رابطه درمانی و آشنایی با اعضای گروه	افزایش خودمهربانی	تمرین بحث گروهی و تعاملات
دوم	توصیف برنامه تغییر مراجع و کارایی آن	ایجاد درماندگی درباره موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل	افزایش نوع دوستی	تمرین توجه
سوم	کمک به مراجع برای کنترل وقایع شخصی	کمک به مراجع برای کنترل وقایع شخصی، افکار، خاطرات و پذیرش بدون کشمکش با آنها	افزایش ذهن آگاهی	تمرین گوش دادن فعال
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب	اجتناب از تجارب دردناک و تماس با آنها از طریق پذیرش	افزایش حفظ توجه	تمرین الگوها و نقش‌های مختلف در گروه
پنجم	آموزش قدم‌های پذیرش	بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل و تن آرامی	افزایش نظم جویی هیجانی	تمرین پذیرش مشکلات و ناراحتی‌ها

1. Hurlbert and Apt

۱۱۰ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه-ایجاد خود مشاهده گر	ایجاد خود مشاهده گر و جایگزینی خود واقعی بجای خود مفهوم سازی شده	افزایش خودکنترلی	تمرین جداسازی شناختی
هفتم	روشن نمودن ارزش‌های مراجع	توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها	کاهش خودقضاوتی	تمرین مفهوم بودن در زمان حال
هشتم	آموزش تعهد به عمل	ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها و مرور تکالیف و جمع بندی جلسات	کاهش انزوا و تشخیص افراطی	تمرین تعهد به اجرای تغییرات

روش

ابتدا افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه احقاق جنسی را تکمیل کردند. سپس برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ هفته (هر هفته ۱ جلسه) و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوجین (لو و مک کی، ۱۳۹۷) توسط محقق برای گروه آزمایش اجرا شد، ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از پایان دوره، مجدداً افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون شدند. همچنین بعد از دو ماه از اتمام جلسات آموزشی به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله، مجدداً از شرکت کنندگان ارزیابی انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. شایان ذکر است که پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت شد، از جمله اینکه شرکت‌کننده‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش، مطلع شدند. همچنین از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت و نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در پژوهش ۳۶/۵۳ سال بود. ۵۲ درصد از شرکت‌کنندگان

شاغل و ۴۸ درصد خانه‌دار بودند. همچنین ۱۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۱۳ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۴۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی نشد که ادعای نرمال بودن توزیع متغیرها پذیرفته شد. همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد که فرض کرویت ماچلی رعایت شده است و نتایج آزمون لوین نیز بیان‌کننده آن بود که فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری احقاق جنسی را در دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که بین نمرات پیش آزمون احقاق جنسی در گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت چشمگیری وجود ندارد، ولی در مرحله پس‌آزمون، نمرات احقاق جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری بالاتر است، همچنین در مرحله پیگیری نیز، نمرات احقاق جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری بالاتر است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری احقاق جنسی در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۳۸/۹۳	۹/۹۰	۳۹/۴۰	۸/۶۵	پیش‌آزمون
۳۸/۱۳	۸/۵۰	۵۱/۹۳	۹/۸۴	پس‌آزمون
۳۷/۶۰	۷/۵۴	۵۶/۱۳	۷/۱۴	پیگیری

با توجه به جدول (۳) چون سطح معناداری مربوط به مرحله، کم‌تر از ۰/۰۵ است، لذا می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمره‌های احقاق جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین با توجه به معناداری اثر متقابل مرحله و گروه و

۱۱۲ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

همچنین معناداری اثر گروه نتیجه می‌شود که میزان تغییرات احقاق جنسی در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در دو گروه کنترل و آزمایش یکسان نبوده است و میزان احقاق جنسی در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است و با توجه به مقدار مجذور اتا، ۷۳ درصد تغییرات در نمرات احقاق جنسی در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ناشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری احقاق جنسی

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مرحله	۹۷۰/۶۹	۲	۴۸۵/۳۴	۵۵/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
مرحله * گروه	۱۳۱۶/۴۷	۲	۶۵۸/۲۳	۷۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
گروه	۲۶۸۹/۶۰	۱	۲۶۸۹/۶۰	۱۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲

با توجه به جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات احقاق جنسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین بین میانگین نمرات احقاق جنسی در پیش‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین میانگین نمرات احقاق جنسی در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود ندارد، در نتیجه می‌توان گفت که میزان احقاق جنسی گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری افزایش یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری پایدار مانده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی LSD برای احقاق جنسی

تفاوت میانگین	خطا	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۲/۵۳*	۳/۱۴۶
پیش‌آزمون - پیگیری	۱۶/۷۳*	۳/۱۴۶
پس‌آزمون - پیگیری	۴/۲۰	۳/۱۴۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی در شهر تهران بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میزان احقاق جنسی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است و این افزایش در مرحله پیگیری پایدار مانده است ($P < 0/05$). در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش احقاق جنسی زنان دچار طلاق عاطفی مؤثر بوده است.

نتایج این پژوهش با یافته‌های اسدپور و ویسی (۱۳۹۷)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، بک‌چالاک و منصور (۱۳۹۶)، پیرانی و همکاران (۱۳۹۵) و ژانگ و ییپ (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مزیت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش به مراجعان برای تجربه کامل هیجان‌ها و احساس‌های جسمانی شان بدون هیچ گونه اجتناب و گام برداشتن در مسیر زندگی مبنی بر ارزش‌ها برای تغییر رفتار است. هدف صریح در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش تلاش برای کنترل درونی، اجتناب تجربه‌ای، افزایش کنترل رفتار و تمایل به تجربه کردن گستره‌ای از عواطف است. می‌توان بیان کرد که این شیوه باعث می‌شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت و سپس با ترمیم احساس ارزشمندی زندگی در زنان، زمینه برای افزایش سطح رضایت جنسی فراهم شود که بر اثر الگوهای رفتاری خشک و انعطاف‌ناپذیر پدید آمده است. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند به جای اینکه، از آن‌ها فاصله بگیرند. همچنین، به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته می‌شود و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف‌محور پیوند می‌دهد و از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۵). در طول جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه روش پذیرش احساسات بدون اقدام به مهار آن‌ها، باعث می‌شود که زنان احساسات جنسی خود را بهتر بپذیرند و اقدام به ابراز احساسات و تمایلات خود کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان اجتناب هیجانی، بهبود عکس‌العمل‌ها، شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تعهد نسبت به تغییرات رفتاری توانست به زنان کمک کند تا رابطه جنسی

خود را بهبود بخشند. به علاوه با به‌کارگیری مهارت‌های این رویکرد زنان توانستند مستقیماً و به ویژه در جلسات درمان با احساسات ناخوشایند سروکار داشته باشند و به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات نامطلوب، آن‌ها را تجربه کنند. در واقع این درمان پاسخ‌های صمیمانه و تبادل احساسات مثبت را در میان زنان افزایش داد. با به‌کارگیری مهارت گسلش زنان توانستند با تجربه‌های درونی و افکار و احساسات ناخوشایندی که دارند ارتباط برقرار کنند و برای اجتناب از آن‌ها درگیر الگوهای ارتباطی و رفتاری منفی نشوند و این‌گونه از ایجاد احساسات منفی مضاعف نیز جلوگیری شد، زیرا در واقع بسیاری از احساسات منفی و ناخوشایند در اثر تلاش آن‌ها برای اجتناب از احساسات، افکار و تجربه‌های نامطلوبی که داشته‌اند، ایجاد شده است. به علاوه آن‌ها آموختند که به جای تلاش برای حفظ احساسات ناخوشایند و اجتناب از احساسات ناخوشایند، تمرکز خود را بر کشف ارزش‌های فردی و زناشویی معطوف کنند. این فرایند به آن‌ها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه جنسی را در زندگی خود دریابند و تعامل‌های کلامی و غیرکلامی خود را با همسرشان افزایش دهند، در نتیجه باعث شد که قدرت ابراز وجود و احقاق جنسی در زنان افزایش یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این مطالعه در میان زنان انجام شده است، عدم حضور همسران در این پژوهش می‌تواند بر اثربخشی مداخله تأثیرگذار باشد. با توجه به بدیهی بودن نقش شوهر در ارتباط‌های زوجین و اهمیت ارتباط متقابل در صمیمیت جنسی، برای انجام مداخلات و آموزش‌هایی در این زمینه، حضور زوجین همراه با یکدیگر می‌تواند به اثربخشی بیشتر این مداخلات کمک کند. به منظور افزایش میزان تعمیم‌پذیری نتایج، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در شهرهای دیگر و در جامعه‌هایی با فرهنگ‌های متفاوت اجرا شود. همچنین با توجه به روند رو به رشد طلاق عاطفی در کشور پیشنهاد می‌شود توسط روان‌شناسان و متخصصان مربوطه، کارگاه‌های آموزشی در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان متأهل به منظور افزایش احقاق جنسی، کاهش طلاق عاطفی و بهبود رابطه زوجین برگزار شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه اساتید، شرکت کنندگان و مراکز مشاوره که به ما در این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- اسدپور، اسماعیل و ویسی، سعید (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۱(۷): ۸-۱۷.
- افتخاری، بهاره (۱۳۹۸). *پیش بینی طلاق عاطفی براساس میزان استفاده از شبکه های مجازی و رضایت جنسی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- اخگر دوست، وحید (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین میزان احقاق جنسی با رضایت زناشویی در زوجین دارای عضو معتلد در شهرستان مرودشت. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم انسانی
- بک چالاکی، نسرین و منصوری، احمد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی و عملکرد جنسی زنان. *مطالعات ناتوانی*. ۷(۱): ۸۹-۹۹.
- پیرانی، ذبیح، عباسی، مسلم، کلوانی، محمد و نوربخش، پریا (۱۳۹۵). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس جنسی، ناگویی خلقی و سازگاری زناشویی در همسران جانبازان. *طب جانباز*، ۹(۱): ۲۵-۳۲.
- توانایی، عاطفه، آهی، قاسم و منصوری، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲): ۵-۲۲.
- دژکام، محمدرضا (۱۳۹۵). مشاور روان شناسی خانواده. تهران: ذهن آویز.
- زارع نژاد، حمیده (۱۳۹۵). *رابطه ساده و چندگانه احقاق جنسی و نارضایتی جنسی با دلزدگی زناشویی زوجین با نقش واسطه ای تعارض زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- سیدزاده اقدم، نفیسه، چیدری، مینا، وکیلیان، کتایون و رنجبران، مهدی (۱۳۹۵). عوامل پیشگویی کننده احقاق جنسی در زنان شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۴۴): ۳۵۷-۳۶۱.

۱۱۶ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

شفیعی، پریسا (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متأهل ۲۰-۳۰ ساله ساکن در خوابگاه های شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

شهابی، آیلین (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های پذیرش و تعهد و حل مساله بر کاهش طلاق عاطفی و سرخوردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان. طاهری، مهیا و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۷). پیش بینی طلاق عاطفی بر اساس صمیمیت جنسی و احقاق جنسی. ششمین کنگره علمی پژوهشی توسعه و ترویج علوم تربیتی و روان شناسی ایران.

طباطبایی، امینه سادات، سجادیان، ایلناز و معتمدی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم رویی جنسی و جرات ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۱): ۸۴-۹۲.

علوی لواسانی، اکرم السادات و احمدی ظهور سلطانی، محسن (۱۳۹۶). همبستگی بدرفتاری در کودکی با طلاق عاطفی: نقش واسطه ای سبک های دلبستگی، طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۶(۴): ۴۹-۵۸.

فوجی، عادل و نادری، فرح (۱۳۹۵). رابطه مهارت های اجتماعی و اعتقادات مذهبی با طلاق عاطفی در مراجعین زن به مراکز روان شناختی شهر اهواز. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۷(۲۷): ۲۳-۳۶.

لو، آویجیل و مک کی، ماتيو (۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوجین. ترجمه حمید نجات و مهدی فروتن، تهران: فرا انگیزش.

مؤمنی، خدامراد و آزادی فرد، صدیقه (۱۳۹۵). رابطه دانش و نگرش جنسی و باورهای ارتباطی با طلاق عاطفی. دو فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۱(۲): ۳۴-۴۵.

نریمانی، محمد، رحیمی، سعید و صداقت، مهرناز (۱۳۹۷). پیش بینی طلاق عاطفی زوجین براساس الگوهای ارتباطی خانواده و ساختار انگیزشی، روان شناسی خانواده، ۵(۲): ۲۷-۳۸.

