



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دوره ۱۳، شماره ۱، سال ۱۴۰۲

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

دو فصلنامه علمی

۲۵

- ۵ اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی ...
حمید سلیمی، منصور سودانی
- ۲۵ اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق
سکینه عباسی، بورندرق، معصومه آموزده، بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی، سید داوود حسینی نسب
- ۴۷ اثربخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بد رفتاری شده در دوران کودکی
سمیرا اصغری، سید علی کیمیایی، حسین کارشکی
- ۶۴ مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان گروهی هیجان مدار...
سمانه حاتمی، مسعود خاکپور، محمد رضا صفاریان
- ۸۷ تاثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی ...
پدرام بهرامی فر، آرزتا دلفان آذری، کامیان خزایی کوهر
- ۱۰۲ مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن ...
منیره پورفرهانی، حسین شاره، فاطمه حاجی اربابی
- ۱۳۳ اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی-حرکتی ...
فاطمه رحمانی مقدم، زهرا باقرزاده گل مکانی، حسن توزنده جانی، حمید نجات
- ۱۳۹ اثربخشی «برنامه شروع جدید» بر خودکارآمدی والدگری زنان مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق
ذبیح اله عباس پور، فاطمه جهان‌بین، رضا خجسته‌مهر
- ۱۵۶ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران باتشخیص ...
اصغر کامران، مریم منانی پیکانی، سیدرضا میرمهدی
- ۱۷۴ تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر-جنین در زنان با حاملگی ناخواسته: ...
آزاده سالمی قمشه، مرضیه کبودی، علی اکبر فروغی، بیژن کبودی

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۳، شماره ۱، سال ۱۴۰۲

شاپا چاپی: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

پروانه انتشار نشریه: نامه شماره ۷۹۸۲۹ مورخ ۹۷/۱۲/۲۰

و به استناد مجوز ۳/۳/۱۳۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۸/۸ کمیسیون نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی است.

این مجله در پایگاه‌های زیر نمایه می‌شود:

- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)
- پایگاه Google Scholar ، Noormags ، Magiran
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)

مدیر مسئول و سردبیر : دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد

هیأت تحریریه :

نام	تخصص	مرتبه علمی
دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف	روان شناسی	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید امیر امین یزدی	روان شناسی رشد	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر جلیل باباپور خیرالدین	روان شناسی	استاد دانشگاه تبریز
دکتر نورمحمد بخشانی	روان شناسی بالینی	استاد علوم پزشکی زاهدان
دکتر احمد بر جلی	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر محمدعلی بشارت	روان شناسی بالینی	استاد دانشگاه تهران
دکتر عبدالله شفیح آبادی	مشاوره	استاد دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر جواد صالحی فدردی	روان شناسی بالینی و سلامت	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر کیومرث فرح بخش	مشاوره	دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی	مشاوره	استاد دانشگاه فردوسی مشهد
دکتر سید علی کیمیایی	مشاوره	دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

داوران این شماره :

قاسم آهی، معصومه اسلامی، جلیل باباپور، ابوالفضل بخشی پور، مریم بردبار، صفورا جمشیدی، زهرا حسین زاده ملکی، سید روح الله حسینی، مسعود خاکپور، سکینه سلطانی کوهبانی، کسری شریفی، جعفر طالبیان شریف، فرزانه طیرانی نجاران، زهره عدالتی، محمد محمدی پور، سپیده مشایخی قویونلو، مجید معینی زاده، وحیده مومنیان، ناصر یوسفی.

مدیر اجرایی و کارشناس مجله : اعظم جنتی فر

ویراستار: دکتر شهربانو عالی، دکتر عباس فیروزآبادی

مجله در ویراستاری، تنظیم و تلخیص مطالب آزاد است. ترتیب مقاله ها نشان دهنده ارزش علمی یا شخصیت نویسندگان نیست. دیدگاه های مندرج در نوشته ها الزاما مبین نظر مجله نیست.

☆ برای دریافت راهنمای نگارش مقاله، لطفا به وبگاه مجله مراجعه نمایید. ☆

نشانی دفتر مجله: مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،

صندوق پستی ۱۵۱۸- کد پستی ۹۱۷۷۹۴۸۹۹۱

دور نگار : ۰۵۱۳ ۸۸۰۷۳۳۸

تلفن : ۰۵۱۳ ۸۸۰۳۶۹۶

آدرس وبگاه مجله : <https://tpccp.um.ac.ir>

فهرست مندرجات

- ۵ اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریانی ...
حمید سلیمی، منصور سودانی
- ۲۵ اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق
سکینه عباسی بورندرق، معصومه آزموده، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، سید داوود حسینی نسب
- ۴۷ اثربخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بد رفتاری شده در دوران کودکی
سمیرا اصغری، سید علی کیمیایی، حسین کارشکی
- ۶۴ مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان گروهی هیجان مدار ...
سمانه حاتمی، مسعود خاکپور، محمد رضا صفاریان
- ۸۷ تأثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه های اجتناب شناختی ...
پدرام بهرامی فر، آریتا دلفان آذری، کامیان خزایی کوهپیر
- ۱۰۲ مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن ...
منیره پورفرهانی، حسین شاره، فاطمه حاجی اربابی
- ۱۲۳ اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی ...
فاطمه رحمانی مقدم، زهرا باقرزاده گل مکانی، حسن توزنده جانی، حمید نجات
- ۱۳۹ اثربخشی «برنامه شروع جدید» بر خود کارآمدی والدگری زنان مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق
ذبیح اله عباس پور، فاطمه جهان بین، رضا خجسته مهر
- ۱۵۶ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه در بیماران با تشخیص ...
اصغر کامران، مریم منانی پیکانی، سیدرضا میرمهدی
- ۱۷۴ تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل بستگی مادر- جنین در زنان با حاملگی ناخواسته: ...
آزاده سالمی قمشه، مرضیه کبودی، علی اکبر فروغی، بیژن کبودی



The Effectiveness of Solution-Focused Brief Couple Therapy on Increasing Couples' Marital Self-Regulation and Emotional Distress Tolerance¹

Hamid Salimi

M.A. in Family Counselling, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: hamid.salimi72@gmail.com

Mansour Sodani

Professor, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author), Email: sodani_m@scu.ac.ir

Recived: 2022-06-09	Revised: 2023-03-06	Accepted: 2023-05-31	Published: 2023-07-22
Citation: Salimi, H., & Sodani, M. (2023). The Effectiveness of Solution-Focused Brief Couple Therapy on Increasing Couples' Marital Self-Regulation and Emotional Distress Tolerance. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 5-24. doi: 10.22067/tpccp.2023.76695.1287			

Abstract

Introduction

Family as a dynamic system embraces a number of subsystems, the most important of which is spouse subsystem. Couple's ability in marital self-regulation is a significant factor determining the quality of their interactions. Marital self-regulation refers to the ability of couples to change their beliefs, emotions, and behaviors. It has two dimensions: communication regulation and communication effort. The ability of adapting needs, preferences, and expectations to spouse determines the ability of couples in marital self-regulation. Another determining factor governing couples' relationship is emotional distress tolerance. According to Simons and Gaher (2005), distress tolerance consists of four aspects of tolerance, appraisal, absorption, and regulation. Distress tolerance is defined as the ability of experiencing and tolerating negative and stressful internal and environmental discomforts. Tavares and Aassve (2013) showed that low distress tolerance is related to poor marital relationship and is a factor of failure in marriage. Solution-focused approach has been taken by some therapists for a variety of family therapies, people with mental disabilities, domestic violence, people with substance abuse disorders, marital intimacy, and sexual disorders. This approach has been proved to be effective. Since couples' inability to tolerate marital distress and self-regulation causes disturbed marital interactions, this study was conducted to answer the following question: Does the effect of short-term solution-focused couples therapy on couples' increasing marital self-regulation and emotional distress tolerance and its components last to the one-month follow-up stage?

Method

This semi-experimental study used a pre-test, post-test, follow-up design. The statistical population includes all couples who visited private and government counseling centers in Ilam city in 2021. Purposive sampling method was used and participants were randomly divided into experimental and control groups. Considering the inclusion and exclusion

1. Extracted from Master's thesis defended in Counselling Department, Shahid Chamran University of Ahvaz



criteria, from among 25 volunteered couples (50 people), 12 couples (6 couples for experimental group and 6 couples for the control group, totally 24 people) were selected. Moreover, the treatment was conducted in 36 sessions, 90 minutes every session (6 sessions for each couple).

Marital Self-regulation Questionnaire and Distress Tolerance Scale were used as the instruments of the study. Marital self-regulation questionnaire (behavioral self-regulation for effective relationships scale) was developed by Wilson et al. (2005). This questionnaire consists of 16 items that evaluate communication regulation and communication effort. The Distress Tolerance Scale is a 15-item self-report measure of emotional distress tolerance developed by Simons and Gaher (2005). This questionnaire consists of four subscales of tolerance, appraisal, absorption, and regulation. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (ANCOVA).

Results

The results of univariate covariance analysis for the post-test scores of marital self-regulation components showed that F for communication regulation is 381.374 ($p < 0.001$) and communication effort is 248.74 ($p < 0.001$). These results show that there is a significant difference between experimental and control groups regarding communication effort and communication regulation among couples in the post-test stage, and short-term solution-focused treatment improves couples' communication effort and communication regulation. Moreover, F ratio of univariate covariance analysis for communication self-regulation ($F = 442.521$ and $p < 0.001$) and communication effort ($F = 779.855$ and $p < 0.001$) indicates the persistence of the effectiveness of this treatment until follow-up stage. The results of univariate covariance analysis on post-test scores of distress tolerance components for couples show that F ratio for tolerance is 8.262 ($p < 0.001$), for absorption is 280.05 ($p < 0.001$), for appraisal is 230.37 ($p < 0.001$), and for regulation is 0.800 ($p = 0.383$). The results of univariate covariance analysis on follow-up scores of distress tolerance components show that F ratio for tolerance is 622.403 ($p < 0.001$), for absorption is 753.943 ($p < 0.001$), for appraisal is 237.887 ($p < 0.001$), and for regulation is 0.047 ($p = 0.831$), which show the persistence of the effectiveness of the treatment until the follow-up stage.

