



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۱، دوره ۱۶، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۹

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهراء(س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد
دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی
استاد دانشگاه الزهراء(س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز
استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان
استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین
استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت
استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهراء(س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

استاد دانشگاه شهید چمران

سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

النی جی هپیدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه

روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهراء(س)

ویراستار فارسی:

رقیه نظری

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهراء(س)

مدیر اجرایی:

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

دبیر اجرایی:

رقیه نظری

طراح و صفحه‌آرا:

قاسمی (رها)

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهراء(س)

ناشر:

دانشگاه الزهراء(س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

تهران، میدان ونک، خیابان ونک، دانشگاه الزهراء،

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، طبقه 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 فصل نامه در پایگاه استادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فناوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه الزهراء(س) به چاپ می‌رسد.

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

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

www.sid.ir - پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com - پایگاه اطلاعات نشریات کشور

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

- **موضوع نشریه:** اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی
- مقاله‌ها تایپ شده (شامل چکیده و فهرست منابع) در حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.
- فاصله سطرها ۱/۵ 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 کاربردی 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 توضیح کامل جامعه آماری، تعداد نمونه، دلیل روش نمونه‌گیری، روش اجرایی پژوهش، شرح کامل ابزار اندازه‌گیری «روایی و پایایی» و واری‌های 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
۷-۲۴
عاطفه قوتی، مسعود آهوان، فاطمه شهامت دهرخ و مریم فرنوش
- مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و روان درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه های اسلامی بر شدت نشانگان و سواس فکری- عملی زنان مبتلا به و سواس شستشو
۲۵-۴۰
سپیده مرتضائی فر، مصطفی حمدیه، آیتا باغداداساریانس و صدیقه ترقی جاه
- رابطه روان رنجوری و دل بستگی نایمن با بی خوابی: نقش میانجی کمال گرایی و تنظیم شناختی هیجان
۴۱-۵۷
طاهره سهرابیان، سیمین غلامرضایی و محمد علی سپهوندی
- اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و پر خاشگری در دختران نوجوان
۵۹-۷۶
مژگان یزدانی، فریبا حافظی، پروین احتشام زاده و زهرا دشت بزرگی
- نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی در پیش بینی اضطراب کووید-۱۹ دانشجویان
۷۷-۹۱
فرزین باقری شیخانگفته، رضا شهابنگ، خزر تاجبخش، عارفه حمیده مقدم، زینب شریفی پور چوکامی و سیده مریم موسوی
- اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و حل مسأله اجتماعی دانش آموزان پسر
۹۳-۱۰۷
قربانی قلدری
محمد محمدی، ابوالفضل فرید، رامین حبیبی کلیر و جواد مصرآبادی
- اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش آموزان با اختلال اضطراب فراگیر
۱۰۹-۱۲۶
سارا کریمی، زهرا آقامیر محمدعلی، سهیلا ابوبکری ماکویی، محبوبه وحیدی فرد، مرضیه حبیبی و مرجان عموخلیلی
- اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق
۱۲۷-۱۴۲
شهرام مامی، افشین صفرنیا، لیلی تردست و بیتا عباسی
- نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب آوری با تعارضات زناشویی
۱۴۳-۱۵۹
علیرضا کاکاوند، فرهاد شیرمحمدی، عسل جعفری جوزانی و سمیرا حاجی امیدی
- اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر سرزندگی و تاب آوری دانش آموزان معلول جسمی حرکتی
۱۶۱-۱۷۷
مهرنوش اخوت، شکوفه متقی دستنایی، فاطمه بهجتی اردکانی و زبیده دهقان منشادی

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری

عاطفه قوتی^۱، مسعود آهوان*^۲، فاطمه شهامت ده‌سرخ^۳

و مریم فرنوش^۴

چکیده

با توجه به میزان شیوع علائم وسواسی جبری به‌نظر می‌رسد باید جهت بهبود علائم اقداماتی انجام شود. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری انجام شد. این پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از سه ماه بوده است. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری بودند که به مرکز مشاوره آرتیمان مشهد در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۱۶ فرد مبتلا به این اختلال به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مؤثر است. بنابراین، طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود با به‌کارگیری این متغیرها از سوی مراکز درمانی، سایر ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط بتوان در راستای بهبود وضعیت سلامت روان افراد گامی مؤثر برداشت.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی جبری، طرح‌واره‌درمانی هیجانی، مسئولیت‌پذیری، نشخوار فکری

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

Atghovati@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: دکتری تخصصی، مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

Masood. ahvan@gmail.com

۳. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران.

f.shahamat@Khayyam.ac.ir

۴. کارشناسی ارشد، مشاوره مدرسه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران.

farnooshmaryam@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.31187.2216

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5417.html

مقدمه

اختلال وسواسی جبری^۱، اختلال عصبی روان‌پزشکی ناتوان کننده‌ای است که با آسیب‌های اجتماعی قابل توجهی همراه است (زی هائو، اسمیت، کات، هاتنگا^۲، و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهشی در ایالت متحده، میزان شیوع وسواس در بزرگسالان را ۲٫۳٪ بر آورد کرده‌است (مادز، مورابیتو و اشمیت^۳، ۲۰۱۹). ویژگی اختلال وسواسی اجباری، تکرار افکار وسواسی یا اعمال اجباری است که زمان زیادی را اشغال می‌کند (بیشتر از یک ساعت در روز) و کارکرد فرد را دچار مشکل می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). دو مورد از این افکار وسواسی که افراد مبتلا تجربه کرده و باعث شدت گرفتن علائم در آن‌ها می‌شود، مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری است (مانچینی^۴، ۲۰۱۸). به عنوان مثال، کانلی و وو^۵ (۲۰۱۸)، ولترز، پرینز، گارست، هاجندرون^۶، همکاران (۲۰۱۸) تأکید زیادی بر تأثیر این افکار ناخواسته در ایجاد و تداوم اختلال وسواسی اجباری داشته‌اند. در سال‌های اخیر، این افکار ناخواسته در اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال وسواسی اجباری نقش مهمی داشته‌اند (مانچینی، ۲۰۱۸).

مدل‌های شناختی اختلال وسواسی اجباری نشان می‌دهند که احساس مسئولیت‌پذیری افراطی در سبب‌شناسی و حفظ علائم اختلال وسواس نقش بسیار مهمی دارد (مانتز و ابوت^۷، ۲۰۱۷). این احساس به ارزیابی غلطی منجر می‌شود که فرد در میزان مسئولیت خودش اغراق کرده است، زیرا ترس از آسیب دیدن خود یا دیگران را دارد که این ارزیابی‌های ناکارآمد در طی دوران زندگی ایجاد شده است (نوارا، پاستور، غیسی^۸ و همکاران، ۲۰۱۱). باسیلی، لویپینو، تنور، مانچینی^۹ (۲۰۱۸)، پو، لوزان، و الیت^{۱۰} (۲۰۱۸) بر نقش مسئولیت‌پذیری افراطی در اختلال

-
1. obsessive – Compulsive Disorder
 2. Zihao, Smit, Cath and Hottenga
 3. Mathes, Morabito and Schmidt
 4. Mancini
 5. Conley and Wu
 6. Wolters, Prins, Garst and Hogendoorn
 7. Mantz and Abbott
 8. Novara, Pastore and Ghisi
 9. Luppino, Tenore and Basile
 10. Pugh, Luzon and Ellett

وسواسی اجباری تأکید کرده‌اند (نایب آقایی، آل یاسین، حیدری و داوودی، ۱۳۹۷). احساس مسئولیت‌پذیری افراطی می‌تواند زمینه‌ای را برای نشخوار فکری^۱ فراهم کند (فرگوس و وو^۲، ۲۰۱۰). نشخوار فکری بر کارکردهای فردی نیز تأثیر گذاشته و می‌تواند به صورت ضعف در مهارت حل مسئله، تداخل در رفتار مؤثر و کاهش حمایت اجتماعی در فرد بروز پیدا کند و به حفظ و تشدید وسواس در بیمار منجر شود (نولن هوکسما و سوزان^۳، ۲۰۰۸).

درمان‌های مختلفی بر روی افراد مبتلا به وسواس تاکنون انجام شده است که می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و.. اشاره کرد. اگرچه درمان شناختی رفتاری در اختلال وسواس اثرگذار بوده است، اما تقریباً ۴۰٪ تا ۶۰٪ مبتلایان عود می‌کنند (آبراموویتز^۴، ۲۰۱۸). لذا، برای بیمارانی که به این کوشش‌های درمانی پاسخ نمی‌دهند، باید گزینه‌های دیگری بررسی شود. یکی از این گزینه‌ها می‌تواند طرح‌واره درمانی هیجانی باشد. در سالیان اخیر توجه روزافزونی به نقش پردازش و تنظیم هیجان در انواع مختلفی از اختلالات شده است (لیهی، تیرچ، ناپالیتانو^۵، ۲۰۱۴). نقص در تنظیم هیجان از مشکلات بیماران وسواسی است که در مدل طرح‌واره درمانی هیجانی به هیجان‌ات اشاره زیادی شده است (تیلور و لیبرزون^۶، ۲۰۰۷). اگرچه اغلب در درمان شناختی رفتاری، هیجان‌ات نادیده گرفته می‌شوند، ولی از دیدگاه طرح‌واره درمانی هیجانی، هیجان‌ات می‌توانند از شناخت تولید شوند یا اینکه پیامد شناخت باشند یا هدف شناخت باشند (لیهی، ۲۰۱۶). بر این اساس، فرضیه پژوهش حاضر این بود که طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مؤثر است.

از دیدگاه لیهی، طرح‌واره‌های هیجانی، اساس طیفی از فرایندهای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل داده و شدت علائم اختلالات به آن مرتبط است (مرواریدی، مشهدی، شاملو و لیهی، ۲۰۱۹). به طوری که مطالعات نشان داده‌اند طرح‌واره هیجانی می‌تواند بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری (عابدی شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی

1. rumination
2. Fergus
3. Susan
4. Abramowits
5. Leahy, Tirsch and Napolitano
6. Taylor and Liberzon

۱۰ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

و حسینی، ۱۳۹۶) و بهبود تنظیم هیجان و علائم اضطراب اجتماعی (مرواریدی و همکاران، ۲۰۱۹) اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (رضایی، قدم پور، رضایی و کاظمی، ۱۳۹۵) مؤثر باشد. وجه تمایز این پژوهش با مطالعه فوق در این است که در این پژوهش با تأکید بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی به دنبال کاهش نشانگان اختلال وسواسی اجباری بوده در صورتی که در پژوهش ذکر شده با طرح‌واره درمانی هیجانی به کاهش نشانگان بالینی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری توجه شده است. لذا باتوجه به شیوع اختلال وسواسی جبری هدف از انجام این پژوهش، بررسی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در انتظاردرمان بود. جامعه آماری این پژوهش را کل بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری شهر مشهد تشکیل دادند که به مرکز مشاوره آرتیمان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب نمونه پژوهشی مطالعه، از بین ۲۷ بیماری که به کلینیک مراجعه کرده بودند، براساس فرمول کوکران تعداد ۲۱ نفر از آن‌ها تخمین زده شد که تنها تعداد ۱۸ نفر از آن‌ها موافق شرکت در مطالعه بودند. ۱۶ نفر مراجع زن و مرد با تشخیص اختلال وسواسی اجباری براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی و اجرای پرسشنامه وسواس مادزلی (نمرات بالاتر از ۲۰ در این پرسشنامه) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری (۱ گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان) قرار گرفتند.

گروه اول تحت طرح‌واره درمانی هیجانی و گروه دوم، گروه کنترل (در انتظاردرمان) بودند. ملاک‌های ورود در پژوهش شامل: (۱) رضایت از شرکت در پژوهش؛ (۲) داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال؛ (۳) تحصیلات حداقل دیپلم؛ (۴) عدم مصرف دارو مرتبط با اختلال به‌طور همزمان بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: (۱) عدم شرکت حداکثر در ۳ جلسه؛ (۲) در صورت وجود نشانه‌های افسردگی و اضطراب، تشخیص اولیه وجود اختلال وسواسی جبری بر اساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی بوده است. برای ملاحظات اخلاقی نیز از

افراد رضایت نامه‌ای در روند اجرای پژوهش کسب شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند.

گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان جمع‌آوری داده‌ها تحت درمان‌های مذکور قرار بگیرند. جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری پس از سه ماه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. همچنین افراد از لحاظ جمعیت شناختی از طریق شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) تجزیه و تحلیل شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی^۱: این پرسشنامه در بردارنده اطلاعاتی همچون سن و سطح تحصیلات بوده که توسط مصاحبه‌گر تکمیل شد.

پرسشنامه وسواسی-جبری مادزلی^۲: پرسشنامه وسواسی جبری مادزلی برای تشخیص انواع گوناگون علائم وسواسی جبری (هادسون و راجمن^۳، ۱۹۷۷) استفاده می‌شود. این پرسشنامه حاوی ۳۰ گویه بسته پاسخ دوگزینه‌ای (درست و نادرست) در چهار زیر مقیاس واریسی^۴ (۹ گویه)، شست‌وشو^۵ (۱۱ گویه)، کندی-تکرار^۶ (۷ گویه) و شک و تردید^۷ (۷ گویه) است. هر گویه نمره ۰ یا ۱ می‌گیرد. بیش‌ترین نمره در ۴ زیرمقیاس به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ است، نمره کل بین ۰ تا ۳۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده وسواس بیشتر است (هادسون و راجمن، ۱۹۷۷). این تست از پایایی آزمون-بازآزمون و اعتبار درونی مناسبی بهره‌مند است. همبستگی میان آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و اعتبار درونی ۰/۷۰ - ۰/۸۰ است (هادسون و راجمن، ۱۹۷۷). روایی و پایایی ترجمه نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه قاسم‌زاده، خمسه، ابراهیم‌خانی، عیسی‌زادگان و سیف‌نوبخت (۱۳۸۱) در کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های واریسی، شست‌وشو،

1. Demographic Characteristics Questionnaire
2. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCAI)
3. Hodgson, Rachman
4. Checking subscale
5. Cleaning subscale
6. Slowness subscale
7. Doubting subscale

۱۲ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

کندی- تکراری، شک و تردید به روش همسانی درونی محاسبه و به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۷۸، ۰/۹۳، ۰/۹۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های شست‌وشو، کندی/ تکرار، شک و تردید و واری در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ است.

پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوار فکری (RRS):^۱ مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما و مورو (۱۹۸۹) است. این مقیاس دارای ۲۲ گویه ۴ گزینه‌ای لیکرت است که برای دستیابی به نشخوار فکری طراحی شده است. این مقیاس نشان می‌دهد که وقتی شرکت‌کننده افسرده می‌شود، چقدر در هر فکر و رفتار نشخواری درگیر می‌شود. نمرات می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد. ترینور، گنزالز^۲ و نولن هوکسما (۲۰۰۳) ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. ترینور و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به تحلیل روان‌سنجی مقیاس پاسخ نشخوار فکری (RRS) اقدام کردند. آن‌ها از مدل دو عاملی پاسخ‌های نشخواری حمایت کردند. عامل اول تعمق^۳ و عامل دوم در فکر فرو رفتن^۴ نامیده شده است. بقیه گویه‌ها مرتبط با افسردگی هستند. محمدخانی و حسن‌آبادی (۱۳۹۲) همسانی درونی خرده مقیاس‌های تعمق و در فکر فرو رفتن را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۹ و همبستگی بازآزمایی این مقیاس برابر با ۰/۶۷ را گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ مربوط به این خرده مقیاس‌ها در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه مسئولیت‌پذیری کالیفرنیا:^۵ مقیاس مسئولیت‌پذیری پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا دارای ۴۲ سؤال است که با هدف سنجش میزان مسئولیت‌پذیری افراد بهنجار ۱۲ سال به بالا تهیه شده است و شرکت‌کننده‌ها به صورت موافقم و مخالفم به سؤال‌های آن پاسخ می‌دهند. پرسشنامه یادشده برای سنجش خصایص شخصیتی پایدار میان فردی در یک جامعه بهنجار تدوین شده است. نخستین بار گاف^۶ در سال ۱۹۴۸، مقیاس‌های اولیه‌اش را

1. Ruminative Responses Scale
2. Treynor, Gonzalez
3. reflection
4. brooding
5. California Accountability Questionnaire
6. Harisoon Gaf

منتشر کرد (مارنات، ۱۳۷۴). مقیاس مسئولیت‌پذیری به‌منظور سنجش ویژگی‌هایی مانند وظیفه‌شناسی، احساس تعهد، سخت‌کوشی، جدیت، قابلیت اعتماد، عمل کردن براساس نظم و مقررات تدوین یافت (مارنات، ۱۳۷۴). دامنه تغییر ضرایب بازآزمایی برای این مقیاس از میانه ۰,۵۳ تا میانه ۰,۸۰ گزارش شده است. در این پژوهش از طریق روش تصنیف، آلفای کرونباخ و گاتمن اعتبار مقیاس را محاسبه کرده است که مقادیر به دست آمده به ترتیب ۰,۶۹، ۰,۷۹ و ۰,۶۹ بوده است.

در این پژوهش از طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی (۲۰۱۵)، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۵ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۴۵ دقیقه‌ای به شیوه گروهی در مرکز مشاوره آرتیمان اجرا شد. شرح چهارچوب جلسات در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۶)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
۳-۱	ایجاد ارتباط جهت برقراری رابطه درمانی، آموزش طرح‌واره‌های هیجانی به مراجع، فرمول‌بندی براساس مدل	ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریح مساعی، تبیین وسواس براساس الگویی طرح‌واره‌هیجانی، مفهوم‌بندی طرح‌واره‌های هیجانی، درجه‌بندی باورهای هیجانی غلط، ارائه الگویی از هیجان به بیمار	در این بخش، صرفاً به دنبال آگاهی بیشتر در مراجع بوده و تغییر نگاه فرد نسبت به هیجانات	نوشتن اهداف، تکمیل کاربرگ طرح‌واره‌های هیجانی در جهت شناخت ابعاد و طرح‌واره در زندگی واقعی
۶-۴	ایجاد توانایی شناخت هیجانات و تمایز از یکدیگر، افزایش پذیرش هیجانات و عادی‌سازی آن‌ها	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلف، آموزش گذرا بودن هیجان و عادی‌سازی آن‌ها	فرد درگیری کم‌تری با هیجانات داشته باشد و آن‌ها را به عنوان امری عادی بپذیرد، بنیادین احساسات	نوشتن هیجانات در موقعیت‌های مختلف و سعی در قبول کردن آن‌ها به عنوان قسمتی از زندگی، ثبت مزایا و معایب این طرح‌واره که هیجان‌های من غیر طبیعی هستند.
۹-۷	زیر سؤال بردن باورهای هیجانی، ویژگی اعتبار بخشی به هیجانات در مراجع	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با	به جای سرزنش خود هنگام تجربه هیجان به آن اعتبار ببخشد.	انجام مهارت‌های آموزش دیده مانند اعتباربخشی به هیجانات به صورت روزمره

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
		اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی		
۱۰-۱۲	آموزش مهارت‌های توجه‌آگاهی در جهت افزایش پذیرش هیجانات، ایجاد این باور که هیجانات دائمی نیستند، شناسایی تحریف‌های شناختی افکار خودآیند در هیجان	تقویت آگاهی هیجانی، فضاسازی، بررسی هیجان به عنوان هدف، بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فاجعه‌زدایی، ارزیابی و چالش با افکار، استفاده از تکنیک‌های تعریف واژه، ایفای نقش هردو جنبه فکر، تمایز رفتار از شخصیت	انجام مهارت‌های توجه‌آگاهی به شکل‌گیری این فکر در خود منجر می‌شود که - نشخوارفکری را کنار بگذارد و همچنین - پذیرش بیشتر هیجانات منفی و کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی	انجام روزمره مهارت‌های توجه‌آگاهی و پرکردن کاربرگ تحریف شناختی
۱۳-۱۵	ایجاد همه‌جانبه‌نگری به جای تک بعدی‌نگری، ایجاد مسئولیت‌پذیری صحیح در موقعیت‌های مختلف	آموزش همه جانبه‌نگری با استفاده از تکنیک‌های پیوستارنگری، معیارهای دوگانه، خلاصه و جمع‌بندی مطالب	شکل‌گیری مسئولیت‌پذیری صحیح - و همچنین کاهش اضطراب از تجربه‌گری هیجان	پرکردن کاربرگ پیوستار شناختی هیجان، نگاه کردن از بالکن در هر موقعیت

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۶ نفر از افراد مبتلا به علائم وسواس در دو گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی (n=8) و کنترل (n=8) انجام شد. در گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی ۶۲/۵٪ از لحاظ تحصیلات دیپلم، ۲۵٪ لیسانس، و ۱۲/۵٪ فوق لیسانس و در گروه کنترل ۷۵٪ دیپلم، ۱۲/۵٪ لیسانس، ۱۲/۵٪ فوق لیسانس بودند. میانگین سنی گروه طرح‌واره‌درمانی هیجانی (۶±۲۷) و در

۱۶ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

گروه کنترل (۵/۶±۲۵/۹) بود.

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، در متغیر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه گروه آزمایش کم‌تر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه بیشتر از پیش‌آزمون است یا تغییری نکرده است. برای بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون لوین برای سنجش تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری بیشتر از ۰/۰۵ بوده است. بنابراین، می‌توان گفت با اطمینان ۰/۹۵ امکان قضاوت وجود دارد که گروه‌های آزمایش و کنترل از جهت پراکندگی نمرات مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یکسان هستند. همچنین آماره و F مرتبط با آزمون‌های کرویت موخلی و M باکس متغیر مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری به ترتیب برای سنجش کروی شکل بودن ماتریس واریانس بیشتر از سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، تمام پیش‌فرض‌های بیان شده برای انجام تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر برقرار بودند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی

متغیر	گروه کنترل			گروه طرح‌واره‌هیجانی		
	میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نشخوار فکری	۱۰۴/۳۲	۱۰۵/۲۳	۱۰۵/۸۷	۱۰۶/۲	۷۰/۵۴	۶۳/۴۴
	(۸/۹۸)	(۸/۷۶)	(۸/۷۴)	(۹/۶۲)	(۱۱/۰۲)	(۱۲/۱۱)
مسئولیت‌پذیری افراطی	۲۹/۴۳	۲۹/۱۳	۲۸/۸۹	۲۹/۳۱	۲۲/۳۱	۲۰/۰۱
	(۶/۲۹)	(۶/۳۲)	(۶/۳۲)	(۶/۳۲)	(۹/۸۳)	(۱۰/۰۲)

نتایج جدول (۳) حاکی از آن است که F متغیرهای مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری در گروه آزمایش معنادار است ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تأثیر مثبت طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثر درون‌گروهی (اندازه گیری مکرر)

متغیر	نوع سوم مجذورات	درجه آزادی	F	P
نشخوارفکری	۵۲۰/۷۸	۱	۳/۳۸	۰/۰۰۲
مسئولیت‌پذیری افراطی	۴۲۵/۳۲	۱	۵/۴۲	۰/۰۰۱

جدول آزمون تعقیبی توکی (جدول ۴)، مؤلفه‌های وسواس را در سه مرحله پژوهش در طرح‌واره درمانی هیجانی مقایسه می‌کند. نتایج نشان می‌دهد بر نشخوار فکری و مسئولیت‌پذیری افراطی نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته‌اند ($P < ۰/۰۵$). در مؤلفه نشخوار فکری پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش معناداری داشته ($P < ۰/۰۵$)، ولی در مؤلفه مسئولیت‌پذیری افراطی پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش معناداری نداشته‌است ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی، مقایسه مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوار فکری در سه مرحله پژوهش در طرح‌واره درمانی هیجانی

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳۵/۶۶	۴/۵	۰,۰۰۱
نشخوار فکری	پیش‌آزمون-پیگیری	۴۲/۷۶	۵/۵	۰,۰۰۲
	پس‌آزمون-پیگیری	۷/۱	۶/۳	۰,۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷	۲/۳	۰,۰۰۲
افراطی	پیش‌آزمون-پیگیری	۹/۳	۳/۲	۰,۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۳	۰/۴	۰,۰۰۷

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوارفکری و مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری بود. یافته‌های پژوهش در رابطه با نشخوارفکری و مسئولیت‌پذیری در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری نشان داد که طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند بر کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوارفکری در شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مؤثر باشد. ولی تفاوت

۱۸ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

معناداری بین پیگیری بعد از سه ماه و پس‌آزمون مشاهده نشد. این مطالعه برای اولین بار به بررسی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوارفکری و مسئولیت‌پذیری افراطی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری اقدام کرده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش مشابه با پژوهش لیهی (۲۰۱۹)، رضایی و همکاران (۱۳۹۵) است.

یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به وسواس، عدم تحمل بلا تکلیفی است. این افراد از طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد بیشتر از افراد عادی استفاده می‌کنند. بنابراین، به میزانی که آگاهی از طرح‌واره‌های هیجانی افزایش یابد، اجتناب‌های فرد کاهش و مدیریت فرد در برابر موقعیت‌های ماشه‌چکان وسواسی افزایش می‌یابد. یکی از دلایل تأثیر این درمان در افراد مبتلا به وسواس این است که آن‌ها هیجان‌ات را به صورت پایدار ادراک کرده که از طریق این درمان می‌آموزند احساسات و هیجان‌ات زودگذر هستند (عابدی شروق و همکاران، ۱۳۹۶). یکی از دلایل عدم تغییرات معنادار میان دوره پیگیری و پس‌آزمون را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با استفاده از طرح‌واره‌درمانی هیجانی به افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری کمک می‌شود که هیجان‌ات را تجربه کند، چیزی که در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری اتفاق نمی‌افتد و هیجان‌ات بلاک می‌شوند.

به عبارتی، نشخوارفکری یکی از ابعاد طرح‌واره‌درمانی هیجانی است و نوعی سبک مقابله برای حل مسائل است (لیهی، ۲۰۱۸). افراد دچار وسواس عموماً نمی‌توانند مسأله حل‌نشده‌ای داشته باشند و سعی می‌کنند با نشخوارفکری مسائل را حل کنند که این هم یک راه‌حل اجتنابی است و به این افراد کمک می‌کند، مسائلشان را حل کنند؛ اما در اصل این یک دور باطل است که نه تنها مسائل را حل نمی‌کند، بلکه مشکلاتشان را بیشتر می‌کند، در حقیقت در این پژوهش تلاش شد با طرح‌واره‌درمانی هیجانی به تعدیل یکی از ابعاد طرح‌واره‌هیجانی اقدام شود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که براساس مدل طرح‌واره‌هیجانی زمانی که هیجانی ایجاد می‌شود، نوع ارزیابی فرد تعیین‌کننده این است که آیا هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده یا کاهش می‌یابد. نشخوارفکری یکی از راهبردهای تنظیم هیجان است که افراد دچار وسواسی اجباری برای مقابله با تجربه هیجانی مربوط به یک موقعیت ماشه‌چکان به کار می‌برند که اخیراً تجربه کرده‌اند. در طی این پردازش نشخواری، افراد دائماً از تجربیات منفی و تحریف شده خویش در موقعیت‌های ماشه‌چکان وسواسی تصاویر ذهنی منفی می‌سازند و اضطراب

انتظاری آن‌ها برای مواجهه با موقعیت استرس‌زا افزایش می‌یابد.

افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری دچار خودسرزنشگری هستند، بدان معنا که مسائل را به عوامل درونی نسبت می‌دهند و در تبیین این جریان می‌توان گفت که یک راه مقابله با خودسرزنشگری، مسئولیت‌پذیری افراطی است. افراد دچار اختلال وسواسی اجباری معمولاً هیجاناتی نظیر احساس گناه، نفرت و اضطراب و... را تجربه می‌کنند و چون این هیجانات را منفی ارزیابی می‌کنند؛ این موضوع به خودسرزنشگری منجر می‌شود و متعاقباً با مسئولیت‌پذیری افراطی سعی در بهبود حال خویشتن دارند. همچنین، افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری عموماً افرادی قاعده‌مند هستند. وقتی امور طبق قواعد آن‌ها پیش نرود، افراد فاجعه‌سازی می‌کنند زیرا امور طبق قواعد آن‌ها و به بهترین شکل مطلوب انجام نشده است. در نتیجه با مسئولیت‌پذیری افراطی فرد هم کمال‌خواهی و هم فاجعه‌سازی را اقتناع می‌کند که ناشی از عدم انجام کارها به صورت منظم و قاعده‌مند صورت می‌گیرد.

درمانگر در طرح‌واره‌درمانی هیجانی نخست راهبردهای مقابله ناکارآمد مانند نشخوارفکری، مسئولیت‌پذیری افراطی را شناسایی می‌کند. سپس از طریق تکنیک‌های شناختی و هیجانی مانند پذیرش هیجان، توجه‌آگاهی و اعتباربخشیدن به هیجان‌های فرد به بازسازی شناختی هیجان‌بیمار اقدام می‌کند. از این طریق موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جمعی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود. این رویکرد به افراد آموزش می‌دهد تا دیدگاهی غیرقضاوتی نسبت به هیجان‌ها داشته باشند تا به کاهش علائم اختلال وسواسی اجباری و همچنین مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوارفکری منجر شود. در طرح‌واره‌درمانی هیجانی فنون توجه‌آگاهی مانند توجه‌آگاهی انفصالی و همجوشی‌زدایی به‌منظور افزایش توانایی پذیرش بنیادین افراد، به‌کار می‌رود. به این صورت که تکنیک‌های توجه‌آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد، به تسهیل فرایند پذیرش هیجان‌ها و ارتقاء موجودیت هشیار آن‌ها منجر شده و به آن‌ها کمک می‌کند تا به جای راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد نشخوارفکری و مسئولیت‌پذیری افراطی به مشاهده‌گری هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها اقدام کنند. فنون توجه‌آگاهی همچنین با جهت‌دادن هدفمند توجه به لحظه حال و پیش بردن تجربه در لحظه حال با کنجکاوی، گشودگی و پذیرش را در برمی‌گیرد و باعث می‌شود که افراد از تلاش خود برای درگیر شدن با نشخوارفکری و مسئولیت‌پذیری بکاهند و به جای آن بر تجربه‌اکنون خود

۲۰ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

توجه کنند (لیهی، ۲۰۰۲).

همچنین درمانگر، به منظور کار بر روی سطح شناختی فرد، معایب استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجان‌ها، فاجعه‌زدایی، وصل طرح‌واره‌های هیجانی به سایر باورهای ناکارآمد از طریق فن پیکان‌روبه‌پایین مطرح می‌کند. با این روش، افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجان‌ها و افکارشان می‌کند که در نتیجه این پذیرش هیجان‌ها، احتمال به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد از جمله مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوارفکری نیز کاهش می‌یابد و از این طریق مراجع با هیجان‌های خود روبه‌رو شده و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رساند. بنابراین، نتیجه نهایی کاربرد طرح‌واره‌درمانی هیجانی اصلاح پردازش هیجانی است که فرد در این مرحله می‌تواند منابع توجهی خود را به جای تمرکز بر نشانه‌های مرتبط با وسواس در طی مواجهه با موقعیت ماشه چکان یا تمرکز بر افکار و تصورات منفی ناشی از آن موقعیت بر وقایع زندگی در حال انجام و سایر نشانه‌های بیرونی موجود در محیط متمرکز کند، و همچنین از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان به جای راهبردهای ناکارآمد مانند مسئولیت‌پذیری افراطی و نشخوارفکری بهره‌گیرد (لیهی، ۲۰۰۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، حجم نمونه محدود بوده‌است که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش امکان افزایش آن نبود. در پایان با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با افراد با نشانه‌های وسواس و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرح‌واره‌درمانی هیجانی را مورد توجه قرار دهند. همچنین این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و تأثیرات مثبت این برنامه را تنها طی یک دوره چندماهه بررسی کرده‌است. پیشنهاد می‌شود برای بررسی تأثیرات بلندمدت این برنامه مداخله‌ای، تحقیقات طولی مناسب انجام شده و میزان کاهش علائم نشانگان وسواس در طی چندسال آینده نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

- امام زمانی، زهرا، مشهدی، علی و سپهری شاملو، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرح‌واره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۹(۱): ۵-۲۴.
- ایزدی، فاطمه، اشرفی، عماد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۷). الگوی ساختاری رابطه بین طرح‌واره‌های هیجانی منفی و نشانه‌های بدنی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و ابرازگری هیجانی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۳): ۳۱۱-۳۲۳.
- رضایی، مهدی، قدم پور، عزت‌ا...، رضایی، مظاهر و کاظمی، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *روان‌شناسی بالینی*، ۷(۴): ۴۵-۵۸.
- عابدی شرق، نجمه، آهوان، مسعود، دوستیان، یونس، اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره‌هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲۶): ۱۴۹-۱۶۳.
- قدم پور، عزت‌ا...، حسینی رمقانی، نسرین السادات، مرادی، گیزه رود و علیپور، کبری (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر نشخوارفکری پس‌رویدادی و اجتناب‌شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی. *افق دانش*، ۲۴(۲): ۱۱۱-۱۱۸.
- مارنات، گری گراث (۱۳۷۴). *راهنمای سنجش روانی*، پاشا شریفی، حسن، نیکخو، محمدرضا، تهران، رشد، ج ۲
- محمدخانی، شهرام، پورمند، نیلوفر و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۲). آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوارفکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۸(۳۰): ۱۸۳-۲۰۴.
- نایب آقایی، اعظم، آل یاسین، سیدعلی، حیدری، حسن و داوودی، حسین (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری. *مطالعات ناتوانی*، ۹(۲): ۱-۱.
- Abedi Shargh, N., Ahovan, M., Doostian, Y., Aazami, Y. and Hoosaini, S. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on clinical symptom and emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Studies*, 7(26): 149-163(Text in Persian).

- Abramowitz, J. S. (2018). *Getting over OCD: A 10-step workbook for taking back your life*. Guilford Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Basile, B., Luppino, O. I., Mancini, F. and Tenore, K. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: experiential techniques and cognitive-based interventions in action (Part III). *Psychology*, 9(09): 2296.
- Conley, S. L. and Wu, K. D. (2018). Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59(1) 56-64.
- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A. and Sepehri Shamloo, Z. (2019). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on anxiety and emotional schemas on women with generalized anxiety disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 5-24.
- Fergus, T. A. and Wu, K. D. (2010). Do symptoms of generalized anxiety and obsessive-compulsive disorder share cognitive processes? *Cognitive Therapy and Research*, 34(2):168-176.
- Ghadampour, E., Hosseini Ramaghani, N., Moradi, S., Rod, M. G. and Alipour, K. (2018). Effectiveness of emotional schema therapy on decrease of post-event rumination and cognitive avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety. *The Horizon of Medical Sciences*, 24(2):111-118(Text in Persian).
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A. A. and Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(1):20-28.
- Hodgson, R. J. and Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5):389-395.
- Izadi, F. Ashrafi, E. and Fathi Ashtiani, A. (2019). The structural pattern of the relationship between negative emotional schemas and somatic symptoms by mediating alexithymia and emotional expressiveness. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 16 (3):311-323(Text in Persian).
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3):177-190.
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: a meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2):82-88.
- Leahy, R. L. (2018). *Emotion Schemas Therapy: Distinctive Features*, Routledge.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. and Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Mancini, F. (Ed.). (2018). *The Obsessive Mind: Understanding and Treating Obsessive-compulsive Disorder*. Routledge.

- Mantz, S. C. and Abbott, M. J. (2017). The relationship between responsibility beliefs and symptoms and processes in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14(1):13-26.
- Mathes, B. M., Morabito, D. M. and Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5):1-36.
- Mohammadkhani, S., Purmand, N. S. and Hassanabadi, H. (2013). An empirical test of a metacognitive model of rumination and depression in non-clinical population. *Modern Psychological Research*, 8(30):183-204(Text in Persian).
- Mohammadkhani, S., Purmand, N. S. and Hassanabadi, H. (2013). An empirical test of a metacognitive model of rumination and depression in non-clinical population. *Modern Psychological Research*, 8(30):183-204(Text in Persian).
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S. and Leahy, R. L. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1):16-24.
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H. and Davoodi, H. (2019). Exposure and response prevention therapy on inflated sense of responsibility, and intolerance of uncertainty, in patients with obsessive compulsive disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(2):1-1(Text in Persian).
- Nolen-Hoeksema, S. and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1):115.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. and Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5):400-424.
- Novara, C., Pastore, M., Ghisi, M., Sica, C., Sanavio, E. and McKay, D. (2011). Longitudinal aspects of obsessive compulsive cognitions in a non-clinical sample: a five-year follow-up study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3):317-324.
- Papageorgiou, C. and Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons.
- Pugh, K., Luzon, O. and Ellett, L. (2018). Responsibility beliefs and persecutory delusions. *Psychiatry Research*, 259, 340-344. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.044>
- Rezaei, M., Ghadampur, E. and Kazemi, R. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 7(4): 45-58(Text in Persian).
- Taylor, S. F. and Liberzon, I. (2007). Neural correlates of emotion regulation in psychopathology. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(10):413-418.
- Treynor, W., Gonzalez, R. and Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination

۲۴ اثر بخشی طرح واره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و ...

reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3):247-259.

Wolters, L. H., Prins, P. J., Garst, G. J. A., Hogendoorn, S. M., Boer, F., Vervoort, L. and de Haan, E. (2019). Mediating mechanisms in cognitive behavioral therapy for childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2):173-185.

Zilhão, N. R., Abdellaoui, A., Smit, D. J. A., Cath, D. C., Hottenga, J. J. and Boomsma, D. I. (2018). Poly – genic prediction of obsessive compulsive symptoms. *Molecular Psychiatry*, 23:168-9. DOI: 10.1038/mp.2017.248

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و
روان‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های
اسلامی بر شدت نشانگان وسواس فکری-عملی زنان
مبتلا به وسواس شستشو

سپیده مرتضائی فر^۱، مصطفی حمدیه^{۲*}، آنتیا باغداساریانس^۳

و صدیقه ترقی‌جاه^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر شدت نشانگان وسواس فکری-عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو انجام شد. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه‌کننده به یکی از مراکز درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. از بین آن‌ها ۳۹ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۳ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. درمان شناختی-رفتاری بر روی گروه آزمایش اول و درمان معنوی-مذهبی با تکیه بر آموزه‌های اسلامی بر روی گروه آزمایش دوم، به صورت گروهی، هر درمان، هفته‌ای ۱ بار در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه وسواس فکری-عملی ییل براون، استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌متغیره و آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی شناختی-رفتاری و معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر کاهش وسواس فکری-عملی اثربخش بودند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری-عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو به دست نیامد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، شستشو، معنویت، وسواس

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.
smortezaeifar.s@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: روان‌پزشک، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
mostafa_hamdieh@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. sarians72@gmail.com

۴. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. taraghi_sh@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواسی فکری- عملی^۱ (OCD) با وسواس‌های فکری/ یا وسواس‌های عملی مشخص می‌شوند. وسواس فکری شامل افکار، تکانه‌ها و تصاویری است که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند. وسواس‌های عملی، رفتارها و اعمال ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به افکار وسواسی و بر اساس قواعد غیرمنطقی مجبوره انجام آن‌ها است (ابوالقاسمی و سلطانی‌شال، ۱۳۹۸). در بین اختلالات وسواسی، اختلال وسواس شستشو^۲، شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی اجباری است (دی‌سیلوا و راجمن^۳، ۱۹۹۸). در کشور ما با توجه به بافت مذهبی آن نوعی از وسواس شستشو به نام «نجاست» نیز وجود دارد (اندوز، صاحبی و طباطبایی، ۱۳۸۴). علائم بالینی در وسواس شستشو به‌گونه‌ای است که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد ایجاد کرده و به‌طور کلی بیمار با اعمال شدید وسواسی خود آسیب‌رسان، در پی کاهش اضطراب خود است (قندهاری‌زاده، آقامحمدیان شعرباف و باقری، ۱۳۹۷).

با توجه به ماهیت اختلال وسواس فکری- عملی که در بعضی از مواقع توأم با مسائل مذهبی و دینی است (امامیان و لطیفی، ۱۳۹۴)، معنویت درمانی^۴ از درمان‌هایی است که می‌تواند بر این اختلال اثرگذار باشد و کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و انسان‌ها همواره باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را همراه دارند؛ روهیم و گرین برگ^۵ (۲۰۱۷)؛ امامیان و لطیفی (۱۳۹۴) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر معنویت بر بهزیستی روان، عملی اثربخش بود. رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجویان، از برنامه‌هایی استفاده کنند، که بیان‌کننده احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمانجو باشد (ریچاردز، هاردمن و بریت^۶، ۲۰۱۷). در این رابطه، علیرضایی مقدم بجستانی، لطفی کاشانی و باقری (۱۳۹۶) بیان کردند که

1. obsessive compulsive disorder
2. compulsive washing
3. De Siliva and Rachman
4. Spiritual Therapy
5. Revheim and Greenberg
6. Richards, Hardman and Berrett

بسیاری از اختلالات روانی، عاطفی و حتی شخصی، در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به حساسیت به این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود. برقی، روشن و بهرامی (۱۳۹۹) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که معنویت درمانی دینی در کاهش رفتارهای وسواسی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی - جبری اثربخش بود. همچنین، ابوالحسینی، شریف، کافی، میکائیلی، ملک‌پور و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود بیان داشتند که روان‌درمانی مذهبی می‌تواند در بهبود اختلال وسواس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری - عملی مفید باشد.

از طرفی دیگر، درمان‌های شناختی-رفتاری^۱، در درمان OCD موفقیت‌آمیز بوده‌اند (اصل علوی پایدار، خدابخش و مهری‌نژاد، ۱۳۹۶). رویارویی و جلوگیری از پاسخ^۲، رویکرد اصلی درمان شناختی-رفتاری کلاسیک به منظور ترغیب خودپذیری^۳ در درمان OCD است (ولز^۴، ۲۰۰۹). این شیوه اگرچه در ابتدا با افزایش اضطراب‌های بیمار همراه است، اما در بلندمدت، حفظ این فرایند در کنار انواع تکنیک‌های شناختی، می‌تواند به کاهش وسواس‌ها و اجبارهای بیمار منجر شود (یعقوبی‌زاده و محمودعلیلو، ۱۳۹۵) نتایج حاصل از مطالعه زنجانی، امیدی، احمدوند و شعبانی (۱۳۹۸) نشان داد که این درمان بر کاهش علائم وسواس نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر بود. فرهودی، صالحی فدردی، غنایی چکن آباد و میرحسینی (۱۳۹۸) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری از نوع مذهبی و آلودگی اثربخش بود. آقایی و آل یاسین (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواس فکری اجباری عمل شستشو اثربخش بود. همچنین، نتایج مطالعات هاشمیان، ناظمیان و هاشمیان (۱۳۹۵)، استکتی، سیو، یاول، لیست^۵ و همکاران (۲۰۱۹) و فرانکلین، کراتز، فریمان، ایوارسون^۶ و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داد که این روش به تسریع پیامدهای فوری OCD، کاهش قابل توجه علائم و نیز احتمال بازگشت منجر می‌شود.

1. cognitive behavior therapy
2. exposure and response prevention
3. self-acceptance
4. Volz
5. Steketee, Siev, Yovel and Lit
6. Franklin, Kratz, Freeman and Ivarsson

۲۸ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

با توجه به اینکه ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب می‌تواند نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا کند، بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود. از طرف دیگر، در ارتباط با برتری هر یک از روش‌های درمانی مذکور (درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی) نسبت به یکدیگر بر اساس جستجوی پژوهشگران این مطالعه تحقیقات اندکی انجام شده است و مشخص نیست که در شرایط یکسان کدام یک از روش‌های درمانی در مقایسه با یکدیگر بر کاهش میزان شدت علائم و سواس فکری - عملی تأثیر بیشتری دارند. بنابراین، در این مطالعه پژوهشگران در صدد بودند تا این دو درمان را از نظر میزان کاهش شدت نشانگان و سواس فکری- عملی زنان با اختلال و سواس شستشو مقایسه کنند.