Akhgardoost, V. (2019). *The relationship between sexual orientation and marital satisfaction in addicted couple in Marvdasht*. Master thesis. Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Humanities

Alavi Lavasani, A. and Ahmadi Tahoor Soltani, M. (2017). Correlation of childhood maltreatment with emotional divorce: The mediating role of attachment styles, early maladaptive schemas, and difficulty in emotion regulation. *Journal of*

- Health Promotion Management*, 1 (1): 58-49.
- Asadpour, I. and Weissy, S. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem, and marital satisfaction in women with type 2 diabetes. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 21 (7): 8- 17.
- Bakchalaki, N. and Mansouri, A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on women's life satisfaction and sexual function. *Disability Studies*. 7, 1: 89-99.
- Dezhkam, M. (2016). *Family psychology advisor*. Tehran: Pendant Mind Publishing.
- Eftekhari, s. (2019). *Predicting emotional divorce based on virtual network usage and sexual satisfaction*. Master thesis. Islamic Azad University of Marvdasht.
- Eklund, R. and Hjelm, A. (2018). The role of sexual assertiveness in the relationship between attachment orientation and sexual satisfaction. *Clinical Psychology Program*, 8(2): 1-41.
- Fuji, A. and Naderi, F. (2016). The relationship between social skills and religious beliefs with emotional divorce in female clients in Ahvaz psychological centers. *Quarterly Journal of Women and Culture*, 7 (27): 23-36.
- Hayes, S.C. and Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy (Theory and Psychotrapy). *Amer psychological Assn*.
- Hayes, S.C., and Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*, New York: Springer science and Business Medio Inc.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. and Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hurlbert, D.F., and Apt, C. (1992). The femail sensation seeker and marital sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18(4): 315-24.
- Lammers, J. and Stoker, I. (2019). Power affects sexual assertiveness and sexual esteem equally in women and men. *Sexual Behavior*, 48(2): 645–652.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M. and Lambert, B. (2015). Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: a mediation model. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6): 1561-1572.
- Lou, A. and McKay, M. (2018). *Acceptance and commitment based therapy for couples*. Translated by Hamid Nejat and Mehdi Forutan, Tehran: Motivation. (In Persian).
- Momeni, K. and Azadifard, S.(2016). The relationship between sexual knowledge and attitude and communication beliefs with emotional divorce. *Journal of Pathology, Family Counseling and Enrichment*, 1 (2): 45-34.
- Narimani, M., Rahimi, S. and Sedaghat, M. (2018). Predicting couples' emotional divorce based on family communication patterns and motivational structure, *Family Psychology*, 5 (2): 27-38.
- Pirani, Z., Abbasi, M., Kalvani, M. and Nourbakhsh, P. (2016). The effect of

- acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem, personality and marital adjustment in veterans' wives. *disabled Medicine*, 9 (1): 25-32.
- Seyedzadeh Aghdam, Chizari, M., Vakilian, K. and Ranjbaran, M. (2016). Predictors of sexual orientation in women in Tehran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26 (144): 367-361.
- Shafi'i, P. (2005). *Investigating the relationship between the status, desire and sexual identity of married female students in the dormitories of tehran, 20-30 years old*. Master's Degree in Family Counseling, Tehran University of Teacher Education.
- Shahabi, A. (2019). *The effectiveness of acceptance, commitment and problem-solving skills training in reducing emotional divorce and frustration*. Master Thesis, Shahid Bahonar University of Kerman.
- Tabatabai, A., Sajjadian, I. and Motamedi, M. (2017). the effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, sexual impairment, and sexual assertiveness in women with sexual disorders. *Behavioral Sciences Research*, 15 (1): 92-84.
- Taheri, M. and Ali Akbari Dehkordi, M. (2018). *Predicting emotional divorce based on sexual intimacy and sexual orientation*. 6th Iranian Scientific Congress on Development and Promotion of Iranian Educational and Psychological Sciences.
- Tavanaii, Ahi, Q. and Mansouri, A. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy for sexual disorders and marital problems on the sexual dynamics and sexual attraction of women referred to family court. *Clinical Psychology Research and Counseling*, 8 (2): 5-22.
- Wells, K. and Sorel, J. (2012). *Living with chronic pain (acceptance-based approach)*. Translated by Fatemeh Masgarian, Tehran: Arjmand Publication. (In Persian).
- Widman, L. and Golin, C. (2018). Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: randomized controlled trial of an online program. *American Journal of Public Health*, 108(1): 96-102.
- Wiebe, S., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., Dalgleish, T., Lafontaine, M. and Tasca, G. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: an investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2): 227-244.
- Zarenejad, H. (2016). *The simple and multiple relationship between sexual satisfaction and sexual dissatisfaction with marital dissatisfaction with the mediating role of marital conflict*. m.sc. in psychology, Shahid Bahonar University of Kerman.
- Zhang, H. and Yip, P. (2018). Perceived and actual behavior in female sexual assertiveness: a within-couple analysis in hong kong. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(1): 87-95.

فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان: نقش محوری قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی

سید قاسم سید هاشمی*^۱، کبری فریدیان^۲، حجت محمودی^۳،
بهناز حسین‌زاده خانمیری^۴، المیرا احمدپور محله^۵، مهری
اعزازی^۶ و ابراهیم اعظمی^۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین آمادگی به اعتیاد نوجوانان بر اساس قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی طراحی شده است. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که ۳۵۶ نفر (۱۹۷ دختر و ۱۵۹ پسر) از دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر میاندوآب در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سیاهه مختصر بدتنظیمی روان‌شناختی، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد، مقیاس پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که آمادگی به اعتیاد با قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی (هیجانی، شناختی و رفتاری) رابطه مثبت و معنادار داشت. هم‌چنین، قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی با توان مطلوبی، آمادگی به اعتیاد نوجوانان را پیش‌بینی کردند. یافته‌های این مطالعه ضرورت توجه به متغیرهای قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی به‌عنوان عوامل سبب‌شناختی مهم در آمادگی به اعتیاد نوجوانان را نشان داد.

کلید واژه‌ها: اختلالات مرتبط با مصرف مواد، بدتنظیمی روان‌شناختی، قربانی‌شدن سایبری، قلدری سایبری، نوجوانان

۱. نویسنده مسئول: آموزگار مقطع ابتدایی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
seyedhashemi71@gmail.com

۲. آموزگار مقطع ابتدایی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور بناب، بناب، ایران
faridian.psych@gmail.com

۳. آموزگار مقطع ابتدایی، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
hojjat.mahmoudi1@gmail.com

۴. روان‌شناس مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان آذرشهر، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
hosseinzadeh.b1393@chmail.ir

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران
rahimloo.medi@yahoo.com

۶. استادیار مدیریت آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، مشهد، ایران
mehri_ezazi@yahoo.com

۷. آموزگار مقطع ابتدایی، کارشناسی ارشد تحقیقات آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
azami.ebrahim71@gmail.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که با تغییرات بیولوژیکی، روان‌شناختی و رفتاری همراه بوده، و این تغییر و تحولات رشدی باعث بروز واکنش‌های هیجانی شدید در نوجوانان می‌شود (شادر و بئوچین^۱، ۲۰۲۰) که آن‌ها را به انواع مشکلات و رفتارهای پرخطر چندگانه از جمله خشونت، سوء مصرف مواد، رفتارهای سایبری مشکل‌زا آسیب‌پذیر می‌کند (سرگی، امیرمن، چونگ، فالگرن، پوهالا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ هریس، استوارت، کرزیزانیاک، چاروها^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). اعتیاد به‌عنوان یک اختلال پیچیده سیستم عصبی، در افرادی به‌وجود می‌آید که آسیب‌پذیری‌های زیستی، روانی و اجتماعی خاصی دارند (سعادت، سید هاشمی، بافنده قراملکی، پورسید مهدی و عظیمی، ۲۰۱۹). میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان از جمعیت عمومی بیشتر است و سنین اوایل تا اواخر نوجوانی یک دوره خطرناک برای شروع مصرف مواد مخدر است که ممکن است در سنین ۱۸ تا ۲۵ سال به اوج خود برسد (آلکور و تامپس ون^۴، ۲۰۲۰)، و این نیازمند شروع تحقیقات سبب‌شناسی در این دوره برای انجام مداخلات مؤثر است.

قلدری و قربانی شدن سایبری^۵ یکی از متغیرهایی است که تحقیقات جدید نقش آن را در انواع مشکلات سلامت روانی، اعمال خشن و خصمانه و اختلالات مرتبط با مصرف مواد بررسی شدند (کوان، دیکسون، ریچاردسون، مک داوول^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). قلدری سایبری شامل اعمال و رفتارهایی می‌شود که از طریق رسانه‌های الکترونیکی یا دیجیتال توسط اشخاص یا گروه‌ها به‌صورت مکرر با پیام‌های خصمانه یا تهاجمی انجام شده و باعث آسیب یا ناراحتی به دیگران می‌شود (شاپکا و مقصودی^۷، ۲۰۱۷). طیف وسیعی از اصطلاحات از جمله آزار و اذیت سایبری^۸، قربانی سایبری^۱، آزار و اذیت آنلاین^۲ و مزاحمت الکترونیکی^۳

1. Shader and Beauchaine
2. Sorgi, Ammerman, Cheung, Fahlgren and Puhalla
3. Harris, Stewart, Krzyzaniak and Charuhas
4. United Nations Office on Drugs and Crime
5. Cyberbullying Victimization
6. Kwan, Dickson, Richardson and MacDowall
7. Shapka and Maghsoudi
8. Cyberharassment

برای توصیف این پدیده استفاده می‌شود (سیدهاشمی و حقیقتی، ۱۳۹۶). همه نوجوانانی که تجربه قلدری سایبری را در فضای مجازی دارند، نتایج منفی گزارش نمی‌دهند، اما در تحقیقات نشان داده شده است که قرارگرفتن در معرض قلدری سایبری با خلق افسردگی، انزوا و ناامیدی، خودکشی، عزت‌نفس پایین، اضطراب و تنهایی رابطه دارد (برونشتاین کلومک، بارزلی، آپتر، کارلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). کیم، اوکومو، کوچک، نیکولوا و منگو^۵ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای به صورت تجربی به آزمون چارچوب‌های نظری مرتبط با وابستگی همسالان، قربانی شدن قلدری، تنهایی و مصرف مواد (به‌ویژه مصرف دخانیات یا الکل) در میان نوجوانان پرداخته بودند، نتایج نشان داد که تنهایی به‌طور سهمی در ارتباط بین قربانی شدن قلدری و مصرف دخانیات و الکل میانجی‌گری می‌کند. هم‌چنین، در ارتباط با قربانی شدن قلدری سایبری، رایت (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین قربانی شدن سایبری و سوء مصرف الکل وجود داشت و حمایت اجتماعی (والدین، معلم‌ها و دوستان نزدیک) در رابطه با این متغیرها نقش میانجی داشت.