Discussion and Conclusion

This study aimed to investigate the impact of short-term solution-focused couple therapy on improving couples' marital self-regulation and distress tolerance and their components. The results showed that this treatment had a significant impact on improving the aspects of couples' marital self-regulation and tolerating general distress, and this impact lasts until the follow-up stage. But the effectiveness of this treatment was not confirmed for couples' emotion regulation regarding distress tolerance. One can say that, through adopting a positive position and focusing on the present and future, solution-focused treatment can create hope in couples. This therapy endeavors to guide couples towards a more compatible life by focusing on and identifying couples' internal and external capabilities.

Keywords: Solution-Focused Brief Couple Therapy, Marital Self-regulation, Tolerance of Emotional Distress

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین

حمید سلیمی ^{ID}دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. hamid.salimi72@gmail.comمنصور سودانی ^{ID}استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)، sodani_m@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: سلیمی، حمید؛ سودانی، منصور. (۱۴۰۲). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۲۴-۵. doi: 10.22067/tpccp.2023.76695.1287			

چکیده

هدف: ازدواج یکی از مهم‌ترین تصمیم‌گیری‌ها در زندگی هر فرد، و رضایت‌مندی از ازدواج یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی است. این پژوهش با هدف اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین انجام گرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، کلیه زوجین متعاضد مراجع‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام بود؛ براین اساس ۱۲ زوج متقاضی دریافت مشاوره، با روش نمونه‌گیری داوطلب - هدفمند تعیین و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه کنترل (۶ زوج، ۱۲ نفر) و آزمایش (۶ زوج، ۱۲ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به دو سبج خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. جلسات مشاوره به‌صورت زوجی اجرا شد و هر زوج در ۶ جلسه (جمعاً ۳۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته) تحت مداخله درمانی مبتنی بر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی استنباطی (تحلیل کوواریانس) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور موجب بهبود خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی هیجانی زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری شده است؛ بنابراین، باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور روش مناسبی برای بهبود زوجین دچار مشکل در خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی زوجین بوده است.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور، خودتنظیمی زناشویی، تحمل پریشانی هیجانی

مقدمه

خانواده حیاتی ترین نهاد اجتماعی و یکی از مهم ترین تعیین کننده های بهداشت روان افراد، سیستمی هیجانی است که آسیب های وارده به آن کل ابعاد روانی - اجتماعی زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (Goldenberg, 2012). ازدواج نیز یکی از مهم ترین رویدادهایی است که اغلب افراد در یکی از مراحل رشد برای رفع نیازهای عاطفی - جسمانی و رشد روانی - اجتماعی به آن روی می آورند؛ از ابتدای شکل - گیری تمدن ازدواج، عشق و صمیمیت به عنوان یک محرک اجتماعی و روان شناختی مورد تأکید مردم بوده است (Behbahani & Zolfaghari, 2021).

استحکام و بهبود رابطه زناشویی از اهمیت بسیاری برخوردار است زیرا بخش مهمی از بافت اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده و تربیت نسل آینده را بر عهده دارد. در عین حال رابطه زناشویی عاری از تعارض نیست و تعارضات زناشویی یکی از بخش های جدایی ناپذیر زندگی همسران است که در صورت عدم رسیدگی به آن رابطه عاطفی روبه زوال رفته و زوجین را با نارضایتی روبرو می کند (Besharat et al., 2017). آمارهای اخیر نشان می دهند که بیش از یک سوم ازدواج ها در کشورهای توسعه یافته به طلاق ختم می - شود (Bunt & Hazelwood, 2017). همچنین اطلاعات مربوط به آمار ازدواج و طلاق ایران در سال ۱۳۹۸ حاکی از آن است که میزان طلاق در ایران از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۸ افزایش ۲۸ درصدی داشته است (Iran, 2021). با این اوصاف و سرعت انحلال روابط زناشویی در ایران و جهان و در نتیجه، روند افزایشی کودکان طلاق و آسیب های جبران ناپذیر این پدیده برای خانواده ها و جوامع، نگرانی مردم، متخصصان و سیاستمداران این عرصه را برانگیخته است.

یکی از عواملی که در تعیین کیفیت و پایداری رابطه زناشویی بسیار اثرگذار است، توانایی خودتنظیمی زناشویی^۱ زوجین است. خودتنظیمی زناشویی دارای دو بُعد نظم بخشی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی است و به طور کلی به توانایی زوجین در تغییر باورها، هیجانات و رفتارها؛ همچنین انطباق آنها با ترجیحات همسر و کارآمدی رابطه اشاره دارد؛ به بیان دیگر، این که زوجین تا چه اندازه از توانایی خودتنظیمی برخوردارند و تا چه اندازه بر رفتارهای خودتنظیمی نظارت دارند می تواند رضایت زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (Wilson et al., 2005)؛ (Knapp et al., 2015)؛ شافر و همکاران (Shafer et al., 2016) در پژوهشی عدم توانایی زوجین در خودتنظیمی را با کاهش رضایت و ثبات زناشویی مرتبط دانستند، این محققان اضافه کردند، از آنجا که توانایی خودتنظیمی زوجین باعث می شود آنها از جهات مختلف هیجانی و رفتاری برای

1. marital self-regulation

حفظ رابطه تلاش کنند، یک متغیر حساس در رابطه زوجی محسوب می‌شود. برنان و همکاران (Brennan et al., 2014) نشان دادند زوجینی که از سطح خودتنظیمی بالاتری برخوردارند روابط باثبات‌تر و شادتری با دیگران دارند و حتی نقش این مؤلفه را مهم‌تر از الگوهای ارتباطی حاکم بر رابطه می‌دانند. طبق نظر جیمز و همکاران (James et al., 2015) پایین بودن سطح خودتنظیمی باعث می‌شود زوجین دچار دل‌زدگی زناشویی^۱ شوند؛ دل‌زدگی زناشویی به معنای از پافتادگی روانی، عاطفی و جسمانی است. در نتیجه دل‌زدگی زناشویی و ازپافتادگی روانی، عاطفی و جسمانی، ممکن است زوجین رابطه خود را تمام شده در نظر بگیرند و درصدد جدایی برآیند. نواک و همکاران (Novak et al., 2018) در پژوهشی نشان دادند زوجینی که از خودتنظیمی زناشویی در رابطه استفاده می‌کنند جو عاطفی لذت‌بخش‌تر، ثبات بیشتر و نیز کیفیت، رضایت و صمیمیت زناشویی^۲ بالاتری را تجربه می‌کنند همچنین سطح بالاتر خودتنظیمی در هر یک از زوجین با سطح بالاتر تعهد و بخشش از جانب دیگری در ارتباط است. در مجموع می‌توان گفت که خودتنظیمی، ماهیت مشارکت‌های زوج‌ها در رابطه را مشخص می‌کند. استرس ناشی از رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌تواند ذخایر خودتنظیمی را کاهش دهد و یا تخلیه کند. تخلیه ذخایر خودتنظیمی نیز موجب اختلال در عملکرد شناختی^۳ افراد می‌شود در حدی که افراد در شرایط استرس‌زا بسیار حساس و هیجانی می‌شوند در نتیجه کنترل خود را از دست می‌دهند، در نتیجه ضعف عملکرد شناختی، فرد دچار پریشانی روانی می‌شود (Pournaghash Tehrani et al., 2018).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند جو حاکم بر رابطه زوجی را تحت تأثیر قرار دهد، توانایی یا عدم توانایی هر یک از زوج‌ها در تحمل پریشانی هیجانی^۴ است. با استناد به سیمون و جاهر (Simons & Gaher, 2005) تحمل پریشانی متشکل از چهار بعد تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم هیجان است که به‌عنوان ظرفیت تجربه و تحمل حالات درون روانی و محیطی منفی و استرس‌زا تعریف می‌شود، به بیان دیگر، این که تا چه اندازه افراد توانایی تحمل شرایط اضطراب‌زا را دارند و می‌توانند به‌صورت بهنجار و بدون پناه‌بردن به فعالیت‌های نادرست (مانند مصرف مواد، اجتناب از شرایط استرس‌زا و...) به حل و فصل آن پردازند، توانایی یا عدم توانایی آنها در تحمل پریشانی را نمایان می‌سازد. تاواریس و آسوی (Tavares & Aassve, 2013) در پژوهشی نشان دادند پایین بودن تحمل پریشانی با آشفتگی رابطه زناشویی مرتبط بوده و یکی از عوامل شکست در ازدواج محسوب می‌شود. (Bernstein et al., 2009) با بیان این که عدم توانایی زوجین در تحمل

1. marital boredom

2. marital intimacy

3. cognitive function

4. tolerate emotional distress

شرایط اضطراب‌زا، با ناخشنودی از رابطه زناشویی مرتبط است، نشان دادند، از آنجا که افراد دارای تحمل پریشانی پایین از مواجهه سازنده با شرایط بحرانی زناشویی اجتناب می‌کنند، توانایی حل مسئله در آنها پایین است و چون توانایی حل مسئله از ویژگی‌های ضروری در زندگی است، این افراد از توانایی گذر از موقعیت‌های بحرانی برخوردار نیستند که در نتیجه آن، مشکلات و چالش‌های زناشویی معلق باقی می‌ماند و ممکن است به مرور زمان زوجین را به سمت جدایی سوق دهد (Mead, 2002). محمدپور و همکاران (Mahmoudpour et al., 2018) نشان دادند کسانی که از تحمل پریشانی بالا برخوردارند بیشتر می‌توانند با مسائل و مشکلات زندگی کنار بیایند در نتیجه سطح تعهد زناشویی نیز در آنها بالاتر است. نتایج پژوهش طاهری و محوی (Taheri & Mahvi, 2019) نیز حاکی از آن است که زنان متأهلی که از سطح تحمل پریشانی بالاتری برخوردارند، انتظار آنها از ازدواج واقع‌بینانه‌تر است و به طبع آن از سازگاری زناشویی بالاتری خبر می‌دهند. مید (Mead, 2002) همچنین در بررسی خود از روابط زناشویی و سلامتی زوجین نشان داده که وقتی همسر یک اختلال مزمن داشته باشد، شریک زندگی نیز در معرض خطر قرار می‌گیرد؛ بنابراین توجه به مشکلات و تعارضات زناشویی به‌ویژه افزایش سطح تحمل پریشانی زوجین و بهبود خودتنظیمی زناشویی، از سوی مشاوران خانواده و زوج درمانگران می‌تواند از بروز مشکلات روان‌شناختی و زناشویی و خطرات پس از آن پیشگیری کند.