در این پژوهش سؤال زیر بررسی شد:

آیا بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر کاهش شدت نشانگان و سواس فکری- عملی زنان مبتلا به و سواس شستشو تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران زن مراجعه‌کننده به مرکز درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی دکتر حمدیه شهر تهران در فاصله زمانی بهار و تابستان ۱۳۹۷ بودند. از بین آن‌ها ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۳ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی و سواس فکری- عملی بر اساس DSM-5؛ تأیید تشخیص اختلال و سواس نوع شستشو توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مسئول مرکز درمانی؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری؛ عدم درمان دارویی (بجز داروهای آسترا و سرتالین) و روانی - اجتماعی به صورت همزمان؛ ابتلاء به اختلال اضطراب منتشر؛ ابتلاء به رفتارهای کلیشه‌ای خودپذیر و غیرواقعی؛ ابتلاء به اختلالات دوقطبی، سایکوز و

اعتیاد به مواد افیونی و روانگردان‌ها. ملاک‌های خروج عبارت بود از: عدم تمایل به ادامه پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر درباره محرمانه ماندن اطلاعات داده شد.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون^۱ (T-BOCS): این مقیاس را گودمن، پریس، رازماسن و ماژور^۲ و همکاران (۱۹۸۹) ابداع کردند و دارای ۱۰ گویه است که ۵ گویه برای ارزیابی وسواس و ۵ گویه برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. هر گویه از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بالا نشانه وسواس فکری - عملی بیشتر است. داده‌های مربوط به روایی و پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله ۲ هفته ۰/۸۴ و اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون^۳ به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (ویلسون و چامبلز^۴، ۱۹۹۹). دادفر، ملکوتی، بوالهری و مهرابی (۱۳۸۱) به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، همبستگی ۰/۸۴ و روایی هم‌گرایی آن با پرسشنامه وسواسی - جبری مدزلی ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲، به دست آمد.

روش اجرا: پس از اجرای پیش‌آزمون، درمان شناختی - رفتاری بر روی گروه آزمایش اول و درمان معنوی - مذهبی با تکیه بر آموزه‌های اسلامی بر روی گروه آزمایش دوم، به صورت گروهی، هر درمان، هفته‌ای ۱ بار در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیره و آزمون تعقیبی فیشر استفاده شد.

1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
2. Goodman, Price, Rasmussen and Mazure
3. Bipolar Depression Rating Scale
4. Wilson and Chambless

۳۰ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

جدول ۱: جلسات درمان شناختی- رفتاری (استکتی و همکاران، ۲۰۱۹)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
۱	معرفی و بیان قواعد گروهی	آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه درمانی، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار و سواسی، اعمال اجباری، صحبت دربارهٔ خلق و حال فعلی بیمار.	ایجاد انگیزه برای مقابله با افکار و سواسی	جمع‌آوری و ثبت روزانه افکار و سواسی
۲	توضیح دربارهٔ بیماری و اجرای فن خودبازنگری	در ابتدای هر جلسه، بررسی تکالیف جلسات- بازنگری و جمع‌آوری و ثبت روزانه افکار و سواسی و نگرانی‌ها و اجرای فن خودبازنگری.	میل به خنثی‌سازی افسردگی	یادداشت افکار و سواسی و درجه‌بندی ناراحتی
۳	استفاده از تکنیک اشباع ^۱	تهیه یک فهرست سلسله مراتب افکار و سواسی، رتبه‌بندی افکار و سواسی بر اساس درجه اضطرابی.	میل به خنثی‌سازی اضطراب	تهیه سلسله مراتب افکار و سواسی براساس شدت اضطراب
۴	آموزش و اجرای تکنیک ایجاد وقفه در فکر ^۲	تقسیم جلسات به سه قسمت: -۴۵ دقیقه بررسی پیشرفت بیمار در طی هفته گذشته، -۴۵ دقیقه آموزش تکنیک ایجاد وقفه در فکرو توضیح جنبهٔ درمانی و اثربخشی این تکنیک -۳۰ دقیقه جمع‌بندی خلاصه‌سازی مطالب جلسه.	آغاز فرایند اصلاح افکار	به‌کارگیری راهبردهای شناختی جهت کنترل افکار و سواسی
۵	آموزش استفاده از تکنیک تعهد ^۳	اجرا و آموزش تکنیک تعهد، و توضیح راجع به جنبه درمانی و اثربخشی این تکنیک.	کسب مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس	عوطه‌ور شدن در افکار با استفاده از واژه «ایست»
۶	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و بازداری پاسخ ^۲	توضیح دربارهٔ جنبه‌های درمانی و علت اثربخشی این تکنیک، چگونگی مقابله با لغزش در جلوگیری از پاسخ و مقابله با قطع ناگهانی درمان.	کسب توانایی توجه به رفتارهای ذهن	مقاومت در برابر اجتناب، ترک آیین‌ها و سواس فکری
۷	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و بازداری پاسخ	انجام ادامه تکنیک اشباع و آموزش مراقبه و آموزش طریقه صحیح نفس کشیدن.	کاهش اهمیت افکار بیش از حد	تمرین وقفه ایجاد کردن در آیین‌های سواسی
۸	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون	بررسی: روند بیماری، پیشرفت بیمار، مشکلات در جریان درمان، پیشگیری از بازگشت بیماری - آزمون اجرا.	کاهش افکار و رفتار و سواسی شستشو	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

1. saturation
2. thought stopping
3. commitment
4. exposure response prevention

جدول ۲: جلسات روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تکیه بر آموزه‌های اسلامی (محمدی، ۱۳۹۲)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
۱	معرفی و بیان قواعد گروهی	آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه درمانی، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار و سواسی، اعمال اجباری، صحبت درباره خلق و حال فعلی بیمار.	ایجاد انگیزه برای مقابله با افکار و سواسی	جمع‌آوری و ثبت روزانه افکار و سواسی
۲	آشنایی با مفهوم خودشناسی	بررسی تکالیف جلسات قبل، ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای داشتن نگرش ایمانی در زندگی و آشنایی با مفهوم خودشناسی.	میل به خنثی‌سازی افسردگی	یادداشت افکار و سواسی و درجه‌بندی ناراحتی
۳	آموزش مراقبه	بیان احادیث و روایات مبتنی بر نقش اعتماد به خداوند در آرامش روان، بیان مصداق‌هایی از نقش توکل به خداوند در کارهای روزمره.	میل به خنثی‌سازی اضطراب	تهیه سلسله مراتب افکار و سواسی براساس درجه‌بندی اضطراب
۴	ادامه آموزش مراقبه	ارائه تعریف مفهومی و تحلیلی ذکر، بیان نقش ذکر و عبادت در آرامش روان.	آغاز فرایند اصلاح افکار	به‌کارگیری راهبردهای شناختی جهت کنترل افکار و سواسی
۵	بررسی نقش رضا و قدرالهی در زندگی	بیان نقش رضا و قدرالهی در زندگی، بحث درباره نداشتن منافات رضا با دعا، تلاش و کوشش، آموزش راه دستیابی به مقام رضا.	کسب مهارت‌های پاسخگویی به فکرها یا احساس	غوطه‌ور شدن در افکار با استفاده از واژه «ایست»
۶	آموزش واقعیت‌شناسی دنیا	آموزش واقعیت‌شناسی دنیا، و نقش قناعت در آرامش روان، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت قناعت و بیان واقعیت‌های دنیا از نگاه دینی.	کسب توانایی توجه به رفتارهای ذهن	مقاومت در برابر اجتناب، ترک آیین‌ها و سواس فکری
۷	آشنایی با مفاهیم صبر و مثبت‌اندیشی	معرفی مفاهیم صبر و مثبت‌اندیشی و تشریح نقش آن‌ها در زندگی، آموزش روش نهادینه کردن این صفات.	کاهش اهمیت افکار بیش از حد	تمرین وقفه ایجاد کردن در آیین‌های و سواسی
۸	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	خلاصه جلسات، آموزش تعمیم آموخته‌ها به مسائل زندگی، پاسخگویی به سؤالات و اجرای پس‌آزمون.	کاهش افکار و سواسی و سواس شستشو	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

۳۲ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان پژوهش ۵۷-۲۰ سال و ۱۴ نفر از آن‌ها مجرد و ۲۵ نفر متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۷ نفر از دارای مدرک دیپلم، ۱۳ نفر کارشناسی و ۹ نفر نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بود. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های پژوهش در متغیر وسواس فکری- عملی در جدول ۳، گزارش شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمره وسواس فکری- عملی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مرحله
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش شناختی- رفتاری	۲۵/۱۵	۷/۱۱	۱۷/۲۳	۵/۰۲	
گروه آزمایش روان‌درمانی معنوی- مذهبی	۲۴/۳۸	۵/۳۹	۱۶/۴۶	۵/۲۳	
گروه کنترل	۲۱/۹۲	۶/۲۹	۲۲/۶۱	۵/۲۴	

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر وسواس فکری- عملی نشان داد، سطح معناداری به‌دست آمده در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که نشان از یکسانی پراکندگی نمرات وسواس فکری- عملی در پیش‌آزمون هستند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وسواس فکری- عملی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند. به‌منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که با توجه به جدول ۴، نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر با ارزش ۰/۳۸ و $F = 4/32$ با درجه آزادی ۳۳ و سطح معناداری ($p < 0/01$) با توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر وسواس فکری- عملی

متغیر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۳	۱۲/۳۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	
لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۲/۱۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	
وسواس فکری-عملی	۴/۳۳	۲/۱۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۴/۳۳	۲/۱۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره جدول ۵، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر وسواس فکری - عملی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($\eta^2 = ۰/۶۷$ و $p < ۰/۰۰۶$ و $F = ۱۹/۲۱$). به عبارت دیگر، درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی موجب کاهش وسواس فکری - عملی هر دو گروه آزمایش شده است.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس یک‌متغیره تأثیر درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر وسواس فکری- عملی

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	Eta ²	توان آزمون
وسواس فکری- عملی	۴۹۶/۷۹	۲	۴۹۶/۷۹	۲۵/۱۹	۰/۰۰۰	۶۰	۰/۰۰۱

به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر وسواس فکری - عملی اثربخشی بیشتری داشته و آیا تفاوت برآمده از تأثیر دو روش از لحاظ آماری معنادار است؟، از آزمون تعقیبی فیشر (LSD) استفاده شده است. نتایج حاصل نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بین دو روش درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست ($P > ۰/۰۰۵$).

۳۴ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو انجام شد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، درمان- شناختی رفتاری بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات زنجانی و همکاران (۱۳۹۸)، فرهودی و همکاران (۱۳۹۸)، آقایی و آل باسین (۱۳۹۵)، هاشمیان و همکاران (۱۳۹۵)، استکتی و همکاران (۲۰۱۹)، و فرانکلین و همکاران (۲۰۱۵)، در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواس فکری- عملی، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بیان می‌کند که شیوه تفسیر باورها و افکارهای وسواسی باعث بروز مشکلاتی می‌شود. این دیدگاه فرض می‌کند که مشکلات روان‌شناختی از جمله وسواس، نتیجه نگرش‌های تحریف شده و نادرست فرد نسبت به خود و جهان است (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۵). از این‌رو، درمان شناختی- رفتاری به تغییر محتوای افکار و باور شخص با استفاده از مکانیسم ایجاد وقفه در فکر درباره درست بودن این محتوا اقدام می‌کند (اصل علوی پایدار و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین، از آنجا که اختلال وسواس فکرس- عملی، رفتار وسواسی و تشریفات تکراری اضطراب را کاهش می‌دهند، درمان شناختی- رفتاری بر کاهش رفتارها و تشریفات تکراری از طریق رویارویی و جلوگیری از پاسخ در مقابل موقعیت‌هایی تأکید دارد که اضطراب را ایجاد می‌کنند. در این پژوهش و در طی جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری، درمانگر سعی کرد تا به زنان بیماری که از افکار وسواسی شستشو رنج می‌برند، کمک کند تا به این عمل وسواسی عادت کنند. اجتناب از این عمل وسواسی به تشدید آن دامن می‌زند. برای عادت کردن به این رفتار، درمانگر از آن‌ها خواست تا افکار خود را با صدای بلند بر روی نوار یا تلفن همراهشان ضبط کنند و روزانه به آن‌ها گوش دهند. هدف از این کار مواجه شدن با افکار وسواسی است. در این صورت زنان مبتلا به وسواس شستشو توانستند سبک زندگی معمولی‌تر و سازگارانه‌تری پیدا کنند.

یافته دیگر پژوهش، نشان داد که روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی

بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات برقی و همکاران (۱۳۹۹)، امامیان و لطیفی (۱۳۹۴) و ابوالحسینی و همکاران (۱۳۹۳)، در زمینه اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا وسواس فکری- عملی، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبعیت آزاردهنده وسواس‌های فکری نیازهای معنوی بیماران وسواسی را برای استفاده از اعتقادات معنوی برای دفع افکار وسواسی افزایش می‌دهد که این امر می‌تواند به استفاده از اعتقادات و ارزش‌های معنوی، از یک طرف می‌تواند به بهبودی بیمار منجر شود، چرا که بیمار سعی می‌کند با توسل به اعتقادات و ارزش‌های معنوی دلیلی برای کنار گذاشتن، رد و بی‌معنا بودن افکار وسواسی خود پیدا کند (امامیان و لطیفی، ۱۳۹۴). همچنین، درباره وسواس عملی که نمونه‌های آشنای بسیاری از آن، از جمله شستشو را در جامعه می‌توان دید، این نکته را باید عنوان کرد که اسلام، آیین نظم و ترتیب و مسلک پاکیزگی و طهارت است؛ اما آنجا که کار به افراط و وسواس می‌کشد، اسلام آن پدیده را مذموم تلقی می‌کند و برای نزدیک کردنش به تعادل راه‌حل عملی پیشنهاد می‌دهد. به سخن دیگر، استفاده از آموزه‌های اسلامی می‌تواند افکار و نیز رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی را تحت تأثیر قرار داده و به کنترل آن‌ها کمک کند و به ارائه نگرشی مثبت به اشخاص و تفسیر واقع‌بینانه از پدیده‌ها و رویدادهای زندگی بینجامد.

همچنین، یافته دیگر پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلامی بر کاهش شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری با فرایندهای تفکر و باورهای غیرمنطقی افراد سروکار دارد و تأکید آن بر رفتار کلامی و تصورات ذهنی مددجویان در رابطه با خودشان و جهان پیرامونشان و آینده است. در درمان معنوی- مذهبی نیز بیشتر مبتنی بر اذکار و تکرار آن‌ها است که این موارد انتقال دهنده‌های عصبی را تغییر می‌دهند و باعث آرامش و رهاسازی می‌شوند. در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. در درمان شناختی- رفتاری نحوه عملکرد یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تأثیر می‌گذارد. در درمان معنوی- مذهبی تغییرات رفتاری و عاطفی نیز مطرح است. بدین معنی که عملکرد مراجعان در جهت اعمال

۳۶ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

اجتماعی سازنده و رضایت‌بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت‌بخش، خوشایند، امیدوارکننده و شادی‌بخش رشد می‌یابند. شاید بتوان گفت که اساساً هم رفتار درمانی شناختی و هم تغییر و توجه در مذهب، در درجه اول شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش ارائه می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را در بر می‌گیرد.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ اثرات گروه درمانی در فواصل زمانی مختلف پیگیری نشده است. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان و روان‌درمان‌گران، از تلفیق روان‌درمانی معنوی- مذهبی و درمان شناختی- رفتاری در جهت کاهش شدت نشانگان وسواس فکری- عملی زنان مبتلا به وسواس شستشو بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

برخود لازم می‌دانیم تا از تمامی شرکت‌کنندگانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آوریم.

منابع

- ابوالحسنی، زینب، شریف، میرعماد، کافی، سیدموسی، میکائیلی، نیلوفر، شاه‌ملک پور، حسن و سلطانی، رضا (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی مذهبی بر کاهش نشانه‌های وسواس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مبتلا به وسواس فکری- عملی. *مجله روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان*، ۲(۱): ۸۶-۷۱.
- ابوالقاسمی، عباس و سلطانی شال، رضا (۱۳۹۸). مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال وسواس احتکار و سایر اختلالات وسواس فکری- عملی. *دوماهنامه فیض*، ۲۳(۱): ۸۲-۷۵.
- امامیان، اکرم و لطیفی، زهره (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر معنویت؛ بر میزان شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی- جبری. *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، ۴(۴۴): ۸۶-۶۹.
- اندوز، زهرا، صاحبی، علی و طباطبایی، محمود (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی «رویارویی و بازداری از پاسخ» با «درمان از طریق کاهش فکر خطرناک» در اختلال وسواس شستشو.

- مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۱(۲): ۱۴۹-۱۳۹.
- آقایی، فاطمه و آل یاسین، سیدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در اختلال وسواسی - جبری. هفتمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران.
- آقایی، فاطمه و آل یاسین، سیدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در اختلال وسواس فکری اجباری عمل شستشو. هفتمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.
- برقعی، شیماسادات، روشن، رسول و بهرامی، هادی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به شیوه گروهی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. مجله مطالعات ناتوانی، ۶(۱۰): ۹-۱.
- دادفر، محبوبه، ملکوتی، کاظم، بوالهروی، جعفر و مهربانی، فریدون (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان دارویی بر تغییر تشخیص اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۸(۱): ۸۷-۷۶.
- زنجانی، زهرا، امید، عبدالله، احمدوند، افشین و شعبانی، محمد جواد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربه‌ای، ارزش‌ها و کاهش علائم وسواس در نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی جبری. طرح پژوهشی اتمام یافته دانشکده پزشکی کاشان.
- علیرضایی مقدم بجستانی، سمیه، لطفی کاشانی، فرح و باقری، فریبرز (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. فصلنامه روان‌شناسی نظامی، ۸(۳۲): ۱۹-۵.
- فرهودی، فرزاد، صالحی فدردی، جواد، غنایی چمن‌آباد، علی و میرحسینی، سیدحمید (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مذهبی و آلودگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۷(۱۱)، ۲۱۱۱-۲۰۹۹.
- قندهاری‌زاده، افسانه، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا و باقری، فریبرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر بهبودی وسواس فکری-عملی و ترس از ارزیابی منفی زنان مبتلا به وسواس شستشو. مجله روان پرستاری، ۶(۴): ۳۴-۲۷.
- هاشمیان، پژمان، ناظمیان، عباس و هاشمیان، پیمان (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی روش‌های درمان شناختی-رفتاری و نوروفیدبک در اختلال وسواسی-جبری نوجوانان. مجله علوم پزشکی

۳۸ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

مشهد، ۵۹(۱): ۴۸-۵۵.

یعقوبی‌زاده، فریده و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۵). اثربخشی درمان تلفیقی رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ و تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۴): ۶۴-۴۹.

- Abolghasemi, A. and Soltani Shal, R. A. (2019). Comparison of brain behavioral systems and emotional regulation in women with compulsive hoarding and other obsessive-compulsive disorders. *Journal of Feyz*, 23(1): 75-82. (Text in Persian).
- Abolhassani, Z., Sharif, M., Kafi, S., Mikaeili, N., Shahmalekpour, H. and Soltani, R. (2014). Efficacy of religious psychotherapy in reducing the symptoms of obsession, anxiety and depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Adolescent Psychology Journal*, 2(1): 71-86. (Text in Persian).
- Aghaei, F. and Al-Yassin, S. A. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on obsessive compulsive disorder washing. *7th International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran, Iran*. (Text in Persian).
- Andouz, Z., Sahebi, A. and Tabatabai, S. M. (2005). Comparing efficacy and effectiveness of ERP and DIRT methods in treatment of compulsive washing. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11 (2): 139-149. (Text in Persian).
- Borghei, S., Roshan, R. and Bahrami, H. (2020). Treatment based on acceptance and commitment and spirituality of religious therapy in a group method improvement of the severity of obsessive-compulsive symptoms and obsessive beliefs and quality of life in people with obsessive-compulsive disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 6(10): 1-9. (Text in Persian).
- Dadfar, M., Malakouti, K., Bolhari, J. and Mehrabi, F. (2002). The impact of pharmacological treatment on personality disorders of obsessive-compulsive patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 8(1): 76-87. (Text in Persian).
- De Silva, P. and Rachman, S. (1998). *Obsessive-Compulsive Disorder: The facts. USA: Oxford University Press.*
- Emamyani, A. and latifi, Z. (2019). A comparative analysis of the effectiveness of admission and commitment-based therapy and spirituality-based one on the happiness, psychological well-being and the quality of life of the affected women by obsessive ompulsive disorder. *Journal of Ravanshenasi Va Din*, 11(4): 69-86. (Text in Persian).
- Farhoodi, F., Salehi Fardardi, J., Ghanaie Chamanabad, A. and Mirhoseini, S. H. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on exposure and response prevention on patients with contamination obsessive-compulsive

- disorder and scrupulosity. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 27(11): 2099-2111. (Text in Persian).
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T. and et al. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Journal of Psychiatry Research*, 227(1): 78-92.
- Gandaharizadeh, A., Aghamohammadian Sharbaf, H. and Bagheri, F. (2018). The effectiveness of psychological well-being treatment on obsessive-compulsive disorder improvement and the fear of negative evaluation of women with washing compulsive *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(4):27-34. (Text in Persian).
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L. and Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry Journal*, 46(11): 1006-1013.
- Hashemian, P., Nazemian, A. and Hashemian, P. (2016). Comparison of efficacy of cognitive-behavioral therapy and neurofeedback on symptoms of adolescence obsessive-compulsive disorder. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 59(1): 48-55. (Text in Persian).
- Mohammadi, F. (2013). *The effectiveness of islamic spiritual therapy on spiritual health and craving for opiate-dependent patients in isfahan*. Master's Degree in General Psychology. Isfahan Khararagan Research Branch. (Text in Persian).
- Revheim, N. and Greenberg, W. M. (2017). Spirituality matters: creating a time and place for hope psychiatric rehabilitation. *Journal of spirituality*, 30(4): 307-310.
- Richards, P.S., Hardman, R.K. and Berrett, M.E. (2017). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Steketee, G., Siev, J., Yovel, I., Lit, K. and et al. (2019). Predictors and Moderators of Cognitive and Behavioral Therapy Outcomes for OCD: A Patient-Level Mega-Analysis of Eight Sites. *Journal of Behavior Therapy*, 50(1): 165-176.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Ttranslator: Mohammadkhani, Sh. (2013). Tehran: Varay Danesh press.
- Wilson, K.A. and Chambless, D.L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Journal of Research and Therapy*, 37(4): 325-335.
- Yaghoobzadeh, F. and Mahmoud Alilo, M. (2017). The effectiveness of treatment of obsessive-compulsive disorder (type washing) through religious preferential encoding correction with exposure and response prevention. *Journal of Psychological Studies*, 12(4): 49-64. (Text in Persian).
- Zanjani, Z., Omid, A., Ahmadvand, A. and Shabani, M. J. (2019). *Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and cognitive-*

۴۰ مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر ...

behavioral therapy on experience avoidance, values, and symptom reduction in adolescents with obsessive-compulsive disorder. Completed research project of Kashan Medical School. (Text in Persian).

رابطه روان‌رنجوری و دلبستگی ناایمن با بی‌خوابی: نقش میانجی کمال‌گرایی و تنظیم شناختی هیجان

طاهره سهرابیان^۱، سیمین غلامرضایی^{۲*} و

محمد علی سپهوندی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای کمال‌گرایی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین دلبستگی ناایمن و روان‌رنجوری با بی‌خوابی بود. نمونه پژوهش شامل ۳۸۱ دانشجوی زن و مرد دانشگاه علوم پزشکی لرستان بود که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های سنجش شدت بی‌خوابی، فرم کوتاه پرسشنامه ۵ عاملی نئو، کمال‌گرایی چندبعدی فراست، سبک دلبستگی بزرگسالان و تنظیم شناختی هیجان پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش الگوسازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مدل علی از برآزش مطلوبی برخوردار بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش روان‌رنجوری هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بی‌خوابی ارتباط داشت. همچنین، دلبستگی ناایمن اثر مستقیم معناداری بر بی‌خوابی داشت، ولی اثر غیرمستقیم این متغیر بر بی‌خوابی از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان معنادار نبود. علاوه بر این، روان‌رنجوری و کمال‌گرایی هر دو از طریق اثر زنجیره‌ای دو واسطه کمال‌گرایی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بی‌خوابی رابطه داشتند. این پژوهش نشان داد که عوامل بین‌فردی، شخصیتی و هیجانی/شناختی در تبیین بی‌خوابی نقش مهمی دارند، بنابراین، در برنامه‌های پیشگیری و درمانی باید به این عوامل توجه شود.

کلید واژه‌ها: بی‌خوابی، تنظیم هیجان شناختی، دلبستگی ناایمن، روان‌رنجوری، کمال‌گرایی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
tsohrabian@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
gholamrezaei@lu.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.
sepahvandi.m@lu.ac.ir

مقدمه

نتایج مطالعات انجام‌شده درباره شیوع مشکلات خواب در جامعه مورد پژوهش نشان می‌دهد که دانشجویان علوم پزشکی نسبت به جمعیت عمومی از کیفیت خواب نامطلوب‌تری برخوردارند (راتهی، رانسینگ، میشر و نرولا^۱، ۲۰۱۸). اختلال در خواب شبانه موجب افزایش احتمال ابتلاء به بیماری‌های جسمی و روانی، افت تحصیلی و اختلال در یادگیری آن‌ها می‌شود (هاک و کیمیل^۲، ۲۰۱۹). یکی از حوزه‌های کم‌تر مطالعه شده در سبب‌شناسی بی‌خوابی، نقش عوامل زمینه‌ساز شخصیتی و بین‌فردی و تعامل آن‌ها با فرایندهای شناختی هیجانی است. در همین راستا، می‌توان از نظریه دلبستگی به عنوان یک چارچوب شناختی/ بین‌فردی برای درک چگونگی ایجاد و ابقاء بی‌خوابی استفاده کرد، زیرا مطالعات انجام شده در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ارتباط مثبت بین دلبستگی نایمن و مشکلات خواب را تأیید می‌کنند (پالاگینی، پتری، نوی و کاروسو^۳، ۲۰۱۸؛ پاگان^۴، ۲۰۲۰). اختلال در ایجاد حس دلبستگی در راستای دو بعد اجتنابی (مثل بی‌اعتمادی نسبت به مقاصد دیگران و خوداتکایی بیش از حد) و اضطرابی (مثل نگرانی درباره در دسترس نبودن دیگران به هنگام نیاز و جستجوی مضطربانه عشق و حمایت) سنجیده می‌شود (میکولینسر و شاور^۵، ۲۰۱۹). دلبستگی نایمن با بدتنظیمی هیجانی، بیش‌برانگیختگی صفت و برانگیختگی قبل از خواب ارتباط دارد. سبک دلبستگی نایمن اضطرابی با بیش‌برانگیختگی جسمانی و شناختی و سبک دلبستگی اجتنابی با فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک در مرحله قبل از خواب رابطه دارد و ممکن است بدتنظیمی هیجانی رابطه بین سبک دلبستگی و بیش‌برانگیختگی در افراد دارای بی‌خوابی را میانجی‌گری کند (پاگان^۶، ۲۰۲۰؛ پالاگینی و همکاران، ۲۰۱۸). یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش بی‌خوابی، ساختار شخصیت است (هیوز، اولمر، گیریش، هیستینگز^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). در این بین، باثبات‌ترین یافته پژوهشی این است که افراد دارای مشکلات

-
1. Rathi, Ransing, Mishra and Narula
 2. Haque and Kamal
 3. Palagini, Petri, Novi and Caruso
 4. Pagan
 5. Mikulincer and Shaver
 6. Pagan
 7. Hughes, Ulmer, Gierisch and Hastings

خواب، میزان بالایی از روان‌رنجوری را نشان می‌دهند (راتهی و همکاران، ۲۰۱۸). این صفت شخصیتی با حساسیت بیشتر نسبت به عوامل استرس‌زا و افزایش فعالیت شناختی در جهت منفی رابطه دارد (براندز، کاشنر و تکت^۱، ۲۰۱۸). افرادی که در این بعد نمره بالاتری می‌گیرند توانایی کم‌تری برای پردازش هیجانی نشان می‌دهند یا از راهبردهای نامناسبی برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (یانگ، مئو، نیو و ویی^۲، ۲۰۲۰). همچنین، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که روان‌رنجوری از بین صفات پنج‌گانه شخصیت، قوی‌ترین رابطه را با کمال‌گرایی دارد و ممکن است در شکل‌گیری کمال‌گرایی نقش داشته باشد (استریکر، بوکر، اشنايدر و پریکل^۳، ۲۰۱۹). از طرف دیگر، کمال‌گرایی به عنوان یک فرایند فراتشخصی با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی از جمله بی‌خوابی رابطه دارد (هانگ، شورت، بارتل و اوشی^۴، ۲۰۲۰). این صفت شخصیتی مجموعه‌ای از نگرش‌های شناختی/عاطفی ناکارآمد است که اگر با استرس، مقابله ضعیف و کارآمدی هیجانی پایین همراه باشد، می‌تواند موجب اختلال در خواب شود (براند، کیرو، کالاک و گربر^۵، ۲۰۱۵). بعضی ابعاد کمال‌گرایی سازگارند و بعضی از آن‌ها پیامدهای زیانباری به همراه دارند و هر دو بعد سازگار و ناسازگار با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان رابطه دارند (ماسیدو، مارکوس، کورزما و سوارز^۶، ۲۰۱۷). همچنین، بر اساس مدل‌های واکنش اجتماعی^۷ (فلت و هویت، اولیور و مک‌دونالد^۸، ۲۰۰۲) و گسستگی اجتماعی^۹ (هویت، فلت و میکایل، ۲۰۱۷) تجارب اولیهٔ کودکی، به‌خصوص بافت دلبستگی اولیه و روابط خانوادگی نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای کمال‌گرایانه دارند (به نقل از چن^{۱۰}، هویت و فلت، ۲۰۱۹). مطالعات اخیر نیز همسو با این دو مدل، رابطهٔ مثبت بین دلبستگی ناایمن و کمال‌گرایی را تأیید کرده‌اند (کو، هویت، کاکس^{۱۱}، فلت و چن، ۲۰۱۹ و

1. Brandes, Kushner and Tackett
2. Yang, Mao, Niu and Wei
3. Stricker, BueckerSchneider and Preckel
4. Huang, Short, Bartel and O'Shea
5. Brand, Kirov, Kalak and Gerber
6. Macedo, Marques, Quaresma and Soares
7. Social Reaction
8. Flett, Hewitt, Oliver and MacDonald
9. Social Disconnection
10. Chen
11. Cox

۴۴ رابطه روان رنجوری و دلبستگی نایمن با بی‌خوابی

چن، هویت و فلت، ۲۰۱۹). از مطالب بالا استنباط می‌شود که دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای شناختی ناسازگارانه، ممکن است در رابطه بین دلبستگی نایمن و صفات شخصیتی با بی‌خوابی نقش مهمی داشته باشند. گارنفسکی و کرایج و اسپینهاون^۱ (۲۰۰۱) بین راهبردهای شناختی و رفتاری تنظیم هیجان تمایز قائل می‌شوند. آن‌ها اصطلاح تنظیم شناختی هیجان را به راهبردهای شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی اطلاق می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که برخی از این راهبردها پیامدهای زیان‌آورتری نسبت به بقیه دارند. به عنوان مثال راهبردهای نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و سرزنش خود در رابطه با رویداد ناگوار، طیف وسیعی از پیامدهای ناسازگار مربوط به خواب از جمله برانگیختگی پیش از خواب را به همراه دارند (چنگ، وانگ، چانگ و ژانگ^۲، ۲۰۲۰؛ پالاگینی، مورتو، دلاسو و کارنی^۳، ۲۰۱۷). مطالعات قبلی (به‌خصوص در جامعه پژوهش) بیشتر به نقش عوامل تسریع‌کننده یا توصیفی بی‌خوابی توجه کرده‌اند و در معدود مطالعات انجام شده نیز نقش هر کدام از عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش بین‌فردی، شخصیتی و هیجانی - شناختی در شکل‌گیری بی‌خوابی جداگانه بررسی شده است، بنابراین، لزوم مطالعه بیشتر این عوامل و تعاملات آن‌ها احساس می‌شود. بر این اساس، در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر آزمون می‌شوند: ۱- دلبستگی نایمن و روان رنجوری اثر علی مستقیمی بر بی‌خوابی دارند؛ ۲- کمال‌گرایی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه بین دلبستگی نایمن و روان رنجوری با بی‌خوابی را میانجی‌گری می‌کنند.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی و از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. کلان^۴ (۲۰۱۱) حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده را برابر ۵، نسبت ۱۰ به ۱ را مناسب‌تر و ۲۰ به ۱ را مطلوب قلمداد می‌کند، از آنجا که در این پژوهش ۲۲ پارامتر وجود

-
1. Garnefski, Kraaij and Spinhoven
 2. Cheng, Wang, Chang and Zhang
 3. Moretto, Dell'Osso and Carney
 4. Kline

دارد، تعداد ۴۰۰ نفر با نمونه‌گیری خوشه‌ای و به روش اندازه متناسب احتمالی^۱ انتخاب شدند. بعد از تهیه آمار دانشجویان شاغل به تحصیل به تفکیک دانشکده، رشته تحصیلی و جنسیت از سالنامه آماری ارائه شده در پایگاه اینترنتی دانشگاه با مراجعه به آموزش هر کدام از دانشکده‌ها، فهرست کلاس‌های گروه‌های مختلف تهیه شد. سپس، متناسب با تعداد دانشجویان هر دانشکده و جمعیت هر کلاس، بین یک تا چهار کلاس به عنوان خوشه انتخاب شده و پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش را تکمیل کردند. در نهایت با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۸۱ پرسشنامه تحلیل شد. ۲۴۲ نفر (۶۳/۵٪) از گروه نمونه را دانشجویان زن و ۱۳۹ نفر (۳۶/۵٪) را مردان تشکیل دادند. همچنین ۳۳۶ نفر (۸۸/۲٪) متأهل و ۴۵ نفر (۱۱/۸٪) مجرد بودند و ۲۰۱ نفر (۵۲/۸٪) از دانشجویان نیز در خوابگاه سکونت داشتند. در این مطالعه از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

شاخص سنجش شدت بی‌خوابی^۲: این ابزار ۷ گویه‌ای (مورین^۳، ۱۹۹۳) شدت بی‌خوابی ادراک شده را بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای می‌سنجد. دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۸ است و نمرات بالاتر ادراک بیشتر بی‌خوابی را نشان می‌دهد. (اسمیت و وگنر^۴ (۲۰۰۳) روایی این شاخص را به روش روایی سازه ۰/۷۲ و پایایی آن را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و تصنیف، به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در ایران داستانی، جمهری، آشتیانی، صادق‌نیت و صومعلو (۱۳۹۰) ضریب همسانی درونی این شاخص را ۰/۷۲ محاسبه کرده‌اند. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای این شاخص ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش صفات پنج‌گانه شخصیتی^۵ (NEO-FFI): در این مطالعه از فرم کوتاه پرسشنامه ۵ عاملی نئو استفاده شد. این مقیاس ۶۰ گویه‌ای، پنج بعد اصلی شخصیت را ارزیابی می‌کند. که هر گویه باید براساس مقیاس لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده شود. مک‌کری و کاستا^۶ (۲۰۰۴) ضریب روایی همزمان این پرسشنامه را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰

1. Probability proportional to size (PPS)
2. Insomnia severity Index
3. Morin
4. Smit and Wegener
5. Five Personality Traits Assessment Questionnaire
6. McCrae and Costa

۴۶ رابطه روان رنجوری و دل‌بستگی نایمن با بی‌خوابی

گزارش کردند. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه نیز بالا بوده و برای ۵ بعد از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ محاسبه شد. گروسی فرشی (۱۳۸۰) این آزمون را بر روی دانشجویان هنجاریابی کرد و ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از ابعاد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌گرایی توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ گزارش کرد. در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای روان‌رنجوری به دست آمد.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی^۱: این مقیاس ۳۵ گویه‌ای را فراست، مارتن و رزنبلت^۲ (۱۹۹۰) طراحی کرد و کمال‌گرایی را در ۶ بعد: نگرانی درباره اشتباهات، معیارهای فردی، انتظارات والدین، انتقادگری والدین، تردید در اعمال و سازماندهی می‌سنجد. فراست، هیمبرگ، هالت، متیا^۳ و همکاران (۱۹۹۳) ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این آزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۰ گزارش کردند. در ایران، روایی هم‌گرای آن با پرسشنامه اضطراب امتحان ۰/۲۹ گزارش شده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ساختار شش عاملی پیشنهاد شده توسط فراست و همکاران نیز تأیید شد. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های این مقیاس بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۴ گزارش شد (اخوان‌عبیری، شعیری و غلامی‌فشارکی (۱۳۹۸). در این مطالعه تنها سه بعد انتقادگری والدین، نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در اعمال که رابطه آن‌ها با بی‌خوابی ثابت شده بود (اکرم، الیس، میاچکوو، چپمن و بارکلی^۴، ۲۰۱۷) سنجیده قرار شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از این زیرمقیاس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه دل‌بستگی بزرگسال: این پرسشنامه با استفاده از ماده‌های آزمون دل‌بستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) طراحی و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴). این ابزار ۱۵ گویه‌ای سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب برابر ۵ و ۲۵ است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در یک نمونه دانشجویی ۱۴۸۰ نفره به ترتیب

-
1. Multidimensional Perfectionism Scale
 2. Frost, Marten, Lahart and Rosenblate
 3. Heimberg, Halt and Mattia
 4. Akram, Ellis, Myachykov, Chapman and Barclay

۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه نیز از طریق همبستگی نمرات پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی شد. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اجتنابی ۰/۷۱، اضطرابی/دوسوگرا ۰/۶۳ و کل آزمون ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱: این پرسشنامه را گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ساخته‌اند و دارای ۳۶ گویه ۹ خرده مقیاس است. هر گویه براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود و هر ۴ گویه یک خرده مقیاس را می‌سازد. پنج زیرمقیاس این آزمون راهبردهای سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) و چهار مقیاس دیگر راهبردهای ناسازگار (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری) را می‌سازد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را از ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (یوسفی، ۱۳۸۵). در این مطالعه، راهبردهای ناسازگار نمره‌گذاری شدند و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس سرزنش خود ۰/۸۵، نشخوار فکری ۰/۷۹، سرزنش دیگران ۰/۸۴ و فاجعه‌انگاری ۰/۸۳ محاسبه شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب چولگی، کشیدگی و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، تمام ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/01$ معنادار هستند. همچنین متغیرها توزیع بهنجاری دارند. براساس پیشنهاد کلاین (۲۰۱۱) قدرمطلق ضریب چولگی کم‌تر از ۳ و ضریب کشیدگی کم‌تر از ۱۰ نشان‌دهنده توزیع بهنجار است.

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

۴۸ رابطه روان رنجوری و دلبستگی ناایمن با بی‌خوابی

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
بی‌خوابی	۱				
دلبستگی ناایمن	۰/۴۴	۱			
روان رنجوری	۰/۵۶	۰/۴۹	۱		
کمال‌گرایی	۰/۴۴	۰/۵۰	۰/۶۱	۱	
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۰/۴۶	۰/۴۸	۰/۵۸	۰/۴۸	۱
میانگین	۱۱/۶۵	۲۳	۲۰/۱۰	۶۶/۴۴	۴۴/۷۶
انحراف معیار	۵/۵۶	۶/۳۸	۹/۰۳	۱۳/۲۶	۱۰/۲۸
چولگی	۰/۲۹	۰/۵۵	۰/۳۱	۰/۳۶	-۰/۱۵
کشیدگی	-۰/۴۳	-۰/۱۱	-۰/۱۶	-۰/۰۲	-۰/۱۴

همه ضرایب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار بودند.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد و داده‌ها به وسیله نرم‌افزار AMOS²⁴ و SPSS²⁴ با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی تحلیل شدند. جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل را قبل و بعد از اصلاح نشان می‌دهد. با توجه دیدگاه میرز، گمست و گورین^۱ (۲۰۰۶) که مقدار بیشتر از ۳ برای شاخص (x^2/df) و مقدار کم‌تر از ۰/۹۰ برای شاخص (AGF) را نیازمند اصلاح می‌دانند، برای اصلاح مدل و بهبود برازش، باقی‌مانده‌های خطا بین نشانگرهای سرزنش خود با نشخوار فکری و سرزنش دیگران، فاجعه‌انگاری با سرزنش دیگران و فاجعه‌انگاری با تردید در اعمال، همبسته شدند و مسیر غیرمعنادار دلبستگی ناایمن به راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان حذف شد. بررسی شاخص‌های برازش نشان می‌دهد که مدل اصلاح شده با داده‌های جمع‌آوری شده برازش مطلوبی دارد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

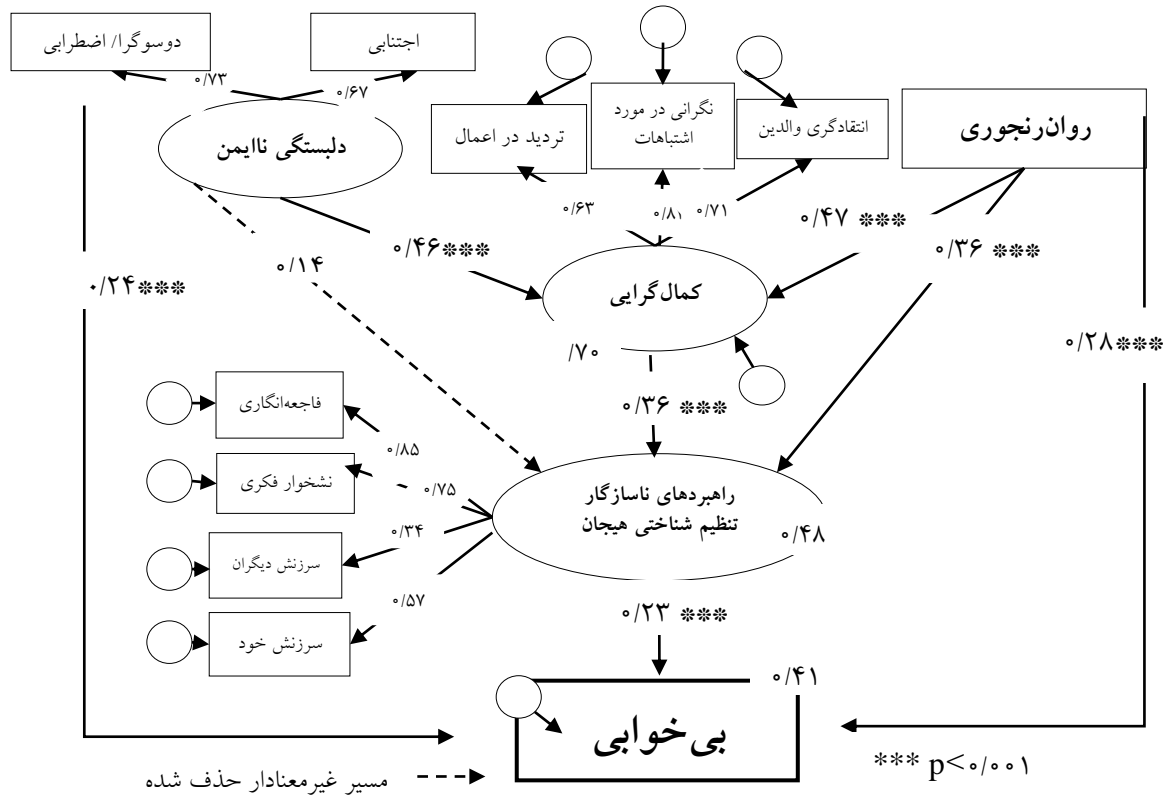
χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA	
۳/۷۹	۰/۹۳	۰/۸۷	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۰۸۶	قبل از اصلاح
۲/۰۵	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۰۵۳	بعد از اصلاح

همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، اثر مستقیم روان‌رنجوری بر بی‌خوابی، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کمال‌گرایی معنادار بود. همچنین دلبستگی ناایمن بر کمال‌گرایی و بی‌خوابی اثر مستقیم و معناداری داشت. اثر مستقیم کمال‌گرایی بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان هم معنادار بود. برای تعیین معناداری آماری اثرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش از روش بوت استرپ پروسس هیز (۲۰۱۸) با سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

نتایج بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرها (جدول ۳) نشان می‌دهد که برای تمام مسیرهای میانجی، صفر در دامنه حد بالا و پایین قرار نمی‌گیرد؛ بنابراین، کلیه روابط غیرمستقیم در سطح آماری ۰/۰۵ < P معنادار هستند. همچنین، این مدل در کل ۴۱٪ از واریانس بی‌خوابی، ۷۰٪ از واریانس کمال‌گرایی و ۴۸٪ از واریانس راهبردهای منفی تنظیم هیجان شناختی را تبیین می‌کند.