احتمالاً یک ارتباط دوطرفه‌ای بین رفتارهای سایبری مشکل‌زا (استفاده مشکل‌زا از اینترنت و قلدری سایبری) و اعتیاد به مواد مخدر باشد (زسیلا، اوروسز، کیرالی، یوربان^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، و بر طبق نظریه تراکنشی استرس و مقابله^۷، تأثیر قلدری سایبری فقط به رویداد بستگی ندارد، بلکه به شیوه پاسخگویی نوجوان به اوضاع نیز بستگی دارد (مالمان، دوماسلو لیسبو و زاناتا کالزا^۸، ۲۰۱۸؛ لازاروس و فولکمن^۹، ۱۹۸۴). شیوه پاسخگویی نوجوانان به عوامل استرس‌زا (به‌عنوان مثال، قلدری سایبری) می‌تواند تحت تأثیر تعداد بی‌شماری از عوامل از جمله وضعیت‌های روان‌شناختی و اختلالات زمینه‌ای در نوجوانان باشد (مالمان و همکاران، ۲۰۱۸). از این‌رو، نقش انواع بدنظیمی‌ها در ارتباط با قلدری‌های سایبری و آمادگی به اعتیاد

1. Cybervictimisation
2. Online harassment
3. Electronic bullying
4. Brunstein Klomek, Barzilay, Apter and Carli
5. Kim, Okumu, Small, Nikolova and Mengo
6. Zsila, Orosz, Király and Urbán
7. Transactional theory of stress and coping
8. Mallmann, de Macedo Lisboa and Zanatta Calza
9. Lazarus and Folkman

نوجوانان قابل بحث است (سننات، بلایس، لایویس، کارون و هئبرت^۱، ۲۰۱۸) که در این پژوهش نقش بدتنظیمی روان‌شناختی^۲ نوجوانان به‌عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار بررسی می‌شود. بدتنظیمی روان‌شناختی به‌صورت ناتوانی و مشکل در کنترل مطلوب و هدایت شده شناخت و رفتار و واکنش‌های هیجانی فرد برای رسیدن به هدف مورد نظر تعریف می‌شود (میزیح، تاتار، گیانکولا و کریسکی^۳، ۲۰۰۱)، و بسیار شبیه به مفهوم خودتنظیمی یا خودکنترلی است که در افراد بزرگسال مطالعه شده است، با این تفاوت که بدتنظیمی روان‌شناختی هم شامل ابعاد شناختی و هم رفتاری و هیجانی هست (شالچی، سید هاشمی، فریدیان، حسین‌زاده و رحیملو، ۱۳۹۸). در مطالعه‌ای سعادت و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که استرس می‌تواند در رابطه بین بدتنظیمی روان‌شناختی و آمادگی به اعتیاد دانش‌آموزان میانجی‌گری کند. همچنین، مشکلات بدتنظیمی و پریشانی روان‌شناختی در نوجوانان می‌تواند زمینه را برای قربانی شدن سایبری و به تبع آن انواع مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی (مثل اعتیاد به مواد مخدر) فراهم کند (سننات و همکاران، ۲۰۱۸). به‌طور کلی نوجوانی یکی از دوره‌های مهم و حساس در گرایش به انواع مواد مخدر و رفتارهای پرخطر هست (شادر و بئوچین، ۲۰۲۰) که ضروری است مطالعات به بررسی علل و عوامل مرتبط با این رفتارها اقدام کنند. یافته‌های مطالعات قبلی نشان داده‌اند که اختلالات روان‌شناختی و مشکلات سلامت روانی با قربانی شدن و قلدری سایبری در نوجوانان مرتبط است (سننات و همکاران، ۲۰۱۸) و در برخی مطالعات نیز نقش پیش‌بینی‌کننده اعتیاد مواد مخدر و اعتیاد در قلدری و قربانی شدن سنتی و سایبری در نوجوانان نشان داده شده است (زسیلا و همکاران، ۲۰۱۸). اما محدود مطالعاتی، نقش انواع بدتنظیمی‌ها (شناختی، رفتاری و هیجانی) به همراه قربانی شدن و قلدری سایبری بر آمادگی به اعتیاد نوجوانان را بررسی کرده‌اند. با توجه شیوع بالای انواع قلدری و قربانی شدن سایبری در نوجوانان ایرانی (جاهوری، بیورکوویست و اُسترمن^۴، ۲۰۱۵) و اهمیت تبیین عوامل سبب‌شناسی مرتبط با اعتیاد در نوجوانان، مطالعه حاضر برای اولین بار در جامعه ایرانی با هدف تبیین آمادگی به اعتیاد دانش‌آموزان بر اساس قلدری/قربانی شدن سایبری و

1. Cénat, Blais, Lavoie, Caron and Hébert
2. Psychological dysregulation
3. Mezzich, Tarter, Giancola and Kirisci
4. Jaghoory, Björkqvist and Österman

بدتنظیمی روان‌شناختی اجرا شد، و این فرضیه ارائه می‌شود که قلدری/قربانی شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان هست.

روش

این پژوهش یک مطالعه مقطعی- توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر میاندوآب (۳۱۴۴ دختر و ۳۱۵۱ پسر) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین دانش‌آموزان بر اساس منطقه شهری و مدارس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۶۱ نفر برآورد شد که به علت مخدوش بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها ۳۵۶ نفر وارد تحلیل شدند. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که در ابتدا از بین دو منطقه شهری، منطقه ۱ انتخاب شد و سپس از میان ۱۶ مدرسه (۹ دخترانه و ۷ پسرانه) این منطقه، ۵ مدرسه (۳ دخترانه و ۲ پسرانه) به‌طور تصادفی انتخاب شد و در نهایت از میان پایه‌های تحصیلی اول تا سوم به‌صورت تصادفی پرسشنامه‌های پژوهش در میان ۱۹۸ دختر و ۱۶۳ پسر اجرا شدند. به این صورت که بعد از کسب اجازه از معلمان محترم، در زمان پایانی کلاس‌ها توضیحاتی درباره هدف پژوهش و گمنام بودن افراد شرکت‌کننده داده شد، و به دانش‌آموزان گفته شد که در هر زمان که مایل باشند حق خروج از پژوهش را دارند. ضمناً معیارهای ورود شامل دانش‌آموز دوره دوم متوسطه بودن، استفاده ممتد در شش ماه گذشته از اینترنت و سایت‌های شبکه‌های اجتماعی و عدم ابتلاء اختلالات حاد روانپزشکی همزمان بود که در صورت تخطی از این موارد، از مطالعه کنار گذاشته می‌شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

سیاهه مختصر بدتنظیمی^۱ (ADI): یک پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای است که توسط میزیچ و همکاران (۲۰۰۱) برای اندازه‌گیری بدتنظیمی روان‌شناختی نوجوانان در سه بُعد بدتنظیمی هیجانی/عاطفی (۱۰ گویه)، رفتاری (۱۰ گویه) و شناختی (۱۰ گویه) طراحی شده است. میزیچ و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این سیاهه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های هیجانی،

۱۲۴ فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان ...

رفتاری و شناختی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۱ گزارش دادند و روایی آن از طریق تحلیل عاملی تأییدی در سه عامل تأیید شده است. همچنین بدتنظیمی هیجانی با مقیاس اضطراب صفت-حالت ($p < 0/001$, $r = 0/55$)، بدتنظیمی رفتاری با مقیاس پرخاشگری باس و پرس^۱ ($r = 0/59$, $p < 0/001$)، و بدتنظیمی شناختی با مقیاس کارکردهای شناختی اجرایی ($r = -0/21$, $p < 0/001$) همبستگی داشت. شیوه نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت در ۴ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) است. در ایران شالچی و همکاران (۱۳۹۸) پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه زیرمقیاس بدتنظیمی رفتاری، شناختی و هیجانی و نمره کل به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۸، ۰/۸۵، و ۰/۹۵، و روایی سازه آن توسط تحلیل عاملی تأییدی از برآزش مطلوبی برخوردار بوده و بار عاملی گویه‌های این سیاهه را بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش دادند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد بدتنظیمی رفتاری، شناختی، هیجانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد^۲ (IAPS): یک مقیاس ۴۱ گویه‌ای است که توسط زرگر (۱۳۸۵) برای اندازه‌گیری آمادگی به اعتیاد نوجوانان در دو عامل آمادگی منفعل (۹ گویه) و آمادگی فعال (۲۷ گویه) به همراه ۵ گویه دروغ‌سنج طراحی شده است. نمره‌گذاری هر گویه بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. در عامل آمادگی فعال، گویه‌ها در ارتباط با رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد و هیجان‌خواهی بوده و در عامل آمادگی منفعل، گویه‌ها مربوط به عدم ابراز وجود می‌شود. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ و عامل آمادگی به اعتیاد فعال ۰/۹۱ و عامل آمادگی به اعتیاد منفعل ۰/۷۵ گزارش شده است (زرگر، ۱۳۸۵). برای بررسی اعتبار سازه ضریب همبستگی بین مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد با مقیاس SCL-25 محاسبه شد که معنادار بود ($p < 0/001$, $r = 0/45$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و عامل‌های آمادگی فعال و منفعل به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری^۳: یک مقیاس ۲۴ گویه‌ای است که

1. Buss Perry Aggression
2. Iranian addiction potential scale
3. Cyber-aggression and cyber-victimization scale

توسط شاپکا و مقصودی در سال ۲۰۱۷ برای اندازه‌گیری مشکلات مرتبط با قلدری سایبری طراحی شده است. اعتباره سازه‌ای این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار ۲ عامل پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری در ۱۲ گویه برای هر زیرمقیاس تأیید شد. نمره‌گذاری این ابزار بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرخاشگری و قربانی‌شدن سایبری و مقیاس کلی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ بود. همچنین، پرخاشگری سایبری با مقیاس پرخاشگری آشکار و پرخاشگری ارتباطی^۱ همبستگی مثبت، و قربانی‌شدن سایبری با اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت داشت. هنجاریابی این مقیاس را در جامعه ایرانی سیدهاشمی و سعادت (۱۳۹۶) انجام شده است، تجزیه و تحلیل اعتباری مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است، اعتبار درونی بالایی برای مقیاس کلی ۰/۹۳ و زیرمقیاس‌های ارتکاب پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مطلوب بوده، و اعتبار کلی آزمون و باز آزمون با فاصله زمانی یک ماه بالا بود ($r = 0/87$ ، $p < 0/01$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های پرخاشگری و قربانی‌شدن سایبری به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، و آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد ۳۵۶ نفر دانش‌آموز (۱۹۷ دختر و ۱۵۹ پسر) با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال و میانگین و انحراف معیار سنی $16/21 \pm 2/04$ سال در این مطالعه شرکت داشتند. اطلاعات مربوط به تحصیلات دانش‌آموزان در دوره دوم متوسطه و در ۳ پایه تحصیلی دهم، یازدهم، دوازدهم؛ و ۴ رشته تحصیلی ادبیات و علوم انسانی، فنی و حرفه‌ای، علوم تجربی، و ریاضی و فیزیک به دست آمد. آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Overt aggression and relational aggression

۱۲۶ فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان ...

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (n= ۳۵۶)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
آمادگی به اعتیاد	۳۴/۰۳	۱۱/۶۹	۰/۴۸	-۰/۲۲
آمادگی فعال	۲۱/۲۹	۸/۸۰	۰/۶۹	-۰/۰۲
آمادگی منفعل	۱۲/۷۵	۴/۰۳	۰/۰۴	-۰/۵۱
بدتنظیمی روان‌شناختی	۳۰/۸۱	۱۰/۹۷	۰/۲۹	-۰/۶۳
بدتنظیمی هیجانی	۱۰/۱۵	۴/۵۵	۰/۴۸	-۰/۱۵
بدتنظیمی شناختی	۱۰/۱۱	۴/۸۲	۰/۱۷	-۰/۹۶
بدتنظیمی رفتاری	۱۰/۶۶	۴/۵۶	۰/۶۵	-۰/۰۵
پرخاشگری سایبری	۶/۹۰	۴/۹۲	۰/۸۴	۰/۱۸
قربانی شدن سایبری	۶/۷۱	۵/۳۳	۱/۰۱	۰/۷۶

پیش‌فرض‌های آماری (نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها، روابط خطی بین متغیرها و یکسانی و همگنی پراکندگی) برای استفاده از تحلیل همبستگی استفاده شده است که در بخش تحلیل رگرسیون ارائه شده است. ماتریس همبستگی مربوط به جدول ۲ نشان می‌دهد که آمادگی به اعتیاد در نوجوانان با پرخاشگری سایبری ($r=0/52, p<0/01$)، قربانی شدن سایبری ($r=0/01, p<0/01$)، و بدتنظیمی روان‌شناختی ($r=0/48, p<0/01$) رابطه مثبت و معناداری داشتند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ($P < 0/01$)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. آمادگی به اعتیاد	۱								
۲. آمادگی فعال	۰/۹۳	۱							
۳. آمادگی منفعل	۰/۷۹	۰/۶۰	۱						
۴. بدتنظیمی روان‌شناختی	۰/۴۸	۰/۴۶	۰/۳۹	۱					
۵. بدتنظیمی هیجانی	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۳	۰/۷۹	۱				
۶. بدتنظیمی شناختی	۰/۳۷	۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۷۲	۰/۳۷	۱			
۷. بدتنظیمی رفتاری	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۲۶	۰/۸۱	۰/۵۸	۰/۳۸	۱		
۸. پرخاشگری سایبری	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۳۸	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۳۸	۰/۳۱	۱	
۹. قربانی شدن سایبری	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۳۹	۰/۵۱	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۳۳	۰/۷۶	۱

یادداشت: همه متغیرها در سطح $P > 0/01$ معنادار بودند.