از جمله روش‌های درمانی مؤثری که می‌تواند در ارتقاء خودتنظیمی زناشویی و بهبود تحمل پریشانی زوجین مؤثر واقع شود، زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور^۱ است. درمان راه حل محور یکی از مدل‌های درمانی هدف‌گرا و آینده‌مدار است که توسط استیو دی شازر و اینسو کیم برگ در پژوهش‌کده روانی واقع در میلواکی تحت تأثیر فعالیت‌های میلتن اریکسون شکل گرفت (Behbahani & Zolfaghari, 2021). این نظریه با دیدگاهی غیر مواجهه‌ای و همکارانه، با تأکید بر نقاط قوت و توانایی‌های درونی و قابلیت‌های محیطی مراجعان در صدد ایجاد راه حل و پیشروی به سمت آینده مطلوب مراجعان برمی‌آید (Neipp et al., 2021). با نگاهی اجمالی بر پیشینه تحقیقی، درمی‌یابیم که از این رویکرد درمانی در موقعیت‌های مختلف درمان خانواده (Gan, 2020)، افراد دارای ناتوانی ذهنی (Roeden et al., 2009)، خشونت خانگی (Banting et al., 2018)، افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد (Kim et al., 2018)، ابعاد صمیمیت زناشویی (Hossieni et al., 2013)، (Hajian & Mohammadi, 2013) و درمان اختلالات جنسی (Trepper et al., 2010) مورد استفاده درمانگران قرار گرفته و نتایج مطلوبی در پی داشته است.

1. solution focused couple therapy

همان‌طور که گفته شد زوجینی که با مشکل تحمل پریشانی و ضعف در خودتنظیمی زناشویی روبه‌رو هستند با مشکلات عدیده درون روانی و رابطه زناشویی و اجتماعی درگیر هستند که باعث اختلال در عملکرد آنها می‌شود که ضروری است روان‌شناسان و مشاوران خانواده با مداخلات تخصصی، در صدد درمان آن برآیند. بنابراین باتوجه به اهمیت سلامت ازدواج و نقش غیرقابل‌انکار آن در بهزیستی روانی اعضای خانواده در شکل‌گیری جامعه‌ای سالم؛ همچنین آمار روبه افزایش طلاق در سال‌های اخیر و نقش مهم خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی زوجین در کیفیت روابط زناشویی، مقاله حاضر برای کشف و پاسخگویی به فرضیه و سؤال زیر انجام گرفت:

فرضیه: زوج درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی زوجین و مؤلفه‌های آنها مؤثر است.

سؤال: آیا اثر ناشی از زوج درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر افزایش خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی زوجین و مؤلفه‌های آنها تا مرحله پیگیری یک‌ماهه ماندگار است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، آزمون پیگیری با گروه آزمایش و کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه آماری، کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی شهر ایلام در سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش روش نمونه‌گیری داوطلب - هدفمند مورد استفاده قرار گرفت. به این شکل که پژوهشگر به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناسی شهر ایلام مراجعه کرد و مسئولین را در جریان چگونگی اجرای پژوهش قرار داد و ضمن توجیه آن‌ها درباره روند اجرای پژوهش، از آنها خواسته شد که زوجین داوطلب را به درمانگر ارجاع دهند. پس از دریافت مشخصات اولیه از مراجعان و توجیه آنها برای شرکت در پژوهش و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و حذفی و اجرای پرسشنامه‌های مربوطه به ترتیب: پرسش‌نامه خودتنظیمی زناشویی و سپس پرسش‌نامه تحمل پریشانی، زوجینی که با ملاک‌های ورود همخوانی داشتند برای ورود به فرایند مداخلات به شکل تصادفی گمارش شدند. ملاک - های ورود عبارت بودند از: قرار داشتن در دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم اختلال سوء مصرف مواد مخدر، تمایل به شرکت در تمام فرایند درمان، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، گذشت بیش از یک سال از مدت ازدواج و کسب نمره یک انحراف پایین‌تر از میانگین در دو پرسشنامه تحمل پریشانی و خودتنظیمی زناشویی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر و داشتن پرونده طلاق. با در نظر گرفتن این شرایط از بین ۲۵ زوج

(۵۰ نفر) داوطلب، ۱۲ زوج (۶ زوج گروه آزمایش و ۶ زوج گروه کنترل، جمعاً ۲۴ نفر) حائز شرایط شناخته شدند. همچنین جلسات درمان به صورت زوجی در ۳۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر زوج ۶ جلسه) انجام گرفت. ضمناً آزمون پیگیری پس از گذشت یک‌ماه اجرا شد و به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، زوجین گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان مداخلات درمانی و ارائه آزمون پیگیری تحت مداخله درمانی قرار گیرند.

ابزارها

پرسشنامه خودتنظیمی زناشویی

پرسشنامه خودتنظیمی زناشویی (BSRERS)^۱ توسط ویلسون و همکاران (Wilson et al., 2005) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است که دو مؤلفه نظم‌بخشی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (Isanejad et al., 2018). نمره‌گذاری پرسشنامه نیز در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ انجام می‌شود و به این صورت که به کاملاً درست ۵ نمره و کاملاً غلط ۱ نمره تعلق می‌گیرد. عیسی‌نژاد و همکاران (Isanejad et al., 2018)، روایی و پایایی این پرسشنامه را در جامعه آماری تمام زوجین ساکن شهر سنج که فرزندان آنها در مدارس این شهر در سال‌های ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند، در میان ۸۳۲ نفر (۴۱۶ زوج) مورد ارزیابی قرار دادند که تراز همسانی درونی عامل خودتنظیمی ارتباطی (۱۰ گویه اول) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳، به روش گاتمن ۰/۷۰ و نیز به روش دونیمه‌سازی اسپیرمن براون ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ استراتژی ارتباطی (گویه‌های ۱۱ تا ۱۶) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و به روش گاتمن ۰/۷۲ و به روش دونیمه‌سازی اسپیرمن براون ۰/۷۰ درصد به دست آوردند. مقادیر آلفای کرونباخ مؤلفه‌های خودتنظیمی زناشویی اعم از تکاپوی ارتباطی و خودتنظیمی ارتباطی در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی مناسب این پرسشنامه در تحقیق حاضر است.

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (EDTS)^۲ یک شاخص خودسنجی است که توسط سیمون و جاهر (Simons & Gaher, 2005) ساخته شد که متشکل از ۱۵ سؤال و چهار خرده‌مقیاس ارزیابی، تحمل، تنظیم و جذب است. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه توانایی‌های فرد را برای ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع، اقدامات تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی و تحمل پریشانی هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌های این ابزار در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا

1. behavioral self-regulation for effective relationships scale (BSRERS)

2. emotional distress tolerance scale (EDTS)

نشانگر تحمل‌پریشانی بالا است (Mahmoudpour et al., 2018). سیمون و جاهر (Simons & Gaher, 2005) میزان آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های تحمل‌پریشانی هیجانی ۰/۷۲، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ۰/۸۲، برآورد ذهنی‌پریشانی ۰/۷۸، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین‌پریشانی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش طاهری و محوی (Taheri & Mahvi, 2019) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد. مقادیر آلفای کرونباخ مؤلفه‌های تحمل‌پریشانی اعم از تحمل‌پذیری، ارزیابی، جذب و تنظیم هیجان در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۸۸ و ۰/۹۱ به دست آمده است.

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، (Azadi, 2011)

جلسه	شرح فعالیت
۱	آشنایی زوجین با اصول و قواعد، ساختار کلی و اثرات درمان راه‌حل‌محور، تعیین چارچوب‌ها
۲	سؤال تغییر پیش از جلسه، هدف‌گزینی، مقیاس‌بندی، کمک به زوجین در تدوین اهداف خود به صورت ملموس، عینی و قابل‌دسترس و همچنین کمک به آنها تا دریابند از یک رویداد و واقعه تعابیر متفاوتی در خانواده استنباط می‌شود تا بتوانند تلقی خود را از مشکلات پیش آمده به شکل مفیدتر تغییر دهند، یکدیگر را تحسین کنند و به منابع و توانایی‌های خود پی ببرند.
۳	پرسیدن سؤال چه چیزی بهتر شده است، مقیاس‌بندی، ایجاد امید در زوجین از طریق کمک به آنها در یافتن استثنائات مثبت در زندگی زناشویی، مقیاس‌بندی، تشویق و تحسین زوجین برای ایجاد راه‌حل‌های جدید و بدیع برای حل مشکلات.
۴	پرسیدن سؤال چه چیزی بهتر شده است، مقیاس‌بندی، برهم زدن الگوهای رفتاری محلی که زوجین تاکنون برای حل مشکل به کار می‌بردند از طریق سؤال معجزه و کمک به آنها در خلق راه‌های دیگر فکر، احساس و رفتار کردن به جای الگوهای عاطفی، فکری و رفتاری ناکارآمد فعلی از طریق سؤال مهم «به جای».
۵	پرسیدن سؤال چه چیزی بهتر شده است، مقیاس‌بندی، ایجاد امید در زوجین، کمک به زوجین برای یافتن استثنائات مثبت زندگی، سؤال نوار ویدئویی برای ترسیم آینده، تعریف و تمجید، سؤال چرخشی.
۶	بررسی نهایی اهداف و پیشرفت‌های حاصله در طول فرایند درمان و بحث درباره تثبیت و افزایش آنها، آماده کردن زوجین برای اتمام جلسات، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و ارائه دو پرسشنامه خودتنظیمی زناشویی و تحمل‌پریشانی هیجانی به عنوان پس‌آزمون.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های آمار توصیفی، دامنه سنی کل نمونه بین ۱۹ تا ۴۱ سال با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۳۴/۰۰ سال و ۶/۰۹۱ سال بود؛ اما دامنه سنی گروه کنترل بین ۲۰ تا ۴۱ سال با میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۴/۱۷ سال و ۶/۶۱۷ سال بود. دامنه سنی گروه آزمایش نیز بین ۱۹ تا ۴۱ سال با میانگین و انحراف

معیار به ترتیب ۳۳/۸۳ سال و ۵/۸۱۳ سال را شامل می‌شد. از بین ۲۴ نفر نمونه پژوهش ۱۲ نفر معادل ۵۰ درصد از نمونه را گروه آزمایش و ۱۲ نفر، گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. از بین ۱۲ نفر گروه کنترل ۶ نفر معادل ۵۰ درصد مرد و ۶ نفر زن بوده‌اند و در گروه آزمایش نیز ۶ نفر مرد و ۶ نفر زن بوده‌اند؛ همچنین از بین گروه کنترل ۶ نفر معادل ۵۰/۰ درصد دارای تحصیلات کاردانی بوده‌اند که بیشترین فراوانی را دارا هستند، ۴ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲ نفر معادل ۱۶/۷ دارای تحصیلات کارشناسی بودند؛ اما در گروه آزمایش ۴ نفر معادل ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد را شامل می‌شدند که بیشترین فراوانی را دارا هستند و ۳ نفر معادل ۲۵/۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و یک نفر معادل ۸/۳ درصد دارای تحصیلات کاردانی بود.