جدول ۳: اثرات غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ در سطح اطمینان ۹۵٪

مسیرها	اثر غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا
روان‌رنجوری به بی‌خوابی از راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۴۸	۰/۰۲۰	۰/۰۸۱
روان‌رنجوری به بی‌خوابی از کمال‌گرایی و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۱۴	۰/۰۰۴	۰/۰۲۷
دلبستگی ناایمن به بی‌خوابی از کمال‌گرایی و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان	۰/۰۴۸	۰/۰۲۷	۰/۰۷۷



شکل ۱: مدل اصلاح شده نهایی روابط ساختاری متغیرهای پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با بی‌خوابی رابطه دارد. این یافته همخوان با نتایج مطالعاتی است که رابطه بین روان‌رنجوری و مشکلات خواب (راتهی و همکاران، ۲۰۱۸)، ارتباط بین تنظیم هیجان و بی‌خوابی (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰) و رابطه بین روان‌رنجوری و تنظیم هیجان (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰) را نشان داده‌اند. در تبیین این روابط مستقیم و غیرمستقیم می‌توان گفت که روان‌رنجورخویی ممکن است از طریق فرایندهایی مثل واکنش‌پذیری هیجانی بالا و سوگیری منفی در ارزیابی وقایع استرس‌زا موجب افزایش آسیب‌پذیری فرد نسبت به استرس شود (براندرز و همکاران، ۲۰۱۸) و واکنش‌پذیری نسبت به استرس نیز با فعالیت زیاد سیستم آدرنال (مثل سطوح بالای هورمون‌های استرس آدرنال) و تنظیم شناختی و هیجانی ضعیف همراه است و با ناتوانی در خوابیدن تحت شرایط پر استرس خود را نشان می‌دهد (هیوز و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج مطالعاتی که با استفاده از fMRI انجام شده نیز حاکی از آن است که نمره بالا در روان‌رنجوری با کنترل کاهشی فعالیت کورتکس پریفرانتال پشتی میانی، در طی فرایند تنظیم هیجان رابطه دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). ظرفیت کم‌تر افراد روان‌رنجور برای کاهش هیجان‌های منفی و تمایل به استفاده از راهبردهای غیرانطباقی مثل سرزنش خود و دیگران در قبال موقعیت‌های دشوار، نشخوار فکری در مورد خواب و رویدادهای آشفته‌ساز و پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز در مورد پیامدهای این حوادث نیز ممکن است از طریق افزایش برانگیختگی شناختی و جسمانی پیش از خواب به تشدید بی‌خوابی منجر شود (چنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پالاگینی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه فراتحلیلی استریکر و همکاران (۲۰۱۹) در مورد رابطه کمال‌گرایی و روان‌رنجوری همسو بود. نتیجه به دست آمده دور از انتظار نیست، زیرا در متون پژوهشی کمال‌گرایان ناسازگار با صفاتی چون: بی‌ثباتی هیجانی، خلق منفی، خودارزیابی منفی، ناایمنی، ترس از شکست و واکنش هیجانی دفاعی نسبت به تهدید معرفی شده‌اند (استریکر و همکاران، ۲۰۱۹) که این ویژگی‌ها بخشی از تعریف روان‌رنجوری محسوب می‌شوند. بنابراین، می‌توان این یافته را برحسب ویژگی‌های مشترک هر دو متغیر تبیین کرد: افرادی که در روان‌رنجوری نمره بالاتری می‌گیرند به علت ترس از شکست و نیاز به دریافت تأیید دیگران

نگران انجام کامل و بی‌عیب و نقص تکالیف خود هستند، زیرا احساس می‌کنند که در صورت بروز یک اشتباه از چشم دیگران خواهند افتاد. این افراد به علت خودرازیایی‌های منفی و گرایش به اضطراب، بیشتر متوجه نقائص جزئی در عملکرد خود می‌شوند، بنابراین، احتمالاً تردید بیشتری را در رابطه با انجام کارهای روزمره تجربه می‌کنند. علاوه بر این، عزت نفس پایین و زودرنجی افراد روان‌رنجور ممکن است آن‌ها را نسبت به انتقاد، بسیار حساس کند و نیاز به تأیید دیگران موجب می‌شود که بخواهند با کامل بودن در هر کاری رضایت آن‌ها را جلب کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دلبستگی نایمن اثر مستقیم معناداری بر بی‌خوابی دارد، ولی تنظیم هیجان نقش میانجی معناداری در رابطه بین این دو متغیر ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پالاگینی و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد. مکانیسم‌های زیربنایی رابطه بین این دو متغیر را می‌توان با توجه به پیامدهای دلبستگی نایمن تبیین کرد. بزرگسالان دلبسته اضطرابی در مواجهه با وقایع تهدیدکننده معمولاً با خشم، بدخلقی و نشخوار فکری زیاد پاسخ می‌دهند. در مقابل بزرگسالان دلبسته اجتنابی سعی می‌کنند که از توجه به واکنش‌های عاطفی خود نسبت به طرد و جدایی اجتناب کرده و اغلب، افکار و خاطرات مرتبط با عاطفه را سرکوب می‌کنند (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۹). پیامدهای شناختی رفتاری متفاوت دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی موجب می‌شود که هر یک از این دو سبک فرایندهای فیزیولوژیک و روان‌شناختی متفاوتی را قبل از خواب تجربه کنند. نگرانی‌ها و شناخت‌های مرتبط با دلبستگی اضطرابی با فعال‌سازی سیستم عصبی سمپاتیک موجب بیش‌برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیک در دوره زمانی قبل از خواب می‌شود که می‌تواند بدخوابی ذهنی یا عینی را ایجاد کند. در مقابل، در افراد دلبسته اجتنابی فعالیت سیستم عصبی پاراسمپاتیک در مرحله قبل از خواب، فقط به بیش‌برانگیختگی فیزیولوژیک منجر می‌شود و این افراد برانگیختگی شناختی یا سمپاتیک را تجربه می‌کنند (پاگان، ۲۰۲۰). نتیجه دیگر این مطالعه مبنی بر معنادار نشدن نقش تنظیم هیجان در رابطه بین دلبستگی نایمن و بی‌خوابی با نتایج مطالعات پالاگینی و همکاران (۲۰۱۸) ناهمسو است که نقش دلبستگی نایمن در بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به بی‌خوابی را تأیید کرده‌اند. در تبیین این نتایج ناهماهنگ می‌توان به غیربالینی بودن نمونه این پژوهش اشاره کرد، در حالی که در مطالعه ذکر شده، از نمونه بالینی استفاده شده است. دیگر اینکه به نظر

می‌رسد دل‌بستگی نایمن فقط در صورتی که با کمال‌گرایی همراه باشد، می‌تواند از طریق تنظیم شناختی هیجان اثر غیرمستقیمی بر بی‌خوابی داشته باشد. پژوهش حاضر نشان داد که دل‌بستگی نایمن رابطه معناداری با کمال‌گرایی دارد. این یافته با نتایج مطالعات (کو و همکاران، ۲۰۱۹؛ چن و همکاران، ۲۰۱۹) همخوان است. در تبیین این نتایج با استناد به پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت که افراد احتمالاً در واکنش به رفتارهای فرزندپروری نامطلوب والدین و اختلال در دل‌بستگی به طرف کمال‌گرایی سوق داده شوند (چن و همکاران، ۲۰۱۹). در این صورت کمال‌گرایی نوعی مکانیسم دفاعی تلقی می‌شود که هدف آن بازسازی عزت‌نفس، کسب پذیرش و جلوگیری از طرد شدن با تلاش برای کامل بودن یا کامل نمایی در هر زمینه‌ای است. در افراد دل‌بسته اضطرابی ترس شدید از طرد شدن و اشتیاق برای دریافت عشق، صمیمیت و تأیید دیگران، ممکن است آن‌ها را درگیر رفتارهایی کند که هدف از آن افزایش حس تعلق، دستیابی به کمال و جلوگیری از انتقاد و طرد شدن است. از طرف دیگر، افراد دل‌بسته اجتنابی ممکن است این ترس‌ها و خواسته‌ها را نادیده گرفته یا انکار کنند و برای برملا نشدن نقائص خود از دیگران فاصله بگیرند یا ناراحتی‌های خود را مخفی کنند (کو و همکاران، ۲۰۱۹). در نهایت، این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی با تأثیر بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، رابطه بین دل‌بستگی نایمن و روان‌رنجوری با بی‌خوابی را میانجی‌گری می‌کند. این یافته با نتایج مطالعات (بران‌دز و همکاران، ۲۰۱۵؛ ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۷) همخوانی دارد و می‌توان آن را با توجه به نتایج مطالعات فوق تبیین کرد. نگرانی‌های کمال‌گرایانه درباره اشتباهات گذشته، انجام درست تکالیف، یا ارزیابی منفی از طرف دیگران ممکن است به برخی شناخت‌های غیرانطباقی، مانند «من باید در هر کاری بهترین باشم» یا «اشتباه کردن مایه شرمساری است» دامن بزند. سپس این شناخت‌های غیرانطباقی و نگرانی‌های مرتبط با آن، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مانند فاجعه‌پنداری و نشخوار فکری را راه‌اندازی می‌کنند که پیامد آن افزایش حس نقص، افسردگی، خشم یا اضطراب است. اگر در دوره قبل از خواب، این هیجان‌های منفی و افکار تکرار شونده درباره رویدادهای گذشته با نشخوار فکری و نگرانی در مورد مشکلات حل نشده در طی روز و پیامدهای بی‌خوابی بر عملکرد روز بعد همراه شوند، ممکن است با تأخیر در شروع خواب به تشدید بی‌خوابی کمک کنند (هانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع، این مطالعه نشان داد که عوامل بین فردی و

۵۴ رابطه روان رنجوری و دل‌بستگی نایمن با بی‌خوابی

صفات شخصیتی به عنوان عوامل زمینه‌ساز بی‌خوابی، ممکن است از طریق فرایندهای هیجانی شناختی ناکارآمد موجب تبدیل بی‌خوابی موقعیتی ایجاد شده در اثر استرس و شرایط محیطی به بی‌خوابی مزمن شوند. جامعه آماری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی علاوه بر تکرار این مطالعه در جامعه بالینی یا سایر گروه‌های سنی، فرهنگی و شغلی از روش‌هایی مانند مصاحبه بالینی، ابزارهای آزمایشگاهی و سایر مقیاس‌های سنجش متغیرها استفاده شود. همچنین ماهیت همبستگی این پژوهش مانع استنتاج روابط علی می‌شود، بهتر است که در پژوهش‌های بعدی در قالب مطالعات طولی روابط علی بین متغیرها مطالعه شود. در نهایت، تمرکز بر فرایندهای بین‌فردی، شخصیتی و هیجانی در تشخیص ارزیابی، پیشگیری و درمان بی‌خوابی توصیه می‌شود.

منابع

- اخوان عبیری، فاطمه، شعیری محمدرضا و غلامی فشارکی، محمد (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست (FMPS). *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶(۱): ۸۷-۱۰۶.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). *هنجاریابی مقیاس دل‌بستگی بزرگسالان*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- داستانی، محبوبه، جمهری، فرهاد، آشتیانی، علی، صادق نیت حقیقی، خسرو و صومعلو، سمانه (۱۳۹۰). اثربخشی دارو درمانگری و رفتاردرمانگری در بی‌خوابی مزمن، *مجله علوم رفتاری*، ۱(۱۵): ۲۷-۳۲.
- گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون جدید شخصیتی NEO و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران*. رساله دکترای روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
- یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴(۶): ۸۹۲-۸۷۱.
- Akhavan, A. Shairi, M.R. and Gholami Fesharaki, M. (2019). The investigation of psychometric properties of Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 6 (1):87-106 (Text in Persian).

- Akram, U., Ellis, J. G., Myachykov, A., Chapman, A. J. and Barclay, N. L. (2017). Anxiety mediates the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia disorder. *Personality and Individual Differences*. 104: 82-86. DOI: 10.1016/j.paid.2016.07.042.
- Besharat, M A. (1384). *Normalization of adult attachment scale*. Research report. University of Tehran.
- Brand, s., Kirov, O., Kalak, N., Gerber, M., Pühse, U., Lemola, S., Correll, C. U., Cortese, S. and Meyer, T. (2015). Perfectionism related to self-reported insomnia severity, but not when controlled for stress and emotion regulation. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 11: 263-271. DOI: 10.2147/NDT.S74905.
- Brandes, C. M., Kushner, S. C. and Tackett, J. L. (2018). *Negative affect. Developmental pathways to disruptive, impulse-control and conduct disorders*. Academic Press. 121-138. DOI: 10.1016/B978-0-12-811323-3.00005-5
- Chen, C., Hewitt, P. L. and Flett, G. L. (2019). Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults. *Personality and Individual Differences*. 146: 53-57. DOI: org/10.1016/j.paid.2019.03.042
- Cheng, M. Y., Wang, M. J., Chang, M. Y., Zhang, R. X., Gu, C. F. and Zhao, Y. H. (2020). Relationship between resilience and insomnia among the middle-aged and elderly: Mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 1-12. DOI: 10.1080/13548506.2020.1734637
- Dastani, M. Jomheri, F. Fathi, A. A. Sadeghniai, K. H. and Someloo, S. (2011). Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. *Journal of Behavioral Sciences*. (1): 27-32 (Text in Persian).
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Halt, C. S., Mattia, J. L. and Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 14(5): 99-126.
- Garnefski, N., Kraaij, V. and Spinhoven, P. (2001). Negative life events cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 30(8): 1311-1327.
- Grossi-Farshi, M. (1998). *Standardization of the New Neo Personality Test and analytical study of its characteristics and factor structure among students of Iranian Universities*. PhD Dissertation. Tarbiat Modares University. (Text in Persian).
- Haque, M. and Kamal, Z. (2019). Sleep, sleep disturbances among Medical Students and their academic performance and health: A Global Issue. *International Journal of Human and Health Sciences (IJHHS)*, 3(4): 181-185.
- Huang, I., Short, M. A., Bartel, K., O'Shea, A., Hiller, R. M., Lovato, N. and Gradisar, M. (2020). The roles of repetitive negative thinking and perfectionism in explaining the relationship between sleep onset difficulties and depressed

- mood in adolescents. *Sleep Health*.6(2): 166-171.
- Hughes, J. M., Ulmer, C. S., Gierisch, J. M., Hastings, S. N. and Howard, M. O. (2018). Insomnia in United States military veterans: An integrated theoretical model. *Clinical psychology review*, 59: 118-125. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.11.005
- Kline, R.B. (2011). *Principles & Practice of Structural Equation Modeling*. 2th ed. New York: The Guilford Press.
- Ko, A., Hewitt, P. L., Cox, D., Flett, G. L. and Chen, C. (2019). Adverse parenting and perfectionism: A test of the mediating effects of attachment anxiety, attachment avoidance, and perceived defectiveness. *Personality and Individual Differences*, 150: 109474. DOI: 10.1016/j.paid.2019.06.017
- McCrae, R. R. and Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *journal of personality and Individual Differences*, 36(3): 587-596.
- Meyers, L.S., Gamest, G. and Goarin, A.J. (2009). *Applied multivariate research, design and interpretation*. Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I. and Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*. 119: 46-51. DOI:10.1016/j.paid.2017.06.032
- Mikulincer, M. and Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*: 25: 6–10. DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.02.006
- Pagan, A. F. (2020). *Attachment style and Sleep: Examining the association between relationship functioning and physiological arousal before sleep* (Doctoral dissertation).
- Palagini, L., Petri ,E., Novi ,M., Caruso, D., Moretto, U. and Riemann, D.(2018). Adult insecure attachment plays a role in hyperarousal and emotion dysregulation in insomnia disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 262: 162-167. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.071.
- Palagini, L., Moretto, U., Dell'Osso, L. and Carney, C. (2017). Sleep-related cognitive processes, arousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder: the role of insomnia-specific rumination. *Sleep Medicine*. 30: 97-104. DOI: 10.1016/j.sleep.2016.11.004
- Rathi, A., Ransing, R. S., Mishra, K. K. and Narula, N. (2018). Quality of sleep among Medical Students: Relationship with personality traits. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 12(9): 1-4.
- Smith, M. T. and Wegener, S. T. (2003). Measures of sleep: the insomnia severity index, medical outcomes study (MOS) sleep scale, Pittsburgh sleep diary (PSD),

- and Pittsburgh sleep quality index (PSQI). *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 49(5): 184-196.
- Stricker, J., Buecker, S., Schneider, M. and Preckel, F. (2019). Multidimensional perfectionism and the big five personality traits: a meta-analysis. *European Journal of Personality*, 33(2): 176-196.
- Yang, J., Mao, Y., Niu, Y., Wei, D., Wang, X. and Qiu, J. (2020). Individual differences in neuroticism personality trait in emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 265: 468-474. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.068.
- Yosefi, F. (2007). The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. *Research on Children*, 6(4): 871-892 (Text in Persian).

اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دختران نوجوان

مژگان یزدانی^۱، فریبا حافظی^{۲*}، پروین احتشام زاده^۳ و

زهرا دشت بزرگی^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی و تداوم اثر طرح‌واره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر نوجوان بود. روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر از آن‌ها انتخاب و در گروه‌های آزمایشی و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری، در سه مرحله استفاده شد. گروه آزمایشی تحت طرح‌واره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد طرح‌واره درمانی بر کاهش تمام مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری دانش‌آموزان دختر نوجوان اثربخش بود. اما گذشت زمان باعث شد به صورت معناداری این تأثیر در مرحله پیگیری کاهش داشته‌باشد. در واقع طرح‌واره درمانی با کار بر روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم کرده و اثربخش است. از آنجایی که دوران نوجوانی فی‌نفسه با دشواری در تنظیم هیجان و ناهنجاری‌های رفتاری از جمله پرخاشگری همراه است، می‌توان طرح‌واره درمانی را به‌منظور کاهش دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری نوجوانان به‌کار برد.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، دشواری تنظیم هیجان، طرح‌واره درمانی، نوجوان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. b_yazdani.96@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. febram315@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. p_ehtesham85@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. zahradb2000@yahoo.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.31473.2240

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5390.html

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تحول است که تغییرات گسترده‌ای را در حیطه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری افراد به وجود می‌آورد. این تغییرات ناخواسته جسمی و اجتماعی- فرهنگی، موجب تحمیل فشارهای زیادی به نوجوانان می‌شود (ژانگ، کائو، وانگ، وانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مسائل شایع این دوران، دشواری تنظیم هیجان^۲ است. از چشم‌انداز تکاملی، هیجان‌ها^۳ نیز همانند بسیاری از موارد روان‌شناختی دیگر، از انسان‌های نخستین باقی مانده است و کارکردهای ویژه‌ای دارند. به این خاطر باقی مانده‌اند که می‌توانند به مسائل و فرصت‌های پیش‌رو، پاسخ‌های سازگارانه فراهم کنند (ریکرز، لارنس، هافکاست و زوبریک^۴، ۲۰۱۶). یکی از جنبه‌های مهم فرایند تنظیم هیجان، تنظیم تجارب هیجانی از طریق به کار بستن عناصر شناختی است. این مفهوم در علم روان‌شناسی دشواری تنظیم هیجان نامیده می‌شود (دتور، موسر، بایرد و مک‌گورک^۵، ۲۰۱۹).

نوجوانان هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل‌ساز کنترل خود را از دست می‌دهند و توان مدیریت رفتار ندارند که موجب بروز پرخاشگری^۶ می‌شود. پرخاشگری به عنوان شکل آموخته شده‌ای از محیط است و در واقع رفتاری ابزاری است که تقویت مستقیم یا تقویت جانشینی می‌تواند به افزایش آن منجر شود (فریک^۷، ۲۰۱۶). رفتار پرخاشگری رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران است. پرخاشگری با اطرافیان و حیوانات، دزدی، تخریب اموال عمومی، تبعیت نکردن از قوانین که از روی عمد صورت می‌گیرد (بالیا، کاروسی، کوغیل و زوداس^۸، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها حاکی از آن است که دختران با توجه به اینکه به لحاظ مهارت‌های اجتماعی، تحول زود هنگام‌تری نسبت به پسران دارند و نیز با توجه به ضعف جسمی نسبی، به احتمال بیشتری از پرخاشگری روابط بین فردی و کلامی استفاده

-
1. Zhang, Cao, Wang, Wang, Yao and Huang
 2. difficulties in emotion regulation
 3. emotions
 4. Rikkers, Lawrence, Hafekos and Zubrick
 5. DeTore, Mueser, Byrd and McGurk
 6. aggression
 7. Frick
 8. Balia, Carucci, Coghill and Zuddas

می‌کنند (دیوت، پاندی، پال، هازر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). تاکنون درمان‌های مختلفی روی افراد دارای دشواری در تنظیم هیجان و پرخاشگری انجام شده است. از مهم‌ترین این درمان‌ها، می‌توان به طرح‌واره درمانی^۲ اشاره داشت که تحولی بنیادین در شناخت درمانی است و یانگ^۳ (۱۹۹۰) آن را به‌وجود آورده است. طرح‌واره‌ها از جمله متغیرهای زیربنایی هستند که از توان تبیینی بالایی برخوردارند، زیرا بسیاری از پردازش‌های شناختی، راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد تحت تأثیر این سازه زیربنایی قرار دارد. طرح‌واره‌ها نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی مزمن دارند و تغییر دادن یا تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار در فرایند روان‌درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت زندگی افراد کمک شایانی کند (تیلور، بی و هادوک^۴، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های بسیاری در زمینه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش پرخاشگری و دشواری تنظیم هیجان انجام شده است. از جمله برکاهش پرخاشگری نوجوانان (همتی ثابت، روحانی شهرستانی، همتی ثابت و احمدپناه، ۱۳۹۵)؛ کاهش مؤلفه‌های پرخاشگری در دانشجویان (گلی، هدایت، دهقان و حسینی شورابه، ۱۳۹۵)؛ کاهش دشواری تنظیم هیجان دختران نوجوان فراری (مهدوی، یعقوبی، رشید و کردنوقبی، ۲۰۲۰)؛ بهبود تنظیم هیجان (حاجی‌خانینان، آستانه، صدیقی و کوشکستانی، ۲۰۲۰)؛ راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان (قدم‌پور، حسینی رمقانی، مرادیانی گیزه رود ۱۳۹۷)؛ که در تمام موارد نتایج حاکی از اثربخشی درمان بوده است.

با توجه به اینکه نوجوانان سرمایه انسانی و آینده‌سازان جوامع هستند و به دلیل قرار داشتن در دوران بلوغ از نظر رشد جسمی، شناختی، هیجانی و اجتماعی در شرایط خاصی قرار دارند، بررسی مشکلات و ویژگی‌های روان‌شناختی در این دوران ضروری به نظر می‌رسد. تاکنون در پژوهشی داخل کشور، اثربخشی این درمان به صورت گروهی بر پرخاشگری و تنظیم هیجان دختران عادی بررسی نشده است، اجرای این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش طرح‌واره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دختران نوجوان ضروری به نظر می‌رسد. از این رو پژوهش حاضر با هدف شناسایی میزان تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر دشواری

-
1. Dutt, Pandey, Pal and Hazra
 2. schema therapy
 3. Young
 4. Taylor, Bee and Haddock

۶۲ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

تنظیم هیجان و پرخاشگری دختران نوجوان انجام شد تا فرضیه‌های زیر آزمون شود:
 - طرح‌واره‌درمانی بر دشواری تنظیم هیجان دختران نوجوان اثربخش است و پس از ۲ ماه
 تداوم دارد.
 - طرح‌واره‌درمانی بر پرخاشگری دختران نوجوان اثربخش است و پس از ۲ ماه تداوم دارد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به تحصیل مشغول بودند. برای نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای ابتدا از بین چهار جهت جغرافیایی یک جهت و سپس یک منطقه آموزش و پرورش به روش در دسترس انتخاب شد و پس از کسب مجوز کتبی از مدیریت آموزش و پرورش آن منطقه از بین دبیرستان‌های آن منطقه یک دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان دبیرستان منتخب، از میان دانش‌آموزان آن مدرسه ۴۰ نفر پس از احراز شرایط ورود به پژوهش، نداشتن سابقه بیماری جدی پزشکی و روان‌پزشکی مستلزم مصرف دارو که با کمک مشاور مدرسه مشخص شد، نمره بالای میانگین به اندازه یک انحراف استاندارد نمونه اولیه، در پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان و پرخاشگری، و ملاک خروج غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۲۰ نفر، تقسیم شدند.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی فرم رضایت‌نامه به شرکت‌کنندگان داده شد. مرحله پیگیری نیز، دو ماه پس از انجام مرحله پس‌آزمون، بر روی هر دو گروه انجام شد. هم‌چنین، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری، خلاصه جلسات طرح‌واره‌درمانی بر روی گروه کنترل نیز اجرا شد. داده‌های به‌دست آمده در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه را گراتز و رومر^۲ (۲۰۰۴)، در قالب ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس (عدم پذیرش هیجان‌های منفی^۳، دشواری در انجام رفتار هدفمند^۴ مواقع درماندگی، دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی^۵ مواقع درماندگی، فقدان آگاهی هیجانی^۶، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^۷ و عدم وضوح هیجانی^۸) طراحی شده است. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً، گاهگاهی، تقریباً در نیمی از موارد، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) است. با جمع نمرات گویه‌ها، نمره کلی این پرسشنامه به دست می‌آید که طیف آن از ۰ تا ۱۸۰ است. سازندگان روایی همگرا ابزار را با پرسشنامه هیجان خواهی زاگرم^۹، ۰/۲۶ محاسبه و همسانی درونی را نیز ۰/۹۳ گزارش کردند. شهسواری، فتیحی آشتیانی و رسول زاده طباطبایی (۱۳۹۵)، همسانی درونی را ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمده است.

پرسشنامه پرخاشگری^{۱۰}: این پرسشنامه را زاهدی‌فر، نجاریان، وشکرکن (۱۳۷۹)، در قالب ۳۰ گویه طراحی کرده‌اند، که سه خرده مقیاس خشم^{۱۱}، عامل تهاجم^{۱۲} و کینه توزی^{۱۳} را می‌سنجد. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ برای گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه است. از مجموع نمرات گویه‌ها، نمره کلی این پرسشنامه به دست می‌آید، که دامنه آن از صفر تا ۹۰ است. اعتبار بازآزمایی آن برای کل و زیر مقیاس‌ها ان به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۰ - ۰/۷۲ و همسانی درونی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ - ۰/۷۵ نیز به ترتیب برای دختران و پسران ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2. Gratz and Roemer
3. nonacceptance of negative emotions
4. difficulties engaging in goal-directed behaviors
5. difficulties controlling impulsive behaviors
6. lack of emotional awareness
7. limited access to effective emotion regulation strategies
8. lack of emotional clarity
9. Zakerman
10. Aggression Questionner (AGO)
11. Anger
12. Aggressive agent
13. malice

۶۴ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

حاضر، ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی گروهی: پژوهشگر، که دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی و دارای گواهی‌نامه طرح‌واره‌درمانی است، مداخله گروهی طرح‌واره محور را، بر اساس دستورالعمل و تکنیک‌های طرح‌واره درمانی طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا کرد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول (۱) (اقتباس از یانگ، کلوککو و ویشار^۱ ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۶) آمده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی

شماره جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار	تکلیف
۱	ایجاد ارتباط و آشنایی اعضای گروه؛ معرفی طرح‌واره‌درمانی	معرفی و آشنایی افراد؛ طرح قوانین و بیان اهداف، آموزش مفهوم طرح‌واره و درمان	برانگیختن اعتماد	-
۲	تشریح تنظیم هیجان و پرخاشگری، ارتباط دادن طرح‌واره‌ها به آن‌ها	توضیح مدل طرح‌واره‌درمانی، شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های اعضا	توانایی تحلیل رفتار	تصویرسازی ذهنی در مورد افراد شکل‌دهنده طرح‌واره
۳	آموزش استدلال در مقابل طرح‌واره با به‌کارگیری فنون شناختی	معرفی، آموزش و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها	یادگیری تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی	تمرین تکنیک‌های آموخته شده
۴	زیر سؤال بردن سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره	گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و فرم ثبت طرح‌واره.	تهیه کارت‌هایی که قوی‌ترین شواهد علیه طرح‌واره‌ها را شامل شود.	ساخت کارت آموزشی
۵	یادگیری مهارت جهت مقابله با طرح‌واره‌ها	گفتگوی خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی	به‌کار بردن تکنیک صندلی خالی در بیرون از جلسه
۶	بی‌اعتقاد کردن اعضا	معرفی و آموزش تکنیک‌های	پیدا کردن احساس	یادداشت

شماره جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار	تکلیف
	به شواهد حمایت‌کننده طرح‌واره	هیجانی، معرفی و انجام شکنی	رهایی از سبک‌های خوگرفته شده تفکر ناسالم	ناراحتی‌های دوران کودکی
۷	تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب.	الگوشکنی رفتاری، رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد	درک ارتباط سبک دلبستگی نا ایمن با طرح‌واره‌های ناسازگار	تهیه لیستی از رفتارهایی که تمایل به حذف آنها از زندگی هست.
۸	تمرین رفتارهای سالم و آمادگی برای ختم جلسات گذشته	انگیزه تغییر رفتار؛ تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش؛ جمع‌بندی و مرور کلی	یادگیری شیوه‌های رفتار بهنجار	آموخته‌ها در زندگی روزمره

یافته‌ها

نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

۶۶ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون (Mean,SD)	پس‌آزمون (Mean,SD)	پیگیری (Mean,SD)	گروه	متغیر - خرده مقیاس
۲/۰۲، ۱۵/۲۱	۱/۸۹، ۱۴/۱۶	۲/۰۲، ۱۹/۱۱	آزمایش	عدم پذیرش هیجان‌های منفی
۲/۲۸، ۱۸/۵	۲، ۱۸/۳۹	۲/۲۶، ۱۸/۸۳	کنترل	
۲/۳۵، ۱۴/۷۹	۲/۱۴، ۱۳/۶۸	۲/۸۹، ۱۸/۶۸	آزمایش	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۱/۵۴، ۱۸/۴۴	۱/۵۸، ۱۸/۶۱	۲/۲۲، ۱۸/۶۷	کنترل	
۲/۲۲، ۱۴/۸۴	۲/۲۳، ۱۳/۸۹	۲/۱۸، ۱۹/۱۱	آزمایش	دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی
۲/۲۷، ۱۹/۲۸	۲/۲۱، ۱۸/۷۸	۲/۲۲، ۱۹/۱۱	کنترل	
۱/۸۷، ۱۴/۹۵	۱/۸، ۱۳/۶۳	۲/۳۲، ۱۹/۰۵	آزمایش	فقدان آگاهی هیجانی
۲/۳۸، ۱۸/۸۳	۲/۶۳، ۱۸/۶۷	۲/۴۹، ۱۹/۲۸	کنترل	
۱/۷۹، ۱۴/۸۹	۲/۰۲، ۱۳/۲۶	۱/۸۲، ۱۹/۲۶	آزمایش	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۲/۶، ۱۸/۲۲	۲/۲، ۱۸/۳۳	۲/۶۳، ۱۸/۶۷	کنترل	
۲/۱۲، ۱۵/۹۵	۲/۲۳، ۱۵/۱۱	۲/۴۱، ۲۰/۴۲	آزمایش	عدم وضوح هیجانی
۲/۱۷، ۲۰/۳۹	۲/۴۹، ۲۰/۲۸	۲/۳۳، ۲۰/۶۷	کنترل	
۶/۲۶، ۹۰/۶۳	۴/۸۷، ۸۳/۷۴	۷/۵، ۱۱۵/۶۳	آزمایش	نمره کل دشواری تنظیم هیجان
۶	۶	۶		
۱/۱، ۱۱۳/۶۷	۱/۸۸، ۱۱۳/۰۶	۱/۱۲، ۱۱۵/۲۲	آزمایش	نمره کل دشواری تنظیم هیجان
۷	۶	۷	کنترل	
۲/۷۹، ۱۰/۶۸	۲/۵، ۹/۹۵	۳/۱۳، ۱۴/۵۸	آزمایش	خشم
۳/۱۳، ۱۴/۶۱	۳/۱، ۱۴/۲۸	۳/۲۲، ۱۴/۵	کنترل	
۲/۸، ۱۰/۵۸	۳/۰۹، ۹/۶۳	۳/۷۷، ۱۴/۷۹	آزمایش	عامل تهاجم
۳/۰۶، ۱۳/۷۲	۲/۹۶، ۱۳/۵۶	۳/۰۳، ۱۳/۵۶	کنترل	
۳/۱۷، ۱۵/۳۷	۳/۲، ۱۴/۳۲	۳/۹۶، ۱۹/۳۷	آزمایش	کینه‌توزی
۳/۶۴، ۱۸/۷۸	۳/۵۵، ۱۸/۸۳	۳/۸۳، ۱۸/۹۴	کنترل	
۵/۲، ۳۶/۶۳	۵/۲۵، ۳۳/۸۹	۷/۶۴، ۴۸/۷۴	آزمایش	نمره کل پرخاشگری
۶/۸۸، ۴۷/۱۱	۶/۹۱، ۴۶/۶۷	۷/۱۵، ۴۷	کنترل	

دشواری تنظیم هیجان

بخاشگری

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده استفاده شد. عامل بین آزمودنی عضویت گروهی و عامل درون آزمودنی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. ابتدا مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس تکرار شده، بررسی شد. نتایج نشان داد که توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق براساس آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بود ($p > 0.05$)،

نتایج آزمون لَوْن نیز در تمام متغیرهای آزمایش حاکی از رعایت مفروضه همگنی واریانس خطاها بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی نیز نشان داد که آماره موچلی برای متغیرهای عدم وضوح هیجانی ($P = 0/008$)، خشم ($P = 0/003$)، کینه‌توزی ($P = 0/007$) و نمره کل پرخاشگری ($P = 0/013$)، در سطح احتمال پنج درصد معنادار شد. بنابراین، برای این متغیرها پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در نتیجه از روش گرین هوس گیزرا برای تصحیح درجه آزادی اثرات درون‌آزمودنی در مورد این متغیرها استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۳ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، اثر تعاملی مرحله با گروه در تمام متغیرها در سطح پنج درصد معنادار شد. این یافته نشان داد که در تمام متغیرهای آزمایش، روند تغییر نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد. همچنین مجذور آتا تمام متغیرها بیشتر از ۰/۱ بود که نشان داد تفاوت بین دو گروه قابل توجه است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر - خرده مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور آتا
عدم پذیرش هیجان‌های منفی	گروه	۱۶۱/۸۸	۱	۱۶۱/۸۸	۱۴/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷
	مرحله	۱۴۸/۸۲	۲/۰۰	۷۴/۴۱	۷۲/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۷۴
	تعامل مرحله با گروه	۱۰۴/۲۸	۲/۰۰	۵۲/۱۴	۵۰/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۵۹۲
دشواری در انجام رفتار هدفمند	گروه	۲۲۵/۹۹	۱	۲۲۵/۹۹	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۳۵۵
	مرحله	۱۳۳/۶۸	۲	۶۶/۸۴	۵۳/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۶۰۳
	تعامل مرحله با گروه	۱۲۱/۸۷	۲	۶۰/۹۳	۴۸/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸۱
دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی	گروه	۲۶۷/۸۹	۱	۲۶۷/۸۹	۲۱/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۳۸۱
	مرحله	۱۵۲/۸۵	۲	۷۶/۴۳	۶۴/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۶۴۸
	تعامل مرحله با گروه	۱۳۴/۳۷	۲	۶۷/۱۸	۵۶/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۸
فقدان آگاهی هیجانی	گروه	۲۵۷/۷۴	۱	۲۵۷/۷۴	۱۹/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶۱
	مرحله	۱۸۲/۶۶	۲	۹۱/۳۳	۷۸/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹۰

دشواری تنظیم هیجان‌ها

۶۸ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

متغیر - خرده مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات اتا
تعامل مرحله با گروه	۱۱۶/۶۴	۲	۵۸/۳۲	۴۹/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۸۷	
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۱۸۷/۵۱	۱	۱۸۷/۵۱	۱۵/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۳۱۱	
تعامل مرحله با گروه	۲۰۲/۰۸	۲	۱۰۱/۰۴	۷۸/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۶۹۱	
تعامل مرحله با گروه	۱۵۵/۷۴	۲	۷۷/۸۷	۶۰/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳	
گروه	۲۹۹/۵۲	۱	۲۹۹/۵۲	۲۱/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴	
مرحله	۱۷۲/۶۳	۱/۶۰	۱۰۷/۸۲	۸۳/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۷۰۵	عدم وضوح هیجانی
تعامل مرحله با گروه	۱۳۰/۶۸	۱/۶۰	۸۱/۶۲	۶۳/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴۴	
گروه	۸۳۱۳/۴۵	۱	۸۳۱۳/۴۵	۷۳/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۶۷۷	
مرحله	۵۹۲۰/۹۶	۲	۲۹۶۰/۴۸	۳۹۸/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱۹	نمره کل دشواری تنظیم هیجان
تعامل مرحله با گروه	۴۵۳۸/۰۸	۲	۲۲۶۹/۰۴	۳۰۵/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۹۷	
گروه	۲۰۶/۰۸	۱	۲۰۶/۰۸	۸/۳۶	۰/۰۰۷	۰/۱۹۳	
مرحله	۱۲۰/۲۳	۱/۵۴	۷۷/۸۵	۵۷/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰	خشتم
تعامل مرحله با گروه	۱۰۹/۸۵	۱/۵۴	۷۱/۱۳	۵۲/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹	
گروه	۱۰۴/۸۴	۱	۱۰۴/۸۴	۴/۰۲	۰/۰۵۳	۰/۱۰۳	
مرحله	۱۳۶/۱۸	۲	۶۸/۰۹	۳۹/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳	عامل تهاجم
تعامل مرحله با گروه	۱۴۲/۸۸	۲	۷۱/۴۴	۴۱/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	
گروه	۱۷۳/۴۵	۱	۱۷۳/۴۵	۴/۸۴	۰/۰۳۴	۰/۱۲۲	برخاشگری
مرحله	۱۳۸/۷۱	۱/۵۹	۸۶/۹۷	۵۹/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۹	کینه‌توزی
تعامل مرحله با گروه	۱۲۴/۲۹	۱/۵۹	۷۷/۹۳	۵۳/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۶۰۳	
گروه	۱۴۲۶/۱۷	۱	۱۴۲۶/۱۷	۱۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	
مرحله	۱۱۸۳/۹۸	۱/۶۳	۷۲۵/۱۱	۱۲۹/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸	نمره کل
تعامل مرحله با گروه	۱۱۲۴/۵۹	۱/۶۳	۶۸۸/۷۴	۱۲۳/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۷۷۹	پرخاشگری

نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر-خرده مقیاس	مرحله	تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل	خطای استاندارد	سطح معناداری	
توانایی هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۲۷	۰/۷۰	۰/۷۰۲	
	پس‌آزمون	*۴/۲۳-	۰/۶۴	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۳/۲۹-	۰/۷۱	۰/۰۰۰	
	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۰/۸۵	۰/۹۸۴	
	پس‌آزمون	*۴/۹۳-	۰/۶۲	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۳/۶۶-	۰/۶۶	۰/۰۰۰	
	پیش‌آزمون	۰/۰۱-	۰/۷۲	۰/۹۹۴	
	پس‌آزمون	*۴/۸۸-	۰/۷۳	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۴/۴۴-	۰/۷۴	۰/۰۰۰	
	پیش‌آزمون	۰/۲۳-	۰/۷۹	۰/۷۷۸	
	پس‌آزمون	*۵/۰۴-	۰/۷۴	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۳/۸۹-	۰/۷۰	۰/۰۰۰	
توانایی هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۶۰	۰/۷۴	۰/۴۲۶	
	پس‌آزمون	*۵/۰۷-	۰/۶۹	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۳/۳۳-	۰/۷۳	۰/۰۰۰	
	پیش‌آزمون	۰/۲۵-	۰/۷۸	۰/۷۵۵	
	پس‌آزمون	*۵/۱۷-	۰/۷۸	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۴/۴۴-	۰/۷۱	۰/۰۰۰	
	پیش‌آزمون	۰/۴۱	۲/۲۸	۰/۸۵۹	
	پس‌آزمون	*۲۹/۳۲-	۱/۹۵	۰/۰۰۰	
	پیگیری	*۲۳/۰۳-	۲/۲۰	۰/۰۰۰	
	توانایی هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۰۸	۱/۰۵	۰/۹۴۰
		پس‌آزمون	*۴/۳۳-	۰/۹۳	۰/۰۰۰
		پیگیری	*۳/۹۹-	۰/۹۷	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون		۱/۲۳	۱/۱۳	۰/۲۸۱	
پس‌آزمون		*۳/۹۲-	۱/۰۰	۰/۰۰۰	
پیگیری		*۳/۱۴-	۰/۹۶	۰/۰۰۲	
پیش‌آزمون		۰/۴۲	۱/۲۸	۰/۷۴۳	
پس‌آزمون		*۴/۵۲-	۱/۱۱	۰/۰۰۰	
پیگیری		*۳/۴۱-	۱/۱۲	۰/۰۰۴	
پیش‌آزمون		۱/۷۴	۲/۴۴	۰/۴۸۱	
پس‌آزمون		*۱۲/۷۷-	۲/۰۱	۰/۰۰۰	
پیگیری		*۱۰/۴۸-	۲/۰۰	۰/۰۰۰	

۷۰ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

مطابق نتایج، در همه متغیرهای آزمایش، تفاوت میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون غیر معنادار ($P > 0/05$) و در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار ($P < 0/05$) بود. این یافته‌ها نشان داد که در همه متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری کم‌تر از میانگین گروه کنترل است.

نتایج مقایسه میانگین مراحل مختلف در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ آورده شده است. در گروه کنترل هیچ تغییر معناداری بین مراحل مختلف در هیچ یک از متغیرها مشاهده نشد. در مورد دشواری تنظیم هیجان، نتایج نشان داد که در گروه آزمایش، میانگین نمره عدم پذیرش منفی پاسخ‌های هیجانی (۴/۹۵ واحد)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۵ واحد)، دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی (۵/۲۱ واحد)، فقدان آگاهی هیجانی (۵/۴۳ واحد)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۶ واحد)، عدم وضوح هیجانی (۵/۳۲ واحد) و نمره کل دشواری تنظیم هیجان (۳۱/۹ واحد) در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش داشت ($P < 0/05$). به عبارتی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان مؤثر است. با توجه به افزایش معنادار میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن، در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی طرح‌واره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان دو ماه پس از درمان حفظ نشده است.