برای بررسی مفروضه چند هم خطی از شاخص‌های تحمل^۱ و عامل تورم واریانس^۲ (VIF) استفاده شد، در این پژوهش ارزش شاخص تحمل بیشتر از ۰/۱ و شاخص VIF کم‌تر از ۱۰ محاسبه شد که از این مفروضه تخطی نشده است. هم‌چنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین- واتسون استفاده شده است، اگر این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار گیرد از این مفروضه تخطی نشده است. این آماره در متغیرهای پرخاشگری و قربانی‌شدن سایبری ۱/۸۰ و بدتنظیمی روان‌شناختی ۱/۸۰ به دست آمده است که فرض استقلال خطاها پذیرفته است. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد که در مقادیر ± 1 و قابل قبول است (جدول ۱). برای بررسی داده‌های پرت از آزمون ماهالانویس استفاده شد که حداقل و حداکثر آن برای متغیرهای پرخاشگری و قربانی‌شدن سایبری ۰/۱۱۲ و ۱۲/۸۹ و بدتنظیمی روان‌شناختی ۰/۳۹۱ و ۱۴/۶۳ بود، و میزان آن کم‌تر از مقدار بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۰۱ بوده است (مقدار بحرانی مجذور کای با در نظر گرفتن تعداد ۲ و ۳ متغیر پیش‌بین به ترتیب مقادیر ۱۳/۸۲ و ۱۶/۲۷ بوده است) که حاکی از نبود داده‌های پرت در مطالعه است. برای بررسی نرمال بودن توزیع خطاها از نمودار هیستوگرام استفاده شد. برای هر دو متغیر وابسته میانگین این توزیع صفر بوده و انحراف معیار آن نزدیک به یک بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خطاها دارای توزیع نرمال هستند. برای تعیین سهم پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری در پیش‌بینی میزان آمادگی به اعتیاد نوجوانان از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش ورود همزمان استفاده شد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون تحلیل واریانس معنادار بوده ($F=91/08$; $R^2=0/34$); $P<0/001$ و ۳۴ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد بر اساس پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری تبیین می‌شود. هم‌چنین، ضرایب رگرسیونی محاسبه شده حکایت از آن دارند که پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری به ترتیب با مقادیر ($\beta=0/22$) و ($\beta=0/39$) توانستند تغییرات مربوط به آمادگی به اعتیاد نوجوانان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند.

1. Tolerance
2. Variance Inflation Factor

۱۲۸ فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان ...

جدول ۳: پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از طریق پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری

مدل	R	R ²	F	P	B	S.E	β	t	P
مقدار ثابت					۲۴/۵۵	۰/۸۸۲	-	۲۷/۸۴	۰/۰۰۱
پرخاشگری سایبری	۰/۵۸	۰/۳۴	۹۱/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۱۵۹	۰/۲۲۹	۳/۴۱	۰/۰۰۱
قربانی‌شدن سایبری					۰/۸۵	۰/۱۴۷	۰/۳۹۰	۵/۸۱	۰/۰۰۱

برای تعیین سهم ابعاد بدتنظیمی روان‌شناختی (رفتاری، شناختی و هیجانی) در پیش‌بینی میزان آمادگی به اعتیاد نوجوانان از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش ورود همزمان استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون تحلیل واریانس معنادار بوده ($R^2=0/23$; $F=35/14$; $P<0/001$) و ۲۳/۱ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد بر اساس بدتنظیمی روان‌شناختی تبیین می‌شود. همچنین، ضرایب رگرسیونی محاسبه شده حکایت از آن دارند که بدتنظیمی رفتاری و بدتنظیمی هیجانی به ترتیب با مقادیر $(\beta=0/25)$ و $(\beta=0/30)$ توانستند تغییرات مربوط به آمادگی به اعتیاد نوجوانان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند.

جدول ۴: پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از طریق بدتنظیمی روان‌شناختی

مدل	R	R ²	F	P	B	S.E	β	t	P
مقدار ثابت					۱۸/۴۵	۱/۶۴	-	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱
بدتنظیمی رفتاری	۰/۴۸	۰/۲۳	۳۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۱۳	۰/۲۵	۴/۸۹	۰/۰۰۱
بدتنظیمی شناختی					۰/۰۸	۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۵۹	۰/۵۵
بدتنظیمی هیجانی					۰/۷۷	۰/۱۵	۰/۳۰	۵/۱۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تبیین آمادگی به اعتیاد نوجوانان بر اساس قلدری/قربانی‌شدن سایبری و بدتنظیمی روان‌شناختی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که قلدری/قربانی‌شدن سایبری با آمادگی به اعتیاد، همبستگی مثبتی داشته و قلدری/قربانی‌شدن سایبری به‌طور معناداری توانستند آمادگی به اعتیاد را در نوجوانان پیش‌بینی و تبیین کنند. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات کیم (۲۰۱۸)، رایت (۲۰۱۶) زسیلا و همکاران (۲۰۱۸) و سننات و همکاران

(۲۰۱۸) است. قلدری- قربانی شدن سایبری می‌تواند به صورت دوجانبه بر انواع رفتارهای پرخطر (به‌ویژه اختلالات مرتبط با مصرف مواد) و مشکلات رفتاری نوجوانان تأثیر بگذارد. با توجه به نظریه تراکنشی استرس و مقابله، نوجوانانی که در فضای سایبری انواع رفتارهای سایبری پرخطر و مشکل‌زا را تجربه می‌کنند، ممکن است با استرس و فشار روانی زیادی مواجه می‌شوند که برای رهایی از این وضعیت، از انواع مواد مخدر و الکل به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده کنند (مالمان و همکاران، ۲۰۱۸؛ سنات و همکاران، ۲۰۱۸)، و این رفتارها (اعتیاد به مواد مخدر و قلدری- قربانی شدن سایبری) یکدیگر را تقویت کرده و به سایر مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان منجر شود. رفتار قلدری سایبری بر حیطه‌های مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی فرد قلدر تأثیر سوء می‌گذارد (زسیلا و همکاران، ۲۰۱۸). افراد قلدر معمولاً توان مهار رفتار خود را ندارند و چنین ناسازگاری‌های رفتاری، در زندگی روزانه و رابطه با دوستان اختلال ایجاد می‌کند. احساسات تجربه‌شده توسط قربانیان، بسیار دردناک و اثر آن ماندنی است (برونشتاین کلومک و همکاران، ۲۰۱۹). رفتارهای قلدری چنانچه متوقف نشوند، می‌توانند به رفتارهای انحرافی و ضداجتماعی تبدیل شوند (کوان و همکاران، ۲۰۲۰). قلدری کردن در سنین پایین چنان مخرب است که اثرات آن تا بزرگسالی باقی می‌ماند، و افرادی که در سنین پایین قلدری می‌کنند از سلامت جسمانی کم‌تری برخوردارند و احتمال ابتلای آن‌ها به افسردگی، اختلالات اضطراب و ایده‌پردازی خودکشی در سن بعدی بیشتر است (برونشتاین کلومک و همکاران، ۲۰۱۹). همسو با نتایج پژوهش حاضر، سیدهاشمی و حقیقتی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای که به صورت مروری، ادبیات مربوط به اثرات قلدری سایبری بر سلامت نوجوانان را بررسی کرده بودند، گزارش داد که قلدری سایبری تهدیدی برای سلامت نوجوانان است و در تعداد زیادی از مطالعات، همبستگی منفی معناداری بین درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای قلدرمآبانه سایبری و شاخص‌های سلامت وجود داشت. نوجوانانی که با قلدری سایبری مواجهه و قربانی شده بودند، افزایش افسردگی، اضطراب، تنهایی، رفتار خودکشی و نشانه‌های جسمی را گزارش داده‌اند و در افراد مرتکب قلدری سایبری، احتمال افزایش مصرف مواد مخدر، پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه گزارش شده بود.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بدتنظیمی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن با

۱۳۰ فضای سایبری و گرایش به اعتیاد در نوجوانان ...

آمادگی به اعتیاد، همبستگی مثبتی داشته و مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی و بدتنظیمی رفتاری به‌طور معناداری توانستند آمادگی به اعتیاد را در نوجوانان پیش‌بینی و تبیین کنند، این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات سعادت و همکاران (۲۰۱۹)، هریس و همکاران (۲۰۱۷) است. بدتنظیمی روان‌شناختی می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی نوجوانان را تحت تأثیر قرار دهد و با مشکلات روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر همراه باشد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، هریس و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای که نقش میانجی بدتنظیمی روان‌شناختی در رابطه بین زیاده‌روی در نوشیدن الکل و پیامدهای مرتبط با آن را در نوجوانان بررسی کرده بودند، نتایج آن‌ها نشان داد که نوجوانانی که با وجود پیامدها و نتایج منفی مبادرت به نوشیدن مقدار زیاد الکل می‌کنند، از لحاظ هیجانی، رفتاری و شناختی بدتنظیمی بیشتری داشتند. در ارتباط با اختلالات مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی، تحقیقات نشان داده‌اند که مشکلات و بدتنظیمی‌های هیجانی به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده در این رفتارها است و افراد با مشکلات و بدتنظیمی هیجانی و رفتاری، به‌احتمال زیاد بر استراتژی‌های ناسازگارانه و تکانشی برای تنظیم هیجان‌ات و رفتارهای منفی خود تکیه می‌کنند (سرگی و همکاران، ۲۰۲۰). در یک تبیین کلی از نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که احتمالاً نوجوانانی که دارای بدتنظیمی روان‌شناختی هستند و نمی‌توانند به‌طور مناسبی هیجان‌ها، رفتارها و شناخت‌هایشان را تنظیم کنند، در فضای بدون محدودیت سایبری فرصت مناسبی برای آن‌ها به‌وجود می‌آید که تکانه‌های خود را ابراز و به رفتارهای پاتولوژیکال و مشکل‌زای قلدری و قربانی‌شدن سایبری اقدام کنند (مالمان و همکاران، ۲۰۱۸؛ سننات و همکاران، ۲۰۱۸). قلدری و قربانی‌شدن سایبری نیز با انواع مشکلات و پریشانی‌های روان‌شناختی (از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، احساس گناه و شرم) همراه هست (برونشتاین کلومک و همکاران، ۲۰۱۹) و این نوجوانان به‌طور ناسازگارانه برای مقابله با پریشانی‌ها و حالت‌های منفی روان‌شناختی از مواد مخدر استفاده کرده و به اعتیاد به مواد مخدر آسیب‌پذیر می‌شوند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه مورد مطالعه آن اشاره کرد که تنها از دانش‌آموزان متوسطه دوره دوم شهر میاندوآب نمونه‌گیری شده بود و با توجه به تفاوت و تنوع فرهنگی جامعه ایرانی، باید در تعمیم آن به همه نوجوانان ایرانی احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که متغیرهای پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر و بر روی گروه‌های بالینی از نوجوانان

درگیر در مشکلات اعتیادی و رفتارهای سایبری مشکل‌زا اجرا شود تا اطلاعات دقیق‌تری در این زمینه کسب شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آتی با تکیه بر یافته‌های مطالعه حاضر که در ارتباط با نقش سبب‌شناختی متغیرهای بدتنظیمی روان‌شناختی و قلدری/قربانی‌شدن سایبری در گرایش به اعتیاد نوجوانان مشخص شد، به طراحی برنامه‌های آموزشی توانمندسازی نوجوانان در سطح مدارس و خانواده‌ها اقدام کنند.

سپاس‌گزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از تمامی دانش‌آموزانی که وقت گران‌بهای خود را جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار ما قرار دادند، اعلام کنند.