برای آزمون نرمال یا عدم نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. جدول ۲. آزمون نرمال بودن کولموگروف - اسمیرنوف مؤلفه‌ها و متغیرهای پژوهش (مؤلفه‌های خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی)

متغیرها	آماره z	df	P	نتیجه
تکاپوی ارتباطی	۰٫۰۹۰	۲۴	۰٫۲۰۰	توزیع طبیعی
نظم بخشی ارتباطی	۰٫۱۱۴	۲۴	۰٫۰۷۳	توزیع طبیعی
تحمل پذیری	۰٫۰۹۳	۲۴	۰٫۲۰۳	توزیع طبیعی
ارزیابی	۰٫۱۳۶	۲۴	۰٫۰۵۳	توزیع طبیعی
جذب	۰٫۱۱۷	۲۴	۰٫۰۶۹	توزیع طبیعی
تنظیم هیجان	۰٫۰۸۸	۲۴	۰٫۲۱۶	توزیع طبیعی

مقادیر آماره کولموگروف - اسمیرنوف برای همه متغیرهای تکاپوی ارتباطی، نظم بخشی ارتباطی، تحمل پذیری، ارزیابی، جذب و تنظیم هیجان در جدول ۲ نشان داده شده است؛ سطوح معناداری برای همه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند که از لحاظ آماری هیچ کدام معنادار نیستند، به عبارت دیگر فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود.

میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های خودتنظیمی زناشویی اعم از نظم بخشی ارتباطی و تکاپوی ارتباطی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (زوجین)

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظم بخشی ارتباطی	آزمایش	۵/۳۷۶	۱۶/۰۰۰	۴/۰۹۷	۴۴/۳۳۳	۴/۴۰۰	۴۳/۵۰۰

۱۷/۷۵۰	۴/۶۹۲	۱۶/۰۰۰	۵/۳۷۶	۱۵/۷۵۰	۵/۱۵۴	کنترل	
۶/۴۱	۰/۹۹۶	۹/۴۱	۲/۷۵۴	۲۳/۸۳	۳/۱۲۸	آزمایش	تکاپوی ارتباطی
۲۳/۸۳	۲/۷۵۷	۲۴/۲۴	۲/۸۰۰	۲۴/۲۵	۲/۸۰۰	کنترل	
۵۱/۱۶۶	۴/۶۸۴	۵۱/۹۱۶	۴/۸۳۲	۲۷/۱۶۶	۷/۱۳۲	آزمایش	تحمل پریشانی
۲۶/۱۶۶	۶/۱۹۳	۲۶/۵۰۰	۶/۳۱۷	۲۷/۶۶۶	۶/۸۴۰	کنترل	

برای آزمون همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون از آزمون لون استفاده شد. با مشاهده یافته‌های جدول زیر ($p < 0/05$) و عدم معناداری آزمون لون نتیجه می‌گیریم می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. این بدان معناست که قبل از مداخله درمانی، گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس‌ها تجانس دارند.

جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های لون متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح p
نظم‌بخشی ارتباطی	۰/۳۷۵	۱	۰/۳۷۵	۰/۱۴۰	۰/۹۰۸
تکاپوی ارتباطی	۱/۰۴۲	۱	۱/۰۴۲	۰/۱۱۸	۰/۷۳۴
تحمل پریشانی	۱/۵۰۰	۱	۱/۵۰۰	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲
تحمل‌پذیری	۱/۰۴۲	۱	۱/۰۴۲	۰/۵۶۰	۰/۴۶۲
مؤلفه جذب	۰/۶۶۷	۱	۰/۶۶۷	۰/۳۵۶	۰/۵۵۷
ارزایی زوجین	۲/۰۴۲	۱	۲/۰۴۲	۰/۴۸۵	۰/۴۹۳
مؤلفه تنظیم هیجان	۱/۵۰۰	۱	۱/۵۰۰	۰/۱۶۳	۰/۶۹۰

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های خودتنظیمی زناشویی برای زوجین

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
نظم‌بخشی ارتباطی	۴۸۵۲/۲۷۹	۱	۴۸۵۲/۲۷۹	۳۸۱/۳۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۵۰
تکاپوی ارتباطی	۱۲۳۴/۶۷۳	۱	۱۲۳۴/۶۷۳	۲۴۸/۷۴۷	۰/۰۰۰	۰/۹۲۶

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای نظم‌بخشی ارتباطی ($F=381/374$ و $p=0/000$) و تکاپوی ارتباطی ($F=248/747$ و $p=0/000$) به دست آمده است.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که در متغیرهای تکاپوی ارتباطی و نظم‌بخشی ارتباطی زوجین بین گروه‌های آزمایش و گواه برای زوجین در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشته و درمان کوتاه مدت راه

حل محور موجب بهبود تکاپوی ارتباطی و نظم بخشی ارتباطی زوجین شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پس آزمون مؤلفه های تحمل پریشانی برای زوجین

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل پذیری زوجین	۱/۱۴۳	۱	۱/۱۴۳	۸/۲۶۲	۰/۰۱۰	۰/۳۱۵
جذب زوجین	۴۳۲/۱۳۱	۱	۴۳۲/۱۳۱	۲۸۰/۰۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۴۰
ارزیابی زوجین	۱۳۵۲/۸۵۳	۱	۱۳۵۲/۸۵۳	۲۰۳/۳۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲۸
تنظیم هیجان زوجین	۲/۹۵۱	۱	۲/۹۶۱	۰/۸۰۰	۰/۳۸۳	۰/۰۴۳

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای تحمل پذیری زوجین ($F=۸/۲۶۲$ و $p=۰/۰۱۰$)، جذب زوجین ($F=۲۸۰/۰۵۸$ و $p=۰/۰۰۰$)، ارزیابی زوجین ($F=۲۳۰/۳۷۹$ و $p=۰/۰۰۰$) و تنظیم هیجان زوجین ($F=۰/۸۰۰$ و $p=۰/۳۸۳$) به دست آمده است. این یافته ها نشان می دهد که در متغیرهای تحمل پذیری، جذب و ارزیابی بین گروه های آزمایش و گواه برای زوجین در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشته و درمان کوتاه مدت راه حل محور موجب بهبود این متغیرها شده است، ولی تنظیم هیجان زوجین بین گروه های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود نداشته شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پیگیری مؤلفه های خودتنظیمی زناشویی برای زوجین

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودنظم بخشی ارتباطی	۴۴۳۹/۹۰۳	۱	۴۴۳۹/۹۰۳	۴۴۲/۵۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷
تکاپوی ارتباطی	۱۷۳۶/۶۲۹	۱	۱۷۳۶/۶۲۹	۷۹۹/۸۵۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۶

همان طور که در جدول ۷ مشاهده می شود، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای خودنظم بخشی ارتباطی ($F=۴۴۲/۵۲۱$ و $p=۰/۰۰۰$) و تکاپوی ارتباطی ($F=۷۷۹/۸۵۵$ و $p=۰/۰۰۰$) به دست آمده است. این یافته ها نشان می دهد که در متغیرهای تکاپوی ارتباطی و خودنظم بخشی ارتباطی بین گروه های آزمایش و گواه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته و درمان کوتاه مدت راه حل محور موجب بهبود تکاپوی ارتباطی و خودنظم بخشی ارتباطی زوجین شده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پیگیری مؤلفه‌های تحمل پریشانی برای زوجین

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
تحمل‌پذیری زوجین	۵۵۲/۸۳۶	۱	۵۵۲/۸۳۶	۶۲۲/۴۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۷۲
جذب زوجین	۶۵۲/۲۶۴	۱	۶۵۲/۲۶۴	۷۵۳/۹۴۳	۰/۰۰۰	۰/۹۷۷
ارزیابی زوجین	۱۷۸۱/۷۹۷	۱	۱۷۸۱/۷۹۷	۲۳۷/۸۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳۰
تنظیم هیجان زوجین	۰/۳۰۳	۱	۰/۳۰۳	۰/۰۴۷	۰/۸۳۱	۰/۰۰۳

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای تحمل‌پذیری ($F=۶۲۲/۴۰۳$ و $p=۰/۰۰۰$)، جذب ($F=۷۵۳/۹۴۳$ و $p=۰/۰۰۰$)، ارزیابی ($F=۲۳۷/۸۸۷$ و $p=۰/۰۰۰$) و تنظیم هیجان ($F=۰/۰۴۷$ و $p=۰/۸۳۱$) به‌دست آمده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در متغیرهای تحمل‌پذیری، جذب و ارزیابی زوجین بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته و اثر درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور پس از یک ماه در این متغیرها ماندگار بوده ولی تنظیم هیجان زوجین بین گروه‌های آزمایش و گواه برای زوجین در مرحله پیگیری نیز معنادار نبوده است.