در متغیر پرخاشگری، نتایج نشان داد در گروه آزمایش، میانگین نمره خشم (۴/۶۳ واحد)، عامل تهاجم (۵/۱۶ واحد) کینه‌توزی (۵/۰۵ واحد) و نمره کل پرخاشگری (۱۴/۸۴ واحد) در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/05$). به عبارتی طرح‌واره درمانی گروهی بر پرخاشگری مؤثر است. با توجه به افزایش معنادار میانگین نمرات پرخاشگری و خرده مقیاس‌های آن در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی طرح‌واره درمانی بر پرخاشگری دو ماه پس از درمان حفظ نشده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر سخرده مقیاس	مراحل	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		تفاضل میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاضل میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
عدم پذیرش هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴/۹۵-	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۴۴-	۰/۳۸	۰/۷۵۳
	پیش‌آزمون- پیگیری	۳/۹۰-	۰/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۳۳-	۰/۳۱	۰/۸۸۳
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۰۵	۰/۳۱	۰/۰۰۵	۰/۱۱	۰/۳۲	۱
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۰۰-	۰/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۰۶-	۰/۳۵	۱
دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی	پیش‌آزمون- پیگیری	۳/۹۰-	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۲۲-	۰/۴۱	۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۱۱	۰/۳۴	۰/۰۰۸	۰/۱۷-	۰/۳۵	۱
فق‌دان آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۲۱-	۰/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳-	۰/۴۰	۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۲۶-	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۱۷	۰/۳۸	۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۹۵	۰/۲۹	۰/۰۰۸	۰/۵۰	۰/۳۰	۰/۳۲
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۴۲-	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱-	۰/۴۲	۰/۴۵۲
عدم وضوح هیجانی	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۱۱-	۰/۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴-	۰/۳۳	۰/۵۵۷
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۳۲	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۳۳	۱
راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶-	۰/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۳۳-	۰/۴۲	۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۳۷-	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۴۴-	۰/۳۵	۰/۶۱۷
عدم وضوح هیجانی	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۶۳	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۱۱-	۰/۳۷	۱
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۳۲-	۰/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۳۹-	۰/۴۲	۱
پیگیری	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۴۷-	۰/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸-	۰/۳۰	۱

دشواری تنظیم هیجان

۷۲ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

متغیر-خرده مقیاس	مراحل	گروه آزمایش			گروه کنترل			
		تفاضل میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاضل میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	
نمره کل دشواری تنظیم هیجان	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۸۴	۰/۲۸	۰/۰۱۵	۰/۱۱	۰/۲۹	۱	
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	- ۳۱/۹۰	۰/۹۸	۰/۰۰۰	۲/۱۷-	۱/۰۰	۰/۱۱۲	
	پیش‌آزمون- پیگیری	۲۵-	۰/۸۵	۰/۰۰۰	۱/۵۶-	۰/۸۷	۰/۲۴۷	
	پس‌آزمون- پیگیری	۶/۹۰	۰/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۸۵	۱	
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴/۶۳-	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۲۲-	۰/۳۸	۱	
	پیش‌آزمون- پیگیری	۳/۹۰-	۰/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۱۱	۰/۳۹	۱	
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۷۴	۰/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۳۳	۰/۲۳	۰/۴۷۵	
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۱۶-	۰/۴۶	۰/۰۰۰	۰	۰/۴۷	۱	
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۲۱-	۰/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۱۷	۰/۴۸	۱	
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۹۵	۰/۳۳	۰/۰۲۲	۰/۱۷	۰/۳۴	۱	
عامل تهاجم کینه توزی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۰۵-	۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۱۱-	۰/۴۳	۱	
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴-	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۱۷-	۰/۳۷	۱	
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۰۵	۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶-	۰/۲۶	۱	
	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	- ۱۴/۸۴	۰/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳-	۰/۷۹	۱	
	پیش‌آزمون- پیگیری	- ۱۲/۱۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۱۱	۰/۸۰	۱	
	پس‌آزمون- پیگیری	۲/۷۴	۰/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴	۰/۵۲	۱	
	نمره کل پرخاشگری	پیش‌آزمون- پیگیری	- ۱۲/۱۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۱۱	۰/۸۰	۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۲/۷۴	۰/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴	۰/۵۲	۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی و تداوم اثر طرح‌واره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر نوجوان انجام شد. نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی بر کاهش تمام مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان مؤثر بود که با نتایج پژوهش‌های مهدوی و همکاران (۲۰۲۰)؛ که اثر بخشی این درمان بر دشواری تنظیم هیجان را در دختران نوجوان فراری بررسی کردند؛ قدم پور و همکاران (۱۳۹۷)، که نشان دادند طرح‌واره‌درمانی می‌تواند راهبرد فرونشانی تنظیم هیجان را به طور معناداری کاهش و میانگین نمرات راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان را به طور معناداری افزایش دهد و همچنین حاجی خانیان و همکاران (۲۰۲۰)، همسو است. اما اثربخشی در دوره پیگیری کاهش داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرح‌واره درمانی با جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای مواجهه با مشکلات زندگی، مشکلات بین‌فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند (تیلورو همکاران، ۲۰۱۷). این درمان شرایطی را مهیا می‌کند تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرایند سبب بهبود دشواری در تنظیم هیجان آن‌ها می‌شود. در واقع افرادی که در جلسات طرح‌واره درمانی شرکت می‌کنند، به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی آن‌ها، کم‌تر تحت تأثیر منفی شرایط اضطراب‌آور قرار گرفته و توانمندی بیشتری در تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود پیدا می‌کنند. در پژوهش حاضر دختران نوجوان به دلیل قرار داشتن در سن بحرانی نوجوانی ممکن است دشواری‌هایی در تنظیم هیجان داشته باشند که طرح‌واره درمانی توانست از طریق ثبت هیجان، ثبت افکار، فضاسازی هیجانی و سایر فنون، آن‌ها را با هیجان‌های خویش مواجه و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رساند.

نتایج پژوهش، نشان داد که طرح‌واره درمانی بر کاهش هر سه مؤلفه خشم، تهاجم و کینه‌توزی و همچنین نمره کل پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر نوجوان مؤثر است، اما این اثربخشی در طی دوره پیگیری به صورت معناداری کاهش داشته است. اثربخش بودن درمان با نتایج پژوهش‌های پیشین، از جمله، همتی ثابت و همکاران (۱۳۹۵) که حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان بود و پژوهش گلی و همکاران (۱۳۹۵)،

۷۴ اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر دشواری تنظیم هیجان و ...

همسو است که حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش میانگین مؤلفه‌های پرخاشگری در دانشجویان بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طرح‌واره‌ها باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست و هدف‌ها و انتظارات غیرواقع‌بینانه ظاهر می‌شوند. طرح‌واره درمانی با کار بر روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم کرده و اثربخش است.

با توجه به اینکه تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود، می‌توان گفت گذشت زمان باعث شده است میانگین نمرات پرخاشگری و دشواری تنظیم هیجان بیشتر شود. در تبیین عدم ماندگاری اثر طرح‌واره درمانی بر پرخاشگری و دشواری تنظیم هیجان، می‌توان گفت برای ماندگاری اثر یک درمان شرایطی لازم است از جمله اینکه تمرین‌ها و تکالیف خانگی وجود دارد که مراجعان پس از پایان مداخلات و تا زمان پیگیری بایستی انجام دهند، متغیرهای مزاحمی که پس از اتمام مداخلات درمانی، همچنان بر پرخاشگری اثر دارند، متغیرهایی که بعضاً بیرون از شخصیت فرد هستند، همچون رفتار همسالان و والدین، که درمان بر روی آن‌ها تأثیری نداشته و همچنین توجه به این نکته که نوجوانان دختر بودند و ممکن است برخی از آن‌ها در مرحله پیگیری در تاریخی متفاوت از سیکل ماهیانه نسبت به پس‌آزمون قرار داشته باشند که بر هیجان‌ات و پرخاشگری آن‌ها اثر داشته است و باعث شده در مرحله پیگیری میانگین نمرات بیشتر شود.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌هاست که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. پژوهش در منطقه مرفه تهران انجام شد، لذا نتایج حاصل از آن را شاید نتوان به مناطق کم‌برخوردار و سایر شهرها تعمیم داد که دختران در شرایط فرهنگی متفاوتی رشد می‌کنند. با توجه به اثربخشی طرح‌واره درمانی، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس با اجرای صحیح طرح‌واره‌درمانی آشنا شوند و بتوانند به‌منظور کمک به دانش‌آموزان از روش‌های آن بهره ببرند. با توجه به تفاوت‌های جنسیتی در متغیر پرخاشگری، پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی، طرح‌واره درمانی در پسران نوجوان نیز اجرا شود تا بتوان نتایج درمان را بین دو جنس مقایسه کرد.

منابع

- زاهدی‌فر، شهین، نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *علوم تربیتی*، ۱۷(۱): ۷۳-۱۰۲.
- شهسواری، مهستی، فتحی آشتیانی، علی و رسول‌زاده طباطبائی، کاظم (۱۳۹۵). شاخص توده بدنی: مقایسه تنظیم هیجان و رفتار خوردن. *مجله یافته*، ۱۸ (۳)، ۱۰۴-۱۱۳.
- قدم‌پور، عزت‌اله، حسینی رمقانی، نسرين السادات، مرادیانی گیزه رود، سیده خدیجه (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان مضطرب اجتماعی. *ارمغان دانش*، ۲۳ (۵): ۵۹۱-۶۰۷.
- گلی، رحیم، هدایت، سعیده، دهقان، فاطمه و حسینی شورابه، مریم (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸ (۳): ۲۵۸-۲۷۵.
- همتی ثابت، وحید، روحانی شهرستانی، نیکو، همتی ثابت، اکبر و احمدپناه، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرستان همدان. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۳ (۲): ۹۳-۸۲.
- یانگ، جفری، کلسکو، ژانت و ونشار، مارجوری (۱۳۹۶). طرح‌واره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.
- Balia, C., Carucci, S., Coghill, D. and Zuddas, A. (2018). The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. *Do callous unemotional traits modulate the efficacy of medication? Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 91, 218-238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.024>
- DeTore, N. R., Mueser, K. T., Byrd, J. A. and McGurk, S. R. (2019). Cognitive functioning as a predictor of response to comprehensive cognitive remediation. *Journal of psychiatric research*, 113, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.03.012>
- Dutt, D., Pandey, G. K., Pal, D., Hazra, S. and Dey, T. K. (2013). Magnitude, types and sex differentials of aggressive behaviour among school children in a rural area of West Bengal. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 38 (2): 109. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.112447>
- Frick, P. J. (2016). Current research on conduct disorder in children and adolescents. *South African Journal of Psychology*, 46 (2): 160-174.
- Ghadampour, E., Hosseini Ramaghani, N. and Moradiani Gizeh Rod, S. (2018). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. *Armaghane danesh*, 23 (5):

- 591-607. (Text in Persian)
- Goli, R., Hedayat, S., Dehghan, F., Hosseini-Shorabe, M (2016). The Effect of Group Schema Therapy on Psychological Well-being and Aggression in University Students. *Journal of health & care*; 18 (3):258-275. (Text in Persian)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (1): 41-54.
- Hajikhaniyan, Z., Astaneh, A. N., Sadighi, G., & Koushkestani, R. (2020). The effect of schema therapy on emotion regulation, happiness, and procrastination in health center employees. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 5 (1): 043-049.
- Hemmati Sabet, V., Rohani Shahrestani, N., Hemmati Sabet, A. and Ahmadpanah, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Aggression and Social Anxiety in Adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 3 (2):82-93. (Text in Persian)
- Mahdavi, A., Yaghoobi, A., Rashid, K. and Kordnoghiabi, R. (2020). Comparison of the Effect of Compassion based Techniques and Cognitive Behavioral Schema Therapy Techniques in Reducing Loneliness and Emotion Regulation Difficulties in Runaway Adolescent Girls. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal*, 2 (1): 33-45.
- Rikkers, W., Lawrence, D., Hafekost, J. and Zubrick, S. R. (2016). Internet use and electronic gaming by children and adolescents with emotional and behavioural problems in Australia—results from the second Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC public health*, 16 (1), 399. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3058-1>.
- Shahsavari, M., Fathi Ashtiani, A. and Rasoolzadeh Tabatabaee, K. (2016) Body mass index: comparison of emotion regulation and eating behavior. *Yafte*, 18 (3):104-113. (Text in Persian)
- Taylor, C. D., Bee, P. and Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90 (3): 456-479.
- Young, J., Klosko, J. and Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: a practitioner's guide*, translated by Hamidpour, H. & Anderouz, Z. Tehran Arjomand, Iran. (Text in Persian).
- Zahedifar, S., Najarian, B. and Shokrkon, H. (2000). Construction and Validation of a Scale for the Measurement of Aggression. *Journal of Educational Sciences*, 7(1): 73-102. (Text in Persian)
- Zhang, J., Cao, W., Wang, M., Wang, N., Yao, S. and Huang, B. (2019). Multivoxel pattern analysis of structural MRI in children and adolescents with conduct disorder. *Brain imaging and behavior*, 13(5): 1273-1280.

نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید
جسمانی حسی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹
دانشجویان

فرزین باقری شیخانگنشه^۱، رضا شباهنگ^۲، خزر تاج‌بخش^۳،
عارفه حمیده‌مقدم^۴، زینب شریفی‌پور چوکامی^۵
و سیده مریم موسوی^۶

چکیده

افراد مختلف سطوح متفاوتی از اضطراب را در همه‌گیری ویروس کرونا-۲۰۱۹ تجربه می‌کنند که ممکن است زندگی آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ در دانشجویان بود. طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰۰ دانشجو از طریق فراخوان اینترنتی در پژوهش شرکت کردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ ویتن و همکاران، سنجۀ کوتاه اضطراب سلامت سالکوسکیس و همکاران، شاخص حساسیت اضطرابی تیلور و همکاران و مقیاس تشدید جسمانی حسی بارسکی و همکاران، بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی با اضطراب کووید-۱۹ همبستگی مثبت و معناداری دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی به‌طور معناداری توانستند ۵۵

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
farzinbagheri73@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
rezashabahang74@gmail.com

۳. کارشناس روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
khazar.tajbakhsh@gmail.com

۴. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

arefemoghadam7477@gmail.com

۵. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

sharifi8878@gmail.com

۶. نویسنده مسئول: دکترای روان‌شناسی سلامت، گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
mmousavi.msc@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.31286.2225

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5305.html

درصد از تغییرات اضطراب کووید-۱۹ را پیش‌بینی کنند. به نظر می‌رسد هرچقدر میزان اضطراب کووید-۱۹ در دانشجویان بالاتر باشد، فرد نگرانی و حساسیت بیشتری در رابطه با وضعیت سلامتی خود دارد و علائم جسمانی حسی خود را بزرگ جلوه می‌دهد. بدین‌منظور لازم است مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه اقداماتی در جهت کاهش اضطراب کووید-۱۹ و افزایش آگاهی دانشجویان انجام دهند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب کووید-۱۹، اضطراب سلامت، تشدید جسمانی حسی، حساسیت اضطرابی

مقدمه

شیوع ویروس کرونا ۲۰۱۹ (کووید-۱۹)^۱ در وهان چین آغاز شد و به سرعت توجه و نگرانی سازمان بهداشت جهانی^۲ را به خود جلب کرد، تا جایی که پس از مدت کوتاهی آن را به عنوان یک بیماری همه‌گیر در سطح جهان معرفی کرده است (وانگ، هوربی، هایدن و گائو^۳، ۲۰۲۰). ویروس کووید-۱۹ به عنوان یک بیماری همه‌گیر می‌تواند مجموعه‌ای از احساسات و هیجانات نگرانی، ترس و تنش را در جامعه به وجود آورد (سانتوس^۴، ۲۰۲۰). در واقع، تأثیر منفی بیماری‌های همه‌گیر به مشکلات سلامت جسمانی محدود نمی‌شود و می‌تواند پیامدهای گرانباری همچون اضطراب و تنش را در افراد موجب شود (موشوا، هرتز-پالمور، دورمن‌ایلان، ماتالون^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که اضطراب یک واکنش اصلی و عمده در پاسخ به بیماری‌های همه‌گیر است که این هیجان‌های منفی در اوایل دوره بسیار نمایان‌تر است (هونکمپ-هرملینک، ووشار، باتلان، پنینکس، جرونیوس^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). ویروس کووید-۱۹ بسیاری از مشاغل، ورزش‌ها و دانشگاه‌ها را تحت تأثیر خود قرار داد. یکی از گروه‌های مهم که آسیب زیادی به آن وارد شد، دانشجویان هستند (هاسکی، کاوس-ماستفتی و اسویندسن^۷، ۲۰۲۰). همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ و تعطیلی دانشگاه‌ها اضطراب و تنش زیادی در دانشجویان ایجاد کرد.

وضعیت طاقت‌فرسای ناشی از ویروس کووید-۱۹ می‌تواند باعث مشکلاتی در سلامت

1. Coronavirus disease 2019 (COVID-19)
2. World Health Organization
3. Wang, Horby, Hayden and Gao
4. Santos
5. Mosheva, Hertz- Palmor, Dorman Ilan and Matalon
6. Hovenkamp-Hermelink, Voshaar, Batelaan, Penninx and Jeronimus
7. Husky, Kovess-Masfety and Swendsen

روان افراد در بین کسانی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند، نگرانی‌ها در زمینه بهداشتی به صورت انطباقی عمل می‌کند، اما افرادی هستند بدون اینکه در معرض خطر یا دچار بیماری خاصی باشند، دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به سلامتی جسمانی خود می‌شوند و علائم بدنی ساده را به عنوان بیماری وخیم می‌پندارند، این افراد دچار اضطراب سلامت هستند (آسموندسون و تیلور^۱، ۲۰۲۰). در اضطراب سلامت، اشتغال ذهنی فرد بیش از حد است، فرد به صورت افراطی خود را بررسی می‌کند و به دنبال اطمینان‌یابی از سوی دیگران است (انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). شواهد پژوهشی حاکی از وجود رابطه بین اضطراب سلامت و بیماری‌های جسمی و فراگیر دیگری بوده‌اند، در همین راستا ویتن، آبراموویتز، برمن، فابریکنت^۳ و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که اضطراب سلامت می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اضطراب ناشی از آنفولانزای خوکی باشد. تورگارد، فروستهلم و راسک^۴ (۲۰۱۸) در مطالعه خود عنوان کردند که تجربیات اولیه مربوط به بیماری در ایجاد شدن اضطراب سلامت نقش دارند. بلایکی و آبراموویتز^۵ (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که داشتن تجارب مرتبط با بیماری‌های ویروسی می‌تواند به وقوع اضطراب سلامت در افراد منجر شود.

حساسیت اضطرابی تمایل به پاسخ از روی ترس به اضطرابی است که فرد احساس می‌کند و به معنایی باور به این است که تجربه اضطراب به خودی خود خطرناک و آسیب‌زاست (وایت، لیبیل و کارلتون^۶، ۲۰۱۶). در باب رابطه بین حساسیت اضطرابی، شدت اضطراب و اضطراب بیماری کووید-۱۹ می‌توان گفت حساسیت اضطرابی باعث می‌شود فرد نشانه‌های اضطراب خود را آسیب‌زا و دارای عواقب فاجعه‌بار بداند. در نتیجه این نوع تفسیر، پیش‌بینی فاجعه باعث اضطراب فاجعه می‌شود و شدت نشانه‌های اضطراب فرد را افزایش خواهد داد (هوونکمپ-هرملینک و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه در طی شیوع ویروس کووید-۱۹ تعداد قابل توجهی از مردم در واکنش به اخبار رسانه‌های اجتماعی سطوح مختلفی از حملات اضطرابی زیادی را تجربه می‌کنند، حساسیت اضطرابی موضوع دیگری است که در رابطه با

1. Asmundson and Taylor
2. American Psychiatric Association
3. Wheaton, Abramowitz, Berman and Fabricant
4. Thorgaard, Frostholm and Rask
5. Blakey and Abramowitz
6. Wright, Lebell and Carleton

واکنش به ویروس کوید ۱۹ باید در نظر داشت.

تشدید جسمانی حسی^۱ با تمایل به تجربه احساسات عادی جسمی و احساسی به صورت شدید، مضر و مزاحم مشخص می‌شود، اما معمولاً جزئی است و به عنوان علامت بیماری جدی تلقی نمی‌شود (الیسون، دوموتور و کوتولس^۲، ۲۰۱۷). تشدید جسمانی حسی در اضطراب بیماری نقش مهمی ایفا می‌کند (هاسیموسالار، تالیح و کاراسلان^۳، ۲۰۱۹). در این راستا، ییلدیریم، بويسان، کارامن، ستین و ساهین^۴ (۲۰۱۹) در مطالعه خود نشان دادند همبستگی مثبت معناداری بین اضطراب بیماری و تشدید جسمانی حسی وجود دارد. نتایج پژوهش‌های موشوا و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از آن است که در پاسخ به بیماری‌های همه‌گیر، افزایش تشدید جسمانی حسی رخ می‌دهد. در پژوهشی دیگر، الیسون و همکاران (۲۰۱۷) به این نتیجه دست یافتند که گرچه تشدید جسمانی حسی نقش مهمی در بروز علائم جسمی دارد، اما با فاکتورهای دیگر از جمله اضطراب و افسردگی نیز ارتباط نزدیکی دارد. تشدید جسمانی حسی می‌تواند به عنوان یک شاخص جسمانی در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی و ارائه اطلاعات مفیدی برای انتخاب مناسب درمان دارویی یا روان‌شناختی استفاده شود (کومار، آواستی و گروور^۵، ۲۰۱۸).

در مجموع، اضطراب ویروس کووید-۱۹ به عنوان نوعی از اضطراب و به طور مشخص اضطراب سلامت، می‌تواند به خطاهای شناختی، تحریف توجه مرتبط با تهدید، رفتارهای ایمنی غلط و رفتارهای مخرب در افراد دارای اضطراب بیماری ویروس کرونا ۱۹ منجر شود (ماگ و بردلی^۶، ۲۰۱۸). همچنین، با توجه به اینکه ویروس کووید-۱۹ شیوع بالایی در سطح جهان داشته و سلامت روانی بسیاری از افراد را تحت تأثیر خود قرار داده؛ تا جایی که سازمان جهانی بهداشت آن را یک بیماری همه‌گیر اعلام کرده است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰)، پژوهش‌های محدودی در زمینه پیامدهای روان‌شناختی ویروس کووید-۱۹ در داخل کشور انجام شده است، به همین علت می‌بایست مطالعاتی گسترده‌تر در زمینه‌های روان‌شناختی این

1. Somatosensory amplification
2. Elieson, Dömötör and Köteles
3. Hacimusalar, Talih and Karaaslan
4. Yıldırım, Boysan, Karaman Çetin and Şahin
5. Kumar, Avasthi and Grover
6. Mogg and Bradley

ویروس ناشناخته انجام شود.

بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش حاضر عبارت است از: بین مؤلفه‌های اضطراب سلامت (ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی)، مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی (عامل جسمانی، شناختی و اجتماعی) و تشدید جسمانی حسی با اضطراب کووید-۱۹ دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی حدود ۸۵۰ دانشجو برآورد شد که با استفاده از فرمول کوکران^۱ تعداد ۲۰۰ دانشجو انتخاب شدند (اتیکان، موسی و ال‌کاسیم^۲، ۲۰۱۶). شایان ذکر است تعداد ۲۴۵ پرسشنامه جمع‌آوری شد، از این میان ۴۵ پرسشنامه به دلیل نیمه‌کاره رها کردن سؤالات از تجزیه و تحلیل کنار گذاشته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شخصی و دامنه سی ۱۸ و ۳۰ سال بودند. همچنین وجود مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی و عدم پاسخدهی کامل به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در ابتدا پرسشنامه‌های مطالعه در داخل سایت گوگل داکس^۳ بارگذاری شد. سپس لینک آن در اختیار دانشجویان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد در یک زمانی که دسترسی کامل به اینترنت دارند، اقدام به پاسخ دادن به سؤالات این پژوهش کنند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شد و توسط آماره‌های توصیفی تحلیل شدند.

پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹: برای سنجش اضطراب کووید-۱۹ از ۱۰ گویه انطباق داده شده سیاهه آنفلوآنزای خوکی^۴ (ویتن و همکاران، ۲۰۱۲) استفاده شد. گویه‌ها متشکل از نگرانی درباره شیوع بیماری، احتمال ابتلاء به بیماری، شدت ادراک شده بیماری، قرار گرفتن در

1. Cochran Formula
2. Etikan, Musa and Alkassim
3. Google Docs
4. The COVID-19 Anxiety Questionnaire
5. Swine Flu Inventory

۸۲ نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و ...

معرض اطلاعات مربوط به بیماری و رفتارهای ایمنی در رابطه با ویروس کرونا ۱۹ هستند. پاسخدهی و نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) است که نمره کل بین ۱۰ تا ۵۰ حاصل می‌شود. در داخل کشور، نوری سعید، شباهنگ، باقری شیخانگفشه، سعیدی و موسوی (۱۳۹۹)، شاخص روایی محتوا^۱ و شاخص نسبت روایی محتوا^۲ را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بیان می‌کنند. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ گزارش می‌دهند. در مطالعه پیش رو، CVI و CVR روایی محتوایی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ به دست آمد و آلفای کرونباخ همسانی درونی ۰/۸۱ حاصل شد.

سیاهه کوتاه اضطراب سلامت^۳: این سیاهه ۱۸ گویه‌ای را سالكوسکیس، ریمز، وارویک و کلارک^۴ (۲۰۰۲) تدوین کرده است که سه زیرمقیاس احتمال بیماری^۵، شدت بیماری^۶ و مراقبت جسمانی^۷ را در بر می‌گیرد. هر گویه در برگیرنده ۴ گویه است که به صورت ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر بیان‌کننده اضطراب سلامت بیشتر است. آبرامویتز، دیکن والتینر^۸ (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی فرم کوتاه اضطراب سلامت بررسی کردند. عامل احتمال بیماری که ۱۰ گویه را در بر می‌گیرد، عامل شدت بیماری که ۴ گویه دارد و عامل سوم نیز تحت عنوان مراقبت جسمانی از ۳ گویه تشکیل شده است. آبرامویتز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب همبستگی روایی همگرا سیاهه کوتاه اضطراب سلامت با مقیاس نگرش بیماری^۹، سنجه حساسیت اضطرابی^{۱۰} و پرسشنامه‌های عدم تحمل ابهام^{۱۱} و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۵۶، ۰/۴۱ و ۰/۴۲ بیان می‌کنند. داخل کشور نیز، باقری شیخانگفشه، تاج‌بخش و ابوالقاسمی (۱۳۹۹) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۲ گزارش کردند.

1. Content validity index
2. Content validity ratio
3. Short Health Anxiety Inventory
4. Salkovskis, Rimes, Warwick and Clark
5. Illness likelihood
6. Illness severity
7. Body vigilance
8. Abramowitz, Deacon, and Valentiner
9. Illness Attitude Scale
10. Anxiety Sensitivity Index
11. Intolerance for Uncertainty Scale

در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ مبتلا به بیماری، پیامدهای بیماری، نگرانی کلی سلامتی و کل سیاهه به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد.

شاخص حساسیت اضطرابی-سه^۱: این شاخص برگرفته شده از شاخص حساسیت اضطراب-ویرایش شده است که از ۱۸ گویه تشکیل شده است (تیلور، زیوولنسکی، کاکس، دیاکون^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). شاخص حساسیت اضطرابی سه سطح جسمانی^۳ (۶ گویه)، شناختی^۴ (۶ گویه) و اجتماعی^۵ (۶ گویه) مرتبط با اضطراب را ارزیابی می‌کند و پاسخدهی و نمره‌گذاری شاخص حساسیت اضطرابی به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از صفر تا ۴ است. تیلور و همکاران (۲۰۰۷) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های جسمانی، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ برای نگرانی‌های شناختی و بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ برای نگرانی‌های اجتماعی بیان می‌کنند. فروغی، محمدپور، خانجانی، پوریافرد و همکاران (۲۰۱۹) نیز ضرایب آلفای کرونباخ نسخه داخلی این شاخص را برای کل مقیاس، عامل جسمانی، شناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۴، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای عامل جسمانی (۰/۸۱)، شناختی (۰/۸۰)، اجتماعی (۰/۸۵) و کل شاخص (۰/۸۳) حاصل شد.

مقیاس تشدید جسمانی حسی^۶: مقیاس تشدید جسمانی حسی یک ابزار ۱۰ گویه‌ای است که سطح ناراحتی‌های احشایی و جسمانی را ارزیابی می‌کند. پاسخدهی و نمره‌گذاری مقیاس به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای است که دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ به دست می‌آید. نمرات بیشتر بیان‌کننده تشدید بیشتر جسمانی و حسی است. در پژوهش بارسکی، ویشاک و کلرمن^۷ (۱۹۹۰) پایایی بازآزمایی (r=۰/۷۹) و ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۸۲) را برای مقیاس تشدید جسمانی حسی گزارش دادند. روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاس تشدید جسمانی حسی توسط آقاییوسفی، اورکی، محمدی، فرزاد و دقاق‌زاده (۲۰۱۵) انجام شد. با بررسی

1. Anxiety Sensitivity Index-3
2. Taylor, Zvolensky, Cox and Deacon
3. Physical
4. Cognitive
5. Social
6. Somatosensory Amplification Scale
7. Barsky, Wyshak and Klerman

۸۴ نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و ...

همبستگی بین مقیاس تشدید جسمانی حسی با چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۱ ($r=0/36$) و مقیاس ادراک روانی تنی^۲ ($r=0/52$)، روایی همگرا پرسشنامه تشدید جسمانی حسی را در جامعه ایرانی گزارش دادند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ برای این مقیاس کسب شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش اعم از میانگین و انحراف معیار گزارش شده است. پیش از تحلیل داده‌ها پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. مقدار تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین در دامنه $1/512$ تا $4/435$ بود که از 10 فاصله زیادی داشت، لذا هم‌خطی چندگانه رد شد. علاوه بر آن مقدار دوربین-واتسون برابر $1/732$ بود که از 0 و 4 فاصله زیادی داشت، لذا همبستگی پسماندها نیز رد شد. همچنین، برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد. کلاین^۳ (2015) پیشنهاد می‌دهد که قدر مطلق چولگی و کشیدگی متغیرها باید بین $+2$ و -2 باشند. با توجه به جدول ۱، قدر مطلق چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها کم‌تر از یک است، بنابراین، این پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها نیز برقرار است.

-
1. SCL-90
 2. Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ)
 3. Kline

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
اضطراب کرونا	۳۸/۲۵	۷/۶۵	۱/۳۱	۰/۸۸۶
ابتلا به بیماری	۱۰/۰۲	۵/۷۵	۰/۳۷۰	۱/۴۲
پیامدهای بیماری	۸/۴۲	۶/۷۸	۰/۱۹۵	۱/۶۸
نگرانی کلی سلامتی	۱۱/۰۷	۷/۰۹	۰/۲۲۸	۱/۷۰
عامل جسمانی	۱۷/۳۷	۶/۴۹	۰/۲۴۸	۰/۹۴۱
عامل شناختی	۱۶/۹۷	۶/۸۴	۰/۰۶۸	۱/۱۰
عامل اجتماعی	۱۷/۶۸	۵/۱۷	۰/۸۱۴	۰/۱۶۱
تشدید جسمانی حسی	۳۰/۲۱	۹/۱۸	۰/۱۵۷	۰/۹۷۸

به منظور بررسی روابط متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده‌اند. طبق نتایج جدول ۲، ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری، نگرانی کلی سلامتی، عامل جسمانی، عامل شناختی، عامل اجتماعی و تشدید جسمانی حسی با اضطراب کرونا و ویروس جدید همبستگی مثبت معنادار داشتند ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، با کاهش متغیرهای مذکور میزان اضطراب کووید-۱۹ کاهش و بالعکس با افزایش متغیرهای مذکور میزان اضطراب کووید-۱۹ افزایش می‌یابد.

جدول ۲: نتایج بررسی همبستگی اضطراب کرونا، اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱ ابتلا به بیماری								
۲ پیامدهای بیماری	۰/۲۳۱**							
۳ نگرانی کلی سلامتی	۰/۳۶۳**	۰/۴۷۱**						
۴ عامل جسمانی	۰/۲۸۱**	۰/۴۶۱**	۰/۶۰۶**					
۵ عامل شناختی	۰/۴۸۶**	۰/۴۲۱**	۰/۴۲۷**	۰/۳۶۵**				
۶ عامل اجتماعی	۰/۵۴۲**	۰/۲۷۱**	۰/۴۰۱**	۰/۳۹۳**	۰/۷۳۳**			
۷ تشدید جسمانی حسی	۰/۵۷۶**	۰/۴۲۵**	۰/۴۷۷**	۰/۴۰۳**	۰/۵۷۴**	۰/۵۰۹**		
۸ اضطراب کرونا	۰/۴۵۲**	۰/۴۵۷**	۰/۶۰۵**	۰/۶۰۱**	۰/۵۲۸**	۰/۵۳۹**	۰/۵۳۲**	

۸۶ نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و ...

در جدول ۳ نتایج بررسی نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ ارائه شد. طبق نتایج جدول ۳، ضریب همبستگی متغیرهای پیش‌بین با اضطراب کووید-۱۹، ۰/۷۴ است و این ۶ متغیر به طور معناداری توانستند ۵۵ درصد از تغییرات اضطراب کووید-۱۹ را پیش‌بینی کنند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، با توجه به مقدار بتا به ترتیب متغیرهای نگرانی کلی سلامتی ($\beta = ۰/۲۶۰$)، عامل اجتماعی ($\beta = ۰/۱۶۵$)، عامل جسمانی ($\beta = ۰/۱۶۳$)، پیامدهای بیماری ($\beta = ۰/۱۵۴$)، عامل شناختی ($\beta = ۰/۱۴۷$)، تشدید جسمانی حسی ($\beta = ۰/۱۳۱$) و ابتلا به بیماری ($\beta = ۰/۱۰۲$) بیشترین اثر معنادار را در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ داشتند ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید

جسمانی حسی

متغیرهای پژوهش	B	SE	β	T	Sig	Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۱۸/۷۷	۰/۸۶۴	-	۲۱/۲۷	۰/۰۰۱	-	-
نگرانی کلی سلامتی	۰/۲۸۰	۰/۰۴۹	۰/۲۶۰	۵/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	۳/۵۵۲
عامل اجتماعی	۰/۲۴۴	۰/۰۴۴	۰/۱۶۵	۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۱/۵۱۲
عامل جسمانی	۰/۱۹۲	۰/۰۴۵	۰/۱۶۳	۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳	۲/۴۸۰
پیامدهای بیماری	۰/۱۷۴	۰/۰۵۸	۰/۱۵۴	۳/۰۱	۰/۰۰۳	۰/۲۲۵	۴/۴۳۵
عامل شناختی	۰/۱۶۵	۰/۰۴۶	۰/۱۴۷	۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	۲/۹۱۷
تشدید جسمانی حسی	۰/۲۰۸	۰/۰۲۶	۰/۱۳۱	۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	۱/۷۱۱

$R = ۰/۷۴$ $R^2 = ۰/۵۵$ $F = ۷۰/۸۴$ $P < ۰/۰۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ در دانشجویان بود. نتایج به‌دست آمده نشان داد بین اضطراب سلامت و اضطراب کووید-۱۹ همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها در راستای مطالعات بلایکی و آبراموویتز (۲۰۱۷)؛ ویتن و همکاران (۲۰۱۲)؛ فروستهلم و راسک (۲۰۱۷) قرار دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان ادعان داشت افرادی که دارای اضطراب سلامت هستند، نسبت به علائم و نشانه‌های جسمانی خود حساس‌ترند که این خود باعث افزایش اضطراب و تنش در آن‌ها می‌شود. افراد با اضطراب سلامتی، اعتقادات ناکارآمد و

تحریف شده در مورد سلامت خودشان دارند و آن‌ها بر نقص‌های جسمانی جزئی، مشکلات جسمانی و احساسات مبهم فیزیکی متمرکز می‌شوند (بلائیکی و آبراموویتز، ۲۰۱۷). فرض تحریف شده در مورد سلامت، نگرانی‌های سلامت و ادراک متفاوت تغییرات جسمانی به عنوان مهم‌ترین جنبه‌های اضطراب سلامت شناخته می‌شوند (آسموندسون و تیلور، ۲۰۲۰). پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن هستند که اضطراب سلامت یک واکنش معمول و شایع به بیماری‌های همه‌گیر است که البته، در مراحل ابتدایی بیماری‌های شایع برجسته‌تر است (فروستهم و راسک، ۲۰۱۷). در ایجاد اضطراب سلامت، اطلاعات نادرست پیرامون ویروس کووید-۱۹، نقش قابل توجهی ایفا می‌کند که رفتارهای بهداشتی افراطی را به وجود می‌آورد. با توجه به اینکه عملکرد ذاتی اضطراب محافظت از ارگانیسم در برابر صدمه و آسیب است، اما این افراد بدلیل تحریف و بزرگ‌نمایی علائم جسمانی خود فشار و رنج طاقت‌فرسایی را تجربه می‌کنند (بلائیکی و آبراموویتز، ۲۰۱۷).

نتایج مربوط به حساسیت اضطرابی نیز حاکی از همبستگی مثبت معنادار آن با اضطراب کووید-۱۹ در دانشجویان است. این نتایج در راستای پژوهش‌های هونکمپ و همکاران (۲۰۱۹)؛ وایت و همکاران (۲۰۱۶) قرار دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افراد دارای حساسیت اضطرابی، تفسیر نادرستی از هیجانات خود دارند و نسبت به عواقب آن نیز نگران هستند که این خود موجب افزایش اضطراب در آن‌ها می‌شود. در واقع، تصویر بزرگ‌شده بیماری‌های همه‌گیر می‌تواند بر ادراکات تنش، اضطراب و تغییرات رفتاری مرتبط باشد. بدین مفهوم که تصویر بالینی اغراق‌آمیز از ویروس کووید-۱۹ به ویژه در مراحل ابتدایی شیوع، بر اضطراب و حساسیت اضطراب افراد سالم مؤثر است. در این راستا، هونکمپ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش دوساله خود بر روی بیماران دارای اضطراب و افسردگی دریافتند که تغییر در حساسیت اضطرابی با تغییر در نشانه‌های اضطراب همبستگی مثبت دارد و همچنین پایداری حساسیت اضطرابی در طی زمان دوساله بالا بوده است. وایت و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که حساسیت اضطرابی باعث گوش به زنگی خیلی بیشتری نسبت به نشانه‌های بدنی می‌شود.

از طرفی دیگر، یافته‌های این مطالعه نشان داد همبستگی مثبت معناداری بین اضطراب کووید-۱۹ و تشدید جسمانی حسی وجود دارد. به عبارتی دیگر، افرادی که از اضطراب بالایی

رنج می‌برند، به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های گوناگون می‌شوند. در واقع این افراد دارای اضطراب غیر معمولی هستند که طی همه‌گیری بیماری کرونا ۱۹ در معرض خطر بیشتری قرار دارند. این نتایج با پژوهش‌های هاسیموسالار و همکاران (۲۰۱۹)؛ الیسون و همکاران (۲۰۱۷)؛ ییلدیریم و همکاران (۲۰۱۹)؛ کومار و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. افراد دارای سطوح بالای تشدید جسمانی حسی، احساسات بدنی و دردهای موجود را یا به علائمی از یک بیماری تبدیل می‌کنند یا آن‌ها را به شکل شدیدتری احساس می‌کنند؛ که این موارد موجبات هیجانات ناخوشایند و نگرانی را در افراد فراهم می‌کند، طبیعتاً اضطراب بالاتری را نیز تجربه می‌کنند. علاوه بر این، هر چه سطح اضطراب بالاتر باشد، احساس درد و نحوه بروز علائم شدیدتر و توجه افراد به آن‌ها بیشتر خواهد بود، زیرا اضطراب بالا و قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار منجر می‌شود (موشوا و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند، در مواجهه با اطلاعات مبهم، تفسیری منفی از موقعیت دارند، دائماً درباره آینده پیش‌بینی‌های منفی انجام می‌دهند و راه‌های خود را به گونه‌ای منفی ارزیابی می‌کنند و در نتیجه، این افراد اضطراب و تنش بیشتری را تجربه می‌کنند (ییلدیریم و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا، هاسیموسالار و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی درباره چگونگی ارتباط تشدید جسمانی حسی، اضطراب بیماری و افسردگی به رابطه قوی میان تشدید جسمانی حسی و اضطراب سلامتی پی بردند. بر اساس نتایج پژوهش آن‌ها سطح بالاتر اضطراب به افزایش بیشتر تشدید جسمانی حسی در افراد منجر می‌شود. از سویی دیگر، الیسون و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی دریافتند که شرایط پزشکی مزمن و تجربه پریشانی روان‌شناختی، با تشدید جسمانی حسی مرتبط است. به گونه‌ای که شرایط و تجربه مربوط به نگرانی‌های بهداشتی افراد را نسبت به نشانه‌های جسمانی حساس می‌کند و به تشدید اضطراب در آن‌ها منجر می‌شود. کومار و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه‌ای که با نمونه‌ای از افراد مبتلا به اضطراب انجام شد، به رابطه مثبت میان شدت علائم در این افراد و تشدید جسمانی حسی دست یافتند.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان داد اضطراب سلامت، حساسیت اضطرابی و تشدید جسمانی حسی با اضطراب کووید-۱۹ همبستگی مثبت معناداری دارند. این بدین معنی است

که هرچه میزان اضطراب، خودبیمارپنداری و توجه به نشانه‌های بدنی در افراد بالا باشد، درجات بالاتری از اضطراب مرتبط با ویروس کرونا ۱۹ را تجربه می‌کنند. همچنین، ممکن است این اضطراب زیاد سیستم ایمنی آن‌ها را نیز تضعیف کند که این خود ریسک ابتلاء شدن به ویروس کووید-۱۹ را افزایش می‌دهد. بر این اساس، لازم است بر اضطراب غیرمنطقی خود غلبه کنند و با انجام فعالیت‌های دیگر مانند ورزش، اضطراب خود را کنترل کنند.

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه گیلان در سال ۱۳۹۹ بودند؛ به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. محدود بودن پژوهش به پرسشنامه‌های خودگزارشی و اینترنتی نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌رود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی با فاصله اجتماعی و رعایت نکات بهداشتی به صورت حضوری پرسشنامه‌های پژوهش پخش شود. همچنین، انجام مداخله‌های روان‌شناختی می‌تواند پیامدهای مثبت فردی، بین فردی و جمعی بسیاری را به همراه داشته باشد و مانع از گسترش رفتارهای معیوب و ناسازگارانه در جمعیت عادی با سطوح بالا اضطراب بیماری ویروس کرونا ۱۹ شود.

تشکر و قدردانی: مطالعه حاضر به صورت کاملاً مستقل انجام شده است. از تمامی دانشجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

باقری شیخانگفشه، فرزین، تاج‌بخش، خزر و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۹). مقایسه اضطراب کووید-۱۹، سبک‌های مقابله‌ای و اضطراب سلامت در دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. *مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۹(۳۲)، ۲۸۳-۳۰۶.

نوری سعید، اعظم، شباهنگ، رضا، باقری شیخانگفشه، فرزین، سعیدی، مریم و موسوی، سیده مریم (۱۳۹۹). مقایسه استفاده از اطلاعات آنلاین مرتبط با سلامت، هویت اشتراکی آنلاین و استفاده از اطلاعات اشتراکی آنلاین در سطوح مختلف اضطراب کووید-۱۹. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۴(۱): ۲۸-۳۹.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. and Valentiner, D. P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*. 31(6): 871-883.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

- Asmundson, G. J. G. and Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*. 71: 102211-102211. DOI: [10.1016/j.janxdis.2020.102211](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211)
- Aghayousefi, A., Oraki, M., Mohammadi, N., Farzad, V. and Daghighzadeh, H. (2015). Reliability and validity of the Farsi version of the somatosensory amplification scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 9(3): e233. Doi: [10.17795/ijpbs-233](https://doi.org/10.17795/ijpbs-233)
- Barsky, A. J., Wyshak, G. and Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*. 24(4): 323-334.
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Tajbakhsh, K. and Abolghasemi, A. (2020). Comparison of Covid-19 Anxiety, Coping Styles and Health Anxiety in Athletic and Non-Athletic Students. *Sport Psychology Studies*. 9(32): 283-306. (Text in Persian).
- Elieson, L. M., Dömötör, Z. and Köteles, F. (2017). Health anxiety mediates the connection between somatosensory amplification and self-reported food sensitivity. *Ideggyogyaszati Szemle*. 70(9-10): 307-314.
- Etikan, I., Musa, S. A. and Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*. 5(1): 1-4.
- Foroughi, A. A., Mohammadpour, M., Khanjani, S., Pouyanfard, S., Dorouie, N. and Parvizi Fard, A. A. (2019). Psychometric properties of the Iranian version of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 41(3): 254-261.
- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V. and Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*. 102: 152191-152191. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152191>
- Hovenkamp-Hermelink, J. H., Voshaar, R. C. O., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., Jeronimus, B. F., Schoevers, R. A. and Riese, H. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific reports*. 9(1): 1-7.
- Hacimusalar, Y., Talih, T. and Karaaslan, O. (2020). How Do Health Anxiety, Somatosensory Amplification, and Depression Levels Relate to Non-cyclical Mastalgia? A Case–Control Study. *Indian Journal of Surgery*. 1-7. DOI: [10.1007/s12262-019-02014-y](https://doi.org/10.1007/s12262-019-02014-y)
- Kumar, V., Avasthi, A. and Grover, S. (2018). Somatosensory amplification, health anxiety, and alexithymia in generalized anxiety disorder. *Industrial psychiatry journal*. 27(1): 47-52.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.

- Mogg, K. and Bradley, B. P. (2018). Anxiety and Threat-Related Attention: Cognitive-Motivational Framework and Treatment. *Trends in Cognitive Sciences*. 22(3): 225-240.
- Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A. and Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*. 37(10): 965-971.
- Nourisaeid, A., Shabahang, R., Bagheri Sheykhangafshe, F., Saeedi, M. and Mousavi, M. (2020). Comparison of Online Health Information Utilization, Online Shared Identity, and Online Shared Information Usage in Different Levels of COVID-19 Anxiety. *Journal of Research in Psychological Health*. 14(1): 28-39. (Text in Persian).
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. and Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 32(5): 843-853.
- Santos, C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 42(3): 329-329.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. and Coles, M. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*. 19(2): 176-188.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L. and Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*. 47(2): 198-238.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. and Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 395(10223): 470-473.
- Wright, K. D., Lebell, M. A. A. and Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders*. 100(41): 35-42.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*. 36(3): 210-218.
- Waltz, C. F. and Bausell, B. R. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis FA.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E. and Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*. 36(3): 210-218.
- Yıldırım, A., Boysan, M., Karaman, E., Çetin, O. and Şahin, H. G. (2019). Relationships between somatosensory amplification, health anxiety and low back pain among pregnant women. *Eastern Journal of Medicine*. 24(1): 69-73.

اثربخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری

محمد محمدی^{۱*}، ابوالفضل فرید^۲، رامین حبیبی کلپیر^۳ و

جواد مصرآبادی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری در دوره متوسطه اول انجام شد. روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری دوره اول متوسطه شهر مریوان بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ مشغول تحصیل بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۶۰ دانش‌آموز انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰) و کنترل (۳۰) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت شش هفته و هر هفته دو جلسه (در مجموع ۱۲ جلسه) به صورت گروهی مداخله آموزش ابراز وجود دریافت کردند، اما گروه کنترل در طی انجام پژوهش آموزشی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های قربانی قلدری، جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی بود. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس بود. نتایج نشان داد که آموزش ابراز وجود بر میزان جرأت‌ورزی دانش‌آموزان قربانی قلدری تأثیر معناداری داشته است، اما بر حل مسئله اجتماعی تأثیری نداشته است. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که از آموزش مهارت ابراز وجود می‌توان به عنوان یک روش کارآمد برای افزایش جرأت‌ورزی دانش‌آموزان قربانی قلدری استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: ابراز وجود، جرأت‌ورزی، حل مسئله اجتماعی، قلدری

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. m.mohammadi55@azaruniv.ac.ir

۲. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. farid614@azaruniv.ac.ir

۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. habibi912@azaruniv.ac.ir

۴. استاد گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. mesrabadi@azaruniv.ac.ir

- مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

قلدری در مدرسه نوعی رفتار پرخاشگرانه بسیار مضر است که ممکن است در اوایل کودکی شروع شود و در طی سال‌های مدرسه ادامه یابد. این پدیده می‌تواند در هر منطقه جغرافیایی و وضعیت مختلف اقتصادی اجتماعی و فرهنگی رخ دهد (اسمیت، کواک و تودا، ۲۰۱۶). قلدری طیف گسترده‌ای از رفتارها، که به سه شکل متمایز طبقه‌بندی شده‌اند: فیزیکی (مانند ضربه‌زدن، لگزدن، فشار دادن)، کلامی (مثلاً با لقب صدا زدن، تهدید) و قلدری‌های اجتماعی / رابطه‌ای (همچون محرومیت اجتماعی، شایعه‌پراکنی) (کوشیر، کلاسنیک، اسپس، پویک^۱، همکاران، ۲۰۱۹) تا جدیدترین شکل حملات از طریق اینترنت و فن‌آوری‌های جدید (که به آن‌ها نیز حمله سایبری گفته می‌شود) را در برمی‌گیرد (منسینی و سالمیوالی^۳، ۲۰۱۷).

قربانیان قلدری و همچنین قلدرها پیامدهای کوتاه مدت و طولانی مدت مخربی را تجربه می‌کنند (هاستینگ، لودر، اولدنبرگ، شاختر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). نوجوانان دارای مشکلات رفتاری از جمله قلدری، سطوح پایین‌تری از تنظیم و کنترل هیجانی را نشان می‌دهند (کامودکا و کاپولا^۵، ۲۰۱۹؛ به نقل از مصلح، بدری گرگانی و نعمتی، ۱۳۹۸). لزوم آگاه‌سازی در رابطه با اتخاذ واکنش مناسب در مقابل قلدری و استفاده از روش‌هایی جهت بهبود روابط آن‌ها با همسالان حائز اهمیت است (بیرامی، هاشمی، میرنسب و کلیایی، ۱۳۹۷). از دیدگاه شناختی- اجتماعی، افراد قربانی فاقد مهارت‌های اجتماعی لازم برای برقراری روابط مثبت با همسالان خود هستند. بنابراین، در مواجهه با مسائل اجتماعی واکنش مناسبی از خود نشان نمی‌دهند (اسپیلاج و لاو^۶، ۲۰۱۲).

نوجوانی دوره‌ای است که نیاز به حل مشکلات روزمره، انجام مسئولیت‌ها و گسترش روابط اجتماعی دارد. در دوران نوجوانی و تمام دوره‌های زندگی، داشتن مهارت‌های اجتماعی و استفاده مؤثر از این مهارت‌ها، بسیار مهم است. آن‌ها به‌طور مداوم در تعاملات با خانواده،

-
1. Smith, Kwak and Toda
 2. Košir, Klasinc, Špes and Pivec
 3. Menesini and Salmivalli
 4. Huitsing, Lodder, Oldenburg and Schacter
 5. Camodeca and Cappola
 6. Espelage and Low

همسالان و معلمان از مهارت‌های اجتماعی خود استفاده می‌کنند (دنیز و ایرسوی^۱، ۲۰۱۶). حل مسأله اجتماعی فرایندی را نشان می‌دهد که از طریق آن افراد راه‌حل‌هایی برای مشکلات پیش آمده در زندگی روزمره ایجاد، انتخاب و پیاده‌سازی می‌کنند (رومانو، موسکوویچ، ما و هاپرت^۲، ۲۰۱۹). یادگیری مهارت حل مسأله، زمینه تصحیح تعامل‌ها و روابط با همسالان را فراهم می‌آورد و عزت نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد، آموزش می‌تواند ارتباط با همسالان دانش‌آموزان درگیر در پدیده قلدری را بهبود بخشد که فاقد مهارت‌های اجتماعی و هیجانی هستند (اسمری برده‌زرد، رسولی و اسکندری، ۱۳۹۸). به‌طور خاص، موقعیت‌های حل مسأله اجتماعی معمولاً مهارت‌های اجتماعی پیچیده‌ای مانند درک اجتماعی پیچیده و تصمیم‌گیری سریع و خود به خودی و انعطاف‌پذیری استراتژیک در مبادلات اجتماعی را می‌طلبد (چو^۳، ۲۰۲۰). سطح کافی مهارت‌های اجتماعی نوجوانان ارتباط تنگاتنگی با مهارت حل مسأله دارد. نوجوانان با مهارت اجتماعی بالا می‌توانند به راحتی وارد روابط دوستی شوند و آن را حفظ کنند و مشکلات را حل کنند، بدون اینکه به رفتارهای قلدرانه متوسل شود یا در معرض آن قرار گیرند. افرادی که سطح مهارت‌های اجتماعی پایینی دارند، در زندگی تحصیلی و اجتماعی خود با مشکل مواجه می‌شوند (دنیز و ایرسوی، ۲۰۱۶). آن‌ها در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله و قلدری در نوجوانان، نقص و عدم وجود مهارت حل مسأله اجتماعی افراد قربانی را گزارش داده‌اند. به باور آن‌ها دانش‌آموزانی که در معرض قلدری قرار دارند از مهارت‌های اجتماعی کافی برای اداره زندگی روزمره برخوردار نیستند.

احتمالاً اگر در افراد قربانی قلدری، جرأت‌ورزی افزایش یابد و یاد بگیرند که در موقعیت‌های مختلف رفتارهای جرأت‌مندانه از خود نشان دهند، سازگاری اجتماعی آن‌ها افزایش یابد و بتوانند با رفتارهای قلدرانه افراد دیگر مقابله کنند (بوکت^۴، بهرامی، کلیایی و حسینی، ۲۰۱۶). تجربه گروهی مبتنی بر برنامه آموزش ابراز وجود می‌تواند تأثیر مثبت قابل توجهی بر سطح جرأت‌ورزی نوجوانان داشته باشد- که می‌تواند توسط کسانی که قربانی

-
1. Deniz and Ersoy
 2. Romano, Moscovitch, Ma and Huppert
 3. Chou
 4. Boket

۹۶ اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و ...

پدیده قلدری می‌شوند، استفاده شود (اوشار و آلکایا، ۲۰۱۷). اسپید، گولداستین و گولدفرید^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان « ابراز وجود: یک درمان مبتنی بر شواهد فراموش شده» معتقدند که آموزش ابراز وجود، از انواع مختلفی از تکنیک‌های شناختی رفتاری استفاده می‌کند، و می‌تواند به عنوان یکی از مؤلفه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی مفهوم‌سازی شود که به‌طور گسترده با هدف کمک به افراد در یادگیری مهارت‌های خاص برای رشد عملکرد اجتماعی صحیح‌تر انجام شود. ابراز وجود به توانایی دفاع فرد از حقوق شخصی بدون داشتن تردید و دودلی و همین‌طور بدون نشان دادن حالت تهاجمی و پرخاشگرانه نیاز دارد.

در ارتباط با قلدری و قربانی شدن تاکنون مداخلات و مطالعات زیادی انجام شده، اما مداخله به این شکل و با هدف بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری گزارش نشده و مرور مطالعات انجام شده پیرامون این موضوع بیان‌کننده خلاء تحقیقاتی است که باید این خلاء پر شود. هدف این پژوهش تعیین تأثیر آموزش ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری بوده. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر است:

آموزش ابراز وجود بر جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی پدیده قلدری مؤثر است.

آموزش ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان پسر قربانی پدیده قلدری مؤثر است.

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری پژوهش را دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول شهر مریوان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای سه مدرسه انتخاب شد، پرسشنامه قربانی-قلدری بر روی دانش‌آموزان معرفی شده (۸۳ نفر) اجرا شد که به تشخیص مشاور مدرسه و عوامل اجرایی مدرسه قربانی قلدری شناخته شده بودند. نمرات از بیش‌ترین تا کم‌ترین نمره مرتب شد (در این پرسشنامه پایین‌ترین نمره دانش‌آموزان قربانی ۲۳ و بالاترین نمره ۴۲ بود). از بین

دانش‌آموزان معرفی شده ۶۰ نفر که بیشترین نمرات را در پرسشنامه کسب کرده بودند، به عنوان مشارکت‌کنندگان نهایی پژوهش انتخاب شدند. دانش‌آموزان انتخاب شده به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جایگزین شدند. دانش‌آموزان دو گروه پرسشنامه‌های جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند. آموزش گروهی ابراز وجود در کارگاه آموزشی مدارس برگزار شد. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه ۶۰ تا ۷۵ دقیقه‌ای آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی و مداخله، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و پس از پایان مداخله بروشورهای تهیه شده در مورد ابراز وجود در اختیار دانش‌آموزان گروه کنترل قرار گرفت. قبل از اجرا به مشارکت‌کنندگان درباره حق آزادی برای شرکت در پژوهش توضیح داده شد. همچنین در مورد محافظت از هویت آن‌ها، دادن اطلاعات کافی در مورد پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان لازم داده شد.

معیارهای ورود شامل: عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانگری همزمان با مشارکت در پژوهش، و تمایل به شرکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف ارائه شده در جلسات و مشارکت نکردن در فعالیت‌های گروهی، غیبت بیش از سه جلسه آموزشی بودند.

ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش حاضر شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

پرسشنامه رفتار قربانی^۱: این پرسشنامه را الوئوس^۲ (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری دیدگاه دانش‌آموزان درباره قلدری و قربانی شدن در سنین ۱۱ تا ۱۷ سال ساخته است و ۱۹ گویه را شامل می‌شود که ده گویه اول (۱ تا ۱۰) برای سنجش قربانی شدن و ۹ گویه بعدی برای سنجش ارتکاب به قلدری لحاظ شده است. هر گویه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (این اتفاق در چند ماهه گذشته برایم نیفتاده است) تا ۵ (این اتفاق چندین بار در یک هفته برایم می‌افتد) نمره‌گذاری می‌شود. مطالعات متعددی با این ابزار در نقاط مختلف جهان انجام شده و روایی و پایایی آن در بسیاری از مطالعات سنجیده و تأیید شده است و ضریب آلفای گویه‌های آن را از ۰/۷۶ تا ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند که نشانگر همسانی درونی بالای مقیاس است و ضریب آلفای کرونباخ این

1. Bullying Questionnaire

2. Olweus

۹۸ اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و ...

پرسشنامه در پژوهش الوئوس (۱۹۹۷) برای خرده مقیاس قربانی شدن قلدری ۰/۸۶ گزارش شده است (رضاپور، سوری و خداکریم، ۱۳۹۲). رضاپور و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با هدف اعتباریابی پرسشنامه، پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش دادند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه حل مسأله اجتماعی^۱: فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده حل مسأله اجتماعی (SPSI-R؛ نزو، نزو و دزوریلا^۲، ۲۰۱۰) یک ابزار خود گزارشی و دارای ۲۵ گویه بوده، گویه‌ها به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۴-۰ در دامنه‌های کاملاً نادرست تا کاملاً درست، نمره‌گذاری می‌شوند و هدف آن اندازه‌گیری مهارت افراد در حل مسأله اجتماعی است. پایایی با روش بازآزمایی برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و ضریب آلفای آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (سیف، ۱۳۹۲). در ایران مخبری، درتاج و دره کردی (۱۳۹۰)، ضریب آلفای ۰/۸۵ را به دست آوردند و ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۸ را برای این پرسشنامه گزارش دادند. همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس ابراز وجود^۳: این پرسشنامه را گمبریل و ریچی^۴ (۱۹۷۵) ساخته است و چهل گویه دارد. گویه‌ها به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱-۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا در این پرسشنامه، نشان‌دهنده قاطعیت و جرأت‌ورزی است. گمبریل و ریچی ضریب پایایی این آزمون را ۰/۸۱ گزارش داده‌اند (پیری و شهرآرای، ۱۳۸۴). در پژوهش پیری و شهرآرای (۱۳۸۴) همسانی درونی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. این همسانی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

معرفی برنامه مداخله‌ای: محتوای مداخلات انجام شده در گروه آزمایشی بر اساس کتاب‌های محمدخانی (۱۳۸۳، ۱۳۹۰) و معتمدین، عبادی (۱۳۹۲) تنظیم شد، که شرح آن در جدول (۱) ارائه شده است.

1. Social Problem Solving Inventory
2. Nezu, Nezu and D'Zurilla
3. Assertion Inventory
4. Gambrill and Richey

جدول ۱: خلاصه برنامه مداخله آموزش ابراز وجود

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	معارفه	آشنایی با اعضای گروه، بیان اهداف و تبیین مفهوم ابراز وجود	آماده شدن برای تغییر	تدوین قوانین گروه
دوم	آشنایی با سبک‌های ارتباطی	توضیح و مقایسه سبک‌های رفتاری منفعلانه، پرخاشگرانه و جرأت‌مندانه	تشخیص سبک ارتباطی غالب خود	تعیین و بررسی سبک رفتاری غالب
سوم	آشنایی با حق و حقوق	بیان حقوق و مسئولیت‌های افراد برای ابراز وجود	بیان حق و حقوق افراد	تهیه لیست حقوق افراد در محیط‌های مختلف
چهارم	آشنا شدن با شیوه بازسازی شناختی	آموزش یکی از شیوه‌های ابراز وجود (بازسازی شناختی)	شناسایی و بیان باورهای غیرمنطقی ارتباطی	تهیه کاربرگ نمونه رفتارهای جرأت‌ورزانه
پنجم	شناخت پیامدهای عدم ابراز وجود	ایفای نقش در موقعیت‌های نیازمند رفتار جرأت‌ورزانه، بحث پیامدهای سبک رفتاری غیر جرأت‌ورزانه و منفعلانه	بیان پیامدهای منفعل بودن	ایفای نقش جرأت‌ورزانه در موقعیت‌های فرضی
ششم	شناخت روابط غیرکلامی	زبان غیرکلامی و ارتباط آن با ابراز وجود، نحوه استفاده از آن	استفاده از زبان بدن	تمرین زبان غیر کلامی
هفتم	آشنایی با احساسات منفی	نحوه ابراز احساسات منفی خود و نحوه برخورد با تحقیرهای کلامی و غیرکلامی	ابراز احساسات منفی حین تمسخر و تحقیر	ارائه تکلیف در مورد پاسخ به تحقیرها
هشتم	آموزش نه گفتن	توان شروع و ادامه رابطه اجتماعی	رد تقاضای غیر معقول	تمرین نه گفتن
نهم	شناخت شیوه‌های رفتار جرأت‌مندانه	توضیح تکنیک‌های صفحه خط خورده و خلع سلاح،	استفاده از تکنیک‌های خلع سلاح و ..	تمرین تکنیک صفحه خط خورده و خلع سلاح
دهم	شناسایی موانع ابراز وجود	رد تقاضاهای غیرمعمول دیگران، آموزش اصلاح باورها، عقاید و انتظارات ...	جایگزین کردن باورها	تمرین روی شناسایی باورها
یازدهم	آشنایی با احساسات مثبت	توضیح تکنیک‌های استفاده از کم‌ترین پاسخ مؤثر، جرأت‌ورزی افزاینده و به شوخی انداختن	استفاده از تکنیک‌های یاد گرفته شده	تهیه کاربرگ ابراز احساسات مثبت
دوازدهم	جمع‌بندی مطالب	مرور و جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از مطالب مطرح شده- اجرای پس‌آزمون	به‌کارگیری شیوه ارتباطی جرأت‌ورزانه	تمرین تکنیک‌ها

۱۰۰ اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و ...

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی و سپس از تحلیل کوواریانس استفاده شد. اطلاعات جدول (۲) شاخص‌های توصیفی نمرات در متغیرهای جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. مطابق نتایج ارائه شده در جدول، میانگین نمرات پس‌آزمون با پیش‌آزمون متغیر جرأت‌ورزی در گروه آزمایش متفاوت است، اما تغییری در میانگین نمرات حل مسئله اجتماعی در پس‌آزمون صورت نگرفته است. در این راستا بررسی پیش‌فرض آماره Z کالموگروف - اسمیرنف متغیرهای جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی بیان‌کننده برقراری شرط توزیع نرمال نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل بود ($p > 0/05$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج بررسی نشان داد که آماره لون برای متغیرهای جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی معنادار نبود ($p > 0/05$). همین‌طور از طریق اثر تعاملی کورویت با متغیر مستقل، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی در بین گروه‌ها بررسی شد، نتایج آزمون نمرات جرأت‌ورزی ($F = 0/485, df = 1, p > 0/05$) و حل مسئله اجتماعی ($F = 0/175, df = 1, p > 0/05$) نشان‌دهنده تعامل غیرمعنادار بود و نشان از همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌ها داشت.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای جرأت‌ورزی و حل مسئله اجتماعی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جرأت‌ورزی	پیش‌آزمون	۱۰۳/۶۷	۹/۲۷	۱۰۵/۷	۸/۸۵
	پس‌آزمون	۱۳۴/۵	۲/۶۲	۱۰۶/۳۳	۱۰/۴۲
حل مسئله اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۷/۵۲	۱/۸	۱۵/۷۳	۱/۴۷
	پس‌آزمون	۱۷/۲	۲/۰۴	۱۶/۶۷	۱/۶۴

نتایج جدول (۳)، نشان می‌دهد بین نمرات گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر جرأت‌ورزی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 73/16, p < 0/05$). اجرای آموزش ابراز وجود بر افزایش جرأت‌ورزی جامعه هدف، تأثیر معناداری داشته است. درباره

متغیر حل مسأله اجتماعی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($F=0/002$, $p>0/05$). بنابراین، فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه پذیرفته می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات جرأت‌ورزی و حل مسأله اجتماعی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون		۱۱۹/۶۳	۱	۱۱۹/۶۳	۰/۷۶	۰/۳۸۶	۰/۰۱۳	۰/۱۴
جرأت‌ورزی	گروه	۱۱۴۸۰/۳۲	۱	۱۱۴۸۰/۳۲	۷۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۱
	خطا	۸۹۴۴/۵۴	۵۷	۱۵۶/۹۲				
پیش‌آزمون		۱۴/۸۸	۱	۱۴/۸۸	۴/۶	۰/۰۳۶	۰/۰۷۵	۰/۵۶
حل مسأله اجتماعی	گروه	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	خطا	۱۸۴/۳۵	۵۷	۳۲۲/۲				

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور پاسخگویی به دو فرضیه پژوهشی طراحی و اجرا شد. اول اینکه آموزش ابراز وجود موجب افزایش جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری می‌شود. دومین فرضیه این بود که آموزش ابراز وجود در افزایش میزان حل مسأله اجتماعی دانش‌آموزان قربانی پدیده قلدری مؤثر بوده است.

فرضیه اول اثربخشی آموزش ابراز وجود بر میزان جرأت‌ورزی جامعه هدف تأیید شد. یعنی بسته آموزشی توانسته است میزان جرأت‌ورزی دانش‌آموزان پسر قربانی قلدری را افزایش دهد. یافته‌ها با تلویحات کاربردی و یافته‌های پژوهشی پژوهشگرانی از جمله، بوکت و همکاران (۲۰۱۶)، آوشار و آلکایا (۲۰۱۷)، اسپید و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که ارتقاء سطح توانمندی‌های شخصیتی و مهارت‌های زندگی، تغییر و اصلاح سبک‌های زندگی غیر مفید و گاهی مخرب می‌تواند باعث تغییرات مشخصی در

۱۰۲ اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و ...

زندگی و روابط بین فردی شود. یک راه حل برای قلدری همسالان، آموزش افراد در استفاد از ظرفیت‌های رفتاری مناسب، مانند ابراز وجود است (بوکت و همکاران، ۲۰۱۶). آموزش ابراز وجود که به افراد کمک می‌کند تا نوع مناسبی از رفتار را در موقعیت‌های مختلف انتخاب کنند، به افزایش اعتماد به نفس، بیان افکار و احساسات و همچنین اکتساب پیشرفت در مسیر مطابق با موقعیت آن‌ها منجر می‌شود (آوشار و آلکایا، ۲۰۱۷). در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت آموزش ابراز وجود به دانش‌آموزان قربانی قلدری آموخت که خواسته‌ها و نظرات خود را آزادانه بیان کنند و احساسات خود را به گونه مثبت و مؤثر ابراز کنند و نهایتاً توانایی بیان آزادانه خواسته‌ها و انتظارات، به دور از هرگونه استرس و ترس از همسالان و همین‌طور میزان جرأت‌ورزی آن‌ها را افزایش داده است. جلسات مداخله‌ای با تمرکز بر توانایی « نه گفتن»، شیوه صحیح برقراری ارتباط یعنی شیوه جرأت‌مندانه به افزایش جرأت‌ورزی دانش‌آموزان قربانی منجر شده است.

فرضیه دوم، یعنی اثربخشی آموزش ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی تأیید نشد. یعنی آموزش مهارت ابراز وجود نتوانست بر حل مسئله اجتماعی جامعه هدف تأثیر بگذارد. در این زمینه پژوهش داخلی یا خارجی یافت نشد که اثر ابراز وجود بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان قربانی قلدری را بررسی کرده باشد. هر چند دنیز و ایرسوی (۲۰۱۶) دانش‌آموزان قربانی قلدری را فاقد توانایی حل مسئله اجتماعی می‌دانند. حل مسئله اجتماعی می‌تواند متأثر از عوامل و فاکتورهای متعددی باشد که عوامل شخصی از جمله ابراز وجود یکی از عوامل است. به عبارت دیگر شاید در کنار ابراز وجود بایستی آموزش‌های دیگری نیز داده شود تا توانایی حل مسئله اجتماعی به وجود آید. در کنار عوامل شخصی، عوامل حمایت‌کننده محیطی نیز بایستی کمک کند تا توانایی حل مسئله اجتماعی وجود آید (چو، ۲۰۲۰). مطابق کامودکا و کاپولا (۲۰۱۹) احتمالاً اضطراب و برانگیختگی بالای افراد قربانی قلدری پس از تحمل صدمه و آسیب زیاد مانع تأثیرگذاری می‌شود. هاستینگ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که همه قربانیان از برنامه‌های مداخلاتی به‌طور یکسان بهره‌مند نمی‌شوند، و اینکه اگر رفتارها و ویژگی‌های آن‌ها با هنجارهای گروهی که در آن هستند مطابقت نداشته باشد، توسط همکلاسی‌های خود به شکل منفی ارزیابی می‌شوند که این امر در سازگاری آن‌ها تأثیر دارد و مانع تأثیرگذاری است. اسمیت و همکاران (۲۰۱۶) برای تبیین عدم تأثیرگذاری، تفاوت‌های فرهنگی نوجوانان

قربانی قلدری را دخیل می‌دانند. بیرامی و همکاران (۱۳۹۶) در تبیین، به نظریات ضمنی افراد به عنوان زیربنای جهت‌گیری‌های اهداف اشاره دارند، یعنی افراد به کمک ساخت نظریه‌های ضمنی درباره خودشان و جهان، معنا و ساختاری برای تعاملاتشان تعیین می‌کنند که این در افراد مختلف متفاوت است. این افراد معتقدند ویژگی‌های شخصیتی، ثابت و غیر قابل تغییر هستند. چنین قربانیانی بر این باورند که عدم پذیرش آن‌ها توسط همسالان یک ویژگی ذاتی است و تلاشی هم برای تغییر نخواهند کرد و سازگاری اجتماعی آن‌ها دستخوش تغییر نمی‌شود. گافنی و همکاران (۲۰۱۹) آن را به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روش‌های ارزیابی نسبت می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس اصول نظری و چهارچوب‌ها آموزش ابراز وجود بایستی بتواند حل مسأله اجتماعی را افزایش دهد، اما گاهی اوقات عوامل فرهنگی و اجتماعی حاکم بر آموزش و تفکرات دانش‌آموزان، می‌توانند اصول چهارچوب نظری را در هم شکنند و مانع از تأثیرگذاری متغیر مستقل بر اساس اصول نظری شود. شاید موضوع حل مسأله اجتماعی قربانیان قلدری در جامعه ما آن چنان پیچیده است که نتوان آن را صرفاً با آموزش ابراز وجود به وجود آورد که یک موضوع کاملاً شخصی و درونی است، بدون اینکه تغییرات و اقدامات محیطی دیگری را به عمل آورد. ابراز وجود یکی از عوامل لازم برای ایجاد مهارت حل مسأله اجتماعی است، نه شرط کافی. همان‌گونه که ذکر شد شرط کافی احتمالاً با همراهی اقدامات محیطی مؤثرتر، از جمله حمایت معلم، حمایت خانواده‌ها، حمایت فرهنگی محلاتی که دانش‌آموزان در آن‌ها زندگی می‌کنند، می‌تواند زمینه لازم را برای ایجاد این مهارت فراهم کرده باشد. و بالاخره اینکه احتمالاً کاربردی آموزشی یا روش آموزش به گونه‌ای بوده است که برخلاف متغیر قبلی، در این متغیر نتوانسته است به نتیجه دلخواه برسد.

محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان متوسطه اول از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس دختر و پسر و سایر دوره‌های تحصیلی ابتدایی و متوسطه دوم استفاده شود، تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. پیشنهاد می‌شود علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی و عوامل اجرایی و مشاوران مدارس، برای اطمینان بیشتر از شناسایی دقیق‌تر قربانیان قلدری در مدرسه ارزیابی همسالان نیز در انتخاب گنجانده شود. همچنین مشاوران مدارس به آموزش ابراز وجود برای افزایش میزان جرأت‌ورزی دانش‌آموزان، خصوصاً قربانیان قلدری دوره

۱۰۴ اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر جرأت ورزی و ...

متوسطه اول، توجه کنند.

تشکر و قدردانی:

از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و مشاوران، عوامل اجرایی و دبیرانی که ما را در اجرای پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- اسمری برده زرد، یوسف، رسولی، رویا و اسکندری، حسین (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی و کاهش افسردگی در دانش‌آموزان قلدر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۳): ۷۷-۹۴.
- بیرامی، منصور، هاشمی، تورج، میرنسب، میرمحمود، و کلیایی، لیلا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش قربانی شدن فلنر دانش‌آموزان قربانی قلدری. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۱۶(۶۳): ۷۵-۹۰.
- بیرامی، منصور، هاشمی، تورج، میرنسب، میرمحمود، و کلیایی، لیلا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر مؤلفه‌های کفایت اجتماعی دانش‌آموزان قربانی قلدری. *دو فصلنامه شناخت اجتماعی*، ۷(۱): ۵۳-۷۴.
- پیری، لیلا و شهرآرای، مهرناز (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان سبک‌های هویت، ابراز وجود، و سبک‌های مقابله. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱(۲): ۳۹-۵۴.
- خاکپور، سودابه، جعفری، علیرضا و جعفری، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان. *علوم رفتاری (بهر)*، ۲۲(۶): ۷۰-۵۹.
- رضاپور، میثم، سوری، حمید و خداکریم، سهیلا (۱۳۹۲). روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس‌های ارتکاب زورگویی و قربانی شدن پرسشنامه زورگویی الوئوس در مدارس راهنمایی. *ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها*، سال اول(۴): ۲۱۲-۲۲۱.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۳). *مهارت جرأت‌مندی «ویژه والدین»*. تهران: طلوع دانش.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۹۰). *مهارت جرأت‌مندی «ویژه دانش‌آموزان»*. تهران: طلوع دانش.
- مخبری، عادل، درتاج، فریبا و دره‌کردی، علی (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی و هنجاریابی پرسشنامه توانایی حل مسئله اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی اندازه‌گیری تربیتی*، ۱(۴): ۷۲-۵۵.

معمدین، مختار و عبادی؛ غلامحسین (۱۳۹۲). آموزش ابراز وجود (چگونه راحت زندگی کنیم؟). تبریز: انتشارات فروزش.

مصلح، سید قاسم، بدری گرگری، رحیم و نعمتی، شهروز (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی ارتقا امید بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پسران دانش آموز قلدر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۳): ۷-۲۲.

نزو، آرتور؛ نزو، کریستین مگوت و دزوریلا، توماس جی (۲۰۱۰). *درمان با روش حل مسأله*. مترجم سیف، علی اکبر، تهران، دوران.

Asmari Bardehward, Y., Rasooli, R. and Eskandari, H. (2017). The effectiveness of emotion-focused group-therapy on increase social - emotional skills, decreasing depression, in bullying students. *Journal of Psychological Studies*, 13(3): 77-94 (Text in Persian).

Avşar, F. and Alkaya, S. A. (2017). The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of pediatric nursing*, 36: 186-190. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.020>.

Bayrāmi, M., Hāshemi, T., Mirnasab, M. and Kolyāei, L. (2017). The effectiveness of social problem solving training program on reducing the bullying victimization of students. *Educational Innovations*, 16(3): 75-90 (Text in Persian).

Beirami, M., Hashemi, T., Mirnasab, M. and Kolyaei, L. (2018). Effectiveness of Social Problem Solving Training on the Components of Social competence in Students Victim of Bullying. *Social Cognition*, 7(1): 53-74 (Text in Persian).

Boket, E. G., Bahrami, M., Kolyaie, L. and Hosseini, S.A. (2016). The effect of assertiveness skills training on reduction of verbal victimization of high school students. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 3(2): 690-699.

Chou, Y.-C. (2020). Navigation of Social Engagement (NOSE) Project: Using a Self-Directed Problem Solving Model to Enhance Social Problem-Solving and Self-Determination in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 55(1): 101-114.

Deniz, M. and E. Ersoy (2016). Examining the Relationship of Social Skills, Problem Solving and Bullying in Adolescents. *International Online Journal of Educational Sciences*, 8(1). <http://dx.doi.org/10.15345/ijoes.2016.01.001>.

Espelage, D. L., Low, S. and De La Rue, L. (2012). Relations between peer victimization subtypes, family violence, and psychological outcomes during early adolescence. *Psychology of Violence*, 2(4): 313-324.

Gaffney, H., Ttofi, M. M. and Farrington, D. P. (2019a). Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: an updated meta-analytical review. *Aggression and Violent Behavior*, 45: 111-133.

- <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.001> .
- Huitsing, G., Lodder, G. M., Oldenburg, B. and Schacter, H. L., Salmivalli, C., Juvonen, J., and Veenstra, R. (2019). The healthy context paradox: Victims' adjustment during an anti-bullying intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 28(9): 2499-2509.
- Khakpour, S., Jafari, A.I. and Jafari, A.S. (2015). The effectiveness of positive thinking skills training on the assertiveness of first year high school female students. *Sciences Behavioral*, 22(6): 59-70(Text in Persian).
- Košir, K., Klasinc, L., Špes, T., Pivec, T., Cankar, G. and Horvat, M. (2019). Predictors of self-reported and peer-reported victimization and bullying behavior in early adolescents: The role of school, classroom, and individual factors. *European Journal of Psychology of Education*, 35(2): 381- 402.
- Menesini, E. and C. Salmivalli (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, Health & Medicine*. 22(sup1): 240-253.
- Mohammadkhani, S.H. (2004). *Assertiveness skills for students*.Tehran: Tolou Danesh.(Text in Persian)
- Mohammadkhani, S.H. (2011). *Assertiveness skills for Parents* .Tehran: Tolou Danesh.(Text in Persian)
- Mokhberi, A., Dortaj, F. and Darekurdi,A.(2011). Questionnaire, psychometrics, and standardization of indicators of social problem solving ability. *Quarterly of Educational Measurement*, 1(4): 55-72 (Text in Persian).
- Mosleh, S., Badri Gargari, R. and Nemati, S. (2019). The effectiveness of cognitive training of hope promotion on cognitive emotion regulation strategies of male students with bullying behaviors. *Journal of Psychological Studies*, 15(3): 7-22 (Text in Persian)
- Motamedin, M. and Ebadi, GH.(2013). *Assertiveness Training(How to live comfortable?)*.Tabriz: Forouzesheh. (Text in Persian)
- Nezu,M. A., Nezu, C.M. and D,Zurilla. (2010). *Problem solving therapy*. Saif, Ali-Akbar. Tehran, Dowran (Text in Persian).
- Piri, L. and Shahraray, M. (2005). Investigate the relationship between identity styles, assertiveness, and coping styles . *Journal of Psychological Studies*, 1(2): 39-54. (Text in Persian)
- Rezapour, M., Soori, H. and Khodakarim, S. (2014). Testing psychometric properties of the perpetration of bullying and victimization scales with Olweus Bullying Questionnaire in Middle Schools. *journal of safety promotion and injury prevention*, 1(4): 212- 221(Text in Persian)
- Romano, M., Moscovitch, D. A., Ma, R. and Huppert, J. D. (2019). Social problem solving in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 68: 102-152. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102152>.
- Smith, P. K., Kwak, K. and C Toda, Y. (2016). *School bullying in different cultures*: Cambridge University Press.

- Sokol, N., Bussey, K. and Rapee, R, M (2016). The impact of victims' responses on teacher reactions to bullying. *Teaching and Teacher Education*, 55: 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.11.002>.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L. and Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1): e12216.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر

سارا کریمی^{۱*}، زهرا آقامیرمحمدعلی^۲

سهیلا ابوبکری ماکویی^۳، محبوبه وحیدی فرد^۴

مرضیه حبیبی^۵ و مرجان عموخلیلی^۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهرستان تایباد در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند. پس از ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، ۳۰ دانش‌آموز دختر به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر گمارش شدند. برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد، در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی بگبی، پارکر و تیلور و اجتناب شناختی سکستون و داگاس استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار) و اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن (فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتهی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تبدیل تصاویر به افکار)، وجود داشت. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان و روان‌درمانگران از نتایج این مطالعه در جهت کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر، بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: اجتناب شناختی، اضطراب فراگیر، پذیرش و تعهد، نارسایی هیجانی

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
Sarakarimi6990@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران. z.aqamir@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران
soheila.aboobakri@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد میبد، یزد، ایران. mvf1397@gmail.com

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. m.habibi008@gmail.com

۶. استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، تهران، ایران. m.khalili@riau.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.28934.2059

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5021.html

مقدمه

یکی از اختلال‌های اضطرابی شایع در کودکان و نوجوانان، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ است (پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول^۲، ۲۰۱۹). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل درباره رویدادهای مختلفی معرفی می‌کند که حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). متغیرهای مختلفی مانند نارسایی هیجانی^۵ (سپهوند و مرادی، ۱۳۹۷) و اجتناب شناختی^۶ (فوارق، بساک نژاد و داودی، ۱۳۹۷)، مسئول گسترش و ثبات اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان هستند.

شواهد تجربی نشان داده است که اجتناب شناختی یکی از عوامل فراتشخیصی است که از طریق ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته، فقدان تمایل به تجربه کردن رویدادها و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها، در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، نقش مهمی ایجاد می‌کند (لوین، کرافت، پرسری و پوتز^۷، ۲۰۱۸). اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند (سکستون و داگاس^۸، ۲۰۰۴). انواع راهبردهای آن عبارت هستند از: فرونشانی فکر، جان‌شینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر (لوین و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با عملکرد اجتنابی با استفاده از راهبردهای ذکر شده تلاش می‌کنند تا حواسشان را از نگرانی پرت کنند، اما به‌طور گسترده‌ای دچار اضطراب می‌شوند (آفتاب^۹، ۲۰۱۶).

نارسایی هیجانی از دیگر متغیرهای مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر است. مطالعات پیشین

-
1. General Anxiety Disorder
 2. Peter, Lawrence, Murayama and Creswell
 3. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
 4. American Psychiatric Association
 5. emotional impairment
 6. cognitive avoidance
 7. Levin, Krafft, Pierce and Potts
 8. Sexton and Dugas
 9. Aftab

مؤید پایین بودن تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اضطراب نسبت به افراد عادی است (بشارت و فرهمند، ۱۳۹۶). نارسایی هیجانی به دشواری در تنظیم خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (گیلسپی، گاروفالو و ولوتی^۱، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی بیان‌کننده آن است که ابعاد هیجانی شامل: دشواری در تشخیص احساس^۲، دشواری در توصیف احساس^۳ و تفکر برون‌مدار^۴ بر روی اختلال‌های اضطرابی مؤثر هستند (پاپکیرو، فلاسبک، اسچلگل، جاکل^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). تفکر برون‌مدار میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران را نشان می‌دهد و در اغلب موارد چون این افراد به‌طور سطحی یاد می‌گیرند تا این مسأله را تشخیص دهند، در گزارش‌های خود جواب می‌دهند که در این حوزه مشکلی ندارند. همچنین، از آنجاکه افراد دچار نارسایی هیجانی نمی‌توانند احساسات منفی خود را به‌درستی شناسایی کنند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف نیز دچار مشکل شده و به‌دلیل عدم توانایی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، عواطف منفی ناتوان‌کننده می‌شوند و این ناتوانی به‌صورت علائم اضطراب بروز می‌کند (موتان و جنسوز^۶، ۲۰۰۷).

باتوجه به سیر مزمن، شیوع زیاد و همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان مهم‌ترین اختلال ناتوان‌کننده، مطرح شده است. در این رابطه، توجه به متغیرهایی مانند نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی می‌تواند زمینه‌پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های اضطراب مؤثر باشند. از این‌رو، پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر و اقتصادی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۷، برای این اختلال ضروری است. هدف این درمان برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، تغییر کل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر

1. Gillespie, Garofalo and Velotti
2. difficulties in identifying feeling
3. difficulties in describing feeling
4. externally oriented thinking
5. Popkirov, Flasbeck, Schlegel and Juckel
6. Motan and Gencoz
7. Acceptance and Commitment Therapy

۱۱۲ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند به جای اجتناب از آن‌ها، عملی را انتخاب کند تا زندگی لذت‌بخش بیشتری را تجربه کنند (لوین، هیلدبرانت، لیلیز و هیز^۱، ۲۰۱۲).

طبق نتایج پژوهش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر افزایش تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان (گل محمدیان، رشیدی و پروانه، ۱۳۹۷) و کاهش بدتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان خودآسیب رسان (ایزکیان، میرزائیان و حسینی، ۱۳۹۸)، اثربخش باشد. همچنین، رحمانیان، دهستانی و علوی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که این مداخله از سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی در دختران نوجوان، می‌کاهد. نتایج مطالعه حاجی اقراری، اسدی، جوازی و عاطف وحید (۱۳۹۷) نیز نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. گر چه این محققان در پژوهش خود به جای استفاده از پروتکل درمانی که مبتنی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد، به اقتباس صرف از پروتکلی استفاده کردند که در یک مطالعه ایرانی بر روی مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، تنظیم و اجرا شده بود، که ارتباط چندانی هم با متغیرهای پژوهش آن‌ها نداشت. از این‌رو، نتایج مطالعه آن‌ها در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. با بررسی پیشینه‌های پژوهشی، مشخص است که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای وابسته پژوهش و در جامعه دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب فراگیر، انجام نشده است، از این‌رو، ضرورت انجام پژوهش در این جامعه توجیه‌پذیر است.

با توجه به آنچه بیان شد و از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعدیل الگوهای رفتاری منفی نقش مهمی در تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی در افراد ایجاد می‌کند (لوین و همکاران، ۲۰۱۲)، شناخت جنبه‌های مهم مکانیسم اثرگذاری آن امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی این درمان بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. از این‌رو، فرضیه‌های زیر در این پژوهش بررسی شد:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن اثربخش است؟
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن اثربخش است؟

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهرستان تایباد در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین شهرهای شهرستان تایباد یک شهر به صورت تصادفی انتخاب (شهر تایباد) و از بین مدارس این شهر به صورت تصادفی سه مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه انتخاب شدند (نور، وصال و فاطمه الزهرا). آزمون سنجش میزان و شدت اختلال اضطراب فراگیر بر روی دانش‌آموزان پایه دوم این مدارس اجرا و دانش‌آموزانی انتخاب شدند که نمره بالاتری از نمره برش (۱۰) در این آزمون کسب کردند. پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. ابزار پژوهش عبارت بودند از:

مصاحبه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و طول عمر^۱ (K-SADS-PL): این مصاحبه را کافمن، بیرماهر، برنت، راثو^۲، فلینن و همکاران (۱۹۹۷) تدوین کردند و برای ارزیابی آسیب‌شناختی روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان ۱۷-۶ ساله به‌کار می‌رود. کافمن و همکاران (۱۹۹۷) ضریب پایایی ابزار را به روش بازآزمایی در فاصله ۵ هفته برابر با ۰/۸۰ و روایی ملاکی این ابزار با اضطراب بک

1. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version
2. Kaufman, Birmaher, Brent, Rao and Flynn

۱۱۴ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی همسانی درونی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۷۹ به دست آمد (از این ابزار در جهت غربالگری استفاده شد).

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD - 7): این مقیاس را اسپیتز، کروئکی، ویلیامز و لوی^۲ (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ گویه است که برحسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ با نمره برش ۱۰ است. ضریب همسانی درونی و ضریب اعتبار بازمیابی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است (اسپیتز و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (از این ابزار تنها در جهت غربالگری استفاده شد).

مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو^۳ (TAS-20): این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط بگبی، پارکر و تیلور^۴ (۱۹۹۴) ساخته شده و نارسایی هیجانی را در ۳ زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ گویه)، دشواری در توصیف احساس (۵ گویه) و تفکر برون‌مدار (۸ گویه) ارزیابی می‌کند. دامنه پاسخ به هر گویه شامل ۵ درجه از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) متغیر است. در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. پایایی بازمیابی آن در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد (زکی‌یی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی^۵ (CAQ): این پرسشنامه را سکستون و داگاس^۶ (۲۰۰۴)

1. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 Item
2. Spitzer, Kroenke, Williams and Lowe
3. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)
4. Bagby, Parker and Taylor
5. Cognitive Avoidance Questionnaire
6. Sexton and Dugas

تدوین کرده‌اند، دارای ۲۵ گویه برای سنجش ۵ راهبردشناختی: فرونشانی فکر^۱، جانشینی فکر، حواس‌پرتی^۲، اجتناب از محرک تهدیدکننده^۳ و تبدیل تصاویر به افکار^۴ است. که برای نمره کل ضرایب همبستگی همسانی درونی به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش دادند (سکستون و داگاس، ۲۰۰۴). محمد (۱۳۸۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دونیمه‌کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی و ۵ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۳، به دست آمد.