منابع

- زرگر، یدالله (۱۳۸۵). طراحی فرم ایرانی مقیاس آمادگی به اعتیاد. دومین کنفرانس انجمن روان‌شناسی ایران، ۴۰۱-۳۹۸.
- سیدهاشمی، سیدقاسم و حقیقتی، فروغ (۱۳۹۶). سایت‌های شبکه‌های اجتماعی و مشکلات سلامت روانی در نوجوانان: با تأکید بر نقش محوری مزاحمت سایبری، چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران؛ برگرفته از https://www.civilica.com/Paper-PSYCHO04-PSYCHO04_257.html
- سیدهاشمی، سیدقاسم و سعادت، سیدحسن (۱۳۹۶). ساختار عاملی و هنجاریابی نسخه فارسی مقیاس پرخاشگری سایبری و قربانی‌شدن سایبری در جامعه ایرانی. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).
- شالچی، بهزاد.، سیدهاشمی، سیدقاسم.، فریدیان، کبری.، حسین‌زاده، بهناز و رحیم‌لو، مهدی (۱۳۹۸). درستی آزمایی و قابلیت اعتماد نسخه فارسی سیاهه بدتنظیمی روان‌شناختی در بین نوجوانان. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۸(۸۰): ۹۷۱-۹۸۰.
- Brunstein Klomek, A., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M. and Kaess, M. (2019). Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60 (2): 209-215.
- Cénat, J. M., Blais, M., Lavoie, F., Caron, P. O. and Hébert, M. (2018). Cyberbullying victimization and substance use among Quebec high schools

- students: The mediating role of psychological distress. *Computers in Human Behavior*, 89 (1): 207-212.
- Drodi, J. and Basharpour, S. (2019). Examining the relationship between dimensions of anger and personality deviance features and cyber aggression. *Journal of Psychological Studies*, 15 (1): 97-112 (Text in Persian).
- Harris, J. S., Stewart, D. G., Krzyzaniak, S. L., Charuhas, J. P., Moon, K. C., Holdren, A. L. and Joy, S. A. (2017). Binge drinking despite consequences: The role of psychological dysregulation. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26 (2): 103-110.
- Jaghoory, H., Björkqvist, K. and Österman, K. (2015). Cyberbullying among adolescents: A comparison between Iran and Finland. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 3 (1): 265-272.
- Kim, Y. K., Okumu, M., Small, E., Nikolova, S. P. and Mengo, C. (2018). The association between school bullying victimization and substance use among adolescents in Malawi: The mediating effect of loneliness. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1 (1): 1-9.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Mallmann, C. L., de Macedo Lisboa, C. S. and Zanatta Calza, T. (2018). Cyberbullying and coping strategies in adolescents from Southern Brazil. *Acta Colombiana de Psicología*, 21 (1): 13-43.
- Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Giancola, P. R. and Kirisci, L. (2001). The dysregulation inventory: A new scale to assess the risk for substance use disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10 (4): 35-43.
- Saadat, S. H. and Seyed hashemi, S. G. (2017). *Factor structure and standardization of the Persian version of cyber-aggression and cyber-victimization scale in Iranian population*. Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran: Iran (Text in Persian).
- Saadat, S. H., Seyed Hashemi, S. G., Bafandeh Garamaleki, H., Pourseyed Mahdi, R. and Azimi, M. (2019). The Explanation of students' addiction potential based on psychological dysregulation (behavioral, cognitive, and emotional): With perceived stress mediation. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 7 (2): 116-121.
- Seyed hashemi, S. G. and Haghghiati, F. (2017). Social networking sites and mental health problems in adolescents: with emphasis on the central role of cyberbullying. *4th International Conference on Recent Innovations in Psychology*, Tehran: Iran (Text in Persian).
- Shader, T. and Beauchaine, T. P. (2020). Emotion dysregulation and externalizing spectrum disorders. In T. P. Beauchaine & S. E. Crowell (Eds.), *The Oxford handbook of emotion dysregulation*. New York, NY: Oxford University Press.

- Shalchi, B., Seyed hashemi, S. G., Faridian, K., Hosseinzadeh Khanmiri, B. and Rahimlou, M. (2019). Validity and reliability of the persian version of psychological dysregulation inventory among adolescents. *Journal of Psychoscience*, 18 (80): 971-980 (Text in Persian).
- Shapka, J. D. and Maghsoudi, R. (2017). Examining the validity and reliability of the cyber-aggression and cyber-victimization scale. *Computers in Human Behavior*, 69 (1): 10-17.
- Sorgi, K. M., Ammerman, B. A., Cheung, J. C., Fahlgren, M. K., Puhalla, A. A. and McCloskey, M. S. (2020). Relationships between non-suicidal self-injury and other maladaptive behaviors: beyond difficulties in emotion regulation. *Archives of suicide research*, 24 (1): 1-22.
- Alcover, K. C. and Thompson, C. L. (2020). Patterns of mean age at drug use initiation among adolescents and emerging adults, 2004-2017. *JAMA pediatrics*, 147 (7): 725-725.
- Wright, M. F. (2016). Cybervictimization and substance use among adolescents: The moderation of perceived social support. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16 (1-2):, 93-112.
- Zargar, Y. (2006). Developing the Iranian form of addiction potential scale. In *The Second Conference of Psychology Association of Iran*, pp. 398-401 (Text in Persian).
- Zsila, Á., Orosz, G., Király, O., Urbán, R., Ujhelyi, A., Jármi, É. and Demetrovics, Z. (2018). Psychoactive substance use and problematic internet use as predictors of bullying and cyberbullying victimization. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16 (2): 466-479.
- Kwan, I., Dickson, K., Richardson, M., MacDowall, W., Burchett, H., Stansfield, C., and Thomas, J. (2020). Cyberbullying and children and young people's mental health: a systematic map of systematic reviews. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23 (2): 72-82.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی

سیمین سیافی^۱، نعمت ستوده اصل^{۲*}
و مرتضی ابراهیمی و رکیانی^۳

چکیده

خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی می‌تواند در کاهش علائم بیماری کرونر قلبی، که یک بیماری روانی - فیزیولوژیک است، نقش مهمی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی در شهر قزوین انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی قلب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هرکدام به ۱۵ نفر تخصیص یافتند. در اجرای پژوهش از پرسشنامه‌های خودتنظیم‌گری ایباز و پرسشنامه رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی جارسما استفاده شد. مداخلات درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی انجام شد، اما بر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود رفتارهای خودمراقبتی و خودتنظیم‌گری هیجانی در بیماران مبتلا به عروق کرونر می‌شود و پیشنهاد می‌شود به‌عنوان یک درمان تکمیلی در مراکز درمانی مرتبط به آن توصیه شود. **کلیدواژه‌ها:** بیماران کرونر قلبی، خودتنظیم‌گری، خودمراقبتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان. Siminsayaf@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان. Sotodeh1@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی، دکتری تخصصی، گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، قزوین. Varkiani28304@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. شناسایی عوامل خطر در این بیماری‌ها مانند چاقی، عدم فعالیت و رژیم غذایی نامناسب و انجام مداخلات غیردارویی مثل تغییر سبک زندگی و آموزش‌های روان‌شناختی در بهبود این بیماری‌ها تأثیر دارد (دشتی خویدکی و خلیلی، ۲۰۱۶). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و عصبانیت همراه با مهارت‌های ضعیف کنار آمدن و حمایت اجتماعی کم در بیماری قلبی و عروقی دخالت دارند (بارلو و دوراند^۱، ۲۰۱۵، ترجمه فیروزبخت، ۲۰۱۹). هم‌چنین بازداری اجتماعی و عاطفه منفی به افزایش آسیب‌پذیری و پریشانی‌های هیجانی در بیماران قلبی عروقی منجر می‌شود (تیمرمنس، ورستیگ و دوایندم، گرافمنس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر، واکنش شدیدتری به استرس نشان می‌دهند (ویلیوکس^۳، ۲۰۱۹). بنابراین، هیجانات نقش اساسی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره ایفا می‌کنند که در موقعیت‌های مهم زندگی ظاهر می‌شوند. اگرچه هیجانات پایه و اساس بیولوژیکی دارند، اما افراد قادرند بر هیجانات و راه‌های ابراز آن تأثیر بگذارند، که این عمل تنظیم هیجان نامیده می‌شود (تامیر^۴، ۲۰۱۶). در بیماری‌های قلبی عروقی نیز بیان یا سرکوب هیجان‌ها از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید بیماری سهم داشته باشند. هم‌چنین اثرات مزمن بازداری هیجان‌های منفی باعث افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی - عروقی می‌شود (گرنیدی و ملوی^۵، ۲۰۱۷).

براساس نتایج نویدیان، مبارکی و شکبیا (۲۰۱۷) نمی‌توان سلامت کامل را به بیماران نارسایی قلبی برگرداند، اما علائم بیمار را با مداخلات دارویی و غیردارویی می‌توان کنترل کرد که یکی از مداخلات غیردارویی برای کنترل این بیماری خودمراقبتی است. نتایج تحقیق لی، موسر، پلتر، نسبیت^۶ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد خودمراقبتی در نارسایی قلبی، نقش مهمی

1. Barlow and Durand
2. Timmermans, Versteeg, Duijndam and Graafmans
3. Veilleux
4. Tamir
5. Grandey and Melloy
6. Lee, Moser, Pelter and Nesbitt

در کیفیت زندگی و پیشگیری از بستری‌های مجدد دارد. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۶) گزارش داد آموزش خودمراقبتی رابطه تنگاتنگی با سازگاری و درمان مؤثرتر در بیماران مزمن دارد. در واقع درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و رعایت رفتارهای خودمراقبتی به نتیجه نمی‌رسد و بدون شک شکست خواهد خورد. یکی از درمان‌های موج سوم که اخیراً در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی کاربرد زیادی داشته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان شش فرایند مرکزی دارد که شامل: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی در جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوما، باند، ماسودا^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع را تشویق می‌کنیم تا به تغییرات در رفتارشان متعهد باشد و این تعهد، شرایط مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در جنبه‌های لفظی زبان فراهم می‌کند (هیز و استروسال^۳، ۲۰۱۰). در این راستا نتایج پژوهش بارنی، لیلیس، هاینوس، فورمن^۴ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد، درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن آگاهی است. در هشیاری فراگیر، افراد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود به آن‌ها اجازه می‌دهند که وارد ذهن و سپس از آن خارج شوند که این امر باعث افزایش تحمل رویدادهای منفی می‌شود.

طبق نتایج اسپیگلر و گاورمانت^۵ (۲۰۱۶)، از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منشا اصلی رنج روانی افراد محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر تعهد متمرکز است بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و این امر زمانی تحقق می‌یابد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری همسو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد. میرزایی دوستان، زرگر و زندی (۲۰۱۹) نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب، مرگ و افزایش

1. World Health Organization
2. Hayes, Luoma, Bond and Masuda
3. Strosahl
4. Barney, Lillis, Haynos and forman
5. Spigler and Gavernant

۱۳۸ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

سلامت روان می‌شود. در این راستا رهنما، سجادیان، رئوفی (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که می‌توان برای بهبود پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سود جست. نتایج پژوهش یدالله‌پور، فاضلی کبریا و امین (۱۳۹۸) حاکی از تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بود. براساس نتایج پژوهش خسروشاهی، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تأثیرگذاری در ارزش‌های بیماران به این صورت که رهایی از بیماری به عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود، می‌تواند موجب کاهش ادراک بیماری در بیماران قلبی شود.

لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران عروق کرونر است. بر این اساس فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران کرونر قلبی تأثیر دارد؛ ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی بود که با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در دامنه سنی ۳۰ تا ۷۵ سال بود که به این مراکز درمانی در شهر قزوین مراجعه کردند و توسط پزشکان متخصص قلب و عروق تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر دریافت کردند. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و تعداد نمونه ۳۰ نفر، که برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور (فاول، اردفیلدر، لنگ و بوچنر، ۲۰۰۷) استفاده شد. برای این مطالعه ما اندازه اثر را ۰.۳۸٪ و توان آماری را ۸۰٪ و مقدار آلفا را ۰.۰۵٪ در نظر گرفتیم. آزمون موردنظر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کواریانس است. معیارهای ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به بیماری کرونر قلبی توسط متخصص قلب و عروق، سن بین ۳۰ - ۷۵ سال، تحصیلات حداقل خواندن و نوشتن، دریافت نکردن هم‌زمان

روان‌درمانی دیگر، امضا کردن «فرم رضایت آگاهانه» برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج عبارت بودند از: مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی و روانی هم‌زمان، داشتن غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان، سوء‌مصرف مواد یا هرگونه وابستگی دارویی، بروز افکار خودکشی و احتمال خطر خودکشی. به‌منظور توافق درباره اهداف، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هریک از شرکت‌کنندگان‌ها مصاحبه فردی انجام شد و بعد از تکمیل فرم اطلاعات فردی و فرم رضایت آگاهانه نمونه‌نهایی انتخاب شد. حجم نمونه پیشنهادی برای هر گروه ۱۵ نفر به‌دست آمد. هم‌چنین نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند، اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون در میان دو گروه و پس‌آزمون بعد از انجام مداخله بالینی اجرا شد. ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از:

مقیاس خودتنظیم‌گری^۱ (SRI-25): مقیاس خودتنظیم‌گری را ایبازن رویی پرز، مویا^۲ در سال ۲۰۰۵ طراحی کردند، این آزمون ۲۵ گویه دارد که خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت^۳، مهارت‌پذیری^۴، آشکارسازی احساسات و نیازها^۵، قاطعیت^۶ و بهزیستی‌طلبی^۷ در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد (ایبازن و همکاران، ۲۰۰۵). حداقل نمره شرکت‌کننده در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ برای فرم ۲۵ گویه‌ای (ایبازن و همکاران، ۲۰۰۵)، همسانی درونی^۸ مقیاس را تأیید کردند. این ابزار در سال ۱۳۹۰ توسط بشارت ترجمه شده است، اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای شرکت‌کننده‌های دانش‌آموزی ۸۲۷ نفر، ضریب آلفای گویه‌های آزمون ۰/۹۳ بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کننده‌ها (۷۷ دختر، ۶۳ پسر) در دو نوبت با فاصله

1. Self-regulation scale
2. Ibanez, Ruiperez and Moya
3. Positive action
4. Controllability
5. Expression of feeling and needs
6. Assertiveness
7. Well-being seeking
8. Internal consistency

۱۴۰ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

دو هفته برای کل شرکت‌کننده‌ها $r=0/86$ ، برای شرکت‌کننده‌های پسر $r=0/84$ و دختر $r=0/88$ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۹۰). ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه حاضر برای خودتنظیم‌گری کل برابر $0/940$ و برای ابعاد آن به ترتیب: عملکرد مثبت $0/733$ ، مهارپذیری $0/853$ ، آشکارسازی احساسات و نیازها $0/753$ ، قاطعیت $0/746$ ، بهزیستی طلبی $0/799$ به دست آمده است.