نتیجه

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر بهبود خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی زوجین و مؤلفه‌های آنها بود. نتایج نشان داد که این درمان بر بهبود ابعاد خودتنظیمی زناشویی و تحمل پریشانی کلی زوجین تأثیر معنی‌دار داشته و این اثر تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است؛ اما اثربخشی این درمان بر مؤلفه تنظیم هیجان زوجین در متغیر تحمل پریشانی تأیید نشد. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل محور بر خودتنظیمی زناشویی می‌توان گفت نیپ و همکاران (Neipp et al., 2021) و استرنبرگ (Eisenberg, 2017) با بیان اینکه، فرایندهای خودتنظیمی، خودکنترلی، عملکرد اجرایی، کنترل تکانه و تکانشگری، ریسک‌پذیری، کنترل شناختی و رفتار بازداری نقش بسیاری در کیفیت روابط، چه روابط اجتماعی و چه روابط زناشویی دارند، نشان دادند سؤالات مربوط به رویکرد راه‌حل محور بیشتر از سؤالات مشکل محور باعث افزایش عواطف مثبت، کاهش عواطف منفی و افزایش خودکارآمدی در آزمودنی‌ها شده‌اند و از بین سؤالات راه‌حل محور، سؤال معجزه بیشترین تأثیر مثبت را بر روی متغیرهای گفته شده داشته است؛ همچنین سؤالات راه‌حل محور بیشتر از سؤالات مشکل محور باعث ایجاد جهت‌گیری هدفی در آزمودنی‌ها شده که در این میان، سؤال مقیاسی بیشترین تأثیر را در این زمینه‌ها

نشان داده است.

با مروری بر ادبیات راه‌حل محور درمی‌یابیم که این نظریه، در موقعیت‌های مختلف و مراجعین مختلف اعم از فرد، زوج، خانواده مشکلات متفاوت مانند تعارضات زناشویی و خانوادگی، خشونت خانگی، پیشگیری از خودکشی، افراد دارای سوء مصرف مواد، ابعاد صمیمیت زناشویی اثربخشی قابل توجهی نشان داده است است (Banting et al., 2018); (Roeden et al., 2009) (Kim et al., 2018) (Fiske, 2017) (Hajian & Mohammadi, 2013) این رویکرد درمانی با اتخاذ موضعی انعطاف‌پذیر، غیر قضاوتی و همدلانه و ایجاد یک جو مثبت در فرایند مشاوره با تشویق و تحسین مراجع برای هدف‌گذاری مستقل و پیگیری ریزینانه دستاوردهای هرچند کوچک باعث می‌شود آنان از خودسرزنشگری دست کشیده و با تأکید بر منابع درونی و بیرونی خود در جهت ایجاد آینده‌ای بهتر گام بردارند. خودتنظیمی زناشویی به‌عنوان فرایندی پیش‌رونده و قابل تقویت و ترمیم، به آمادگی هدف‌گزینی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف و آمادگی برای مواجهه سازنده با موانع رسیدن به اهداف گفته می‌شود؛ براین اساس استرنبرگ (Eisenberg, 2017) نشان داد، سؤالات راه‌حل محور می‌توانند به تحقق این هدف یعنی افزایش خودتنظیمی در راستای هدف-گزینی کمک کنند. یک زندگی زناشویی باثبات و رشددهنده، نیازمند هدفمندی، تلاش و کوشش زوجین و تکاپو برای سازگاری بیشتر و پذیرش تفاوت‌های همدیگر است و در خلأ به وجود نمی‌آید. در رویکرد راه‌حل محور ایجاد هدف از سوی درمانگر اتفاق نمی‌افتد بلکه تلاش می‌شود تا از طریق سؤالات هدفمند مانند سؤال معجزه، سؤال فردا، سؤال آینده ترجیحی و... مراجعان را ترغیب به هدف‌گزینی و از طریق سؤالات نگرشی، سؤال قدرت، سؤال استثناء و... مراجعان به منابع درونی و بیرونی خود برای رسیدن به اهداف تعیین شده آماده و مجهز شوند (Behbahanei et al., 2021). این یافته‌ها با نتایج یافته‌های بیلگ و انجین (Bilge & Engin, 2016)، کرسول و همکاران (Creswell et al., 2017)، لی و همکاران (Li et al., 2018)، رودن و همکاران (Roeden et al., 2009)، ژانگ و همکاران (Zhang et al., 2018)، فیسکه (Fiske, 2017)، والوسک (Valusek, 2021)، سلگمن (Seligman, 2017)، یاردلی و همکاران (Yardley et al., 2019) مرتبط است.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر بهبود تحمل‌پذیری زوجه می‌توان گفت: درمان راه‌حل محور به درمان امیدواری شهرت دارد، چرا که از غرق شدن مراجعان در مشکلات جلوگیری می‌کند، بر توانایی‌های مراجعان تمرکز می‌کند و سعی دارد از طریق شناسایی منابع و توانمندی‌های درونی، مراجعان آینده‌بهتری برای آنان رقم بزند. محمودپور و همکاران (Mahmoudpour et al., 2018) در تحقیقی بیان کردند افراد با سطح تحمل‌پذیری بالا، به دلیل توانایی بالایی که در کنار آمدن با شرایط

استرس‌زای زندگی دارند، از میزان تعهد زناشویی بالاتری نیز خبر می‌دهند. درمان راه‌حل محور با ایجاد رابطه‌ی حسنه با مراجعان، همدلی و از طریق استفاده از سؤالات درمان‌بخش مانند سؤال استثنا بر میزان تحمل پریشانی کلی زوجین اثر مثبت می‌گذارد (Bilge & Engin, 2016). از آنجا که تحمل پریشانی به معنای تحمل شرایط استرس‌زای زندگی است، مشاور سعی می‌کند زوجین را به گذشته بازگرداند، گذشته‌ای که فرد و زوج توانسته‌اند به‌خوبی شرایط اضطراب‌آور را با همکاری یکدیگر تحت کنترل درآورند و آن را حل و فصل کنند؛ همچنین با ارائه‌ی تکالیف مثبت و امیدوارکننده مانند تکلیف جلسه‌ی نخست، تمرکز زوجین را به مواردی جلب می‌کنند که از اکنون تا جلسه‌ی آینده به شرایطی دقت کنند که به‌خوبی توانسته‌اند حداقل یک وضعیت استرس‌زا را مدیریت کنند یا از اکنون تا جلسه‌ی آینده به رابطه‌ی زناشویی خود دقت کنند و حداقل یک وضعیت استرس‌زا را که توانسته‌اند با کمک همسر بر آن فائق آیند را یادداشت و در جلسه‌ی بعد گزارش دهند. از آنجا که درمان راه‌حل محور باعث می‌شود زوجین به خودکارآمدی برسند و منابع درونی و توانایی‌های خود در مقابله‌ی مؤثر با مشکلات را کشف کنند، باعث می‌شود زوجین نه تنها در مشکلات غرق نشوند، بلکه با امیدواری بیشتر به مقابله‌ی صحیح با آنها بپردازند. از طرفی درمان راه‌حل محور با یک نگاه سیستمی توجه زوج را به منابع بیرونی و شبکه‌ی اجتماعی زوج برای کمک گرفتن از آنها در جهت ایجاد یک زندگی بانشاط باعث می‌شود این تغییرات مثبت در طول زمان پایدار بمانند. این نتایج با نتایج یافته‌های توماس و براچ (Thomas & Brausch, 2020)، بهبهانی و همکاران (Behbahanei et al., 2021)، مجرد و همکاران (Mojarrad et al., 2019)، جلالی و همکاران (Jalali et al., 2018) و محمدیاری و حسینیان (Mohammadyari & Hoseinian, 2018) مرتبط است.

همان‌طور که بیان شد، زوج‌درمانی راه‌حل محور موجب بهبودی تحمل پریشانی کلی زوجین شده است، اما اثربخشی این درمان بر بهبود تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی تأیید نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: تحمل پریشانی به‌عنوان یک ساختار فرا هیجانی در نظر گرفته می‌شود و با ساختارهای مربوط به هیجان، مانند حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان و اجتناب تجربه‌ای مرتبط است (Bernstein et al., 2009). افراد دارای حساسیت اضطرابی نسبت به علائم اضطرابی حساسیت بالایی دارند و اغلب در حال تجربه‌ی نگرانی‌های خاص درباره‌ی اوضاع درون‌روانی و محیطی بوده که گاهی اوقات با حملات عصبی همراه است. به نظر می‌رسد مشکل در تنظیم هیجان با حساسیت اضطرابی مرتبط است چون این افراد نیز تا حد زیادی در برقراری تعادل بین افکار، هیجانات و رفتارها ناموفق عمل می‌کنند (Esmaeilnasab et al., 2014). از سوی دیگر زمانی که مشکل در تنظیم هیجان شدید است نیاز به دریافت روان‌درمانی فردی و حتی دریافت کمک حرفه‌ای از روان‌پزشک جهت مصرف دارو برای کنترل وضعیت

درون روانی و بین‌فردی بیشتر احساس می‌شود و از آنجا که مداخلات این پژوهش به صورت زوجی انجام گرفت، تمرکز بر بهبود رابطه زوجی، بیشتر از درمان اختلال فردی بود، به همین جهت می‌توان دلیل احتمالی اثربخش نبودن این رویکرد بر تنظیم هیجان فرد را عدم تمرکز بر درمان اختلال فردی دانست. از طرف دیگر، به نظر می‌رسد مشکل در تنظیم هیجان به تعداد جلسات بیشتری نیاز داشته باشد (جلسات درمانی در این پژوهش شش جلسه بود)، به دلیل این که اجتناب شناختی و تجربه‌ای از ویژگی‌های افراد دارای تحمل‌پذیری پایین و ضعف در تنظیم هیجان است، ممکن است در بعضی موارد نقش خود در بروز مشکلات را انکار کنند، به بیان دیگر در درمان نقش شاکی یا تماشاچی داشته و تمایلی به تغییر این حالات نداشته باشند، به همین جهت مشاور راه‌حل محور احتمالاً باید تعداد جلسات را افزایش دهد تا نقش مراجع از ملاقات‌کننده و شاکی، به مشتری و تغییردهنده احوال خود تغییر کند.