روش اجرا: بعد از اجرای پیش‌آزمون‌ها، برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمانی ولوز و سارل^۵ (۲۰۰۷) مطابق با جدول ۱، در طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ جلسه) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

-
1. thought substitution
 2. distraction
 3. avoidance of threatening stimuli
 4. transformation of images into thoughts
 5. Vowles and Sorrell

جدول ۱: خلاصه جلسات پروتکل درمانی رویکرد پذیرش و تعهد

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱	معارفه و آشنایی با درمان	ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، ارائه درک‌کی از ACT و چگونگی کارکرد آن.	تدوین فهرستی از مشکلات آماجی
۲	ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکالیف قبلی در جلسه بعد، آگاهی از تلاش مراجعان در جهت کاهش اضطراب و اثربخشی آن. بیان استعاره بر اضطراب و افسردگی، آموزش چگونگی استفاده از تمرینات ذهن آگاهی به جای واکنش به ترس.	شناسایی موقیت اجتنابی و عدم جلوگیری از حضور افکار منفی
۳	بیان کنترل به عنوان مشکل	تضعیف اتحاد خود با افکار و عواطف، آموزش تن‌آرامی.	انجام تکلیف گذشته
۴	اجرای تکنیک گسلش شناختی	تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود و تجربیات درونی و رفتار.	آگاهی از اینجا و اکنون
۵	پذیرش و مشاهده خود به عنوان زمینه	ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، آموزش فنون ذهن آگاهی	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار
۶	تمرین فنون ذهن آگاهی	شناسایی ارزش‌های زندگی مرجعان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها.	تلاش در جهت کسب حس تعالی
۷	روشن‌سازی ارزش‌ها	ایجاد تعهد برای عمل به تکالیف، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون‌ها.	تهیه فهرستی از موارد ایجاد کننده هیجان‌ها مثبت
۸	جمع‌بندی مطالب گذشته	کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

یافته‌ها

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف متغیرهای نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن‌ها نشان داد که توزیع نرمال است ($P > 0/05$). آزمون لون برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. از این رو، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پیش‌آزمون یکسان هستند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نرمالیت متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	معماری	میانگین	انحراف استاندارد
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد							
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	۱۸/۳۳	۳/۹۴	۱۱/۴۴	۲/۶۵	۰/۱۸	۰/۱۹	۰/۹۲	۰/۲۰	کلموگروف-اسمیرنوف	۰/۱۸	۰/۱۹
	کنترل	۱۸/۵۰	۳/۷۲	۱۸/۳۲	۳/۴۸	۰/۱۵	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۱۱		۰/۱۵	۰/۹۸
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۲/۴۵	۲/۵۷	۷/۰۳	۱/۱۳	۰/۱۹	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۲۰	میانگین	۰/۱۹	۱/۵۲
	کنترل	۱۲/۶۷	۲/۱۰	۱۳/۵۶	۲/۷۸	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۶۵	۰/۱۶		۰/۱۶	۰/۱۶
تفکر برون‌مدار	آزمایش	۱۷/۸۷	۳/۳۱	۱۱/۹۷	۲/۸۷	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۱۲	میانگین	۰/۱۳	۰/۱۳
	کنترل	۱۷/۵۰	۳/۴۶	۱۷/۶۷	۳/۴۹	۰/۱۱	۳/۳۴	۰/۰۷	۰/۰۵		۰/۱۱	۳/۳۴
کل نارسایی هیجانی	آزمایش	۴۸/۵۶	۹/۸۲	۳۰/۴۴	۶/۵۶	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۹۲	۰/۲۰	کلموگروف-اسمیرنوف	۰/۲۰	۰/۰۹
	کنترل	۴۸/۶۷	۹/۲۸	۴۹/۵۵	۹/۷۵	۰/۲۰	۰/۸۷	۰/۵۳	۰/۲۶		۰/۲۰	۰/۸۷
فرونشانی فکر	آزمایش	۱۳/۶۷	۲/۱۱	۸/۶۵	۱/۴۶	۰/۱۰	۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۲۰	میانگین	۰/۱۰	۰/۲۸
	کنترل	۱۳/۳۳	۲/۱۴	۱۳/۴۱	۲/۶۵	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۲۰		۰/۱۳	۰/۰۴
جانشینی فکر	آزمایش	۱۲/۹۲	۲/۰۲	۷/۳۸	۱/۶۷	۰/۲۰	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۲۰	میانگین	۰/۲۰	۰/۰۱
	کنترل	۱۲/۵۰	۲/۲۳	۱۲/۷۶	۲/۲۱	۰/۱۸	۱/۷۹	۰/۱۸	۰/۱۸		۰/۱۸	۱/۷۹
حواس‌پرتی	آزمایش	۱۳/۵۶	۲/۶۷	۹/۰۵	۱/۸۹	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۹۲	۰/۲۰	کلموگروف-اسمیرنوف	۰/۲۰	۰/۰۹
	کنترل	۱۳/۶۷	۲/۱۶	۱۴/۱۶	۲/۶۴	۰/۲۰	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۲۰		۰/۲۰	۰/۶۶

۱۱۸ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

معناداری	پد. ز.	معنا داری	کلمبرگ اسپیریتوف	پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
				انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۲۱	۰/۳۴	۰/۸۷	۰/۲۰	۱/۷۷	۱۰/۵۹	۲/۲۵	۱۵/۴۵	آزمایش	اجتناب از محرک
۰/۲۰	۰/۸۲	۰/۰۴	۰/۲۰	۲/۵۲	۱۵/۴۴	۲/۲۵	۱۵/۷۵	کنترل	تهدیدکننده
۰/۲۰	۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۲۰	۲/۱۱	۱۱/۹۵	۲/۹۳	۱۶/۶۷	آزمایش	تبدیل تصاویر به افکار
۰/۱۹	۰/۱۹	۱/۸۹	۰/۱۸	۲/۷۹	۱۶/۴۶	۲/۴۱	۱۶/۵۸	کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۷	۱/۹۰	۰/۲۰	۸/۹۱	۴۷/۶۲	۱۱/۹۸	۷۲/۲۷	آزمایش	کل اجتناب شناختی
۰/۲۰	۰/۸۲	۰/۰۴	۰/۲۰	۱۲/۸۱	۷۲/۲۳	۱۱/۱۹	۷۱/۸۳	کنترل	

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جدول ۳، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در نارسایی هیجانی ($\eta^2 = ۰/۵۳$ و $p < ۰/۰۰۱$) و اجتناب شناختی ($F = ۳۳/۷۰$ و $\eta^2 = ۰/۵۵$ و $p < ۰/۰۰۱$ و $F = ۴۵/۷۶$)، تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات کل نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
نارسایی هیجانی						
الگوی اصلاح‌شده	۴۷/۶۳	۲	۲۳/۸۲	۴۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
عرض از مبدأ	۲۳/۹۳	۱	۲۳/۹۳	۴۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶
پیش‌آزمون متغیر	۳۹/۵۳	۱	۳۹/۵۳	۷۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
گروه	۱۷/۰۸	۱	۱۷/۰۸	۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۱۸/۷۶	۲۷	۰/۵۰			
کل	۶۰/۲۰	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۶۶/۴۰	۲۹				
اجتناب شناختی						
الگوی اصلاح‌شده	۳۷۹/۶۱	۲	۱۸۹/۸۰	۴۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
عرض از مبدأ	۵۰/۷۷	۱	۵۰/۷۷	۱۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲
پیش‌آزمون متغیر	۱۹۸/۹۹	۱	۱۹۸/۹۹	۴۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
گروه	۲۱۷/۸۹	۱	۲۱۷/۸۹	۴۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطا	۱۷۵/۳۵	۲۷	۴/۷۳			
کل	۱۲۱۴۹	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۵۵۴/۹۷	۲۹				

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی در جدول ۴، گزارش شده است.

۱۲۰ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر گروه بر مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

اندازه اثر	سطح معناداری	df2	df	F	ارزش	
۰/۳۰	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۵/۶۱	۰/۶۱	اثر پیلائی
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۷/۳۸	۰/۳۹	لانداى ويلكز
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۹/۲۵	۱/۵۴	اثر هتيلينگ
۰/۶۰	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۱۹/۴۲	۱/۵۳	بزرگ‌ترين ريشه روى
۰/۳۳	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۶/۴۸	۰/۶۷	اثر پیلائی
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۸/۸۴	۰/۳۳	لانداى ويلكز
۰/۴۸	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۱۱/۴۰	۱/۹۰	اثر هتيلينگ
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۲۱	۳	۲۳/۷۶	۱/۸۷	بزرگ‌ترين ريشه روى

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی در جدول ۵، ارائه شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف و تفکر برون‌مدار، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصاویر به افکار، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

متغیر پیش‌آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
نارسایی هیجانی						
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۳۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۸
تفکر برون‌مدار	۰/۵۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۵
اجتناب شناختی						
فرونشانی فکر	۰/۲۸	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
جانشینی فکر	۰/۱۵	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
حواس‌پرتی	۰/۴۷	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۷
اجتناب از محرک تهدید کننده	۰/۳۱	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
تبدیل تصاویر به افکار	۰/۲۹	۵	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸)، گل محمدیان و همکاران (۱۳۹۷) و رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند تا با استفاده از هیجانات درست، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابزار هیجانات به‌ویژه هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، به جای احساس دشواری در بیان احساسات، بتوانند به شیوه سازگارانه‌تری احساسات خود را توصیف کرده و کم‌تر احساس ناتوانی کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی بر آن است تا هیجانات و احساسات آن‌گونه تجربه شوند که واقعاً هستند، این امر باعث می‌شود تا فرد به عمق احساسات خود پی‌برد، به درستی آن‌ها

۱۲۲ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

را شناسایی و توصیف کند و در پی درک و بروز درست و سالم آن‌ها برآید. وقتی که فردی با کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با شیوه‌های سالم به شناخت و مدیریت شناختی احساسات خود اقدام کند، به مدیریت هیجانی بهتری دست یافته است. علاوه بر این، رویارویی فعال و مؤثر همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق این درمان موجب می‌شود تا افراد فشارهای ناخواسته دیگران را در مناسبات اجتماعی درک کرده، احساسات خود را کنترل کنند و کارکرد هیجانی مثبت داشته و به سبک پردازش منطقی دست پیدا کنند و از تفکر برون‌مدار کم‌تری رنج ببرند.

نتایج دیگر حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن، تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷) همسو است که از شیوه درمان پذیرش و تعهد استفاده کرده بودند، گرچه نمی‌توان خیلی به این پژوهش استناد کرد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی خود را آزاردهنده می‌دانند؛ بنابراین تلاش می‌کنند آن‌ها را با افکار دیگر جایگزین کنند یا از آن‌ها اجتناب کنند. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب یا حواس‌پرتی از افکار، احساسات، خاطره‌ها، محرک‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (لویین و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از فرایندهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش در مقابل اجتناب است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع پدید می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای فرونشانی آن‌ها، بپذیرد. این کار باعث می‌شود که تجربیات ناخوشایند کم‌تر تهدیدکننده به نظر برسند و مراجع از نشخوار فکری کم‌تری رنج ببرد. یکی دیگر از ویژگی‌های این درمان ایجاد گسلس شناختی و استفاده از فنون ذهن آگاهی است که باعث می‌شود تا مراجعان اتحاد خود با افکار و عواطف را تضعیف کنند و خود را از کنترل قوانین کلامی خلاص کنند که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است و اجازه پیدا کنند از کشمکش، منازعه و تبدیل تصاویر به افکار دست بردارند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ در پژوهش حاضر از

ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد و اثرات درمان پیگیری نشد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و روان‌درمان‌گران، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی افراد با اختلال اضطراب فراگیر بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از همه دانش‌آموزان دختری که به‌عنوان شرکت‌کننده ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، کمال قدردانی را به‌عمل آوریم.

منابع

- ایزکیان، ساره، میرزائیان، بهرام و حسینی، سید حمزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۳): ۱۷-۲۶.
- بساک نژاد، سودابه، معینی، نصراله و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس‌رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۴(۴): ۳۳۵-۳۴۰.
- بشارت، محمدعلی و فرهمند، هادی (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۴): ۱-۱۱.
- حاجی اقراری، لعیا، اسدی، فاطمه، جوازی، ثمینا و عاطف وحید، طناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *مجله پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳(۶): ۳۱-۳۸.
- رحمانیان، مهدیه، دهستانی، مهدی و علوی، سیده فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۷(۱): ۹۱-۱۰۴.
- زکی‌بی، علی (۱۳۹۱). *رابطه آلکسی تایمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه.
- سپهوند، تورج و مرادی، فاطمه (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در

۱۲۴ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

نمونه‌های غیربالیینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴): ۳۳-۳۴.

فوارق، لیلا، بساک نژاد، سودابه و داودی، ایران (۱۳۹۷). رابطه شرم درونی‌شده، رفتارهای معنی بخش و راهبردهای اجتناب شناختی با ابعاد اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴): ۳۵-۴۴.

گل محمدیان، محسن،، رشیدی، علیرضا و پروانه، آذر (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۴(۴۷): ۱-۲۳.

محمد، سعید (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد سالم. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

- Aftab, R. (2016). The mediator role of interpersonal difficulties in relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 4(40): 523-542.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Bagby, R. M., Parker, J. D.A. and Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Basak-Nejad, S., Moeini, N. and Mehrbizadeh-Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(4): 340-335. (Text in Persian).
- Besharat, M. A. and Farahman, H. (2017). The mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between attachment pathologies and symptoms of depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(44): 7-16. (Text in Persian).
- Favaregh, L., Bassak-Nejad, S. and Davoudi, I. (2019). Relationship between internalized shame, safety behaviors and ognitive avoidance strategies with multidimensional social anxiety in students of medical science. *Journal of Clinical Psychology*, 10(4): 35-44. (Text in Persian).
- Gillespie, S. M., Garofalo, C. and Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders. *Journal of Criminal Justice*, 46(1): 60-71.
- Golmahammadian, M., Rashidi, A. and Parvaneh, A. (2018). Effectiveness of training based on Acceptance and commitment on cognitive emotion regulation

- and beliefs efficacy in the Female students. *Journal of Educational Psychology*, 14(47): 1-23. (Text in Persian).
- Haji Eghrari, L., Asadi, F., Javazi, S. and Atef Vahid, T. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance of women with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(6): 31-38. (Text in Persian).
- Izakiyan, S., Mirzaian, B. and Hosseini, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion dysregulation and self-compassion among self-harm students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology Journal*, 14(53): 17-26. (Text in Persian).
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P. and Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7): 980-988.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. and Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Journal of Behavior Therapy*, 43(4): 741-756.
- Levin, M.E., Krafft, J., Pierce, B. and Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4(61): 158-163.
- Mohammad, S. (2001). Evaluation of personality traits of individuals with ulcerative colitis and its comparison with healthy individuals. *Master Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute*. (Text in Persian).
- Motan, I. and Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4): 333-343.
- Peter, J., Lawrence, D. C., 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's*, 58(1): 46-60.
- Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G. and Brune, M. (2018). Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Journal of Psychiatry Research*, 263(5): 121-124.
- Rahmanian, M., Dehestani, M. and Alavi, S. (2018). Effectiveness acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. *Quarterly Journal of Social Cognition*, 7(1), 91-104. (Text in Persian).

۱۲۶ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

- Sepahvand, T. and Moradi, F. (2019). The comparison of emotion regulation and cognitive flexibility in nonclinical samples of adolescents with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 10(4): 23-34. (Text in Persian).
- Sexton, K.A. and Dugas, M.J. (2004). An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. *Poster Presented at the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA..?'*.
- Spitzer, R. L. Kroenke, K., Williams, J. B. and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Journal of Archives of Internal Medicine*, 166(10): 1092-1097.
- Vowles, K. E. and Sorrell, J. T. (2007). *Life with chronic pain: An acceptance-based approach*. Therapist Guide and Patient Work book.
- Zakyei, A. (2012). *Alexitaimia's relationship, irrational beliefs, positive and negative emotion with mental disorders*. Master thesis in psychology, Razi University, Kermanshah. (Text in Persian).

اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق

شهرام مامی^۱، افشین صفرنیا^{۲*}، لیلی تردست^۳ و بیتا عباسی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق انجام شد. روش مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مددکاری شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای دو بار در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. از پرسشنامه آلکسی تایمیا تورنتو در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان نمرات ناگویی خلقی تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج تحقیق چنین به نظر می‌رسد گروه درمانی با رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق مؤثر است. بنابراین، اجرای چنین درمانی در مراکز مشاوره پیشگیری از طلاق و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پویشی، روان‌درمانی، طلاق، نارسایی هیجانی.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.
shahram.mami@yahoo.com
۲. نویسنده مسئول: دانشجو دکتر روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.
afshinsafarnia1@gmail.com
۳. دانشجو دکتر روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.
yadyaran62@yahoo.com
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
sepehr180@mailfa.com

DOI: 10.22051/psy.2018.21331.1690

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3771.html

مقدمه

طلاق^۱ یکی از عوامل ایجادکننده اختلال و آشفتگی در زندگی انسان‌هاست. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف (رسی، هولتزورث-مونرو و راد،^۲ ۲۰۱۶) و عدم توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، فردی و شخصیتی رخ دهد (عباسی، درگاهی و قاسمی جوینه، ۱۳۹۷). در این بین متغیرهای فردی و شخصیتی به‌عنوان عوامل مؤثر در پدیده طلاق نقش مهمی دارند. نارسایی هیجانی^۳ از جمله متغیرهای مؤثر در پدیده طلاق است (خزان، عباسی اصل، یونسی و کاظمی، ۱۳۹۵). نارسایی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی مشخص می‌شود (دودا، ایساک و چاتورودی^۴، ۲۰۰۳). این نارسایی مانع تنظیم هیجانان شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌کند، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی از فقدان آهنگ کلام نیز رنج می‌برند و همچنین نقایص وسیعی در توانایی تشخیص محرک‌های هیجانی دارند (وایت، کرفت و گرویانو^۵، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات بیان‌کننده آن است که نارسایی هیجانی می‌تواند یکی از دلایل تعارضات زناشویی در زنان در معرض طلاق باشد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خواجه و خضری مقدم، ۱۳۹۵). در این رابطه می‌توان گفت، وقتی طرفین در فهم حالات عاطفی و هیجانان خود و در ابراز و بیان مناسب آن‌ها به همسر خود یا در فهم و درک احساسات و هیجانان همسر خود دچار مشکل و ناتوان باشند، این امر می‌تواند صمیمیت و نزدیکی روان‌شناختی بین آن‌ها را به‌صورت منفی تحت تأثیر قرار دهد و زن و شوهر را از یکدیگر دور کند، به تبع آن میزان طلاق عاطفی و بی‌ثباتی ازدواج در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. در نتیجه به مرور زمان شدید شدن این احساسات ناخوشایند می‌تواند زمینه‌ساز شدت یافتن

-
1. divorce
 2. Rossi, Holtzworth-Munroe and Rudd
 3. alexithymia
 4. Duddu, Isaac and Chaturvedi
 5. White, Craft and Gervino

تعارضات و ایجاد عدم تمایل به ادامه دادن این رابطه ناخوشایند و گرایش و اقدام به طلاق شود (کوک، برور، شاه و بیرد^۱، ۲۰۱۳؛ گلیچرچ، توماشیتیز و سینای^۲، ۲۰۱۵). در واقع همان‌طور که ابراز هیجان می‌تواند به غنی شدن رابطه زناشویی بیفزاید، ناگویی و عدم ابراز هیجانات تأثیر منفی بر این رابطه داشته و رضایت زوجین از زندگی را کاهش می‌دهد. با توجه به اثری که متغیرهایی مانند ابراز هیجان و احساسات، بیان عواطف و همدلی و روابط بین‌فردی بر رضایت ناشویی دارند و مشکل در این زمینه‌ها به رضایت زناشویی پایین منجر می‌شود، توجه به این متغیرها ضروری است (خواجه و همکاران، ۱۳۹۵). در این رابطه دوانلو^۳، مجموعه‌ای از مداخلات هیجان‌مدار را، به‌منظور «فشار» برای بسیج هیجانات و «چالش» با دفاع‌های بالآمده و جمع‌بندی یافته‌های بعد از تجربه هیجانی، به‌وجود آورد و مداخله‌ای خلق کرد تا اینکه درگیری هیجانی مراجع را بیشینه، مقاومت و دفاع‌های او را تضعیف و متزلزل گرداند که مانع فرآیند تجربه، ابراز هیجانی و سلامت روانی است (عباس، میشل و اوگردیزک^۴، ۲۰۰۸).

روان‌درمانی‌های پویای کوتاه‌مدت فشرده (STDP)^۵ از طریق فعالیت‌های مالان^۶، سیفنیوس^۷، دوانلو، پولاک^۸، هورنر^۹ و دی جانگ^{۱۰}، تکامل یافت (به نقل از دریسن^{۱۱}، ۲۰۰۹). برتری مداخله روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه (جانسون، تون و عباس^{۱۲}، ۲۰۱۴) و تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی / هیجانی

1. Cook, Brewer, Shah and Bird
2. Gleichgerrcht, Tomashitis and Sinay
3. Davanloo
4. Abbass, Michel and Ogrodniczuk
5. Short-Term Dynamic Psychotherap (STDP)
6. Malan
7. Sifneos
8. Polak
9. Horner
10. Dae Jang
11. Driessen
12. Johansson, Town and Abbass

۱۳۰ اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر...

به‌عنوان عنصری شفافبخش است (لیپر و مالتبی^۱، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا^۲، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی را بهبود می‌بخشد (پنیکر و چانگ^۳، ۲۰۰۷). موضع فعال درمانگر و به‌کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس کند و سلامت روانی بیشتری را به‌دست آورد (تون، عباس، استرید و برنیر^۴، ۲۰۱۷). دفاع‌های تاکتیکی^۵ و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی‌سازی آن‌ها از وجه مشخصه‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط بیماران نسبت به دیگران را مختل می‌کند و میزان رضایت آن‌ها را از زندگی و نسبت به یکدیگر افزایش می‌دهد (لیلیتجرن، جوهانسون، تون، کیزلی^۶ و عباس، ۲۰۱۷). در این درمان، به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض‌ها روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی‌سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست دهنده^۷ و مشکلات بین‌فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی است (وولف و فریدریکسون^۸، ۲۰۱۲؛ عباس، تون و درینسن، ۲۰۱۲).

فرآیند فشار به مراجع، برای تجربه و ابراز هیجان‌های بازداری شده‌اش در رابطه اینجا و اکنونی با درمانگر، با توجه به ریشه‌دار بودن چنین رفتاری (بازداری)، به طور قطع دفاع و مقاومت‌هایی را در مراجع برمی‌انگیزد که به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آن‌ها را به آگاهی خود راه ندهد. اما، درمانگر از سر دلسوزی و رویکردی همدلانه با هر مانعی که در فرآیند پردازش هیجانی باشد

1. Leiper and Maltby
2. disclosure
3. Pennebaker and Chung
4. Stride and Bernier
5. tactical defenses
6. Lilliengren, Johansson and Kisely
7. self-defeating patterns
8. Wolf and Frederickson

و قصدش تأخیر یا تخریب تحقق اهداف درمانی باشد، به چالش برمی‌خیزد و مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارد (شدلر^۱، ۲۰۱۰). در یک مطالعه مقدماتی، اثربخشی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر بیماران مبتلا به تشخیص افسردگی مقاوم به درمان ارزیابی شد که در تنظیم هیجان دچار مشکلاتی بودند، نتایج آن نشان داد که ممکن است این درمان برای این گروه از بیماران چالش‌انگیز، مؤثر باشد (عباس، ۲۰۰۶). رنجبر سودجانی، شریفی، سیاح و ملک محدی گله (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، یک روش مناسب بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی است. همچنین اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب زنان و بهبود خلق (کاهش نشانه‌های افسردگی) و افزایش افشای هیجانی مبتلابان به افسردگی و اضطراب نیز گزارش شده است (رنجبر سودجانی و شریفی، ۱۳۹۶؛ شکاری، حسین ثابت و برجعلی، ۱۳۹۶؛ محمودی قهساره، آقا محمدیان شعریاف، دهقانی و حسن آبادی، ۱۳۹۳).

باتوجه به اینکه نتایج این درمان در داخل کشور تاکنون به انواع روان‌رنجوری و اختلالات شخصیت و نیاز به کمک به زنان برای مدیریت هیجانات در روابطشان و مدیریت اختلافات بین‌شخصی به شیوه‌ای که نارسایی هیجانی به‌رغم عدم حضور همسرشان در جلسات درمان کاهش یابد، و توجه به این نکته که مردان دچار تعارضات زناشویی بندرت به مراکز مشاوره و مددکاری اجتماعی در ایران مراجعه می‌کنند (مبسم، دلاور، کرمی، ثنایی و شفیع آبادی، ۱۳۹۱) و با توجه به کارکرد روان‌درمانی پویشی بر روی دفاع‌ها، اضطراب و تجربه احساسات، می‌تواند در حل تعارضات هیجانی تأثیر داشته باشد (شکاری و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، مسأله پژوهشگر این است که آیا تنها با درمان فردی زنان به شیوه درمان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌توان نارسایی هیجانی این گروه از زنان را کاهش داد؟ در این راستا فرضیه پژوهش این است که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی در زنان متقاضی طلاق مؤثر است.

روش

طرح تحقیق مورد استفاده در این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-

۱۳۲ اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر...

پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مددکاری شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (ملاک‌های ورود و خروج)، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، از کلیه زنان برای شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققان است و صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. ملاک‌های ورود نمونه انتخابی عبارت بودند از: ۱- دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال؛ ۲- عدم اعتیاد به مواد افیونی و روان‌گردان‌ها و مصرف متادون؛ ۳- حداقل دارای دو سال زندگی مشترک؛ ۴- حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر کارشناسی؛ ۵- نداشتن انواع روان‌پریشی‌ها؛ ۶- توانایی شرکت در جلسات درمانی. ملاک‌های خروج: ۱- ابتلا به اختلالات کنترل تکانه؛ ۲- ابتلا به اختلالات دوقطبی؛ ۳- نداشتن سواد خواندن و نوشتن و ۴- عدم دریافت درمان دارویی یا هر نوع درمان روانی - اجتماعی به صورت همزمان. تأیید تشخیص عدم وجود اختلالات توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مسئول مرکز درمانی انجام شد. ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس آلکسی‌تایمیا^۱ (TAS-20): این مقیاس ۲۰ گویه‌ای را بگبی، پارکر و تیلور^۲ (۱۹۹۴) ساخته‌اند و نارسایی هیجانی را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات^۳ (۷ گویه)، دشواری در توصیف احساسات^۴ (۵ گویه) و تفکر عینی^۵ (۸ گویه) ارزیابی می‌کند. روش نمره‌گذاری این آزمون به شیوه لیکرت است. دامنه پاسخ به هر ماده شامل ۵ درجه از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق متغیر است. به پاسخ کاملاً مخالف، نمره یک و به پاسخ کاملاً موافق، نمره پنج تعلق می‌گیرد و گویه‌های ۱۹، ۱۸، ۱۰، ۵، ۴ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نارسایی هیجانی است.

1. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)
2. Bagby, Parker and Taylor
3. Difficulty in identifying feelings
4. Difficulty in describing emotions
5. Objective thinking

در نسخه فارسی این پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرد. پایایی بازآزمایی آن در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد. روایی هم‌زمان آن نیز بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (زکی‌بی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر اعتبار کل مقیاس با استفاده از روش دونیمه‌سازی و بازآزمایی ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به‌دست آمد.

طرح مداخله: رویکرد روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر روی گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه انجام شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی پویایی دوانلو (۱۹۹۵) اجرا شد. شرح هر جلسه در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده

شماره جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱	معارفه و بیان قوانین جلسات و ارزیابی اولیه مشکل بیماران	بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی، که درمانگری آزمایشی نام دارد.	آگاهی از برخی از یافته‌های تجربی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و نحوه استفاده از این یافته‌ها	-
۲	کار با دفاع‌های تاکتیکی	با توجه به نوع دفاع‌های افراد، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به اجرا درآمد.	افزایش ظرفیت ذهن آگاهی و توجه لحظه به لحظه احساسات	روبرویی با دفاع‌ها به جای اجتناب از آن‌ها

تکالیف منزل	تغییر رفتار مورد انتظار	محتوا	هدف	شماره
تمرکز بر افکار، رفتار و حالات رفتاری بدون پیشداوری و قضاوت	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون قضاوت	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.	شناسایی موارد مثبت و منفی شخصیت	۳
شناخت و گس‌س از الگوی تعاملی جاری	تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	بررسی دفاع نشخوار ذهنی ^۱ و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.	آموزش شیوه‌های حل تعارض	۴
بازسازی ساختارهای ناکارآمد	کسب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش مقاومت‌های هیجانی	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.	کار با دفاع‌های عقلی‌سازی	۵
تهیه فهرستی از موانع موجود بر سر ابراز هیجان‌ها	خود انتقادی و افزایش واقع‌گرایی	تاکتیک‌های منحرف‌سازی ^۲ و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.	آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان	۶
ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	پذیرش اینکه هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند.	انکار و تکذیب کردن ^۳ . مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.	مقابله با مقاومت‌های افشای هیجان	۷

1. rumination
2. diversionary
3. retraction

ردیف	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۸	به چالش کشیدن هیجانانگیز	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیر کلامی. تبعیت -انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.	افشای هیجانی و افزایش و مقابله با دیدگاه منفی نسبت به هیجانانگیز	افتراق دادن افکار از احساسات
۹	جمع‌بندی و اجرایی پس‌آزمون	جمع‌بندی نهایی، اجرای مجدد ابزار، تقدیر و تشکر و پایان‌دادن به درمان.	رهایی از افکار و هیجانانگیز منفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طی جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی مشخص گردد. گروه کنترل بعد از گذشت یک ماه از پایان مطالعه، مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده را دریافت کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس یک‌متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۳۵-۲۰ سال با میانگین سنی ۳۰ قرار داشتند و مقاطع تحصیلی بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۳/۳۳٪) سیکل بوده و ۸ نفر (۲۶/۶۷٪) از آزمودنی‌ها دیپلم و ۶ نفر (۲۰٪) نیز فوق دیپلم و لیسانس داشتند. در ادامه آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ و نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره در جدول ۴ ارائه شد.

۱۳۶ اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر...

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نارسایی هیجانی	آزمایش	۴۲/۱۱	۴/۴۳	۳۲/۸۰	۴/۸۴
	کنترل	۴۱/۴۵	۶/۰۱	۴۰/۲۳	۶/۱۸

نتایج تحلیل خروجی جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معناداری به‌دست آمده در آزمون کلموگروف - اسمیرنوف از سطح $(P > 0/05)$ بزرگ‌تر است. بنابراین، فرضیه صفر مبنی بر نرمال نبودن داده‌ها رد می‌شود. بنابراین، توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین با توجه به اینکه سطوح معناداری به‌دست آمده در آزمون لوین بزرگ‌تر از $0/05$ است، پس مفروضه یکسانی واریانس‌ها رعایت شده، بنابراین، می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نارسایی هیجانی در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیر نارسایی هیجانی

متغیر	آزمون کلموگروف - اسمیرنوف		آزمون لوین	
	P	Z	P	F
نارسایی هیجانی	۰/۷۵	۰/۴۱	۱/۵۳	۰/۸۳

در ادامه با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین، فرض صفر مبنی بر نبود تفاوت بین دو گروه رد می‌شود و می‌توان گفت رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق تأثیر معناداری دارد ($F=77/03$ و $P<0/001$). میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره درمانی ($\eta^2=0/58$) است، یعنی ۵۸ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده متأثر از رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (عضویت گروهی) است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره نمرات نارسایی هیجانی در بین هر دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
همپراش	۳۲۵۶/۰۷۴	۱	۳۲۵۶/۰۷۴	۵/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۱۵
گروه	۱۳۲۱۶/۷۱۹	۱	۱۳۲۱۶/۷۱۹	۷۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
خطا	۴۲۳۵/۰۶۷	۲۸	۱۶۲/۵۳۸	-	-	-
کل	۴۶۲۳۹۷	۳۰	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که شرکت در جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده باعث کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق شده است. در بحث همسویی یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان به نتایج مطالعات رنجبر سودجانی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رنجبر سودجانی و شریفی (۱۳۹۶)؛ شکاری و همکاران (۱۳۹۶)؛ محمودی قهساره و همکاران (۱۳۹۳)؛ مبسم و همکاران (۱۳۹۱)؛ تون و همکاران (۲۰۱۷)؛ لیلینجرن و همکاران (۲۰۱۷)؛ جانسون و همکاران (۲۰۱۴)؛ وولف و همکاران (۲۰۱۲)؛ عباس و همکاران (۲۰۱۲)؛ شدلر (۲۰۱۰)؛ دريسن (۲۰۰۹) و عباس (۲۰۰۶) اشاره کرد، از این جهت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند باعث کاهش اجتناب‌شناختی، خلق منفی، اضطراب اجتماعی، سبک‌های دفاعی سازش‌نیافته، هراس اجتماعی و روان‌رنجوری و افزایش ابرازگری هیجانی باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت‌بازاریابی شناختی هیجان‌ات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه زوجین در حال طلاق است (خزان و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین، در روان‌درمانی‌های روان‌پویشی با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت‌زدایی تدریجی به‌طور ملایم و همدلانه درمانگر موجب می‌شود تا مراجع با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند (پنیکر و همکاران، ۲۰۰۷). به این ترتیب در جریان گروهی

۱۳۸ اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر...

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده شد و زنان متقاضی طلاق به این باور رسیدند که با استفاده از هیجان‌ات درست، آگاهی از هیجان‌ات و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ات مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آن‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی بهبود پیدا خواهد کرد. به عبارت دیگر، زنان در حال طلاق از وجود هیجان‌ات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نمی‌توانند به خوبی از هیجان‌ات خود در زندگی زناشویی استفاده کنند. زیرا مشکلات روانی آن‌ها باعث می‌شود که خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کم‌تر خود را درگیر در مسائل زناشویی مقصر بدانند، اما شرکت در جلسات گروهی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده باعث می‌شود که از وجود هیجان‌ات منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌ات در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن هیجانی تلاش کنند از این طریق میزان مشکلات زناشویی کاهش می‌یابد.

شناخت صحیح هیجان‌ها از اجزاء تفکیک‌ناپذیر روابط بین‌فردی و مخصوصاً روابط زناشویی است. نارسایی در شناخت صحیح هیجان‌ها فرد را با مشکلات متعدد در روابط بین‌فردی مواجه می‌سازد. برای مثال، مردم آمیزی و برقراری روابط صمیمی با دیگران مستلزم توانایی شناخت هیجان‌ها و عواطف خود و دیگران است. نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها باعث به وجود آمدن مشکلات بین شخصی در این زمینه‌ها می‌شود. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که نارسایی هیجانی از طریق نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف، مشکلات بین فردی و زناشویی را افزایش می‌دهد (خزان و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده از راه تجربه هیجانی اصلاح‌کننده درمانگر موجب می‌شود تا مراجع در محیطی شایسته فرصت یابد تا با آنچه روبه‌رو شود که در طی زندگی از آن اجتناب کرده است و شیوه‌های غیر انطباقی را رها کند که برای ارتباط با خود و دیگران استفاده می‌کرده است (شدلر، ۲۰۱۰). از طرف دیگر

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با کمک به مهار افکار و رفتارهای نامناسب به مهار خود کمک می‌کند تا فرد اعمال خود خواسته‌ای را انجام دهد. در واقع از آنجایی که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، چالش در مقابل دفاع‌های ناکارآمدی را برمی‌انگیزد که مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارند، می‌تواند منجر به این شود که فرد به گونه‌ای خود خواسته و آگاهانه افکار، رفتار و هیجانات خود را مهار کند و فرد هیجاناتش را به صورت خودخواسته تجربه و مدیریت کند.

در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، بر اساس نظریهٔ دوانلو دفاع‌های زنان متقاضی طلاق، روشن‌سازی و مورد چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آن‌ها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحتهای گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیهٔ هیجانی، احساسات و هیجانات آن‌ها ملایم‌تر می‌شد و افراد با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز استرس، عدم‌پذیرش، ترس، اضطراب، افسردگی و ناامیدی جلوگیری کنند که مانع از بروز ابرازگری هیجانی در آن‌ها می‌شود. بنابراین، اجرای چنین جلساتی در مراکز مشاوره‌ای پیشگیری از طلاق و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نداشتن دورهٔ پیگیری، نمونه خاص این پژوهش (زنان متقاضی طلاق) و اجرای پژوهش بر فرهنگ و شهر خاص اشاره کرد. بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش بر سایر گروه‌ها و فرهنگ‌های دیگر باید احتیاط کرد. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به مشاوران، روان‌شناسان، درمانگران و مراکزی که در حوزهٔ مشاوره فعالیت دارند، پیشنهاد کرد در زمینهٔ سالم‌سازی هیجانی و انعطاف‌پذیری روانی، می‌توان به زنان متقاضی طلاق در پذیرش مسأله و انتخاب گزینه متناسب در جهت حل مسأله به جای فرار و طلاق از نتایج روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از کلیهٔ زنانی که به عنوان شرکت‌کننده در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آوریم.

۱۴۰ اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر ...

منابع

- خزان، کاظم، عباسی اصل، مجتبی، یونسی، سید جلال و کاظمی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق، فصلنامه *ماددکاری اجتماعی*، ۵(۳): ۵۰-۱۳.
- خواجه، فرزانه و خضری مقدم، نوشیروان (۱۳۹۵). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی با رضایت زناشویی در پرستاران زن متأهل، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴(۷): ۶۳۸-۶۳۰.
- رنجبر سودجانی، یوسف و شریفی، کبیر (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر اضطراب اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی با اختلال ادراک بصری غیر وابسته به حرکت، *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱(۱۴۴): ۱۵-۲۲.
- رنجبر سودجانی، یوسف، شریفی، کبیر، سیاح، سرور السادات و ملک محمدی گله، زهره (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (SDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب‌شناختی زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵(۶۲): ۱۶۹-۱۴۰.
- زکی‌بی، علی (۱۳۹۱). رابطه آلکسی تایمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه*.
- عباس، مسلم، درگاهی، شهریار و قاسمی جوینه، رضا (۱۳۹۷). نقش نارسایی شناختی و نارسایی هیجانی در تعارضات زناشویی زنان در معرض طلاق، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۲۰(۱): ۶-۱.
- مبسم، سولماز، دلاور، علی، کرمی، ابوالفضل، ثنایی، باقر و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳): ۹۷-۹۰.
- محمودی قهساره، مصطفی، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، دهقانی، محمود و حسن‌آبادی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰(۲): ۱۲۰-۱۱۱.

Abbas, A. (2006). Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression; a pilot study. *The Journal of Depression and Anxiety*, 23(7): 449 - 452.

Abbasi, M., Dargahi, S. and Ghasemi Jobaneh, R. (2018). The role of cognitive

- failure and alexithymia in marital conflicts of women who apply for divorce. *The Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 20(1): 1-6 (Text in Persian).
- Abbass, A., Michel, R. J. and Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 8(2): 164-170.
- Abbass, Town and Driessen (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry Journal*. 20(2): 97-108. doi: 10.3109/10673229.2012.677347.
- Bagby, R.M., Parker, J. D.A. and Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Cook, R., Brewer, R., Shah, P. and Bird, G. (2013). Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. *Journal of Psychological Science*, 24(5): 723-732.
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the unconscious*. Translated by khalighisigaroodi, M. (2012). *Arjmand publication*. Tehran. (Text in Persian).
- Driessen, E. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology Review*, 30(1): 25-36.
- Duddu, V., Isaac, M. K. and Chaturvedi, S. k. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 17(54): 435-438.
- Gleichgerricht, E., Tomashitis, B. and Sinay V. (2015). The relationship between alexithymia, empathy and moral judgment in patients with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 22(9): 1295-1303.
- Johansson, R., Town, J. M. and Abbas, A. (2014). Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *Peer Journal*, 2(1): 1-20. <https://doi.org/10.7717/peerj.548>
- khaje, F. and Khezri-Moghadam, N. (2016). The relationships between alexithymia interpersonal problems with marital satisfaction in married of the public hospitals in kerman city. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty*, 14(7): 630-638 (Text in Persian).
- Khazan, K., Abbasi Asl, M., Younesi, S. and Kazemi, J. (2016). The effectiveness of education acceptance-commitment theory to reducing alexithymia of divorcing women. *Quarterly Journal of Social Work*, 5(3): 5-13 (Text in Persian).
- Leiper, R. and Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely S. and Abbass, A. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy for generalized anxiety disorder: a pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical Psychology & Psychotherapy Journal*, 24(6): 1313-1321.

۱۴۲ اثر بخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر...

- Mahmoudi Ghehsareh, M., Aghamohamadian Sherbaf, H., Dehghani, M. and Hasanabadi, H. (2014). The effectiveness of anxiety-regulating Short-Term dynamic psychotherapy on the treatment of male patients with social phobia. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 20(2): 111-120 (Text in Persian).
- Mobassem, S., Delavar, A., Karami, A., Sanai, B. and Shafi'abadi, A. (2012). Evaluating the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in decreasing marital conflict in women. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 9(3): 90-97 (Text in Persian).
- Ranjbar Sudejani, Y. and Sharifi, K. (2017). Effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy on social anxiety of children with mental disability and visual perception disorder. *Exceptional Education Journal*, 1(144): 15-22 (Text in Persian).
- Ranjbar Sudejani, Y., sharifi, K., Sayyah, S. S. And Malek Mohamadi Galeh, Z. (2017). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on correcting irrational beliefs and reducing cognitive avoidance of people with obsessive compulsive disorder. *Journal of Counseling Research*, 15 (62): 140-169 (Text in Persian).
- Rossi, F. S., Holtzworth-Munroe, A. & Rudd, B. N. (2016). *Intimate partner violence and child custody. Parenting plan evaluations: applied research for the family court*. Publisher: Oxford University Press, New York.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. and Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: the halifax depression study. *Journal of Affective Disord*, 35(2): 15-25.
- White, K. S., Craft, J. M. and Gervino, E. V. (2010). Anxiety and hyper vigilance to Cardiopulmonary sensations in non-cardiac chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 48(5): 394-401.
- Wolf, D. and Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8, 2012. From www.davidwolffmd.com
- Zakiee, A. (2011). *Alexithymia's relationship, irrational beliefs, positive and negative affection with mental disorder*. Master's dissertation, Department of Psychology, Razi University Kermanshah (Text in Persian)

نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب‌آوری با تعارضات زناشویی

علیرضا کاکاوند^۱، فرهاد شیرمحمدی^{۲*}، عسل جعفری

جوزانی^۳ و سمیرا حاجی امیدی^۴

چکیده

شیوع ویروس کرونا و به دنبال آن، قرار گرفتن افراد در شرایط قرنطینه، تأثیرات اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی زیادی در پی داشت. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب‌آوری با تعارضات زناشویی در دوران قرنطینه انجام شد. طرح پژوهش حاضر، همبستگی از نوع الگویابی تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش، همه زوجین دانشجوی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین در سال ۱۳۹۹ بود. در این پژوهش ۱۰۰ زوج به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی (ثنایی‌ذاکر)، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو، مقیاس اضطراب بیماری کرونا (علی‌پور و همکاران) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویسون جمع‌آوری و با استفاده از مدل معادلات ساختاری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا بین تعارضات زناشویی زوجین و تاب‌آوری نقش میانجی دارد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت با ارتقاء تاب‌آوری، توانایی مقابله در برابر عوامل اضطراب‌زا و تنظیم هیجان افزایش می‌یابد و به دنبال آن مشکلاتی همچون تعارضات زناشویی کاهش می‌یابد. از این یافته می‌توان استفاده از آموزش برنامه‌های ارتقای تاب‌آوری در مقابله با اضطراب و مشکلات وابسته را پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، تاب‌آوری، تعارضات زناشویی، کرونا، ناگویی هیجانی

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.
Shirmohamady1990@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
asal.jafari89@ut.ac.ir

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.
samiomidi@yahoo.com

DOI: 10.22051/PSY.2021.33769.2349

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5456.html

مقدمه

در آخرین روزهای منتهی به سال ۲۰۱۹ در ووهان^۱، مرکز استان هوئی^۲ چین، وقوع همه‌گیری یک ویروس جدید از خانواده کرونا^۳ اعلام شد که کووید-۱۹^۴ نام گرفت. بیماری به سرعت در چین و سایر نقاط دنیا گسترش یافت و به یک بحران سلامت جهانی تبدیل شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). شیوع بحرانی ویروس کرونا و قرار گرفتن افراد در شرایط قرنطینه، علاوه بر تأثیرات اجتماعی و اقتصادی، اثرات روان‌شناختی زیادی در پی داشت. آمارها نشان می‌دهند فشار و تنش که افراد در این شرایط متحمل می‌شوند، بسیار جدی هستند. تا جایی که افراد ممکن است علائمی از سایکوز، اضطراب، حملات وحشت‌زدگی، تروما و افکار خودکشی را طی شیوع بیماری‌های مسری و کشنده تجربه کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). افراد در هر سنی در معرض اثرات روان‌شناختی قرنطینه اجتماعی قرار دارند از جمله افسردگی، اضطراب و بیماری‌های قلبی (چترجیا و چاهون^۵، ۲۰۲۰). بررسی هو، سو، کایو، ژو و ژاو^۶ (۲۰۲۰)، بالا رفتن سطح اضطراب را در افرادی نشان داد که در قرنطینه قرار گرفته بودند.