پرسشنامه رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی^۱: این پرسشنامه را جاراسما، استرمبرگ، مارتینسون، دراکوپ^۲ در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه حاوی ۱۲ گویه است و پاسخ هر گویه براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با امتیاز (۱ به کاملاً این‌طور است تا امتیاز ۵ به اصلاً این‌طور نیست) به منظور مشخص کردن انجام مناسب رفتار، نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات حاصل از پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ امتیاز است که نمره کم‌تر به معنای رفتار خودمراقبتی بهتر است. در این پرسشنامه مجموع امتیازات بین ۱۲ - ۲۸ خودمراقبتی خوب، ۲۹ - ۴۴ خودمراقبتی متوسط و ۴۵ تا ۶۰ خودمراقبتی ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش روایی محتوا تأیید و پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/81$ مشخص شد (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در ایران اعتبار این ابزار توسط خوش‌تراش و همکاران ارزیابی شده است؛ پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ $0/71$ تأیید شد (خوش‌تراش، مؤمنی، قنبری، صالح زاده و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ تأیید شد.

پروتکل جلسات درمان، مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز و استروسال^۳ (۲۰۱۰) ارائه شده است و جلسات آموزشی توسط نویسنده اول این مقاله که گواهی گذراندن دوره‌های آموزشی روش مذکور را داشت، زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، به صورت گروهی درباره گروه آزمایش، به مدت دو ماه، طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Self-Care Behavior Questionnaire in patients with heart failure
2. Jarasma, Stromberg, Marttensson and Dracup
3. Hayes and Strosahl

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش ACT	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی در باره ACT	کسب اطلاعات در باره ACT	—
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آن‌ها مبارزه یا عمداً از آن‌ها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	پذیرش رفتار و هیجان‌های منفی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجان‌ات مثبت منجر شود.	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه قضاوتی	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیه	تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها

		تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش‌دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت	رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

یافته‌ها

در مطالعه فوق تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به عروق کرونر بررسی شدند که کلیه آن‌ها زن و متأهل (۷۶ درصد) بودند. ۸۳ درصد بیماران تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند. هم‌چنین بیش‌ترین پاسخگویان (۴۷ درصد) گروه سنی خود را بین ۵۰ - ۶۲ سال گزارش کردند. برای ورود به بخش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک کواریانس کنترل شد. یکی از شرایط استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نرمال بودن متغیرهای وابسته است. آزمون شاپیرو پژوهش حاضر نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. از آنجا که کلیه مقادیر معناداری به‌دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است، جامعه دارای توزیع نرمال است. هم‌چنین نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای خودتنظیم‌گری هیجانی (۰/۸۵۸)، عملکرد مثبت (۰/۴۵۲)، مهارت‌پذیری (۰/۳۵۲)، آشکارسازی احساسات و نیازها (۰/۷۲۸)، قاطعیت (۰/۱۵۲)، بهزیستی‌طلبی (۰/۱۳۲) به‌دست آمد. تساوی ماتریس‌های کواریانس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس کواریانس برقرار است و ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده خودتنظیم‌گری و ابعاد آن با خودمراقبتی و واریانس تمام شاخص‌ها برابر بود، درنهایت با

آزمون لوین معنادار نیست. چون مقدار معناداری به دست آمده بیش تر از ۰/۰۵ محاسبه شده است که بیشتر از سطح آزمون یعنی ۰/۰۵ است. بنابراین، فرض برابری واریانس‌ها برقرار است و مقادیر لوین به دست آمده برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۲: آزمون لوین تست برابری واریانس‌ها متغیرهای پژوهش

مقادیر F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری	
۲۳/۳۷	۲	۸۷	۰/۲۴۹	خودتنظیم‌گری هیجانی
۵/۵۱	۲	۸۷	۰/۱۱۳	عملکرد مثبت
۴/۴۰	۲	۸۷	۰/۵۹۵	مهارپذیری
۴/۴۰	۲	۸۷	۰/۰۰۷	آشکارسازی احساسات و نیازها
۵/۳۶	۲	۸۷	۰/۲۳۸	قاطعیت
۲/۵۱	۲	۸۷	۰/۵۴۷	بهزیستی طلبی

همان‌گونه که در جدول زیر دیده می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون به افزایش نمرات خودمراقبتی و خودتنظیم‌گری هیجانی در بیماران کرونر قلبی نسبت به مرحله پیش‌آزمون منجر شده است، اما گروه کنترل تغییرات اندکی در همین ابعاد داشته است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و خودتنظیم‌گری هیجانی

میانگین	انحراف معیار	خطای معیار		
۳/۳۳	۰/۵۳	۰/۱۳	پیش‌آزمون	خودمراقبتی
۴/۱۷	۰/۲۳	۰/۰۶	پس‌آزمون	
۳/۰۷	۰/۳۵	۰/۰۹	پیش‌آزمون	خودتنظیم‌گری هیجانی
۳/۶۶	۰/۲۳	۰/۰۶	پس‌آزمون	
۳/۴۶	۰/۴۴	۰/۱۱	پیش‌آزمون	عملکرد مثبت
۳/۶۵	۰/۳۶	۰/۰۹	پس‌آزمون	
۲/۷۲	۰/۵۴	۰/۱۳	پیش‌آزمون	مهارپذیری
۳/۲۰	۰/۳۳	۰/۰۸	پس‌آزمون	
۲/۸۵	۰/۶۷	۰/۱۷	پیش‌آزمون	آشکارسازی احساسات
۳/۷۸	۰/۳۵	۰/۰۹	پس‌آزمون	
۲/۹۰	۰/۷۲	۰/۱۸	پیش‌آزمون	قاطعیت
۳/۶۶	۰/۴۴	۰/۱۱	پس‌آزمون	
۳/۴۲	۰/۶۶	۰/۱۷	پیش‌آزمون	بهزیستی طلبی
۴/۰۲	۰/۳۵	۰/۰۹	پس‌آزمون	

۱۴۴ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

با توجه به نتایج به دست آمده تحلیل کواریانس تک‌متغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پیش‌آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۸۸/۶ درصد از تغییرات خودمراقبتی ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی بوده است. بنابراین، می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی مؤثر بوده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج کواریانس تک‌متغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	eta ^۲
پیش‌آزمون	۱/۲۵	۱	۱/۲۵	۴۲/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱
گروه	۶/۱۶	۱	۶/۱۶	۲۱۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸
خطا	۰/۷۹	۲۷	۰/۰۲			
واریانس کل	۴۲۵/۳۲	۳۰				
واریانس اصلاح شده	۷/۸۶	۲۹				

بر اساس جدول ۵، بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه خودتنظیم‌گری هیجانی ($F=۴/۱۶$ و $P<۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره خودتنظیم‌گری هیجانی گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۱۸/۲ درصد واریانس خودتنظیم‌گری هیجانی را تبیین می‌کند. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه عملکرد مثبت ($F = ۰/۶۳۶$ و $P>۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود.

بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه مهارپذیری ($F=۱/۴۵$ و $P>۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه آشکارسازی احساسات و نیازها ($F=۸/۵۲$ و $P<۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره خودآشکارسازی احساسات و نیازها گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۳۱/۳ درصد واریانس آشکارسازی احساسات

و نیازها را تبیین می‌کند. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه قاطعیت ($F=2/56$) و $P>0/01$) تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه بهزیستی طلبی ($F=3/93$ و $P<0/05$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره بهزیستی طلبی گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه $17/3$ درصد واریانس آشکارسازی احساسات و نیازها را تبیین می‌کند.

جدول ۵: خلاصه نتایج کواریانس چندمتغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران کرونر قلبی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	η^2
خودتنظیم‌گری هیجانی	۲/۳۱	۳	۰/۷۷	۴/۱۶	۰/۰۱۰	۰/۱۸
عملکرد مثبت	۱/۶۲	۳	۰/۵۴	۰/۶۳	۰/۵۹۵	۰/۰۳
مهارپذیری	۲/۷۲	۳	۰/۹۰	۱/۴۵	۰/۲۳۷	۰/۰۷
آشکارسازی احساسات و نیازها	۹/۸۷	۳	۳/۲۹	۸/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱
قاطعیت	۳/۸۵	۳	۱/۲۸	۲/۵۶	۰/۰۶۴	۰/۱۲
بهزیستی طلبی	۳/۰۱	۳	۱/۰۰	۳/۹۱	۰/۰۱۳	۰/۱۷
خودتنظیم‌گری هیجانی	۱۰/۳۶	۵۶	۰/۱۸			
عملکرد مثبت	۴۷/۸۲	۵۶	۰/۸۵			
مهارپذیری	۳۴/۹۹	۵۶	۰/۶۲			
آشکارسازی احساسات و نیازها	۲۱/۶۲	۵۶	۰/۳۸			
قاطعیت	۲۸/۱۱	۵۶	۰/۵۰			
بهزیستی طلبی	۱۴/۳۸	۵۶	۰/۲۵			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران عروق کرونر انجام شد. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران قلبی مؤثر است. بنابراین، فرضیه اول تأیید شد. این نتایج با یافته‌های یدالله‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، خسروشاهی

۱۴۶ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

و همکاران (۱۳۹۸)، رهنما و همکاران (۱۳۹۶)، بارنی و همکاران (۲۰۱۹)، اسپیگلر و گاورمانت (۲۰۱۶)، لی و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دارد. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که خودتنظیم‌گری هیجانی عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونر دارد. همچنین توانایی تنظیم هیجان مؤثر می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی همچون فراهم آوردن فرصتی برای استراحت و بازسازی، بهبود مهارت حل مسأله و ارتقاء سیستم حمایت اجتماعی شود. افرادی که دچار پریشانی هستند (به‌طور مثال دچار ضعف در تنظیم هیجان هستند)، احتمال بیشتری دارد که به عادات بد تغذیه‌ای داشته باشند یا کم‌تر به ورزش و فعالیت بدنی اقدام کنند. لذا می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار در جهت ایجاد و حفظ انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند و بر پذیرش هرچه بیشتر، تمرکز بر لحظه حال و مشارکت هرچه بیشتر فرد در فعالیت‌ها در راستای ارزش‌های شخصی تأکید دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به این بیماران آموزش دهد که با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی خود را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند. این درمان مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن‌آگاهی است. در این فرایند افراد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود به آن‌ها اجازه می‌دهند که وارد ذهن و سپس از آن خارج شوند که این راهبرد می‌تواند موجب افزایش تحمل وقایع و احساسات منفی شود (بارنی، لیلیس، هاینوس، فورمن و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع در این نوع درمان به افراد آموزش داده شده که چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده‌هایی یابند و رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند.