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، اثربخشی این درمان به متغیرهای ذکر شده تا مرحله پیگیری ماندگار بود. در تبیین ماندگاری اثر درمان می‌توان گفت در این رویکرد، با تبعیت از رویکردهای سیستمی، درمانگر تلاش می‌کند از طریق سؤالات چرخشی و رابطه محور بین زوجین تعامل سازنده ایجاد کند تا اتاق مشاوره به عنوان اهرمی برای تنظیم ارتباط آنها عمل کند. در این رویکرد درمانی، درمانگر تلاش می‌کند با تکرار مداوم تکنیک‌های درمانی مانند سؤال معجزه، سؤال مقیاسی، سؤال هدف‌مدار، سؤال «به‌جای» و.. تغییر را تثبیت کند؛ همچنین با توجه به این که این رویکرد درمانی باعث ایجاد امیدواری در زوجین می‌شود و در طول جلسات آنها را آماده مواجهه مثبت با شرایط استرس‌زای زندگی زناشویی می‌کند، انتظار می‌رود اثرات مثبت مداخلات، در طول زمان حفظ شوند (Seligman, 2017).

به‌طور کلی نتایج این پژوهش از تأثیر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر بهبود خودتنظیمی زناشویی و تحمل‌پذیری کلی زوجین حمایت می‌کند؛ بنابراین، به روان‌شناسان و مشاورانی که در مراکز مشاوره، شوراهای حل اختلاف و سایر ارگان‌هایی که در حیطه مشکلات زناشویی فعالیت می‌کنند پیشنهاد می‌شود از این نظریه در جهت حل مشکلات زناشویی استفاده نمایند. اگرچه نتایج کلی یافته‌های این تحقیق حاکی از اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل محور بر تحمل‌پذیری زوجین مورد تأیید است، اما از آنجا که اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل محور بر یک مورد از خرده مقیاس‌های تحمل‌پذیری (تنظیم هیجان) تأیید نشد، به زوج درمانگران تابع این نظریه توصیه می‌شود در صورت مواجهه با زوجین دارای مشکل در تنظیم هیجان، در صورت لزوم یا در کنار درمان زوجی، آنها را به یک روان‌شناس بالینی یا متخصصی که در این حیطه خاص به صورت تخصصی فعالیت می‌کند ارجاع دهند و یا پروتکل درمانی راه‌حل محور را با نیاز این قشر از مراجعان

تغییر داده و تعداد جلسات درمانی را نیز افزایش دهند زیرا تمرین و تکرار رفتار مطلوب و تکنیک‌های درمانی باعث افزایش اثربخشی درمان می‌شود. به علاوه، مانند هر پژوهش دیگری، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله آنکه این پژوهش منحصر به زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام بود؛ بنابراین توصیه می‌شود در تعمیم نتایج به سایر زوجین ناسازگار با احتیاط عمل شود. همچنین در این پژوهش وضعیت اجتماعی - اقتصادی گروه آزمایش و کنترل، کنترل نشد. به علاوه تحصیلات افراد حاضر در نمونه دیپلم و بالاتر از دیپلم بود؛ بنابراین ممکن است اثربخشی این درمان بر افراد دارای تحصیلات پایین‌تر متفاوت باشد. در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز با کد اخلاق EE/1400.2.24.46384/Scu.ac.ir می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Azadi, Z. (2011). *Comparing the Effectiveness of Rational-Emotive-Behavior Therapy and Solution-Focused Therapy for Divorcing Couples on Reducing their Marital Problems and Maladjustment*. Master Thesis in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad .
- Banting, R., Butler, C., & Swift, C. (2018). The adaptation of a Solution Focused Brief Therapy domestic violence perpetrator programme: a case study with a client with a learning disability. *Journal of Family Therapy*, 40(4), 489-502. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12186>
- Behbahanei, M., Zolfaghari, M., & Hobbi, M. B. (2021). The Effectiveness of Solution-Based Couple Therapy on Communication Patterns and Emotion Control of Disturbed Women. *Applied Family Therapy*, 1(4), 18-37. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=805506> (In Persian)
- Behbahani, M., & Zolfaghari, M. (2021). The Effectiveness of Solution-Focused Couple Therapy on Cognitive Flexibility of Couples Seeking Divorce. *Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology*, 3(1), -. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=824299> (In Persian)
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior therapy*, 40(3), 291-301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>
- Besharat, M. A., Khalili Khezrabadi, M., & Rezazadeh, S. M. R. (2017). The mediating role of difficulty of emotion regulation in the relationship between early maladaptive schemas and marital problems. *Family Psychology*, 3(2), 27-44. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=542976> (In Persian)
- Bilge, A., & Engin, E. (2016). Effectiveness of the solution focused therapy which is based on interpersonal relationship theory: retrospective investigation/Kisilerarasi iliskiler

- kurami temelli cozum odakli terapisinin etkinligi: Geriye donuk bir inceleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 261-270. <https://doi.org/10.5455/apd.213725>
- Brennan ,M. A., Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2014). Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/14733145.2014.914549>
- Bunt, S., & Hazelwood, Z. J. (2017). Walking the walk, talking the talk: Love languages, self-regulation, and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 24(2), 280-290. <https://doi.org/10.1111/pere.12182>
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., & Cooper, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(7), 529-539. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30149-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30149-9)
- Eisenberg, N. (2017). Commentary: What's in a word (or words)—on the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology—reflections on Nigg (2017). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 384-386. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12707>
- Esmailnasab, M., Andami-Khoshek, A., Azarmi, H., & Samar Razhi, A. (2014). The Predicting Role of Difficulties in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Students' Addiction Potential. *Research on Addiction*, 8(29), 49-69. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=459698> (In Persian)
- Fiske, H. (2017). Solution-focused brief therapy and suicide prevention. *International Journal of Brief Therapy and Family Science*, 7(1), 1-2. https://doi.org/10.35783/ijbf.7.1_1
- Gan, C. (2020). Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) with individuals with brain injury and their families. *NeuroRehabilitation*, 46(2), 143-155. <https://doi.org/10.3233/NRE-192967>
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*.
- Hajian, A., & Mohammadi, S. (2013). The effect of training solution-focused couples therapy on dimensions of marital intimacy. *Pak J Med Sci*, 29(1), 321-324. [https://doi.org/10.12669/pjms.291\(Suppl\).3525](https://doi.org/10.12669/pjms.291(Suppl).3525)
- Hossieni, T., Amiri Majd, M., & GHamari, M. (2013). The effectiveness of solution-focused group counseling in enhancing marital intimacy of married women. *Journal of Health Breeze*, 1(4), 52-58. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=391620> (In Persian)
- Iran, S. C. o. (2021). *Marriage and divorce*. <https://www.amar.org.ir/>
- Isanejad, O., Alipour, E., & Kalhori, S. (2018). Assessment of marital self-regulation in Iranian population: Studying reliability, validity and factor structure of Persian version of Behavioral Self-Regulation for Effective Relationships Scale (BSRERS) in couples. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(2 (24)), 126-147. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=573715> (In Persian)
- Jalali, F., Hashemi, S., Kimiaei, S., Hasani, A., & Jalali, M. (2018). The effectiveness of solution-focused brief couple therapy on marital satisfaction among married prisoners and their wives. *International journal of offender therapy and*

- comparative criminology, 62(10), 3023-3037. <https://doi.org/10.1177%2F0306624X17733662>
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462. <https://doi.org/10.1177%2F1049731516650517>
- Knapp, D. J., Norton, A. M., & Sandberg, J. G. (2015). Family-of-origin, relationship self-regulation, and attachment in marital relationships. *Contemporary Family Therapy*, 37(2), 130-141. <https://doi.org/10.1080/14616730500155170>
- Li, Y., Solomon, P., Zhang, A., Franklin, C., Ji, Q., & Chen, Y. (2018). Efficacy of solution-focused brief therapy for distress among parents of children with congenital heart disease in China. *Health & Social Work*, 43(1), 30-40. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx045>
- Mahmoudpour, A., Farahbakhsh, k., Hossini, B., & Balochzadeh, E. (2018). Prediction of women's marital commitment based on their attachment styles, self-compassion and distress tolerance. *Journal of Family Counseling and psychotherapy*, 8(21(25)), 65-84. https://fcp.uok.ac.ir/article_60857.html (In Persian)
- Mead, D. E. (2002). Marital distress, co-occurring depression ,and marital therapy: A review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 299-314. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01188.x>
- Mohammadyari, E., & Hoseinian, S. (2018). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Solution-Focused (Brief) Therapy on Couples Therapy (Iran, 2006-2017). *The Women and Families Cultural-Educational Journal*, 13(43), 33-59. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=746540> (In Persian)
- Mojarrad, A., Kivi, H. G., & Kiani, A. (2019). The effectiveness of counseling-based solutions focused to reduce the risk of divorce and marital discord in disagreeable women. *Police Women*, 13(31), 20-36. <https://www.magiran.com/paper/2094592> (In Persian)
- Neipp, M. C., Beyebach, M., Sanchez-Prada, A., & Delgado Álvarez, M. d. C. (2۰۲۱). Solution-Focused versus Problem-Focused Questions: Differential Effects of Miracles, Exceptions and Scales. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 728-747. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12345>
- Novak, J. R., Smith, H. M., Larson, J. H., & Crane, D. R. (۲۰۱۸). Commitment, forgiveness, and relationship self-regulation: An actor partner interdependence model of relationship virtues and relationship effort in couple relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(2), 353-365. <https://doi.org/10.1111/jmft.12258>
- Pournaghash Tehrani, S. S., Ghalandarzadeh, Z., Farahani, H., Saberi, S. M., & Pashaei Bahram, M. (2018). Relationship between domestic violence and cognitive functions in women victim of spouse abuse: Mediating role of the self-regulation and psychological Distress. *Journal of Cognitive Psychology*, 6(3), 51-60. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=735507> (In Persian)
- Roeden, J. M., Bannink, F. P., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. (2009). Solution-focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and*