ناشناخته و جدید بودن ویروس کرونا، پخش فوری آمارهای مرگ‌ومیر و مبتلایان، نگرانی درباره آینده (بانرجی^۷، ۲۰۲۰)، تبعات و آسیب‌های اقتصادی، نگرانی درباره کافی بودن امکانات درمانی در کنترل بیماری (مغانی باشی، ۲۰۲۰)، ماندن در قرنطینه (لیما، کاروالهو، لیما، نانز^۸ و همکاران، ۲۰۲۰)، همگی می‌توانند به بالا رفتن اضطراب منجر شوند. بررسی مغانی باشی (۲۰۲۰)، در ارتباط با سنجش اضطراب در ایران هم‌زمان با شیوع کرونا نشان داد تقریباً یک‌پنجم افراد، اضطراب شدید تا خیلی شدید را تجربه می‌کنند. همچنین این بررسی میزان بالاتری از اضطراب را در افراد ۴۰-۲۱ سال نشان داد که در سنین فعال جامعه قرار دارند و بر

-
1. Wuhan
 2. Hubei
 3. Corona
 4. COVID-19
 5. Chatterjee and Chauhan
 6. Hu, Su, Qiao, Zhu and Zhou
 7. Banerjee
 8. Lima, Carvalho, Lima, Nunes

این اساس بیشترین نگرانی را درباره پیامدهای اقتصادی و آینده تجربه می‌کنند. باوجود این حجم از مشکلات هیجانی و روانی، در پی شیوع یک بیماری عفونی همه‌گیر، به علت اینکه تمرکز کلی رسانه و سیستم سلامت بر کنترل بیماری است، از مشکلات و تبعات روان‌شناختی بیماری غفلت می‌شود (طوسی، مقدم، مئادوس^۱، شاه و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین به دلیل شرایط قرنطینه و تعطیلی حمل‌ونقل عمومی، دسترسی به خدمات درمانی روان‌شناختی محدود شده است (لیما و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، بحران روانی و اضطراب ایجاد شده می‌تواند در ابعاد مختلفی خود را نشان دهد و سلامت روان جامعه را تهدید کند. یکی از پیامدهای اضطراب، آمادگی ابراز رفتار مشکل‌ساز در موقعیت‌های مختلف است. این مطلب زمانی روشن می‌شود که افزایش سریع در برخورد تنش‌زا در فروشگاه‌ها، مراکز درمانی، تعاملات خانوادگی، روابط والد-فرزندی و زوجی را در نظر بگیریم. متأسفانه رابطه زوجی به عنوان مرکزی‌ترین رابطه‌ای که فرد در آن قرار دارد، به سرعت می‌تواند تحت تأثیر اضطراب و پیامدهای آن قرار بگیرد. قابل پیش‌بینی است که زوج‌های مضطرب به سرعت آشفته می‌شوند و احساس فقدان کنترل بر موقعیت و عدم قدرت تصمیم‌گیری، می‌تواند رابطه را به سمت بروز تعارضات متعدد پیش ببرد.

بنابراین، یکی از آثار منفی قرنطینه و یکی از پیامدهای اضطراب، بالا رفتن تعارضات زناشویی در بین زوجین است. زوجین در قرنطینه زمان بیشتری در کنار یکدیگر سپری می‌کنند و تنش‌ها و اضطراب‌های سلامتی، شغلی و اقتصادی، احساس استیصال، ناامیدی، ترس و خشم نیز بسترساز رخداد تعارضات و تعاملات پرتنش می‌شود. همچنین افزایش زمان استفاده از شبکه‌های اجتماعی در دوران قرنطینه با تأثیرات منفی روابط زوجین و احساس آن‌ها نسبت به یکدیگر و از سویی دیگر، با تقویت خودشیفتگی، باعث مشکلات ارتباطی مختلف و کاهش احساس‌های مثبت زوجین نسبت به یکدیگر و بروز تعارضات زناشویی می‌شود (رضاپور، ذاکری و ابراهیمی، ۱۳۹۶)؛ بنابراین، هنگامی که سبک زندگی فرد دستخوش تغییر می‌شود، سلامت روان وی نیز به مخاطره می‌افتد و به تعارضات زوجی دامن می‌زند. زمینه‌های اجتماعی و فشارهای موقعیتی در کنار تفاوت‌های ادراکی و مشکلات رفتاری از منابع تعارض هستند (غضنفری، علیپور و امیرپور، ۲۰۱۹) که با تغییر این زمینه‌ها و افزایش این فشارها در

۱۴۶ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

پی شیوع ویروس کرونا و قرار گرفتن افراد در شرایط قرنطینه می‌توان افزایش تعارضات زوجی را پیش‌بینی کرد.

تعارضات زناشویی خود به آثار جسمی، روانی و رابطه‌ای منجر می‌شود. اختلافات زوجی بر سلامتی بلندمدت و طول عمر اثرگذار است (ویلسون، آندریج، پنگ، بیلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). تعارضات زناشویی به عنوان یک منبع استرس در عملکرد سیستم ایمنی بدن اختلال ایجاد می‌کند. همچنین با علائم بدکارکردی قلبی مانند افزایش فشار خون و افزایش ضربان قلب ارتباط دارد (کیمز، می، سبیرت، ژورق‌ای و فینچام^۲، ۲۰۱۷). علاوه بر اثرات جسمی تعارضات زوجی به عنوان منبع استرس، اثرات روان‌شناختی آن نیز بر اعضای خانواده حائز اهمیت است. از جمله اختلالات هیجانی در زوجین در پی تعارضات زناشویی، دودلی، افسردگی و احساس گناه زوجی می‌شود (عفیفی، گرانگر، ارسینگ، سالیکیان^۳ و همکاران، ۲۰۱۹).

باید توجه داشت سبک‌های متفاوتی در حل تعارض وجود دارد. تاب‌آوری^۴ یکی از ویژگی‌هایی است که با سبک‌های سازگارانه حل تعارض ارتباط دارد. افرادی که معمولاً در تعارضات کنترل را از دست نمی‌دهند و به تعارض به دید چالشی قابل حل نگاه می‌کنند، در مسائل و بحران‌های دیگر زندگی نیز تاب‌آوری بالایی نشان می‌دهند. به بیانی دیگر، با وجود اینکه تعارض بخشی از رابطه زوجی است، اما افراد تاب‌آور بهتر از دیگران قادر به حل و فصل چالش‌های رابطه هستند، از تنظیم هیجان‌ات به صورت مثبت و مؤثر استفاده می‌کنند، در مورد آینده رابطه خوش‌بین هستند، به توانایی خود در یافتن راه‌حل مناسب برای تعارضات اطمینان دارند و مهارت فردی در بهره‌گیری از حمایت‌های اجتماعی را دارند. همچنین افراد تاب‌آور در روابط با همسرانشان با خصوصیتی از جمله سازگاری مثبت، خودکارآمدی بیشتر و انتظارات مثبت از رابطه مشخص می‌شوند (برادلی^۵ و حجت، ۲۰۱۷). برادلی و حجت (۲۰۱۷) در بررسی خود در ارتباط با تاب‌آوری و رضایت زناشویی، اثر مستقیم تاب‌آوری بر

-
1. Wilson, Andridge, Peng and Bailey
 2. Kimmes, May, Seibert, Jaurequi and Fincham
 3. Afifi, Granger, Ersig, Tsalikian and Shahnazi
 4. resilience
 5. Bradley

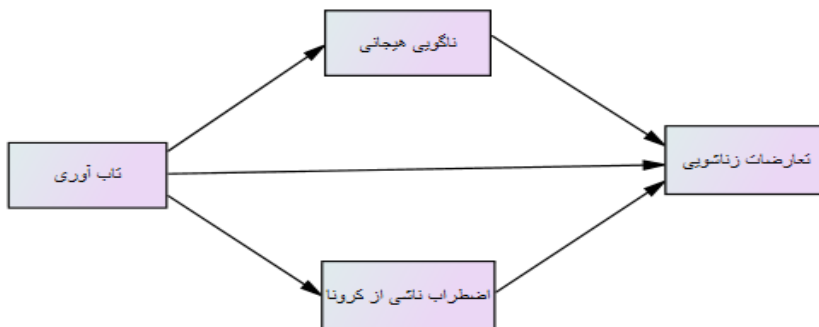
رضایت زوجی را نشان دادند. تامپسون و کورسگارد^۱ (۲۰۱۹) ادراک افراد را مبنی بر اینکه رابطه آن‌ها در پی بحران قوی‌تر خواهد شد، به‌عنوان هسته‌ی تاب‌آوری رابطه‌ای شناسایی کردند. علاوه بر ارتباط مستقیم تاب‌آوری و روابط زوجی، شرایط و موقعیتی که زوج در آن قرار می‌گیرند و نحوه‌ی پاسخ آن‌ها به آن شرایط، می‌تواند تاب‌آوری زوج را به چالش بکشد و بر عملکرد سالم رابطه اثر بگذارد (مؤمنی، جلیلی، محسنی، کرمی و همکاران، ۱۳۹۴). ناگویی هیجانی^۲ یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند رضایت زوجی و تعارض در روابط بین‌فردی را تحت تأثیر قرار دهد. تعارض در روابط بین فردی افراد دارای ناگویی هیجانی بیش از سایر افراد است و رضایت از روابط زوجی در این افراد کم‌تر است (پروس، بوچر و فرنیت^۳، ۲۰۱۲). یک توضیح برای آن این است که این افراد کم‌تر قادر به کنترل برانگیختگی فیزیولوژیکی حاصل از هیجانات هستند، بنابراین، کم‌تر در حل تعارضات مشارکت می‌کنند. همچنین، از آنجا که در تفسیر بازخورد شناختی هیجانات ضعف دارند، ابراز واکنش مناسب برای این افراد دشوار است. از سوی ناگویی هیجانی با پرخاشگری تکانه‌ای و واکنشی رابطه‌ی مثبتی دارد (ادواردز و وپرمن^۴، ۲۰۱۷)، بنابراین، می‌توان آن را به‌عنوان پیش‌بین شخصیتی مهمی در حوزه‌ی هیجان برای پرخاشگری دانست.

با توجه به اینکه این روزها جهان درگیر بیماری کرونا است و به دنبال شیوع این بیماری مشکلات جسمی، روان‌شناختی، اقتصادی و بسیاری از مشکلات دیگر در حال افزایش است، لزوم کار پژوهشی روی انواع پیامدهای ناشی از کرونا دیده می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارضات زوجین یکی از هسته‌ای‌ترین مشکلات است که مشکلات دیگر را به دنبال خود دارد. در این بین مسائل روان‌شناختی مختلف و همچنین اتفاقات نابهنگام مثل شیوع کرونا می‌تواند بر تعارضات زوجین و به دنبال آن، بروز مشکلات دیگر را همراه خود داشته باشد. بنابراین، این پژوهش بر آن است که نقش میانجی اضطراب ناشی از کرونا و ناگویی هیجانی را در ارتباط بین تاب‌آوری و تعارضات زناشویی بررسی کند تا با استفاده از نتایج آن و طراحی برنامه‌های مداخلات مرتبط با آن، از گسترده‌تر شدن مشکلات پیشگیری به عمل آورد. با

-
1. Thompson and Korsgaard
 2. alexithymia
 3. Pérusse, Boucher and Fernet
 4. Edwards and Wupperman

۱۴۸ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

استفاده از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در جهت طراحی مداخلات درمانی و تأکید روی متغیرهای مهمی گام برداشت که به بهبود سلامت روان و بهزیستی کمک می‌کنند. با استناد به مبانی مطرح شده دربارهٔ اضطراب ناشی از ویروس کرونا، ناگویی هیجانی، تاب‌آوری و تعارضات زناشویی و همچنین یافته‌های پژوهشی موجود، ضرورت بررسی این مسأله بیشتر برجسته می‌شود که آیا اضطراب ناشی از کرونا و ناگویی هیجانی بین تاب‌آوری و تعارضات زناشویی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟ پاسخ به این سؤال مستلزم بررسی مجموعه این متغیرها در قالب یک مدل مفهومی است (شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد). بر این اساس فرضیهٔ اصلی پژوهش بررسی شد: اضطراب ناشی از کرونا و ناگویی هیجانی در ارتباط بین تاب‌آوری و تعارضات زناشویی زوجین نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

طرح پژوهش طرح همبستگی از طریق الگویابی تحلیل مسیر است که یک روش همبستگی چندمتغیری است. جامعهٔ پژوهش کلیهٔ زوجین دانشجوی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که روش نمونه‌گیری داوطلبانه ۱۰۰ زوج به عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. با توجه به تعطیلی دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی به علت شیوع ویروس کرونا و عدم دسترسی حضوری به نمونهٔ پژوهش، از گروه نمونه در گروه‌های موجود در فضای مجازی دعوت به همکاری شد. دربارهٔ حجم نمونه

در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری نظرات گوناگون وجود دارد، ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری، شبیه تحلیل عامل از فنون آماری است که با نمونه بزرگ قابل اجرا است. بومسما (۱۹۸۳) به نقل از تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۱) حداقل حجم ۲۰۰ نفر را برای برآزش مدل را کافی دانسته است؛ بنابراین، ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زوج) از این جامعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان و رضایت شرکت‌کنندگان برای ورود به پژوهش بود. همچنین در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات گروه نمونه و تحلیل آماری داده‌های پرسشنامه‌ها به صورت گروهی، اطلاعات لازم به گروه نمونه داده شد. به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد. در این پژوهش از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

مقیاس تعارضات زناشویی^۱ (MCQ): مقیاس تعارضات زناشویی (ثنایی ذاکر، ۱۳۷۹) یک مقیاس ۵۴ گویه‌ای است که برای سنجیدن تعارضات زناشویی ساخته شده است. گویه‌های ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷ و ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. برای هر گویه پنج گزینه در نظر گرفته شده است که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به صورت لیکرت هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اکثراً=۴ و همیشه=۵ به آن‌ها اختصاص می‌یابد. حداکثر نمره کل مقیاس ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. در این ابزار نمره بالا به معنی تعارض بیشتر و نمره کم‌تر به معنی رابطه بهتر و تعارض کم‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش گودرزی، شیری و محمودی (۱۳۹۷) برابر با ۰/۷۱ گزارش شده است و همبستگی این مقیاس با مقیاس شاخص رضایت زناشویی ۰/۷۱ گزارش شده است. ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۲ (TAS-20): این مقیاس را تیلور در سال ۱۹۸۶ ساخته‌اند و شامل ۲۰ گویه است که سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (گویه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (گویه‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر با جهت‌گیری خارجی (میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و

1. Marital Conflict Questionnaire
2. Toronto Alexithymia Scale

۱۵۰ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

دیگران) (گویه‌های ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها بر حسب معیار ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ در این مقیاس به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات پارکر، تیلور و بگبی (۲۰۰۱) و (۲۰۰۳) بررسی و تأیید شده است (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲). در پژوهش بشارت، گرانمایه‌پور، پورنقدعلی، افقی و حبیب‌نژاد (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی برای نمره کل ۰/۸۵ و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی مطلوب درونی مقیاس است و نتایج ضرایب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی هم‌زمان نمره کل مقیاس ناگویی هیجانی با هوش هیجانی ($r = -0.68$) و با بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0.70$) گزارش شده است. ثبات درونی کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا^۱ (CDAS): این مقیاس را علی‌پور، قدمی، علی‌پور و عبداله‌زاده (۱۳۹۸) برای سنجش اضطراب ناشی از کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی کرده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه است. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این مقیاس کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نیز توسط علی‌پور و همکاران (۱۳۹۸) ارزیابی و مطلوب گزارش شده است. ثبات درونی کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲ (CD-RISC): برای سنجش تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که در یک

1. Corona Disease Anxiety Scale
2. Connor- Davidson Resilience Scale

مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود و پنج زیرمقیاس از طیف علائم روان‌پزشکی را می‌سنجد: تصور از شایستگی فردی^۱، اعتماد به غرایز فردی^۲ و تحمل عاطفه منفی^۳، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن^۴، کنترل و تأثیرات معنوی^۵. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و نیز روایی هم‌زمان آن را ۰/۸۸ گزارش کردند (به نقل از رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۸). این مقیاس در نمونه ایرانی هنجاریابی شده و روایی و پایایی مطلوبی داشته است و پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است (بیطرفان، کاظمی و یوسفی افراشته، ۱۳۹۶). ثبات درونی کل این آزمون بر اساس نمونه پژوهشی حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد. روایی مقیاس به‌روش همبستگی هر گویه با نمره کل بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به‌دست آمد.

یافته‌ها

۵۰ درصد (۱۰۰ نفر) از نمونه آماری را دانشجویان مرد و ۵۰ درصد (۱۰۰ نفر) را نیز دانشجویان زن به خود اختصاص داده بودند. همچنین از نظر سن، ۲۴/۶ درصد از حجم نمونه ۱۸ تا ۲۵ ساله، ۶۹/۸ درصد از حجم نمونه ۲۶ تا ۳۵ ساله و ۵/۶ درصد نیز ۳۵ تا ۴۰ ساله بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. برای بررسی نرمال بودن تک‌متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) نباشند، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. بر اساس داده‌های جدول ۱ مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ‌یک از نشانگرها خارج از بازه (۲، -۲) نیست و بنابراین، می‌توان آن‌ها را نرمال یا تقریباً نرمال در نظر گرفت. جهت بررسی عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل از شاخص تحمل واریانس و عامل تراکم واریانس استفاده شد که نتایج حاکی از عدم وجود هم خطی بین متغیرهای مستقل بود.

1. Perception of individual competence
2. Trust in individual instincts
3. Tolerate negative emotions
4. Accepting positive and safe emotions
5. Spiritual effects

۱۵۲ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

شاخص آماری مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تاب‌آوری	۲۰۰	۸۵/۷۲	۹/۲۵	-۰/۱۶۱	۱/۱۸۰
ناگویی هیجانی	۲۰۰	۴۳/۳۷	۷/۱۵	۰/۳۴۹	۰/۱۴۹
اضطراب ناشی از کرونا	۲۰۰	۱۸/۱۵	۵/۹۸	۰/۸۵۱	-۰/۳۷۵
تعارضات زناشویی	۲۰۰	۱۱۹/۷۳	۱۴/۰۱	-۰/۰۸۴	-۰/۴۰۲

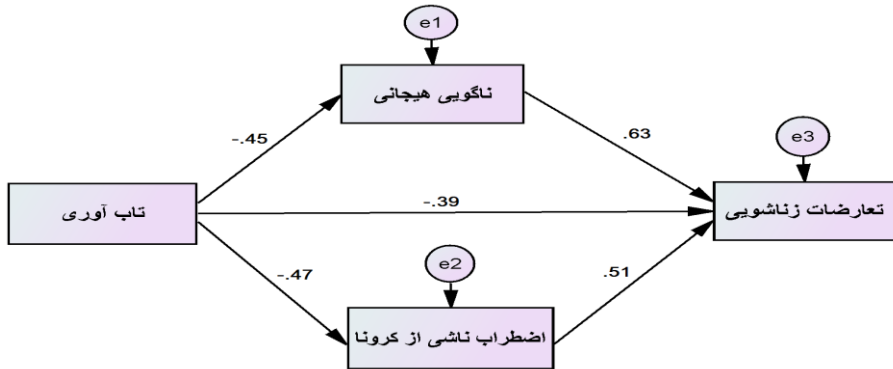
یکی از مفروضه‌های الگویابی تحلیل مسیر نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم‌افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری مardia استفاده می‌شود. به‌طور کلی مقادیر بزرگ‌تر از ۵ برای ضریب مardia نشان‌دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است. مقدار ضریب مardia برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۲۴ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چندمتغیره برقرار است.

در جدول ۲، مهم‌ترین شاخص‌های آزمون برازش الگوی مفهومی پژوهش گزارش شده است. با توجه به اینکه هر یک از شاخص‌های به‌دست‌آمده برازش الگو به تنهایی دلیل برازندگی مدل یا عدم برازندگی آن نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی برخوردار شده‌اند و بنابراین، پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	مقدار	شاخص‌های برازش
$\frac{\chi^2}{f}$	۲/۴۳	حد مجاز
RMSEA	۰/۰۷	کمتر از ۳
CFI	۰/۸۹	کمتر از ۰/۱
NFI	۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹
CFI	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹
GFI	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
AGFI	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹

در ادامه مدل نهایی (اصلاح شده) در حالت ضرایب استاندارد نشده و ضرایب مسیر (β) گزارش شده است.



شکل ۱: ضرایب استاندارد شده مسیره‌های مدل نهایی تبیین تعارضات زناشویی

بر طبق آزمون ضرایب شکل ۱ و نتایج جدول ۳، ضرایب استاندارد شده مسیر در سطح ۰/۰۵ بر اطمینان معنادار بوده است. ارتباط تاب‌آوری با تعارضات زناشویی به صورت مستقیم برابر با $(t = -4/18 \text{ و } \beta = -0/39)$ ، ارتباط ناگویی هیجانی با تعارضات زناشویی برابر با $(t = 5/12)$ و $(\beta = 0/63)$ ، ارتباط اضطراب ناشی از کرونا با تعارضات زناشویی برابر با $(t = 4/86 \text{ و } \beta = 0/51)$ ، ارتباط تاب‌آوری با ناگویی هیجانی برابر با $(t = -4/37 \text{ و } \beta = -0/45)$ و ارتباط تاب‌آوری با اضطراب ناشی از کرونا برابر با $(t = -4/39 \text{ و } \beta = -0/47)$ است.

جدول ۳: ضرایب و معناداری اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در الگو

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	ضرایب استاندارد نشده	β استاندارد شده	t	sig
تعارضات زناشویی	تاب‌آوری	مستقیم	-۰/۸۲	-۰/۳۹	-۴/۱۸	۰/۰۰۱
تعارضات زناشویی	ناگویی هیجانی	مستقیم	۱/۵۰	۰/۶۳	۵/۱۲	۰/۰۰۱
تعارضات زناشویی	اضطراب ناشی از کرونا	مستقیم	۱/۱۴	۰/۵۱	۴/۸۶	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	تاب‌آوری	مستقیم	-۰/۶۳	-۰/۴۵	-۴/۳۷	۰/۰۰۱
اضطراب ناشی از کرونا	تاب‌آوری	مستقیم	-۰/۷۶	-۰/۴۷	-۴/۳۹	۰/۰۰۱

۱۵۴ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

به منظور بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا بین متغیرهای پژوهش از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. یک روش مورد استفاده برای سنجش معناداری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲) است که مستقیماً معناداری ab را نسبت به توزیع بهنجار Z با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب که پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیراستانداردی که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به دست آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت به دست آمده بزرگ‌تر از $1/96$ باشد، نتیجه گرفته می‌شود که اثر متغیر میانجی معنادار است. برای اعمال روش سوبل برای تعیین معناداری این رابطه معادله زیر باید محاسبه شود:

$$z\text{-value} = a*b/\text{SQRT}(b^2*s_a^2 + a^2*s_b^2 + s_a^2*s_b^2)$$

در این معادله a ضریب مسیر a و b ضریب مسیر b ، s_a^2 و s_b^2 به ترتیب خطاهای استاندارد مسیرهای a و b هستند؛ بنابراین، برای استفاده از این فرمول ضرایب غیراستاندارد و خطای استاندارد دو مسیر مورد نیاز است. سوبل معتقد است که این نسبت به گونه‌ای مجانب دارای توزیع بهنجار است و زمانی که این نسبت بزرگ‌تر از $\pm 1/96$ باشد برای نمونه‌های بزرگ به رد فرض صفر در سطح $0/05$ منجر می‌شود. آنچه از نتایج جدول زیر برمی‌آید این است که تاب‌آوری اثر غیرمستقیم معنادار به واسطه ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا بر تعارضات زناشویی زوجین دارد. بنابراین، فرضیه مطرح شده پژوهش با 95 درصد اطمینان تأیید می‌شود ($p < 0/05$).

جدول ۴: ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم تاب‌آوری بر تعارضات زناشویی

متغیر ملاک	متغیر	نوع اثر	ضریب	β	آماره	sig
	پیش‌بین		استاندارد نشده	استاندارد شده	سوبل	
تعارضات زناشویی	تاب‌آوری	به واسطه ناگویی هیجانی	-۰/۸۴	-۰/۳۲	۲/۹۴	۰/۰۰۱
تعارضات زناشویی	تاب‌آوری	به واسطه اضطراب ناشی از کرونا	-۰/۸۷	-۰/۲۴	۲/۵۳	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که در مدل تدوین‌شده، ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا بین تعارضات زناشویی زوجین و تاب‌آوری، نقش میانجی دارد. این یافته، همسو با یافته‌های پژوهش‌های هو و همکاران (۲۰۲۰)، لیما و همکاران (۲۰۲۰)، برادلی و حجت (۲۰۱۷)، تامپسون و کورسگارد (۲۰۱۹) و عفیفی و همکاران (۲۰۱۹) است. در تبیین و تحلیل نتایج چند نکته تأمل‌برانگیز است.

مطالعات متعددی ارتباط بین تاب‌آوری و اضطراب را در بین افرادی گزارش کرده‌اند که شرایط استرس‌زا را تجربه می‌کنند. با ارتقاء تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن اضطراب می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۴). از طرفی هم می‌دانیم رابطه زوجی به‌سرعت می‌تواند تحت تأثیر اضطراب و پیامدهای آن قرار بگیرد. قابل‌پیش‌بینی است که زوج‌های مضطرب به‌سرعت آشفته می‌شوند و احساس فقدان کنترل بر موقعیت و عدم قدرت تصمیم‌گیری، می‌تواند رابطه را به سمت بروز تعارضات متعدد پیش ببرد؛ بنابراین، کاهش تاب‌آوری و به دنبال آن، افزایش اضطراب می‌تواند تعارضات زناشویی را پیش‌بینی کند.

افرادی که معمولاً در تعارضات کنترل را از دست نمی‌دهند و به تعارض به دید چالشی قابل‌حل نگاه می‌کنند، در مسائل و بحران‌های دیگر زندگی نیز تاب‌آوری بالایی نشان می‌دهند. به بیانی دیگر، با وجود اینکه تعارض بخشی از رابطه زوجی است، اما افراد تاب‌آور بهتر از دیگران قادر به حل و فصل چالش‌های رابطه هستند، از تنظیم هیجانات به‌صورت مثبت و مؤثر استفاده می‌کنند، در مورد آینده رابطه خوش‌بین هستند، به توانایی خود در یافتن راه‌حل مناسب برای تعارضات اطمینان دارند و مهارت فردی در بهره‌گیری از حمایت‌های اجتماعی را دارند. همچنین زوج‌های تاب‌آور با خصوصیتی از جمله سازگاری مثبت، خودکارآمدی بیشتر و انتظارات مثبت از رابطه مشخص می‌شوند (برادلی و حجت، ۲۰۱۷).

همچنین سطح بالای تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده تنظیم هیجانات است؛ بنابراین، تاب‌آوری کم موجب پیامدهای هیجانی و بروز اضطراب و استرس می‌شود. پیامدهای هیجانی و استرس و تعارض در نهایت به افت کیفیت رابطه زوجی منجر می‌شود (عفیفی و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر افرادی که سطح تاب‌آوری پایینی دارند، بیشتر مبتلا به اضطراب و افسردگی

۱۵۶ نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ..

می‌شوند و از پیامدهای اختلالات عاطفی، تعارضات زناشویی و کاهش کیفیت روابط زوجی است.

توضیح دیگری که می‌توان بیان کرد این است که افرادی که دارای مشکلات تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی هستند، کم‌تر به کنترل برانگیختگی فیزیولوژیکی حاصل از هیجانات قادر هستند، بنابراین، کم‌تر در حل تعارضات مشارکت می‌کنند. همچنین، از آنجاکه در تفسیر بازخورد شناختی هیجانات ضعف دارند، ابراز واکنش مناسب برای این افراد دشوار است. از سویی ناگویی هیجانی با پرخاشگری تکانه‌ای و واکنشی، رابطه مثبتی دارد (ادواردز و ووپرمن، ۲۰۱۷). بنابراین، می‌توان آن را به عنوان پیش‌بین شخصیتی مهمی در حوزه هیجان برای پرخاشگری دانست؛ لذا به دنبال کاهش تاب‌آوری و مشکلات تنظیم هیجان، تعارضات افزایش و حل تعارض کاهش می‌یابد.

با توجه به نتیجه پژوهش حاضر، تاب‌آوری به واسطه اضطراب و ناگویی هیجانی، پیش‌بینی‌کننده تعارضات زناشویی است؛ بنابراین، با در نظر گرفتن برنامه‌های افزایش تاب‌آوری و همچنین آموزش راه‌های کنترل اضطراب و تنظیم هیجانات، می‌توان در جهت کاهش و کنترل تعارضات زناشویی در دوران کرونا گام برداشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که شرکت‌کنندگان در پژوهش زوجین دانشجو بودند که تعمیم نتایج به تمام زوجین باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی مرتبط با موضوع این پژوهش، در زوجین غیردانشجو نیز انجام شود و تفاوت‌های احتمالی آن پژوهش‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را دارند.

منابع

- بشارت، محمدعلی،، گرانمایه پور، شیوا،، پورنقدعلی، علی،، افقی، زهرا، حبیب‌نژاد، محمد و آقای ثابت، سیده سارا (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک‌های دلبستگی. روان‌شناسی معاصر، ۱۹(۱): ۳-۱۶.
- بیطرفان، لیلا، کاظمی، محمود و یوسفی افراشته، مجید (۱۳۹۶). رابطه سبک‌های دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمندی ایران*، ۱۲(۴): ۴۴۹-۴۵۷.
- رضاپور، رویا،، ذاکری، محمدمهدی و ابراهیمی، لقمان (۱۳۹۶). پیش‌بینی خودشیفتگی، ادراک تعاملات اجتماعی و تعارضات زناشویی بر اساس استفاده از شبکه‌های اجتماعی. *خانواده پژوهی*، ۱۳(۵۰): ۲۱۴-۱۹۷.
- رهر کرباسدهی، فاطمه،، ابوالقاسمی، عباس و رهبر کرباسدهی، ابراهیم (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه افسردگی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۴): ۷۴-۸۹.
- علی پور، احمد،، قدمی، ابوالفضل،، علی‌پور، زهرا و عبدالله‌زاده، حسن (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *روان‌شناسی سلامت*، ۱۷۵-۱۶۳(۴): ۸.
- غضنفری، رقیه،، علیپور، عادل و امیرپور، علی (۱۳۹۷). تأثیر سبک زندگی و باورهای غیرمنطقی بر روی تعارضات زناشویی. دومین کنفرانس ملی آسیب‌های اجتماعی. مؤمنی، خدامراد، جلیلی، زهرا،، محسنی، رجاء،، کرمی، جهانگیر،، سعیدی، مژگان و احمدی، مجتبی (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش علائم اضطراب نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی. *تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، ۴(۲): ۱۱۹-۱۱۲.
- Afifi, T., Granger, D., Ersig, A., Tsalikian, E., Shahnazi, A. and Davis, SH. (2019). Testing the Theory of Resilience and Relational Load (TRRL) in Families with Type I Diabete. *Health Communication*, 34:10, 1107-1119.
- Alipour, A., Ghadami, A., Alipour, Z. and Abdollahzadeh, H. (2020). Preliminary Validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(4): 163-175. (Text in Persian).
- Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian journal of psychiatry*, 50, 102014. DOI: 10.1016/j.ajp.102014
- Besharat, M. A., Geranmayepour, SH., Pournaghdali, A., Ofoghi, Z. and Habibnezhad, M. (2014). Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles. *Contemporary Psychology*, 9(1): 3-16.

(Text in Persian).

- Bitarafan, L., Kazemi, M. and Yousef Afrashte, M. (2018). Relationship Between Styles of Attachment to God and Death Anxiety Resilience in the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4):446-457. (Text in Persian).
- Bradley, J. M. and Hojjat, M. (2017). A model of resilience and marital satisfaction. *The Journal of social psychology*, 157(5): 588-601.
- Chatterjee, K. and Chauhan, V. S. (2020). Epidemics, quarantine and mental health. *Medical Journal*, 76(2): 125-127.
- Edwards, E. R. and Wupperman, P. (2017). Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant behavior*, 38(10): 1160-1171.
- Ghazanfari, R., Alipour, A. and Amirpour, A. (2019). The Impact of life style and irrational beliefs on marital conflict. 2nd National Conference on Social Harms 2019. Ardabil, *University of Mohaghegh Ardabili* https://www.civilica.com/Paper-CSP02-CSP02_086.html (Text in Persian).
- Goudarzi, M., Shiri, F. and Mahmoudi, B. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral family therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4): 531-551. (Text in Persian).
- Hu, W., Su, L., Qiao, J., Zhu, J. and Zhou, Y. (2020). *Countrywide quarantine only mildly increased anxiety level during COVID-19 outbreak in China*.
- Kimmes, J. G., May, R. W., Seibert, G. S, Jaurequi, M. E. and Fincham, F. D. (2017). The association between trait mindfulness and cardiovascular reactivity during marital conflict. *Mindfulness*, 9(4), 1160-1169.
- Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. and Neto, M. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*, 287, 112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915.
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102076. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102076.
- Momeni, Kh., Jalili, Z., Mohseni, R., Karami, J., Saeedi, M. and Ahmadi, M. (2015). Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease. *Journal of clinical research in paramedical sciences*, 4 (2): 112-119. (Text in Persian).
- Pérusse, F., Boucher, S. and Fernet, M. (2012). Observation of couple interactions: Alexithymia and communication behaviors. *Personality and Individual Differences*, 53(8): 1017-1022.
- Rahbar Karbasdehi, F., Abolghasemi, A. and Rahbar Karbasdehi, E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment in students with depression symptoms, *Psychological Studies*, 15(4): 74-89. (Text in Persian).

- Rezapur, R., Zakeri, M. and Ebrahimi, L. (2017). Prediction of narcissism, perception of social interactions and marital conflicts based on the use of social networks. *Journal of Family Research*, 13 (50): 197-214. (Text in Persian).
- Thompson, B. and Korsgaard, M. A. (2019). Relational identification and forgiveness: Facilitating relationship resilience. *Journal of Business and Psychology*, 34(2): 153-167.
- Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S. C. and Kapur, G. B. (2017). The forgotten plague: Psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *Journal of Global Infectious Diseases*, 9(4): 151–156.
- Wilson, S., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B., Malarkey, W. and Kiecolt-Glaser, J. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psycho-Neuroendocrinology*, 85, 6–13. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.07.489.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020.

اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی

مهرنوش اخوت^۱، شکوفه متقی دستنائی^{۲*}، فاطمه بهجتی

اردکانی^۳ و زبیده دهقان منشادی^۴

چکیده

با توجه به مشکلات روان‌شناختی معلولان جسمی حرکتی به‌خصوص در سن نوجوانی و اهمیت توجه به آن به‌منظور افزایش میزان سلامت روان، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی انجام شد. این پژوهش مطالعه‌ای شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل هم‌تا بود. بدین منظور از جامعه دانش‌آموزان معلول دوره اول و دوم متوسطه شهر اصفهان، تعداد ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های سرزندگی دسی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون بر روی هر دو گروه اجرا شد و گروه آزمایش ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار، مداخله کوتاه مدت راه‌حل‌محور را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد آموزش گروهی درمان کوتاه مدت راه‌حل‌مدار بر سرزندگی و بعد تحمل عاطفه منفی دانش‌آموزان معلول تأثیر معنادار دارد و بر تاب‌آوری کلی معنادار نیست. به نظر می‌رسد؛ می‌توان از رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور جهت ارتقاء شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر مانند سرزندگی و تحمل عاطفه منفی افراد دچار معلولیت جسمی حرکتی بهره جست.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، رویکرد کوتاه مدت راه‌حل‌محور، سرزندگی، نوجوانی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی مدرسه، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. okhovatm58@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. sh.mottaghi89@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران. behjatifatemeh@yahoo.com

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی فارس، شیراز، ایران.

مقدمه

افراد با معلولیت جسمی حرکتی در دوره نوجوانی، با مشکلات فراوان تری مواجه می‌شوند؛ زیرا نوجوانی، دورانی است که افراد از نظر فردی و اجتماعی آسیب‌پذیری بالایی دارند و این دوره به‌عنوان زمان آشفتگی عمده، شناخته می‌شود (براون، بلانچارد و مک گرث^۱، ۲۰۲۰) و این افراد از حمایت‌های کم‌تری بهره‌مند هستند (امرسون، فرتون، لیولین و استانکلیف^۲، ۲۰۲۰). معلولیت جسمی، نقصی است که به‌طور قابل‌توجهی بر سازگاری اجتماعی و سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد. کودکان با معلولیت جسمی مشکلات فردی (نارسیمولو^۳، ۲۰۱۶)، هیجانی و اجتماعی زیادی دارند (آبراهام^۴، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد دو ویژگی مهم که بر سلامت روان و بهزیستی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد، سرزندگی و تاب‌آوری باشد.

سرزندگی یکی از پنج توانمندی ذاتی^۵ (IC) است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). سرزندگی به‌عنوان یک مفهوم ذهنی قابل‌اندازه‌گیری شناخته می‌شود که شامل نوسان انرژی فیزیولوژیکی و روانی است که می‌تواند توسط خود فرد تنظیم شود و تحت کنترل قرار بگیرد (لاوروشوا^۶، ۲۰۲۰). فعالیت بدنی تأثیر مثبتی بر سرزندگی دارد (جو^۷، ۲۰۱۷) و معلولین جسمی حرکتی تا حد زیادی از این فعالیت‌ها محروم هستند (مائروس، بوگارت، لگان، کیس، فاین^۸ و همکاران، ۲۰۱۶) و بنابراین، سرزندگی پایینی دارند. همچنین هیجانات منفی از قبیل احساس افسردگی (مانجو و سوجا، ۲۰۱۹) و شادی پایین (رستمی، سلیمانی‌صفت، نجاتی، علیپور و همکاران، ۲۰۱۷) در این نوجوانان نیز می‌تواند باعث کاهش سرزندگی شود (اگر، کایا، اسلیک^۹، ۲۰۱۹). بنابراین، بهبود سرزندگی، می‌تواند به بهزیستی این افراد منجر شود.

ویژگی دیگر تاب‌آوری است که به‌عنوان توانایی واکنش مثبت باوجود مشکلات و تبدیل این مشکلات به فرصت‌هایی برای رشد شناخته می‌شود (سیستو، ویکینانزا، لئوندینا کامپانوزی،

1. Brown, Blanchard and McGrath
2. Emerson, Fortune, Llewellyn and Stancliffe
3. Narsimulu
4. Abraham
5. intrinsic capacity
6. Lavrusheva
7. Ju
8. Mae-Ross, Bogart, Logan, Case and Fine
9. Uğur, Kaya and Özçelik

ریسی^۱، و همکاران، ۲۰۱۹) و به معنای حضور عوامل حمایتی است (ژانگ، کارین-مک کالوچ، سولومون^۲، چن و همکاران، ۲۰۱۸). منابع تاب‌آوری برای سازگاری مثبت اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری در مواجهه با عوامل استرس‌زا و نامطلوب اهمیت دارد (دلین، دال، ارنشو، فاوا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه معلولان جسمی حرکتی در جامعه با آسیب‌ها و استرس‌های بیشتری مواجه می‌شوند، منابع تاب‌آوری می‌تواند به آن‌ها برای مقابله با این استرس‌ها و موانع و سرزندگی می‌تواند به افزایش ابعاد سلامتی‌شان کمک کند. بنابراین، ارتقاء تاب‌آوری و سرزندگی با استفاده از روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مدار^۴ که معتقد است انسان‌ها توانایی بهبود زندگی خود و غلبه بر کاستی‌هایشان را دارند (والاری-توماس، هیکس و گرو^۵، ۲۰۱۱)، در معلولان جسمی حرکتی دارای کاستی‌های حرکتی حائز اهمیت است.

روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل مدار یک مدل درمانی است که فرایندهای اصلی آن شامل ساختن معنا، استفاده از احساسات مثبت (مثلاً امید) و کار با مراجعان برای ساختن راه‌حل‌های خودشان است (فرانکلین، ژانگ، فروئرر و جانسون^۶، ۲۰۱۷). در این درمان درمانگر و درمان‌جو سعی می‌کنند به راه‌حلی متناسب با مشکل کنونی فرد دست یابند (ایوسن^۷، ۲۰۰۲). برخی پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را بر تاب‌آوری‌های مختلف مانند تاب‌آوری تحصیلی (هندر، آلیا و ساناون^۸، ۲۰۲۰) و سرزندگی به‌عنوان مؤلفه‌ای از بهزیستی روان‌شناختی بررسی کرده‌اند (سبریا، سوماریب، جنسویس و مک گلوثلین^۹، ۲۰۱۷) و اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل مدار بر این متغیر به‌طور مستقیم بررسی نشده است.

با توجه به اینکه درمان کوتاه‌مدت راه‌حل مدار بر خوش‌بینی تغییرهای مداوم توسط افراد و یافتن راه‌حل‌های گوناگون هنگام مشکلات تأکید دارد، و از طرفی معلولان جسمی حرکتی، سرزندگی و تاب‌آوری پایینی را به دلیل فعالیت جسمانی کم تجربه می‌کنند، همچنین وجود

-
1. Sisto, Vicinanza, Leondina Campanozz and Ricci
 2. Zhang, Currin-McCulloch, Solomon and Chen
 3. Dulin, Dale, Earnshaw and Fava
 4. short-term solution-focused therapy
 5. Vallaire-Thomas, Hicks and Growe
 6. Franklin, Zhang, Froerer and Johnson
 7. Iveson
 8. Hendar, Awalya and Sunawan
 9. Sabria, Sumarib, Jenciusc and McGlothline

۱۶۴ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

تاب‌آوری و سرزندگی به‌عنوان بخش‌های مهمی از سلامت روان مطرح است، در این پژوهش به بررسی فرضیه زیر پرداخته شد:

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار بر سرزندگی و تاب‌آوری نوجوانان با معلولیت جسمی حرکتی تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان نوجوان معلول جسمی حرکتی، دوره اول و دوم متوسطه شهر اصفهان در سال ۹۶-۹۷ بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیر مدرسه، از میان دانش‌آموزان پایه دوم و سوم متوسطه، ۳۴ نفر که ضمن تمایل به همکاری، قادر به مشارکت بودند، به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن معلولیت جسمی-حرکتی، نداشتن تشخیص روان‌پزشکی اختلالات روانی و مصرف دارو و مشارکت داوطلبانه بود. دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تحصیلی و سن همتا شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های پژوهشی پاسخ دادند و در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار را به‌صورت هفتگی دریافت کردند. دو نفر از گروه آزمایش (یک نفر بر اثر بیماری و دیگری به علت مسافرت جهت پیگیری درمان) از گروه آزمایش خارج شدند. پس از پایان جلسات، مجدداً پرسشنامه‌ها در اختیار دو گروه قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، در یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، پژوهشگر در مورد هدف و مراحل پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و تحلیل داده‌ها به‌صورت گروهی، توضیحات لازم را برای شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها ارائه داد و به سؤالات آن‌ها پاسخ داد تا شرکت‌کنندگان، برای شرکت در این مطالعه، آزادانه تصمیم بگیرند. پس از جمع‌آوری داده‌های تجربی، کلیات روش درمانی برای گروه کنترل و افرادی نیز ارائه شد که تمایل به شرکت در جلسات درمانی را داشتند.

در این پژوهش، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه تاب‌آوری^۱: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون^۲ در سال ۲۰۰۳ تهیه و اعتباریابی کرده‌اند، یک ابزار غربالگری با ۲۵ گویه است و برای افراد ۱۵ سال به بالا قابل اجرا است. این پرسشنامه، پنج درجه‌ای و نمره‌گذاری آن از صفر تا چهار است و نمره کل در آن، بین صفر تا ۱۰۰ نوسان دارد و پنج زیرگروه اصلی از طیف علائم روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند: تصور از شایستگی فردی^۳، اعتماد به‌خود^۴، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن^۵، کنترل^۶ و تأثیرات معنوی^۷. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) پایایی این مقیاس را با روش ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۴ بیمار با اختلال اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه، ۰/۸۷ و روایی همزمان آن را با مقیاس استرس ادراک شده، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۱ و روایی همزمان آن با مقیاس‌های خودکارآمدی و رضایت از زندگی را ۰/۹۳ گزارش کردند (کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور، ۱۳۹۳). پژوهش حاضر، پایایی مقیاس موردنظر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد.