بنابراین، نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت بین نمرات خودتنظیم‌گری هیجانی در دو مرحله از پژوهش معنادار است و میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معناداری دارد. این تأثیر درمانی در برخی زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری هیجانی دیده می‌شود. به عنوان مثال آموزش پذیرش افکار و احساسات با کمک فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث پذیرفتن و آشکارسازی احساسات و نیازها شده که به عدم سرکوب

هیجان منجر می‌شود که این یافته با پژوهش گرنندی و ملوی (۲۰۱۷) همخوانی دارد. هم‌چنین آموزش رفتارهای همسو با ارزش‌ها، تمرینات ذهن‌آگاهی، بخشش و مهربانی به خود باعث افزایش کیفیت زندگی شده، این مداخله با یافته ما در بهزیستی‌طلبی هماهنگ بوده و با پژوهش اسپیگلرو و گاورمانت (۲۰۱۶) همخوانی دارد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به عروق کرونر تأثیر معناداری داشته است؛ بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رفتارهای خودمراقبتی در فرایند درمان بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و سرطان نقش حیاتی و مهمی دارند. در درمان‌های نوین رفتاری به نقش بیمار در پیروی از دستورات پزشک، رعایت رژیم غذایی مناسب، اجتناب از تنش و استرس، مصرف به موقع از داروها تأکید زیادی شده است. در حقیقت رفتارهای خودمراقبتی قسمت انکارناپذیر فرایند بهبودی بیماران کرونر قلبی است. بنابراین، تغییر در عملکرد این بیماران می‌تواند به افزایش خودمراقبتی منجر شود تا مسئولیت درمان را به عهده گیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن بیمار را نسبت به درد و رنج و بیماری خود تغییر داده است و احساسات و ارزش‌های وی تغییر کرده است، و در نتیجه نسبت به درمان خود، تعهد بیشتر و خودمراقبتی بهتر خواهد داشت.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این پژوهش فقط بر روی بیماران عروق کرونر انجام شده است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود، علاوه بر آن محدود بودن منطقه اجرای پژوهش (صرفاً استان قزوین). لازم است در این حوزه با نمونه‌های متفاوت و متعدد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطالعه شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر بیماری‌های روان‌تنی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی صورت بگیرد و دوره‌های پیگیری در مدت سه و شش ماه برای بررسی پایداری اثر درمان انجام شود.

از آنجا که بیماری کرونر قلبی یک بیماری شایع و دارای زمینه‌های روان‌شناختی است، می‌تواند سبک زندگی و هیجانات این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین رفتارهای خودمراقبتی و رعایت دستورات تیم درمانی برای این بیماران حیاتی و انکارناپذیر است، لذا با توجه به نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی

۱۴۸ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

غیردارویی مؤثر در مدیریت روان‌شناختی این بیماری معرفی می‌شود و ضروری است که به عنوان یک درمان مؤثر، در کنار درمان‌های دارویی مورد توجه قرار بگیرد.

سپاسگزاری

به این وسیله از مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، بیمارستان پاستور قزوین، کلینیک‌های قلب شهر قزوین و تمامی بیمارانی که در روند اجرای این پژوهش محققان را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. هم‌چنین این پژوهش با کد اخلاق به شماره (IR.IAU.SEMNAN.REC.1399.006) اخذ شده از معاونت آموزشی و پژوهشی از دانشگاه علوم پزشکی سمنان و هماهنگی لازم با ریاست بیمارستان پاستور قزوین انجام شد.

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خودتنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایران. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲): ۷۰-۵۲.

خسروشاهی، حسین، میرزائیان، بهرام و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹(۹): ۸۵-۸۵

رهنما، مارال، سجادیان، ایلناز و رئوفی، امیر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۴): ۳۴-۴۳.

نویدیان، علی، مبارکی، هاجر و شکیبا، منصور (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷(۱۵۵): ۴۶-۵۹.

یدالله‌پور، محمدهادی، فاضلی کبریا، مهناز و امین، کامیار (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر آموزش مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی - عروقی. *سلامت جامعه*، ۱۳(۲): ۱۱-۲۲.

Abootalebi, G., Vosooghi, N., Mohammadnejad, E., Namadi, M. and Akbari kaji, M. (2012). Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Journal of Critical Care Nursing*, 4(4): 203-208 (Text in Persian).

Barlow, David H. and Durand, M. (2019). *Abnormal Psychology*. (Mehrdad Firoo

- zbakht, Trans.). Tehran: Rasa, 141. (Original work published 2015)
- Barney, J.L., Lillis, J., Haynos, A.F., Forman, E. and Juarascio, A.S. (2019). Assessing the valuing process in acceptance and commitment therapy: Experts review of the current status and recommendations for future measure development. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12: 225-233. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.08.002.
- Besharat, M. A. (2011). Investigation of psychometric properties of the short form of self-regulation scale in a sample of Iranian society. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 1(2): 53-70 (Text in Persian).
- Dashti-khavidaki, S. and Khalili, H. (2016). *Pharmacotherapy of Cardiovascular and Respiratory*. Arjomand Pub. Tehran, 136.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. and Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2): 175-191.
- Grandey, A. A. and Melloy, R. C. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3): 407-422.
- Hayes, S.C. and Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. and Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Ibanez, M.I., Ruiperez, M.A., Moya, J., Marques, M.J. and Ortet, G. (2005). A short version of the self-regulation inventory (SRI-S), *Personality and Individual Differences*, 39(6): 1055-1059.
- Jaarasma, T., Stromberg, A., Marttensson, J. and Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviors scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3):363-370
- Khoshtarash, M., Momeni, M., Ghanbari, A., Salehzadeh, A. and Rahmatpour, P. (2013). Self-care behaviours and related factors in patients with heart failure. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 23(1): 22-29 (Text in Persian).
- Khosroshahi, H., Mirzaian, B. and Hasanzadeh, R. (2019). Acceptance and commitment therapy on illness perception in patients' coronary heart disease. *Journal of Disability Studies*, 9: 85-85 (Text in Persian).
- Lee, K.S., Moser, D.K., Pelter, M.M., Nesbitt, T. and Dracup, K. (2017). Self-care in rural residents with heart failure: What we are missing. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4):326-333.
- Mirzaeidoostan, Z., Zargar, Y. and Zandi Payam, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy of death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Journal of Psychiatry and Clinical*

- Psychology*, 25(1): 2-13 (Text in Persian).
- Navidian, A., Mobaraki, H. and Shakiba, M. (2017). The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviours in heart failure patients with depression. *Patient Education and Counselling*, 27(155):46-59. Doi:10.1016/j.pec.2017.02.023
- Rahnama, M., Sajjadian, I. and Raufi, A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and adherence to coronary heart disease patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(4):34-43 (Text in Persian).
- Spiegler, M.D. and Guevremont, D.C. (2016). *Contemporary behaviour therapy*. United States of America: Guilford Press.
- Timmermans, I., Versteeg, H., Duijndam, S., Graafmans, C., Polak, P. and Denollet, J. (2017). Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The type D personality construct. *Journal of Health Psychology*, 24(14):1929-44. doi: 10.1177/1359105317709513.
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3): 199-222.
- World Health Organization (2016). Breast cancer: prevention and control.
- Veilleux, J.C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 71: 78-89. doi:10.1016/j.cpr.2019.01.003
- Yadollahpour, M. H., Fazeli Kebria, M. and Amin, K. (2019). Comparison of the effect of positivism education with Islamic approach with acceptance and commitment based therapy on psychological capital of cardiovascular patients. *Community Health*, 13(2): 11-22 (Text in Persian).

داوران این شماره

دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی	عباس ابوالقاسمی
دانشیار دانشگاه الزهراء(س)	بتول احدی
دانشیار دانشگاه خوارزمی	بلال ایزانلو
استادیار دانشگاه خوارزمی	محمود برجعلی
دانشیار دانشگاه الزهراء(س)	مه‌سیما پورشهریاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا	امیر محسن راه‌نجات
استادیار دانشگاه رفاه	غزال زندکریمی
استادیار دانشگاه الزهراء(س)	شقایق زهرایی
استاد دانشگاه شهید بهشتی	عصمت دانش
استاد دانشگاه آزاد اسلامی ساری	رمضان حسن‌زاده
دانشیار دانشگاه گیلان	عباسعلی حسین‌خانزاده فیروزجاه
دانشیار دانشگاه ایران	میترا حکیم شوشتری
مدرس دانشگاه فرهنگیان اردبیل	سیامک خدائی خیابوی
استادیار دانشگاه الزهراء(س)	عباس عبدالهی
استادیار دانشگاه اردکان یزد	شکوفه متقی
استاد دانشگاه الزهراء(س)	سیده منور یزدی

In the name of
GOD

Quarterly Journal of Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 16, No. 3, Autumn 2020, Serial No.60
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajooh

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 DeGroote Pain Center, Associate

Professor (PT) Department of Psychiatry and Behavioral

Neurosciences

Kianoosh Hashemiyan.

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

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Roghaye Nazari

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

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

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Executive Manager

Mehrangiz Peyvastegar

Associate Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Roghaye Nazari

Layout Designer

Raha

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

Abstracts

- The Effect of Emotion Regulation-Based Group Therapy on Alexithymia and Experiential Avoidance in Substance Use Patients, with Borderline Personality Disorder** 7-22
Shirin Dehban, Changiz Rahimi
- The Effectiveness of Play Therapy Based on Focusing on the Range of Attention and Impulsivity Level in Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder** 23-38
Mohsen Yahyavi Zanjani, Mahboobe Taher, Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Mozhgan Naghdi, Arezoo Mojarad
- The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Ego Strength and Anxiety in People with Generalized Anxiety Disorder** 39-56
Marzieh Orvati Aziz, Abolghasem Mehrinejad, Kianoosh Hashemian, Mehrangiz Paivastegar
- The Relationship between Self-Compassion, Perceived Social Support, and Self-esteem with Women's Borderline Personality Symptoms, Mediating Role of Aloneness and Hopelessness** 57-74
Nasim Rezaie, Farzad Ghaderi, Nahid Akrami
- Effectiveness of Functional Analytic Psychotherapy on Obsessive Symptoms, Depression and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder** 75-88
Nila Elmi Manesh, Khadijeh Arab Shaibani, Ghazale Javanmard
- The Role of Cognitive Fusion and Mindfulness Components in Prediction of Student's Depression** 89-104
Khadijeh Fooladvand
- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Assertiveness of Women with Emotional Divorce** 105-118
Mahia Taheri, Mahnaz Ali Akbari Dehkordi
- Cyberspace and Tendency toward Drug Addiction in Adolescents: The Central Role of Cyberbullying Victimization and Psychological Dysregulation** 119-134
Seyed Ghasem Seyed Hashemi, Kobra Faridian, Hojjat Mahmoudi, Behnaz Hosseinzadeh Khanmari, Elmira Ahmadpour Mahalleh, Mehri Ezazi, Ebrahim Azami
- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Self-Regulation and Self-Care to Coronary Artery Disease Patients** 135-150
Simin Sayyafi, Nemat Sotodeh Asl and Morteza Ebrahimi Varkiyani

**The Effect of Emotion Regulation-Based Group Therapy on
Alexithymia and Experiential Avoidance in Substance Use
Patients, with Borderline Personality Disorder**

Shirin Dehban*¹ and Changiz Rahimi²

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of group therapy based on emotion regulation on alexithymia, and experiential avoidance in substance user patient with comorbidity of borderline personality disorder. The research design was quasi-experimental with two experimental and control groups including pre-test and post-test. The statistical population of this study consisted of patients with substance abuse disorder and borderline personality in a psychiatric hospital of Shiraz city; 30 persons (male) were selected using purposive sampling method and randomly assigned in the study: One experimental and one control group (15 males each). The criteria for entry into treatment were borderline personality disorder diagnosis with substance abuse and methadone maintenance treatment. The tools used in this study were Toronto-20 mood disorder questionnaire and Second Edition Acceptance and Practice Questionnaire to assess experiential avoidance. Data were analyzed using covariance analysis and descriptive statistics. The results showed that the scores of alexithymia, and experiential avoidance significantly decreased in the experimental group after the treatment. The results of this study illustrated that group therapy based on emotion regulation can reduce alexithymia, and experiential avoidance in this group of people. Therefore, it is suggested that in addition to pharmacological treatments, psychological treatment methods may also be used to increase the effectiveness of treatment on drug users.

Keywords: Alexithymia, borderline personality disorder, emotion regulation, experiential avoidance, substance abuse.

1. Corresponding author: M.Sc. of clinical psychology, Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. shdehban@gmail.com

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. crahimi2016@hotmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.27349.1984

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5251.html

**The Effectiveness of Play Therapy Based on Focusing on the
Range of Attention and Impulsivity Level in Students with
Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder**

Mohsen Yahyavi Zanjani¹, Mahboobe Taher², Abbas Ali Hossein
Khanzadeh³, Mozhgan Naghdi⁴ and Arezoo Mojarrad*⁵

Abstract

The purpose of the study was to determine the effectiveness of attention-focused Plays on the attention and impulsivity of students with attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD). The design of this research was quasi experimental with pre-test, post-test and control group. The statistical population consisted of all boy students with ADHD in Shahrood, at 2016-17 academic years. The participants included 24 students who were selected through purposive sampling and assigned to two experimental and control groups. The research tools were attention deficit/ hyperactivity disorder rating scale, Conner's Behavioral Problem Questionnaire, teacher versions and parent version, and the Toulouse & Piron Comet Squares. The experiment group received training in 10 sessions 50 minutes, but the control group did not receive any interventions. One way and multiple variance analysis of covariance showed that the experimental group scores significantly decreased in the impulsivity variable and the range of attention in the experimental group was significantly higher than the control group.