- Practice in Intellectual Disabilities*, 6(4), 253-259. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00226.x>
- Seligman, N. (2017). *Cognitive Emotion Regulation, Distress Tolerance, and Perceived Control Predict Perceived Effectiveness* Fordham University .[
- Shafer, K., James, S. L., & Larson, J. H. (2016). Relationship self-regulation and relationship quality: The moderating influence of gender. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1145-1154. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0294-4>
- Simons, S. J., & Gaher, M. R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*(29(2)), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Taheri, Z & ,Mahvi, M. (2019). Investigating the Relationship Between Marriage Expectations and Tolerance of Distress with Marital Adjustment in Women. *Women's Studies*, 10(1 (27)), 99-116. <https://doi.org/10.30465/ws.2019.4031> (In Persian)
- Tavares, L. P., & Aassve, A. (۲۰۱۳). Psychological distress of marital and cohabitation breakups. *Social science research*, 42(6), 1599-1611. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2013.07.008>
- Thomas, A. L., & Brausch, A. M. (2020). Family and peer support moderates the relationship between distress tolerance and suicide risk in black college students. *Journal of American college health*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1786096>
- Trepper, T. S., Treyger, S., Yalowitz, J., & Ford, J. (2010). Solution-focused brief therapy for the treatment of sexual disorders. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(1), 34-53. <https://doi.org/10.1080/08975350902970360>
- Valusek, J. E. (2021). Solution--Focused Chronic Pain Self--Management Education: A Pilot Study. *Journal of Solution Focused Practices: Vol*, 5(1), 3 .
- Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Halford, K., & Kimlin, S. (2005). Assessing how much couples work at their relationship: the behavioral self-regulation for effective relationships scale. *Journal of family psychology*, 19(3), 38 .^۵ <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.385>
- Yardley, P., McCall, A., Savage, A., & Newton, R. (2019). Effectiveness of a brief intervention aimed at increasing distress tolerance for individuals in crisis or at risk of self-harm. *Australasian psychiatry*, 27(6), 565-568. <https://doi.org/10.1177%2F1039856219848835>
- Zhang, A., Ji, Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y., Jones, B., Franklin, C., & 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. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.60.6376>



The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce

Sakineh Abbasi Bondaragh

PhD Candidate in Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran. Email: S.abbasi@tabrizu.ac.ir

Masoumeh Azmoudeh

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran. (Corresponding Author), Email: azmod401@gmail.com

Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi

Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Seyyed Davoud Hosseininasab

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

Received: 2022-07-19	Revised: 2023-05-06	Accepted: 2023-05-31	Published: 2023-07-22
Citation: Abbasi Bondaragh, S., Azmoudeh, M., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Hosseininasab, S. D. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 25 - 46. doi: 10.22067/tpccp.2023.77768.1317			

Abstract

Introduction

Divorce and destructive conflicts between couples are major endangering issues that cause mental disorders and harms in the family and endanger communities' psychological health. So, many social institutions try to take preventive measures in this regard. Conflict is an inevitable phenomenon of marital relationships, the result of which could be couples' aroused negative feelings. Couples may think differently about each other, and the difference would result in stress or tension among them. The decision for living together as a couple creates diverse expectations and various hopes, some of which will probably remain unfulfilled. Failing to manage different challenges or expectation of married life may lead to destructive behaviors. Destructive behaviors make worse the situation, make couples dissatisfied, and even in some cases may result in such behaviors as insulting, shouting, and criticizing the other one. If one of the couples face the negative behaviors, probably shows similar or worse behaviors. Several therapeutic methods have been proposed for helping couples to solve their conflicts, among of which is acceptance and commitment couples therapy. Acceptance and commitment couples therapy is a psychological method that aims helping those who experience a long-lasting problem or pain. Some studies have shown that acceptance and commitment couples therapy can positively impact on such marital variables as the quality of life, compatibility between couples, intimacy, marital satisfaction, interpersonal conflicts, and psychological distresses. Many scholars have paid attention to marital conflicts, since more examining feelings, behaviors, and cognition can help find more solutions for marital challenges. This research, then, tried to investigate the impact of acceptance and devotion couples therapy on marital conflict among those who have applied for divorce. The study tries to answer the following questions:

1. Does acceptance and commitment couples therapy decrease the marital conflicts among the couples applying for divorce?
2. Do the impacts of acceptance and commitment couples therapy on decreasing the marital conflicts last to the follow-up phase?



Method

This semi-experimental research used a pre-test, post-test, and a follow-up design. The statistical population consisted of all couples applying for divorce and referring to Andisheh Counseling Center of Tabriz, Iran, from May to December 2021. According to Cohen's table, 30 couples were selected as members of the sample. The couples were divided randomly into experimental and control groups (15 couples in each group). The experimental groups were trained using acceptance and commitment couples therapy over 10 sessions of 90 minutes, twice a week (and a follow-up session), and the control group did not receive any treatment and were told that they were on the waiting list. Barati and Sanaei's (2000) revised Marital Conflicts Questionnaire that includes 54 items was used to measure the type and extent of conflicts in marital relationships. The questionnaire has content validity. Its reliability coefficient of the questionnaire was calculated using Cronbach's alpha to be 0.91. The collected data were analyzed at descriptive and inferential levels. Mean and standard deviation were used for the descriptive part and mixed model ANOVA was used for the inferential part of data analysis.

Results

The average age of the participants was 34.34 and their marriage duration was 3 to 24 years. Most participants had been married for 3 to 6 years. Of 30 couples, 26.56% had no children, 26.55% had one child, 33.44% had two children, 9% had three children, and 3.35% had four children. Regarding degrees, of the 30 male participants, 3.4% had PhD, 20% had a MA/MSc degree, 26.5% had a BA/BSc degree, 13.6% had an associate degree, and 36.7% had diploma. Of the 30 female participants, 16.6% had a MA/MSc degree, 46.6% had a Ba/Bsc degree, 3.4% had an associate degree, and 33.4% had a diploma. Descriptive statistics showed that the average score for the subscales and the overall marital conflict have decreased in the experimental group in post-test and follow-up tests, but no changes can be seen in the control group. Moreover, the significance of the difference between the groups regarding the scores was evaluated through mixed ANOVA, the normal distribution of the data was tested through Mauchly's Test of Sphericity, and the interaction effect was measured through Wilk's lambda test. Since both were insignificant, the data are normally distributed and the homogeneity of variances is valid. The analysis of the variance of intergroup and intragroup effects regarding marital conflicts in different situations showed the reduction of conflicts between couples in the experimental group ($F=108.110$, $p=0.0001$) and the stability of the results in the follow-up phase ($F=39.40$, $p=0.001$). Therefore, regarding Question 1 of the study, it can be said that acceptance and commitment couples therapy had reduced the marital conflict between couples in the experimental group over time. Regarding Question 2 of the study, the stability of the effectiveness of the intervention over time was approved.

Discussion and Conclusion

The results showed that acceptance and commitment couples therapy reduces marital conflicts. The difference between marital conflicts in the experimental and control groups after the intervention is significant; that is, the average score of marital conflicts was lower at the post-test of the experimental group. According to Cohen, the effect size of 40% is medium. The effect size of this study was 49%, meaning that the effect is valid after three months. Accordingly, implementing each of the six stages of acceptance and commitment couples therapy (experiential avoidance, acceptance, cognitive dissonance, being present, self-monitoring, and values) improves the damage caused to different dimensions of the couples' behavior, cognition, emotion, and relationship. This therapy increases couples' intimacy, reduces their marital conflicts, improves the quality of their communication, and enhances their marital satisfaction.

Keywords: Acceptance and Commitment, Couples Therapy, Marital Conflicts, Divorce

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهدپذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق

سکینه عباسی بورندرق ^{ID}دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. s.abbasi@tabrizu.c.irمعصومه آزموده ^{ID}استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران، (نویسنده مسئول). azmod401@gmail.comبهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی ^{ID}

استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی، مشهد، مشهد، ایران.

سید داوود حسینی نسب ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاداسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: عباسی بورندرق، سکینه؛ آزموده، معصومه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ حسینی نسب، سید داوود. (۱۴۰۲). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۴۶-۲۵. doi: 10.22067/tpccp.2023.77768.1317			

چکیده

هدف: تعارضات زناشویی محور بسیاری از پژوهش‌ها بوده و پرداختن به هیجان، رفتار و شناخت نقش محوری در روان‌درمانی دارد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین بود.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرامش اندیشه در هفت ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. از بین آن‌ها ۳۰ زوج داوطلب به صورت نمونه‌گیری در دسترس با در نظر گرفتن شاخص‌های ورود و اعمال معیارهای خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه با حجم ۱۵ زوج قرار گرفتند. سپس زوج‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۱۰ جلسه، هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش اجرا شد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری به پرسشنامه تعارضات تجدید نظر شده پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته ساده استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج، حاکی از کاهش تعارضات زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه ($F=10.8/11.0$ ، $P=0.001$) و نیز پایداری نتایج در مرحله پیگیری ($F=39.40$ ، $P=0.001$) بود. بنابراین می‌توان بیان کرد که کاربست این مداخله راهکاری مؤثر برای کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره قابل آزمون است.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی، تعارضات زناشویی، طلاق

مقدمه

طلاق و تعارضات مخرب زوجین به عنوان عوامل خطرآفرین عمده در ایجاد اختلالات روانی و آسیب های روانی در خانواده و در عین حال به خطر انداختن سلامت روانی جامعه محسوب می شود. از این رو، بسیاری از سازمان های اجتماعی در تلاش هستند تا اقدامات پیشگیرانه برای طلاق انجام دهند. بسیاری از مطالعات نشان می دهد که میزان طلاق در سراسر جهان در حال افزایش است، در حالی که جدایی ها به دلایل مختلفی ایجاد می شود (Bowers et al., 2014). این امر زمانی اتفاق می افتد که کارکردهای عادی خانواده در زمینه های زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی آسیب ببیند و منجر به گسست روانی، اجتماعی و پدیده های قانونی شود که به آن طلاق می گویند. عوامل مؤثر بر ظهور طلاق در مطالعات مختلف مورد اشاره قرار گرفته است: عوامل اقتصادی و اجتماعی (Sandström, 2011)، عوامل محیطی و ژنتیکی (Jerskey et al., 2010)، ویژگی های شخصیتی و تجربه استرس مداوم (Bowers et al., 2014). کیفیت رابطه و تعهد به ازدواج (Amato & Hohmann-Marriott, 2007) و رفتارهای مخرب و متضاد همراه با مشکلات روابط زوجین (Birditt et al., 2010). یکی از عوامل مؤثر بر وقوع طلاق و مشکلات روابط بین زوج ها تعارضات زناشویی می باشد.