مقیاس سرزندگی^۸: این مقیاس را ریان و فردریک^۹ براساس نظریه خودتعیینی دسی^{۱۰} و رایان در سال ۱۹۹۷ ساخته‌اند و دارای ۷ گویه است. پاسخ‌دهنده براساس طیف لیکرت از ۱ تا ۷، عددی را مشخص می‌کند که گویای میزان درستی عبارت درباره خودش است. روند نمره‌گذاری سؤال دوم این مقیاس معکوس و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس برابر با ۴۶ است. ریان و فریدریک (۱۹۹۷) میزان همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش ارفع، قمرانی و یارمحمدیان (۱۳۹۴) روایی صوری و محتوایی آن به تأیید ۱ نفر از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان رسیده و ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش آلفای

-
1. Resilience Questionnaire
 2. Conner and Davidson
 3. Imagination of personal competence
 4. Trust in one's instinct and tolerance of negative affects
 5. Accepting positive emotions and secure relationships
 6. Control
 7. Spiritual effects
 8. Vitality Scale
 9. Ryan and Frederick
 10. Deci and Rayan

۱۶۶ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

درمان کوتاه مدت راه حل مدار^۱: پروتکل درمان با استفاده از مدل دشازر و برگ در سال ۱۹۹۷ (به نقل از مک دونالد^۲، ۲۰۱۱) و پروتکل گروه‌های روان آموزشی مبتنی بر نظریه راه‌حل محور (آتیس^۳، ۲۰۱۶) تهیه شد که به صورت گروهی به مدت ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صوت هفتگی به گروه آزمایش، آموزش داده شد و گروه کنترل در این مدت، هیچ آموزشی دریافت نکرد. خلاصه جلسات به صورت زیر است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش گروهی درمان کوتاه مدت راه حل محور

هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
۱. آشنایی با افراد گروه	جلب اعتماد، توضیح درباره تشکیل گروه و شرح کلی در مورد ارائه جلسات	آشنایی کلی با ساختار جلسات	بیان مشخصات و پیشینه کلی توسط اعضای گروه
۲. تأکید بر جملات مثبت و توانمندی‌های اعضا	توجه به توانایی‌ها و چگونگی بهره‌گیری از جملات مثبت در زندگی	خودآگاهی و پی بردن به نقاط قوت و استفاده از جملات امیدوارکننده	نوشتن جملات مثبت تا جلسه بعد
۳. تأکید بر خودکار آمدی، تاب‌آوری و سرزندگی، تعیین موارد مثبت	بیان راهکارهایی برای افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری و سرزندگی ارائه بروشور مربوطه	افزایش آگاهی در مورد تقویت تاب‌آوری و سرزندگی	خلاصه بروشور تا هفته بعد، پیدا کردن نقاط قوت و نحوه استفاده از آن‌ها، جستجوی امور خوبی که مایل‌اند، ادامه‌دار باشند.
۴. آشنایی با اصول راه‌حل، تغییر زبان مراجع	توضیح روش‌های مؤثر در ارتقاء تاب‌آوری و سرزندگی، استفاده از راه‌حل‌های مفید و بیان اصل اساسی آن، تغییر زبان منفی به مثبت	افزایش آگاهی روش‌های مؤثر در تقویت تاب‌آوری و سرزندگی به روش راه‌حل محور	زمان‌های استفاده از جملات مثبت، تحسین چیزهای مثبت، تکرار نقاط قوت خود
۵. شیوه درست هدف‌گذاری و افزایش	بررسی حس موجود در زمان حال و راهکارهایی	قدرت جایگزین کردن افکار مثبت با منفی	خنده‌آوردن بر لب دست‌کم دو نفر و نوشتن دو اتفاق

1. Short-Term Treatment of Circuit Solutions

2. McDonald

3. Ates

هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
شادی درونی پایدار	برای رفع خستگی روانی و سرزندگی		خوشایند در هفته گذشته
۶. یادگیری مهارت حل مسئله، شکرگذاری به خاطر داشته‌ها، و زندگی در حال.	آموزش حل مسئله، قرار دادن افراد در موقعیت‌های حساس زندگی و ارزیابی راه‌حل‌های آن	کاربرد درست مهارت حل مسئله، ارزیابی واقع‌بینانه از راه‌حل‌ها	در هر روز سه دقیقه شکرگذاری به خاطر دست‌کم سه دارایی خود
۷. مدیریت هیجانات، روش‌های ارتباط مؤثر	بررسی احساسات و چگونگی بیان آن‌ها، جایگزین باورهای غیرمنطقی با افکار منطقی	نشان‌دادن روش بیان درست احساسات و هیجان‌ها به افراد، افزایش سرزندگی	پیدا کردن راه حل‌های مثبت و جایگزین سه باور غیرمنطقی با باور منطقی
۸. کشف استثناءها و تقویت آن‌ها، تقویت شوخ‌طبعی	تصور مشکل خود و تأثیر آن بر زندگی فعلی و صحبت در مورد لحظاتی که این مشکل وجود نداشته. تقویت شوخ‌طبعی	آگاهی از لحظات بدون مشکل و تکرار آن‌ها، افزایش حس شوخ‌طبعی	ضبط فیلم کوتاه از کارهای خلاقانه خود، یادداشت کارهای متفاوت در روزهای بهتر هفته و افزایش آن‌ها
۹. استفاده از فن «به‌جای» به‌کارگیری مقیاس درجه‌بندی رسیدن به اهداف	اجرای فن «به‌جای» به‌صورت گروهی و توضیح مقیاس درجه‌بندی در بررسی رفتارها	جایگزینی افکار و گفتار مثبت با منفی و برآورد درست از افکار و گفتار خود	یافتن جایگزین برای سه مشکل خود و تشویق خود به خاطر موقعیت‌های شادی‌آفرین
۱۰. استفاده از فن تقدیر شایستگی‌ها، راهکارهایی برای تقویت همدلی، استفاده از فن سؤال معجزه و تمرکز بر روی بهترین روزها	آموزش استفاده از فن تقدیر، صحبت در مورد راه‌های تقویت همدلی و استفاده از سؤال معجزه	استفاده از فن تقدیر شایستگی‌ها در زندگی و افزایش همدلی با دیگران و توجه به لحظات بدون مشکل	استفاده از راه‌های تقویت همدلی، ارزیابی از میزان سرزندگی و تاب‌آوری خود و استفاده از فن تقدیر در لحظات مقابله با مشکل

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-۲۱، برای تحلیل کوواریانس چند متغیره^۱ استفاده شد.

۱۶۸ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

یافته‌ها

به لحاظ توزیع جمعیت شناختی، جنسیت شرکت کنندگان در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، ۳۳/۳ درصد دختر و ۶۶/۷ درصد پسر بود. همچنین به لحاظ سن شرکت کنندگان، در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، ۶۷/۴ درصد بین ۱۶ - ۱۸ سال و ۳۲/۶ درصد بین ۱۹ - ۲۱ سال بودند. پراکنش پایه تحصیلی نیز در هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد ۱۶/۳ درصد در پایه هشتم، ۲۲/۶ درصد در پایه نهم، ۲۵/۷ درصد در پایه دهم و ۳۵/۴ درصد در پایه یازدهم بودند. یافته‌های حاصل از آزمون آماری مجذور خی دو نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر جنسیت ($\chi^2=0/25$ ، $P>0/15$)، وضعیت تحصیلی ($\chi^2=0/32$ ، $P>0/22$) و سن ($\chi^2=0/35$ ، $P>0/27$) با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند و همتا بودند. آماره توصیفی تمامی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
تاب‌آوری	۷۶/۶۷ (۱۱/۲۲)	۴۴/۸۷ (۶/۴۷)	۴۷/۰۷ (۴/۸۱)	
سرزندگی	۷۳/۶۷ (۹/۳۳)	۴۶/۴۰ (۷/۱۹)	۴۶/۴۰ (۷/۱۹)	

با توجه به طرح پژوهش حاضر، برای کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. اما قبل از بررسی آن، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)، انجام شد. آزمون شاپیرو ویلک نشان داد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، دارای توزیع نرمال هستند ($P>0/05$)؛ ولی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی)، دارای توزیع نرمال نیستند ($P<0/05$).

همچنین نمرات متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها را با استفاده از آزمون لوین دارا هستند ($P > 0/05$)؛ ولی در مورد نمرات متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی)، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، رعایت نشده است ($P < 0/05$).

شیب همگنی رگرسیون متغیرهای پژوهش نیز نشان داد که مقدار F تعامل بین متغیر مستقل و نمرات متغیر همپراش سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری، معنادار نیست ($P > 0/05$)؛ ولی مقدار F تعامل بین متغیر مستقل و نمرات متغیر همپراش تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی) معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین، داده‌های متغیر سرزندگی و بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در مورد آن‌ها رعایت شده است؛ ولی در مورد داده‌های متغیر تاب‌آوری کلی و ابعاد آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، کنترل و تأثیرات معنوی) به دلیل عدم پشتیبانی از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P < 0/05$)، پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت نشده و استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی این متغیر و ابعاد آن، ممکن نیست.

نتایج آزمون‌های اثرهای درون‌گروهی برای متغیر سرزندگی نشان می‌دهد که آماره آزمون اثر پیلائی ($F = 31/80$) در تأثیرگذاری بر متغیر سرزندگی گروه آزمایش در سطح اطمینان $0/01$ معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات متغیر سرزندگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی بر متغیر سرزندگی

مؤلفه	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
سرزندگی	آزمون اثر پیلائی	۰/۹۶	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	آزمون لامبدای ویکلز	۰/۰۳	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۳۱/۴۳	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۸/۸۰	۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱

۱۷۰ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار F محاسبه‌شده در متغیر سرزندگی برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون در سطح معناداری ($p=0/001$) برابر با ۱۶/۳۱ است و با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر حدود ۳۷ درصد بوده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان راه‌حل محور بر سرزندگی

متغیر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مدل	۱۰۰۴/۶۰۰	۲	۵۰۲/۳۰	۲۷۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
پیش‌آزمون	۱۰۰۱/۲۶۷	۱	۱۰۰۱/۲۶	۵۴۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
سرزندگی	۲۹/۷۶	۱	۲۹/۷۶	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۷
خطا	۴۹/۲۶	۲۷	۱/۸۲				
کل	۶۶۵۷۴	۳۰					

نتایج آزمون‌های اثرهای درون‌گروهی برای بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهد آماره آزمون اثر پیلایی ($F=241/52$) در تأثیرگذاری بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری گروه آزمایش در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری

مؤلفه	آزمون	ارزش F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	آزمون اثر پیلایی				
	آزمون لامبدای	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
تحمل عاطفه	ویکلز	۲۴۱/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
منفی	آزمون اثر هتلینگ	۱۲۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
	بزرگ‌ترین ریشه	۱۲۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱

روی

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، مقدار F محاسبه‌شده در بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات

پیش‌آزمون در سطح معناداری ($p=0/006$) برابر با $8/70$ است و با توجه به مجذور اتا مقدار این تأثیر حدود ۲۴ درصد بوده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی درمان راه‌حل محور بر بُعد تحمل عاطفه منفی متغیر تاب‌آوری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مدل	۳۹۴/۹۹۹	۲	۱۹۷/۵۰۰	۵۴۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
پیش‌آزمون	۳۹۴/۱۶۶	۱	۳۹۴/۱۶	۱۰۹۷/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
تحمل عاطفه منفی	۳/۱۲	۱	۳/۱۲	۸/۷۰	۰/۰۰۶	۰/۲۴	۰/۸۱
خطا	۹/۷۰	۲۷	۰/۳۵				
کل	۱۲۲۸۵	۳۰					

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش رویکرد راه‌حل محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان دادند درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر متغیر سرزندگی و تحمل عاطفه منفی (مؤلفه تاب‌آوری) تأثیر معناداری دارد که با پژوهش‌های هندر و همکاران (۲۰۲۰) و سبیریا و همکاران (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین معناداری سرزندگی می‌توان گفت، کودکان با معلولیت جسمی حرکتی احساسات و هیجان‌های منفی مختلفی را از قبیل احساس افسردگی (مانجو و سوجا، ۲۰۱۹) و شادی پایین (رستمی و همکاران، ۲۰۱۷) تجربه می‌کنند که اگر نتوانند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را تحمل کنند، سرزندگی نیز در آن‌ها کاهش می‌یابد (اگر و همکاران، ۲۰۱۹). مدیریت هیجان‌ها یکی از تکنیک‌هایی بود که در درمان راه‌حل‌مدار استفاده شد. مدیریت هیجان‌ها به این افراد کمک می‌کند تا هیجان‌ها مثبت و منفی خود را بشناسند و به‌طور مؤثر با آن‌ها و با

۱۷۲ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

موقعیت‌ها برخورد کنند. هنگامی که این افراد می‌توانند هیجانات منفی خود را تشخیص دهند، این هیجانات برای آن‌ها قابل تحمل می‌شود و می‌توانند آن‌ها را کاهش دهند و از طرفی هیجانات مثبت، شادی و سرزندگی نیز افزایش می‌یابد. همچنین دوره نوجوانی دوران حساس رشدی است و نوجوانان در این دوران به خودشان توجه ویژه‌ای دارند و خود را ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی‌ها و تفکرات بر سرزندگی و عدم تحمل عواطف منفی‌شان تأثیر می‌گذارد. از آنجاکه نوجوانان با معلولیت و نقص جسمی، به توانمندی‌های خودشان باور ندارند (نارسیمولا، ۲۰۱۶) و رویکرد راه‌حل مدار بر این فرض استوار است که همه انسان‌ها با کفایت هستند و برای ایجاد راه‌حل‌هایی که می‌توان زندگی آن‌ها را بهبود بخشید، از توانایی لازم بهره‌مند هستند فقط باید به آن‌ها کمک کرد تا از اشتغال ذهنی به شکست‌هایشان خلاص شوند و به توانایی‌های خود جانی دوباره ببخشند (والاری و همکاران، ۲۰۱۱)، این درمان به افزایش باور به توانمندی نوجوانان با معلولیت جسمانی کمک می‌کند و موجب می‌شود بتوانند هنگام روبرو شدن با عواطف منفی آن را تحمل کنند و موجب سرزندگی آن‌ها می‌شود.

تجربیات دردناک در زندگی نوجوانان معلول جسمی حرکتی، هیجانات منفی و نگرانی آن‌ها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود که همه این موارد بهزیستی روانی و سرزندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود، نتوانند این عواطف منفی را تحمل کنند. در جلسات درمانی راه‌حل محور به آن‌ها کمک شد تا استثناءها و لحظاتی را شناسایی و تقویت کند که دارای هیجان مثبت هستند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که هیجان‌های منفی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیستند و آن‌ها از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با این هیجانات و تبعات آن بهره‌مند هستند و همین امر موجب ارتقاء سرزندگی و تحمل عواطف منفی در این افراد شده است.

هدف رویکرد راه‌حل محور، حل گلابه‌هایی است که توسط مراجع مطرح می‌شود. به گلابه‌ها و مشکلاتی توجه شد که نوجوانان با معلولیت جسمی-حرکتی بیان کرده‌اند و جلسات درمانی با کمک این افراد برای تفکر درباره فعالیت متفاوتی که موجب خشنودی بیشتر او در زندگی‌اش می‌شود یا انجام دادن چنین فعالیتی، اجرا شده است. مشاوره راه‌حل محور معتقد است که افراد دارای نقاط قوت، منابع و مهارت‌های حل مسئله هستند؛ یعنی همان منابع طبیعی که آن‌ها را برای درمان و حل مسائل و مشکلاتشان نزد مشاور می‌کشاند،

برای دستیابی به راه‌حل، کافی است. به این ترتیب، در این رویکرد تمرکز بر چیزهایی بوده است که در زندگی نوجوانان با معلولیت جسمانی مؤثر بوده و هست. به نظر می‌رسد توجه به نیازها و مشکلات اساسی این نوجوانان، موجب می‌شود بتوانند هنگام روبرو شدن با مشکلات، هیجانات منفی خود را تحمل کنند و احساس شور زندگی و روحیه و سرزندگی داشته باشند.

در تبیین عدم اثربخشی درمان راه‌حل محور بر تاب‌آوری معلولان جسمی - حرکتی باید اذعان داشت تاب‌آوری به معنای حضور عوامل حمایتی است. منظور از عوامل حمایتی ویژگی‌هایی در فرد، خانواده و محیط است که توانایی فرد را برای مقاومت در برابر پیامدهای ناگوار افزایش می‌دهند و این عوامل، تاب‌آوری را به فرد القاء می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). و از آنجاکه افراد با معلولیت حمایت‌های محیطی کمی ادراک می‌کنند (امرسون و همکاران، ۲۰۲۰) و رویکرد راه‌حل مدار به افزایش نمره تاب‌آوری منجر شده، اما به سطح معناداری نرسیده، نیاز است تا به منظور افزایش تاب‌آوری این افراد با رویکرد راه‌حل مدار، از درمان‌های حمایتی خانوادگی و محیطی کمک گرفته شود. همچنین، با توجه به مشکلات فراوان فردی، اجتماعی و خانوادگی که افراد با معلولیت جسمی حرکتی دارند که به تحمل و تاب‌آوری پایین در برابر مشکلاتشان منجر شده است، به نظر می‌رسد ده جلسه درمانی تمرکز بر توانمندی‌هایشان برای ایجاد راه‌حل کم است و با توجه به انعطاف‌پذیر بودن این درمان، این افراد به منظور افزایش تاب‌آوری به جلسات بیشتری نیاز دارند.

از محدودیت این پژوهش می‌توان به نداشتن جلسه پیگیری اشاره کرد که به دلیل شرایط خاص کودکان با معلولیت جسمی - حرکتی این موقعیت فراهم نبود. پیشنهاد می‌شود به منظور تأیید بهتر این نتایج در پژوهش‌های بعدی به خصوص در متغیر تاب‌آوری در کنار جلسات درمانی جلسات حمایتی و با تعداد بیشتر اجرا کنند. به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود با دوره‌های پیگیری مکرر پژوهشی اثرات درمان در طولانی مدت را نیز مشخص کنند. با توجه به اینکه این رویکرد درمانی جزو رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت است که نتایج درمانی سریع‌تری را فراهم می‌آورد، لذا برای آن گروه از مشاورین، درمانگران و مراجعانی که به دنبال بهبودی سریع‌تر و رسیدن به شرایط مطلوب هستند، در کلینیک‌های روان‌شناختی مفید است و در راستای نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و اثرگذاری این رویکرد درمانی بر سرزندگی و تحمل عاطفه منفی، مشاوران و درمانگران می‌توانند از مؤلفه‌های درمانی رویکرد راه‌حل محور

۱۷۴ اثر بخشی آموزش رویکرد کوتاه مدت راه حل محور بر ..

در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند؛ از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش و کارکنان محترم آموزشگاه صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

منابع

ابوالقاسمی، فرحناز (۱۳۸۲). *هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا، برجعلی، احمد و برماس، حامد (۱۳۹۰). *تاب‌آوری و کیفیت مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی*. *علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.

کارلسون، جان، اسپری، لن و لويس، جودیت (۱۳۹۷). *خانواده‌درمانی: تضمین درمان کارآمد*. ترجمه نوایی‌نژاد، شکوه. تهران: انجمن اولیا و مربیان.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

مک دونالد، آلسدایر جی (۱۳۹۵). *درمان راه‌حل محور*. ترجمه نظری، علی محمد؛ موزیری، عباس و نادری، فاطمه، تهران: علم.

Abraham, B. K. (2018). Physical and psycho-social issues of physically challenged children. *International Journal of Current Advanced Research*, 7(5): 12731-12735.

Abolghasemi, F. (2009). *Standardization of positive and negative emotions and its simultaneous validation with the mental health and vitality scales in Isfahan University students* [MSc thesis]. Esfahan: University of Esfahan. (Text in Persian)

Ates, B. (2016). Effect of solution focused group counseling for high school student in order to struggle with school burnout. *Journal of Education and training studies*, 4(4): 27-34.

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. (Text in Persian)

Brown, M., Blanchard, T. and McGrath, R. E. (2020). Differences in self-reported

- character strengths across adolescence. *Journal of Adolescence*, 79: 1-10. doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.008
- Carlson, J., Sperry, L. and Lewis, J. A. (1997). *Family therapy: Ensuring treatment efficacy* (translated by Navabinejad, Shokouh). Tehran: Parents and Teachers Association. (Text in Persian)
- Conner, K. M. and Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD- RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 76-82. doi.org/10.1002/da.10113
- Dulin, A. J., Dale, S. K., Earnshaw, V. A., Fava, J. L., Mugavero, M. J., Napravnik, S. and Howe, C. J. (2018). Resilience and HIV: A review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*, 30: 6-17. doi.org/10.1080/09540121.2018.1515470
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G. and Stancliffe, R. (2020). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and health journal*, 14(1): 1-7.
- Ferrington, J. Y., McCallum, R. S. and Skinner, C. (2011). Increasing math assignment completion using solution-focused brief counseling. *Education and Treatment of Children*, 34(1): 61-80.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. and Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43: 16-30. doi:10.1111/JMFT12193
- Hagh Ranjbar, F, Kakavand, A. I., Barajalim A. and Barmas, H. (2012) Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Health and Psychology*, 1(1): 177-187. (Text in Persian)
- Hendar, K., Awalya, A. and Sunawan, S. (2020). Solution-Focused Brief Therapy Group Counseling to Increase Academic Resilience and Self-Efficacy. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 9(1): 1 – 7.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8: 149-56. DOI:10.1192/APT.8.2.149.
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A. and Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*. 14(10): 857-865. (Text in Persian)
- Lavrusheva, O. (2020). The concept of vitality. Review of the vitality-related research domain. *New Ideas in Psychology*, 56: 1-14. doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100752
- Macdonald, A. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice* (translated by Nazari, Ali Mohammad, Moziri, Abbas and Naderi, Fatemeh). Tehran: Elm. (Text in Persian)
- Manoj, M. P. and Suja, M. K. (2019). Young People with Physical Disability

- Talking about Depression. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(4): 299-303.
- Mohammadi, M. (2005). *Investigating the Effective Factors of Distribution in Persons at Risk of Expenditure* [PhD Thesis]. Tehran: University of Social Welfare Rehab. (Text in Persian)
- Narsimulu. (2016). Self-Efficacy in Students with and Without Physical Impairment. *International Journal of Indian Psychology*. 3(3): 1-9.
- Ouer, R. (2016). *Solution-Focused Brief Therapy with the LGBT Community*. NewYork: Routledge.
- Rahbar Karbasdehi, F. and Abolghasemi, A. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Resilience and Social Empowerment in Students with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Studies*, 15(4): 73-90. (Text in Persian)
- Ross, M. S., Bogart, K. R., Logan, S. W., Case, L., Fine, J. and Thompson, H. (2016). Physical activity participation of disabled children: A systematic review of conceptual and methodological approaches in health research. *Front Public Health*, 4(187): 1-10.
- Rostami, M., Soleimani Sefat, E., Nejati, Sh., Mohammad Alipur, Z., Naghiyae, M., Hosainpour, A. and Younesi, J. (2017). Happiness of male adolescents with disabled physical mobility: Benefits of mental rehabilitation based on positive thinking skills training. *Rehabilitation Journal*, 15(3): 221-226.
- Ryan, R. M. and Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3): 529-565.
- Sabria, F., Sumarib, M., Jenciusc, M. and McGlothlinc, J. (2017). The effects of Solution-Focused Group Therapy in treatment outcomes and psychological well-being of substance abuse clients. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7: 119-129.
- Sari, D. K. (2016). Application of solution focused brief counseling model to increase of counselee resilience part of multicultural society. *Indonesian Journal of School Counseling*, 1(1): 12-19.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Leondina Campanozzi, L., Ricci, G., Tartaglini, D. and Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, 55(745): 1-22.
- Uğur, E., Kaya, C. and Özçelik, B. (2019). Subjective vitality mediates the relationship between respect toward partner and subjective happiness on teachers. *Universal Journal of Educational Research*, 7(1): 126-132.
- Vallaire-Thomas, L., Hicks, J. and Grove, R. (2011). Solution-focused brief therapy: An interventional approach to improving negative student behaviors. *Journal of Instructional Psychology*, 38(4): 224-234.
- Vega, R., Miró, J., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E. and

- Jensen, M. P. (2019). Sleep disturbance in individuals with physical disabilities and chronic pain: The role of physical, emotional and cognitive factors. *Disabil Health Journal*, 12(4): 588-593.
- WHO (2018). *WHO I Clinical Consortium on Healthy Ageing*. <http://www.who.int/ageing/health-systems/clinical-consortium/en/2>. Accessed October 10th 2018.
- Zhang, A., Ji., Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y. and Nowicki, J. (2018). The effectiveness of solution-focused brief therapy for psychological distress among Chinese parents of children with a cancer diagnosis: a pilot randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(8): 2901-2910.

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)	مه‌سینما پورشهریاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا	امیر محسن راه‌نجات
استادیار دانشگاه رفا	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
GOOD

Quarterly Journal of Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 16, No. 4, Winter 2021, Serial No.61
Alzahra University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Roghaye Nazari

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

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

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Syed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajooch

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemiyani.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

professor of Shahid Chamran University of Ahvaz

Syed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghnaki

Professor of Shiraz University

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

Abstracts

- The Effectiveness of Emotion Schema Therapy on Rumination and the Extreme Accountability of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder** 7-24
Atefeh Ghovati, Masood Ahovan, Fatemeh Shahamat Dehsorkh and Maryam Farnoosh
- Comparison of Cognitive Behavior Therapy and Islamic Based Spiritual Religion Psychotherapy on the Intensity of the Symptoms of Obsessive-Compulsive of Women with Washing Compulsive** 25-40
Sepideh Mortezaeifar, Mostafa Hamdieh, Anita Baghdasaryans and Sedigheh Targhi Jah
- The Relation of Neuroticism and Insecure Attachment to Insomnia: The Mediating Role of Perfectionism and Cognitive Emotion Regulation** 41-57
Tahere Sohrabian, Simin Gholamrezaei and Mohamadali Sepahvandi
- Efficacy of Group Schema Therapy on Difficulty in Emotion Regulation and Aggression in Adolescent Girls** 59-76
Mozhgan Yazdani, Fariba Hafezi, Parvin Ehtesham Zadeh and Zahra Dasht Bozorgi
- Role of Health Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Somatosensory Amplification in Predicting of Students' COVID-19 Anxiety** 77-91
Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Reza Shabahang, Khazar Tajbakhsh, Arefeh Hamideh Moghadam, Zeynab Sharifipour Choukami and Seyedeh Maryam Mousavi
- Effectiveness of Assertiveness Training on Assertion and Social Problem Solving of Male Students Who are Victims of Bullying** 93-107
Mohammad Mohammadi, Abolfazal Farid, Ramin Habibi Kalibar and Javad Mesrabadi
- Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Emotional Impairment and Cognitive Avoidance in Students with Generalized Anxiety Disorder** 109-126
Sara Karimi, Zahra Aghamir Mohammad Ali Soheila Aboobakri Makoei, Mahboobeh VahidiFard, Marzieh Habibi and Marjan AmooKhalili
- Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce** 127-142
Shahram Mami, Afshin Safarnia, Leyla Tardast and Bita Abbasi
- The Mediation Roles of Alexithymia and Corona Anxiety in the Relationship between Resilience and Marital Conflicts during Quarantine** 143-159
Alireza Kakavand, Farhad Shirmohamadi, Asal Jafari Jozani and Samira Hajiomidi
- The Effectiveness of Short-term Solution-focused Approach Training on Vitality and Resilience of Students with Physical Disabilities** 161-177
Mehrnoosh Okhovat, Shekoofeh Mottaghi, Fatemeh Behjati Ardakani and Zobeyde Dehghan Manshadi

**The Effectiveness of Emotion Schema Therapy on Rumination
and the Extreme Accountability of Patients with Obsessive-
Compulsive Disorder**

Atefeh Ghovati¹, Masood Ahovan*², Fatemeh Shahamat Dehsorkh³

and Maryam Farnoosh⁴

Abstract

Due to the prevalence of obsessive-compulsive symptoms, there are some measures to be taken to improve the symptoms. The purpose of the present research was to determine the effectiveness of emotion schema therapy on rumination and the extreme accountability of patients with obsessive-compulsive disorder. It was semi-experimental research with pre-test, post-test, and follow-up stage. The population of the study included people with obsessive-compulsive disorder who referred to the Artiman counseling center of Mashhad in 2019. A number of 16 individuals were selected by available sampling and they were divided randomly into two experimental and control groups. The Ruminant Response Style Questionnaire and California Accountability Scale were used to collect data. The results of analysis of variance with repeated measures showed that emotion schema therapy effects on reducing rumination and extreme accountability of individuals with obsessive-compulsive disorder. Emotional schema therapy can be effective in reducing mental rumination and extreme accountability of people with obsessive-compulsive disorder. It is suggested that by using these variables by medical centers, the organizations can be taken to take effective steps to improve the mental health of individuals

Keywords: *Accountability, emotion schema therapy, obsessive-compulsive disorder, rumination.*

1. M.Sc., Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Mashhad, Iran. Atghovati@gmail.com

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

Masood. ahvan@gmail.com

3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khayyam University, Mashhad, Iran. f.shahamat@Khayyam.ac.ir

4. M.Sc., School Counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran. farnooshmaryam@gmail.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.31187.2216

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5417.html

**Comparison of Cognitive Behavior Therapy and Islamic Based
Spiritual Religion Psychotherapy on the Intensity of the Symptoms
of Obsessive- Compulsive of Women with Washing Compulsive**

Sepideh Mortezaeifar¹, Mostafa Hamdih^{*2},

Anita Baghdasaryans³ and Sedigheh Targhi Jah⁴

Abstract

The present study was conducted to investigate the comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on the Intensity of the Symptoms of obsessive- compulsive of women with washing compulsive. The research is a semi-experimental one with pretest-posttest design and control group. The research population includes all women with washing compulsive disorder who referred to Tehran city's Psychiatry and Psychotherapy Centers in 2018. Among them, 39 people selected in the form of purposefully method and then randomly assigned to three groups of 13. Cognitive-behavioral therapy on the first experimental group and Islamic based spiritual religion psychotherapy on the second experimental group, during eight 120-min sessions 1 sessions a week. The third group, i.e., control group was put in the waiting list. In order to collect data, Yale-Brown Obsessive-Compulsive were used. Univariate analysis of variance and Fisher's post hoc test were used for analysis of data. The results showed that both cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy have been effective in reducing obsessive-compulsive disorder, and there was not obsessed a significant difference between the efficacy of these two therapies in reducing the severity of obsessive-compulsive of women with washing compulsive

Keywords: *Cognitive behavior therapy, obsessive- compulsive disorder, spiritual, washing*

1. Master of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran. smortezaeifar.s@gmail.com

2. Corresponding Author: Psychiatrist, Shahid Beheshti School of Medical Sciences, Tehran, Iran. mostafa_hamdih@yahoo.com

3. Assistant Professor Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran. sarians72@gmail.com

4. Assistant Professor Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran. taraghi_sh@yahoo.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.29617.2118

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5414.html

**The Relation of Neuroticism and Insecure Attachment to
Insomnia: The Mediating Role of Perfectionism and Cognitive
Emotion Regulation**

Tahere Sohrabian¹, Simin Gholamrezaei*²

and Mohamadali Sepahvandi³

Abstract

The aim of this study was to investigate the mediating role of perfectionism and maladaptive cognitive emotion regulation strategies on the relationship between insecure attachment and neuroticism with insomnia. The study sample consisted of 381 female and male students of Lorestan University of Medical Sciences who were selected by cluster sampling. Participants answered the Insomnia Severity Index, NEO-Personality Inventory–Revised (NEO-FF-R), Frost Multidimensional Perfectionism Scale, attachment style questionnaire and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. The obtained data were analyzed by Structural Equation Modeling (SEM). The findings indicated that the causal model had suitable fitness. According to the findings, neuroticism had a direct and indirect significant relationship with insomnia through the mediating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies, also insecure attachment directly correlated with insomnia, but indirect effect of this variable on insomnia through maladaptive cognitive emotion regulation strategies was not significant. Both neuroticism and insecure attachment had indirect significant relationship with insomnia through the chained mediating effect of perfectionism and maladaptive cognitive emotion regulation strategies. The obtained results showed that interpersonal, personality and emotional–cognitive factors had important roles in explanation of insomnia. So their role should be considered in

1. PhD student in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. tsohrabian@yahoo.com

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. gholamrezaei@lu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. sepahvandi.m@lu.ac.ir

DOI: 10.22051 / PSY.2020.31367.2232

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5261.html

prevention and treatment programs.

Keywords: *Cognitive emotion regulation, insecure attachment, insomnia, neuroticism, perfectionism*

**Efficacy of Group Schema Therapy on Difficulty in Emotion
Regulation and Aggression in Adolescent Girls**

Mozhgan Yazdani¹, Fariba Hafezi *²,

Parvin Ehtesham Zadeh³ and Zahra Dasht Bozorgi⁴

Abstract

The purpose of this study was the effectiveness of schema therapy on the difficulty in emotion regulation and aggression in adolescent girl students. The research method was Quasi-experimental with pre-test, post-test, and two-month follow-up with the control group. The statistical population of this study included all-female high school students in the year 2019-2020, that using the purposive sampling method, 40 of them were selected and randomly assigned to the experimental and the control group (each group of 20 people). Emotion Difficulty Regulation Questionnaire and Aggression Questionnaire were used in three steps to collecting data. The experimental group received Schema Therapy (8 sessions 90 minutes) but the control group received no treatments. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA. The results showed that schema therapy was effective in reducing all subscales of difficulty in regulating emotion and aggression in adolescent female students. But over time, this effect was significantly reduced in the follow-up phase. In fact, schema therapy, by working on the multidimensional dimensions of the individual, provides the ground for change and is effective. Adolescence itself is associated with difficulty in cognitive regulation and behavioral abnormalities, including aggression, so schema therapy can be used as a means of reducing the difficulty in cognitive regulation and aggression in the adolescent.

Keywords: *Adolescence, aggression, difficulty in emotion regulation, schema therapy.*

1. PhD student of educational psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. b_yazdani.96@yahoo.com

2. Corresponding Author: Assistant Professor of the Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. febram315@yahoo.com

3. Assistant Professor of the Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. p_ehtesham85@yahoo.com

4. Assistant Professor of the Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. zahradb2000@yahoo.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.31473.2240

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5390.html

Role of Health Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Somatosensory Amplification in Predicting of Students' COVID-19 Anxiety

Farzin Bagheri Sheykhangafshe¹, Reza Shabahang², Khazar Tajbakhsh³,

Arefeh Hamideh Moghadam⁴, Zeynab Sharifipour Choukami⁵

and Seyedeh Maryam Mousavi*⁶

Abstract

People experience different levels of anxiety associated with the 2019 Coronavirus 19, which may affect their lives. The present study aimed to investigate the role of health anxiety, anxiety sensitivity, and somatosensory amplification in predicting of students' COVID-19 anxiety. The research design was descriptive and correlational. The statistical population of the study included students of Guilan University in 2020. By using available sampling method, through online calling, 200 students participated in the study. Data were collected from the Covid-19 Anxiety Scale (Wheaton et al), Short-term health Anxiety Measurement (Salkovskis et al), Anxiety Sensitivity Index (Taylor et al), and somatosensory amplification Scale (Barsky et al). The data were analyzed using Pearson correlation tests and

1. PhD Student in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. farzinbagheri73@gmail.com

2. Master of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
rezashabahang74@gmail.com

3. Bachelor of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. khazar.tajbakhsh@gmail.com

4. Master student of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
arefemoghadam7477@gmail.com

5. Master student of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
sharifi8878@gmail.com

6. Corresponding Author: PhD in Health Psychology, Department of Nursing and Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
mmousavi.msc@gmail.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.31286.2225

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5305.html

Abstracts

multiple regression analysis. The results showed that health anxiety, anxiety sensitivity, and somatosensory amplification were positively and significantly correlated with COVID-19 anxiety. Regression results showed that these variables significantly predicted 55% of the new coronavirus anxiety. It seems that the high anxiety level of COVID-19 in students, can enhance their anxiety and sensitivity about health state and they would exaggerate physical and emotional symptoms. Thus, the University's psychological and Counseling Services must take steps to reduce the anxiety of COVID-19 and increase students' awareness.

Keywords: Anxiety sensitivity, covid-19 anxiety, health anxiety, somatosensory amplification

Effectiveness of Assertiveness Training on Assertion and Social Problem Solving of Male Students Who are Victims of Bullying

Mohammad Mohammadi*¹, Abolfazal Farid²,

Ramin Habibi Kalibar³ and Javad Mesrabadi⁴

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of assertiveness training on assertion and social problem solving of male victims of bullying in junior high school. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all male high school students in Marivan city, who were studying in the 2018-2019 academic year. Using cluster random sampling method, 60 students were selected and randomly assigned to experimental (30) and control (30) groups. The participants of the experimental group were trained in groups for six weeks and two sessions per week (12 sessions in total). The experimental group received assertiveness training intervention as a group for six weeks, but the control group did not receive assertiveness training during the study. Research tools included questionnaires of bullying, assertiveness and social problem solving. Data were analyzed using analysis of covariance. The results showed that assertiveness training had a significant effect on the level of assertion but no effect on social problem solving. According to the findings of the present study, it can be concluded that assertiveness skills training can be used as an effective method to increase the assertion of students who are victims of bullying.

Keywords: Assertion, assertiveness, bullying , social problems solving.

1. Corresponding Author: PhD Student in Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. m.mohammadi55@azaruniv.ac.ir.

2. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. farid614@azaruniv.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. habibi912@azaruniv.ac.ir.

4. Professor, Department of Educational Sciences, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. mesrabadi@azaruniv.ac.ir

DOI: 10.22051 / PSY.2021.30461.2165

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5347.html

**Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and
Commitment on Emotional Impairment *and Cognitive*
Avoidance in Students with Generalized Anxiety Disorder**

Sara Karimi *¹, Zahra Aghamir Mohammad Ali² Soheila Aboobakri
Makoei³, Mahboobeh VahidiFard⁴, Marzieh Habibi⁵
and Marjan AmooKhalili⁶

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment on emotional impairment and cognitive avoidance in students with generalized anxiety disorder. The present semi experimental study included pre-test, post-test with the control group design. The statistical population of this study consisted of all female students of second stage high school in Taybad city in the academic year of 2018-2019. After initial assessment using GAD scale, a total of 30 female students were selected using purposeful sampling and randomly assigned into an experimental group of 15 and a control group of 15. The experimental group received eight 90-minute sessions of ACT program. In order to gather data, alexithymia scale Bagby, Taylor & Parker and cognitive avoidance questionnaire Sexton & Dugas, were used. Analysis of covariance was used to analyze data. Findings from this research showed a significant difference between the mean posttest scores of the experimental and control groups in

1. Corresponding Author: Master of Family Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. Sarakarimi6990@gmail.com

2. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran. z.aqamir@gmail.com

3. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Torbat-e Jam, Iran. soheila.aboobakri@gmail.com

4. Master of General Psychology, Islamic Azad University, Meybod Branch, Yazd, Iran. mvf1397@gmail.com

5. Master of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. m.habibi008@gmail.com

6. Assistant Professor, Department of Islamic Education, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Tehran, Iran. m.khalili@riau.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.28934.2059

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5021.html

emotional impairment and its components (difficulties with identifying feelings, difficulties with describing feelings, and externally oriented thinking) and the cognitive avoidance and its components (thoughts repression, thought replacement, distraction, threatening stimuli and changing image to thought). Considering the results of this research, it is suggested that the psychologists and psychotherapists can use the results of this study to reduce emotional impairment and cognitive avoidance in students with GAD.

Keywords: *Acceptance and commitment, cognitive avoidance, emotional impairment, generalized anxiety disorder*

**Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy
(ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for
Divorce**

Shahram Mami¹, Afshin Safarnia*², Leyla Tardast³ and Bita Abbasi⁴

Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy to reducing alexithymia in women applicant for divorce. The research design was based on a semi-experimental with pre-test-post-test approach and control group. The statistical population consisted of all women applicant for divorce, who referred to kermanshah city's counseling centers in 2017. Among them, 30 people selected in the form of voluntary purposive method and randomly divided into two equal groups: an experimental group and a control group. The intervention of intensive short-term dynamic psychotherapy in the experimental group for 9 sessions of 60 minutes, the control group was put in the waiting list. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) were used in the pretest and posttest for collecting information. Data were analyzed using one-way analysis of covariance. The results of the research showed that after controlling the effect of pre-test, there was a significant difference between the two groups in the post-test stage alexithymia. According to research results, group therapy with short-term dynamic psychotherapy seems to be effective in reducing alexithymia in women applicant for divorce. Therefore, the practice of such a treatment in divorce prevention counseling centers and social worker clinics seems necessary.

Keywords: *Alexithymia, divorce, dynamic, psychotherapy.*

1. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Humanities, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran. shahram.mami@yahoo.com.

2. Corresponding Author: PhD Student in Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran. afshinsafarnia1@gmail.com

3. PhD Student in General Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran. yadyaran62@yahoo.com

4. Master of General Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran. sepehr180@mailfa.com

DOI: 10.22051/psy.2018.21331.1690

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3771.html

The Mediation Roles of Alexithymia and Corona Anxiety in the Relationship between Resilience and Marital Conflicts during Quarantine

Alireza Kakavand¹, Farhad Shirmohamadi*²,

Asal Jafari Jozani³ and Samira Hajiomidi⁴

Abstract

The prevalence of coronavirus and its subsequent quarantine, had social, economic, and psychological consequences. This study aimed to the mediation role of alexithymia and corona anxiety in the relationship between resilience and marital conflicts during quarantine. The design of the study is correlation through path analysis modeling. Among all student couples of Imam Khomeini International University in Qazvin in 2020, a sample of 100 volunteered couples were selected. Data were collected using Marital Satisfaction Questionnaire (Sanaei-Zakir), Toronto Alexithymia Questionnaire, Corona Anxiety Scale (Alipour, et al.) and Connor and Davidson Resilience Questionnaire and analyzed using structural equation model. Findings showed that alexithymia and corona anxiety play a mediator role between marital conflicts and resilience. Therefore, it can be concluded that by promoting resilience, the ability to deal with anxiety and emotion regulation increases, and consequently, problems such as marital conflicts decrease. The suggestion from these findings, should be to use the resilience promotion programs to deal with anxiety and related problems.

Keywords: *Alexithymia, anxiety, corona, marital conflict, resilience*

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran. ali.reza_kakavand@yahoo.com

2. Corresponding Author: Master of Psychology, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran. Shirmohamady1990@gmail.com

3. PhD Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. asal.jafari89@ut.ac.ir

4. PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran. samiomidi@yahoo.com

**The Effectiveness of Short-term Solution-focused Approach
Training on Vitality and Resilience of Students with Physical
Disabilities**

Mehrnoosh Okhovat ¹, Shekoofeh Mottaghi *²,

Fatemeh Behjati Ardakani ³ and Zobeyde Dehghan Manshadi⁴

Abstract

Considering the psychological problems of people with physical disabilities, especially in adolescence, and the importance of paying attention to them to improve their mental health, the present study aimed at investigating the effectiveness of short-term solution-focused approach training on vitality and resilience of students with physical disabilities. It was a quasi-experimental study with pretest, posttest and the control group. From among all high school students with physical disabilities in the city of Isfahan, 30 students were selected through convenience sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. Deci Vitality Questionnaire and Conner and Davidson Resilience Scale were applied to both groups, and the experimental group received ten 45-minute sessions of solution-focused intervention once a week. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that group training of solution-focused therapy had a significant influence on vitality and the negative affect tolerance of students with physical disabilities, but was not significant on overall resilience. It seems that solution-focused approach can be utilized to promote the positive psychological indicators such as vitality and negative affect tolerance in people with physical disabilities.

Keywords: *Resilience, short-term solution-focused approach, vitality, people with physical disabilities*

1. Master of School Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran.
okhovatm58@yahoo.com

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran. sh.mottaghi89@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran. behjatifatemeh@yahoo.com

4. PhD student in psychology, researcher of Fars University Jihad, Shiraz, Iran. zobeydemanshadi@gmail.com

DOI: 10.22051 / PSY.2021.30999.2208

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5483.html