1. M.A. in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. mohsen.yahyavizanjani@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. mahboobe.taher@yahoo.com

3. Associate Professor of Psychology, Guilan University, Rasht Iran. abbaskhanzade@gmail.com

4. PhD of General Psychology Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. mojang-ns@yahoo.com

5. Corresponding author: M.A in Family Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran. arezoojarrad@yahoo.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.28970.2061

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5100.html

Abstracts

So, play therapy through increasing sensations focus may be effective in increasing attention and decreasing impulsivity of students with ADHD.

Keywords: Attention deficit/ hyperactivity disorder, attention range, impulsivity, play therapy

**The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Ego
Strength and Anxiety in People with Generalized Anxiety
Disorder**

Marzieh Orvati Aziz*¹, Abolghasem Mehrinejad²,
Kianoosh Hashemian³ and Mehrangiz Payvastegar⁴

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the ego strength and anxiety among people with generalized anxiety disorder. The research method was quasi-experimental with pretest-post-test design and control group. The statistical population of the study consisted of all individuals with generalized anxiety disorder referring to counseling centers in Hamadan during November, 2017 to November, 2018. Twenty-four of them were selected through semi-structured clinical interview and were randomly assigned into two experimental (n =12) and control (n=12) groups. The experimental group individually received cognitive-behavioral therapy for 15 sessions of 60 minutes, once a week; the control group was on the waiting list. Data were collected from the Hamilton anxiety rating scale and psychosocial inventory of ego strengths used in two pre-test and post-test stages. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that by controlling for pre-test effect, there was a significant difference between post-test scores of experimental groups and control group on ego strength

1. Corresponding author: Ph.D. in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran.

m.orvatiaziz.1981@gmail.com

2. Associate Professor of Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran. ab_mehrinejad@yahoo.com

3. Associate Professor of Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran. drhashemian@yahoo.com

4. Associate Professor of Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran. mpaivastegar@alzahra.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.29105.2078

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5108.html

Abstracts

and anxiety variables. In other words, cognitive behavioral therapy was effective on increasing ego strength and decreasing general anxiety of the experimental group. According to the results of this study, recommended, cognitive behavioral therapy to increase the ability of people with generalized anxiety disorder to be used in the face of challenges and difficult life situations.

Keyword: Anxiety, cognitive-behavioral therapy, ego, ego strength

The Relationship between Self-Compassion, Perceived Social Support, and Self-esteem with Women's Borderline Personality Symptoms, Mediating Role of Aloneness and Hopelessness

Nasim Rezaie¹, Farzad Ghaderi² and Nahid Akrami*³

Abstract

The study aimed to investigate the relationship between self-compassion, perceived social support, and Self-esteem with borderline personality symptoms mediated by aloneness and hopelessness. The research method was descriptive-correlational which was done through structural equation modeling. The study population consisted of women in Isfahan city, 262 of whom were selected by available sampling and were assessed with self-compassion, perceived social support, self-esteem, Borderline Personality Symptoms, Feeling of loneliness and Beck's hopelessness scales. The results of structural equation modeling indicated a good fit of the research model. Findings showed that self-compassion is directly related to feelings of loneliness and borderline personality symptoms, as well as self-compassion indirectly affecting the symptoms of borderline personality disorder by affecting the feeling of loneliness. The results showed that social support and self-esteem had a direct and negative relationship with feelings of loneliness, hopelessness and borderline personality symptoms. Social support and self-esteem also affect the symptoms of borderline personality disorder through feelings of loneliness and hopelessness. The findings of the present study, in addition to practical implications, has provide a useful framework for identifying the components that affect the formation and development of borderline personality disorder in women.

Keywords: Aloneness, Borderline Personality, hopelessness, perceived social support, self-compassion

1. BA Graduate in psychology, university of Isfahan, Isfahan. Iran.

2. PhD student of psychology, Faculty of education and psychology, university of Isfahan, Isfahan. Iran. ghaderi68@yahoo.com

3. Corresponding Author: PhD in psychology, assistance Professor, Department of psychology, Faculty of education and psychology, university of Isfahan, Isfahan. Iran. N.akrami@edu.ui.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.29428.2107

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5119.html

Effectiveness of Functional Analytic Psychotherapy on Obsessive Symptoms, Depression and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder

Nila Elmi Manesh*¹, Khadijeh Arab Shaibani² and Ghazale Javanmard³

Abstract

The purpose of study was to determine the effectiveness of Functional Analytic Psychotherapy on Obsessive Symptoms, Depression and Quality of Life (QL) in Obsessive Compulsive Disorder (OCD). This semi-experimental research was conducted with pre-posttest design with an experimental and a control group. The statistical population consisted of patients with a diagnosis of Obsessive Disorder, that among them 30 married patients with OCD were selected. They were divided randomly to an experimental and a control group. All patients were assessed twice by Questionnaires, The Beck Depression Inventory, The World Health Organization Quality of Life Assessment, and Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale. The experimental group received 10 Functional Analytic Psychotherapy. Analysis of covariance showed that at the experimental group showed a significant improvement in all of the variables. According to the on reducing Obsessive Symptoms, Depression and increasing QL, treatment can be used for people with OCD.

Keywords: Depression, functional analytic psychotherapy, obsessive-compulsive disorder, quality of life

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. danravan20@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. shakiba_a_shaibani@yahoo.com

3. Master's Degree, Payame Noor University, Tehran, Iran.
ghazaljavanmard@yahoo.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.24025.1828

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5101.html

**The Role of Cognitive Fusion and Mindfulness Components in
Prediction of Student's Depression**

Khadijeh Fooladvand*¹

Abstract

The aim of the present study was to investigate the role of cognitive fusion and mindfulness components in the prediction of a student's depression. This research was a descriptive-correlational study. The statistical population consisted of the students of Lorestan Universities in 2019. Among them, 340 students (186 females, 154 males) were selected through multistage cluster sampling. The data collecting tools included the Beck Depression Inventory, Cognitive Fusion Questionnaire and the Five Facet Mindfulness Questionnaire. For data analysis, statistical methods such as the Pearson correlation and stepwise regression were used. The results of the study indicated that the components of cognitive fusion (fusion and diffusion) had a significant and positive relation with the depression; while the components of mindfulness (observation, acting with awareness, non-judging of inner experience, describing and non-reactivity) had a significant and negative relation with depression. Also, the results of regression analysis showed that observation, acting with awareness, non-judging of inner experience, fusion and diffusion were predictors of depression, respectively. The obtained results indicate the important role of cognitive fusion and mindfulness components in students' depression. Thus, improving the cognitive status and mindfulness of the students can lead to the improvement of their mental health.

Keywords: Cognitive fusion, depression, mindfulness, students

1. Corresponding Author: Assistant professor in psychology, Faculty of Education and Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. fuladvand.kh@lu.ac.ir
DOI: 10.22051/PSY.2020.30114.2153
https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5138.html

Abstracts

Psychological Studies
Research Article
Submit Date: 2019-11-04

Vol.16, No.3, Autumn 2020
page: 105-118
Accept Date: 2020-09-09

**Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on
Sexual Assertiveness of Women with Emotional Divorce**

Mahia Taheri¹ and Mahnaz Ali Akbari Dehkordi*²

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effect of acceptance and commitment therapy on sexual assertiveness in women with emotional divorce. This research was an experimental study based on pretest-posttest design with a control group and a follow-up stage. The statistical population of this study consisted of all women referred to psychological counseling centers in district 1 of Tehran in 2018. Among the women who had the criteria for entering the research, 30 persons were selected by available sampling method and assigned randomly into experimental and control groups (each group with 15 members). Both the experimental and control groups completed the Hurlbert's Sexual Assertiveness Scale. The experimental group received 8 sessions of 90 minutes, once a week, sessions for the training group therapy were based on acceptance and commitment. Data were analyzed by using analysis of variance with repeated measure. The results showed that the level of sexual assertiveness of the experimental group was significantly increased compared to the control group and this increase was remained steady in the follow-up. Therefore, it can be concluded that teaching acceptance and commitment therapy can increase the sexual assertiveness in women with emotional divorce and therapists can use this approach to improve the relationship between couples and reduce emotional divorce.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, emotional divorce, sexual assertiveness.

1. Master of General Psychology, South Tehran Branch, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. tmahya@yahoo.com

2. Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, Payamnoor University, Tehran, Iran. aliakbaridehkordi@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.29029.2066

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5005.html

**Cyberspace and Tendency toward Drug Addiction in
Adolescents: The Central Role of Cyberbullying Victimization
and Psychological Dysregulation**

Seyed Ghasem Seyed Hashemi^{*1}, Kobra Faridian², Hojjat Mahmoudi³,
Behnaz Hosseinzadeh Khanmari⁴, Elmira Ahmadpour Mahalleh⁵,
Mehri Ezazi⁶ and Ebrahim Azami⁷

Abstract

The purpose of this study was to explain tendency toward drug addiction in adolescents based on the cyberbullying victimization and psychological dysregulation. In this descriptive-correlational study 356 (197 boys and 159 girls) high school students of Miandoab city were selected in the 2018/2019 academic year, by cluster-random sampling method and completed the Iranian addiction potential scale, the psychological dysregulation inventory, as well as the cyber-aggression and cyber-victimization scale. Data were analyzed by Pearson's correlation coefficient as well as multiple linear regression. The results showed that there were significant correlations

-
1. Corresponding author: Elementary school teacher, M.A. in Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. seyedhashemi71@gmail.com
 2. Elementary school teacher, M.A. in Psychology. Payam-Noor University of Bonab, Bonab, Iran. faridian.psych@gmail.com
 3. Elementary school teacher, M.A. in Educational Psychology, Urmia University, Urmia, Iran, Hojjat. Mahmoudi1@gmail.com
 4. Psychologist Social Welfare Emergency Center of Azarshahr county, M.A. in Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran, hosseinzadeh.behnaz69@gmail.com
 5. M A Student in Educational Psychology, Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran. elmiraahmadpour@yahoo.com
 6. Assistant Professor of Educational Management, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Mashhad, Iran. mehri_ezazi@yahoo.com
 7. Elementary school teacher, M.A. in Educational research, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. azami.ebrahim71@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.28022.2009

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5107.html

Abstracts

between cyber-aggression, cyber-victimization, and psychological dysregulation (behavioral, cognitive, and emotional) and tendency toward drug addiction in the adolescents. Also, the cyberbullying victimization and psychological dysregulation could favorably predict the tendency toward drug addiction in the adolescents. Findings of this study showed the need to pay attention to cyberbullying victimization and psychological dysregulation as important etiological factors in the tendency towards drug addiction in adolescents.

Keywords: Adolescents, cyber-aggression, cyber-victimization, psychological dysregulation, substance -related disorders

**Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on
Emotional Self-Regulation and Self-Care to Coronary Artery
Disease Patients**

Simin Sayyafi¹, Nemat Sotodeh Asl *² and Morteza Ebrahimi Varkiyani³

Abstract

Emotional self-regulation and self-care can play an important role in reducing the symptoms of coronary heart disease, which is a psycho-physiological disease. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional self-regulation and self-care of cardiovascular patients in Qazvin. The research method was quasi-experimental of pretest-posttest type with a control group. For this purpose, 30 women with coronary heart disease referred to cardiac treatment centers were selected by availability sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups, each assigned to 15 people. In this study, Ibanez Self-Regulatory Questionnaire and Jaarsma Self-Care Behavior Questionnaire in patients with heart failure were used. Therapeutic interventions were performed in 8 sessions of 90 minutes on the experimental group, but no intervention was performed on the control group. The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the scores of emotional self-regulation and self-care. Therefore, it can be concluded that acceptance and commitment-based therapy improves self-care and emotional self-regulation behaviors in patients with coronary artery disease and is recommended as a complementary therapy in related medical centers.

Keywords: Acceptance and commitment-based therapy, cardiovascular patients, self-care, self-regulation

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Semnan Azad University, Semnan, Iran. Siminsayaf@yahoo.com

2. Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Semnan Azad University, Semnan, Iran. Sotodeh1@yahoo.com.

3. Assistant Professor, University of Medical Sciences, PhD, Heart group, medical college, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Varkiyani28304@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.31600.2248

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5214.html