تعارض پدیده ای غیر قابل اجتناب و ذاتی در روابط زناشویی است که در نتیجه آن زوجین ممکن است عواطف منفی تجربه کنند و نظرات و دیدگاه های متفاوتی به هم داشته باشند؛ تعارض را می توان به عنوان مخالفت آشکار بین همسران مطرح کرد که باعث ایجاد اختلاف نظر و مشکلات ارتباطی می شود (Falcke et al., 2013; Wagner & Mosmann, 2008). تعارض زناشویی نوعی حالت تنش یا استرس بین زوجین می باشد، زیرا زن و شوهر سعی می کنند نقش های زناشویی خود را ایفا کنند. این واقعیت که دو نفر توافق می کنند یا قصد دارند به عنوان زن و شوهر با هم زندگی کنند، انتظارات و امیدهای متفاوتی را می طلبد که ممکن است برخی از آنها برآورده شوند و برخی دیگر برآورده نشده باقی بمانند. از آنجایی که زوج ها انسان هستند. طبیعی است که انتظار داشته باشیم که تفاوت هایی در عقاید، ارزش ها، نیازها، خواسته ها و عادات وجود داشته باشد که جزء موارد روزمره زندگی است (Tolorunleke, 2014). تعارضات زناشویی در ادبیات تخصصی با چهار بعد محتوا، فراوانی، شدت و وضوح توصیف شده است. محتوای تعارض به موضوعاتی اشاره دارد که باعث ایجاد اختلاف بین زوجین می شود. برخی از موضوعات متداول تعارض که در ادبیات این حوزه توصیف شده است عبارتند از: شیوه های تربیت فرزندان، اوقات فراغت زوجین، امور مالی، کارهای خانه، تمایلات جنسی (Mosmann & Falcke, 2011; Wagner et al., 2014)، اختلافات قدرت، بی اعتمادی، صمیمیت ایده های واگرا، شخصیت شریک زندگی و خویشاوندان (Wagner et al.,

2014). تحقیقات ملی و بین‌المللی نشان می‌دهد که فراوانی بروز تعارض با نارضایتی زناشویی (Caughlin et al., 2006) و ناسازگاری فرزندان (Stutzman et al., 2009). مرتبط است. با افزایش فراوانی تعارضات و شدت اختلافات، به‌ویژه در درگیری‌های با شدت بالا که شامل خشونت نیز می‌باشد بر مشکلات مهارت‌های عاطفی و اجتماعی کودکان نیز افزوده می‌شود (Lindahl & Malik, 2011). راهبردهایی که زوجین برای حل تعارض بکار می‌گیرند به شیوه‌ای که آنان با هیجانات منفی‌شان رفتار می‌کنند بستگی دارد. این راهبردها در قالب دو دسته رفتارهای سالم و ناسالم عنوان شده‌اند ۱- رفتارهای سالم شامل تمرکز بر رابطه با همسر به‌جای تمرکز به شخصیت اوست. مواردی از قبیل همکاری، حمایت روانی و عاطفی، انعطاف‌پذیری و شرکت در تعاملات برای بهتر درک شدن به‌جای دفاع و محافظت از خود، محترم شمردن و مشورت کردن برای ایجاد یک هدف مشترک و رسیدن به رضایتمندی، جزو رفتارهای سالم هستند (P. Greeff, 2000) در مقابل ۲- رفتارهای ناسالم و تخریب‌گر، موقعیت را بدتر کرده و عموماً باعث تعارض و نارضایتی یکی یا هر دو زوج می‌شوند (Rinaldi & Howe, 1998). این رفتارهای غیرسازنده که در زمان‌های پر تنش بروز می‌کنند می‌توانند شامل ایرادگیری، توهین، بالحن تند، فریاد کشیدن و انتقاد کردن به رفتارها و اعمال همسر باشد. زمانی که یکی از زوجین در معرض این رفتارهای منفی قرار می‌گیرد عکس‌العمل‌هایی در همین راستا و با شدت بالاتر نشان می‌دهد. همسران در روابط مخرب مسایل قدیمی را پیش می‌کشند، و هیجانات منفی پنهان و پوشیده یا سرکوب شده را آشکار و زنده می‌کنند که اغلب در این نوع ارتباط شخصیت برنده و بازنده وجود دارد و میزان صمیمت و احترام به یکدیگر کاهش می‌یابد، در حالی که در حل تعارض سالم و سازنده همسران بر موضوعات و مسائل حال تمرکز می‌کنند، با بیان کردن احساسات مثبت و منفی به همدیگر مسئولیت خودشان را نسبت به مشکل می‌پذیرند، با مطرح کردن راهکارهای حل مسئله مشکل را حل می‌کنند و به این طریق آسیب روابطشان جلوگیری کرده و باعث افزایش صمیمت و اعتماد به هم‌دیگر می‌شوند (Olson et al., 2013). رویکردهای درمانی مختلفی برای کمک به حل تعارضات زوجین مطرح هستند، یکی از این رویکردها که به نظر می‌رسد کارایی مطلوبی داشته باشد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان روانشناختی با هدف حمایت فزاینده برای افرادی است که درد مداوم و مزمن را تجربه می‌کنند (Hughes et al., 2017; Veehof et al., 2016). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس مدل انعطاف‌پذیری روانشناختی پایه‌ریزی شده است، منظور از انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی یا ظرفیت درگیری در فعالیت‌های مهم شخصی در حالی که فرد به

افکار و احساسات خودش آگاهی داشته و در تماس‌ها و ارتباطات فکری و احساسی خودش محدودیت و بن بست ندارد (Hayes et al., 2011). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شامل شش مرحله و فرآیند مرتبط است. مرحله اول؛ پذیرش: عبارت است از "تمایل به تجربه حالات درونی، صرف نظر از اینکه آنها به عنوان خوشایند یا ناخوشایند تجربه شوند" (Hayes et al., 2011). مرحله دوم؛ گسستگی شناختی: عبارت است از "برقراری تماس نزدیک‌تر با رویدادهای کلامی آن‌گونه که واقعاً هستند، نه صرفاً آن‌طور که بیان می‌شوند که آنها می‌گویند" (Hayes et al., 2011).

مرحله سوم؛ آگاهی از لحظه حال و اکنون: بودن در لحظه حال «توانایی ایجاد فضایی برای حضور در اینجا و اکنون در حالتی باز، پذیرا و بدون قضاوت است» (Hayes et al., 2011). مرحله چهارم؛ خود به عنوان یک بافت (خود مشاهده‌ای): خود مشاهده‌گر عبارت است از «درک/تجربه کردن خود به عنوان تداوم آگاهی فراتر از احساسات، افکار، احساسات، تجربیات و غیره» (Hayes et al., 2011). این یکی از دو جنبه دیگر خود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. خود مفهومی (یا خود به عنوان محتوا) و خودی که از همه محتوا آگاه است (خود به عنوان زمینه) (Hayes et al., 2011). مرحله پنجم؛ ارزش‌ها: عبارت است از «روشن کردن آن‌چیزهای مهم‌تر برای ایجاد روشی که فرد می‌خواهد زندگی کند» (Springer, 2012). مرحله ششم؛ عمل به تعهد؛ اقدام متعهدانه "شامل حرکت انعطاف‌پذیر به سمت اهدافی که با ارزش‌های فرد سازگار است" (Springer, 2012). برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری سنتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف به چالش کشیدن یا تغییر افکار یا احساسات ناراحت‌کننده مرتبط با رویدادهای استرس‌زای زندگی نیست، بلکه بر ایجاد «زندگی ارزشمند» با ترویج معنا تمرکز می‌کند (A-tjak et al., 2015; Jiménez, 2012; Levin et al., 2012). این درمان، بهبودهایی را نسبت به دوره پایه بدون درمان در تداخل درد، شدت درد، افسردگی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی در اقدامات ارزیابی روزانه و پرسشنامه‌های کامل ایجاد می‌کند. همچنین افزایش در پذیرش درد، آگاهی از لحظه حال و اقدام متعهدانه منعکس‌کننده فرآیندهای کلیدی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است. یکی از راه‌های بهبود درمان‌های روان‌شناختی، شناسایی فرآیندهای کلیدی تغییر درمانی مانند بکارگیری اجزای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (McCracken & Morley, 2014) و (Hofmann & Hayes, 2019). گرچه ظهور درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با کار بر روی بیماران اختلالات فردی بوده است، اما می‌تواند بر ابعاد گوناگون زندگی تأثیر بگذارد (Mohsenzadeh et al., 2019) و با موفقیت در طیف وسیعی از موقعیت‌ها، اشکال گروهی و خانوادگی و به صورت سیستم‌های حمایتی-مراقبتی و پیشگیرانه به کار برده شود (Hayes & Hofmann, 2019).

2018). تحقیقات نشان می‌دهد که زوج درمانگری مبتنی بر روش تعهد و پذیرش می‌تواند بر متغیرهای زناشویی مانند افزایش کیفیت زندگی زناشویی، افزایش سازگاری بین فردی (Brown et al., 2015) صمیمیت و رضایت زناشویی، کاهش آشفتگی‌های بین فردی (Fish et al., 2014) کاهش تعارض و پریشانی‌های روانی و بین فردی (Baruch et al., 2009) مؤثر باشد. مطالعه در زمینه تعارضات زناشویی مورد توجه بسیاری از محققین بوده و پرداختن به احساسات، رفتار و شناخت نقش محوری در روان درمانی دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق انجام شد تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد.

- ۱) آیا زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق را کاهش می‌دهد؟
- ۲) آیا اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی زوجین در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره آرامش اندیشه شهر تبریز از اردیبهشت تا آذرماه سال ۱۴۰۰ بود. بعد از مراجعه افراد به مرکز مشاوره، جلساتی توجیهی برای بیان اهداف پژوهش، امتیازات و منافع آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و با تأکید بر ورود داوطلبانه، رایگان بودن و محرمانه ماندن اطلاعاتشان جهت شرکت در برنامه برگزار شد. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن^۱، ۳۰ نفر تعیین گردید. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی/نیمه آزمایشی، به منظور مقایسه دو یا چند گروه، چنانچه آلفای مساوی ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی ۰/۵۰ اختیار شود با انتخاب ۳۰ نفر (۱۵ زوج) برای هر گروه می‌توان به توان آماری ۰/۹۷ دست یافت (Danaher, 1974). بعد از انتخاب، افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه، یک گروه آزمایش و گروه گواه با حجم ۱۵ زوج (۳۰ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته تحت آموزش‌های مربوط به زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، (و یک جلسه پیگیری) قرار گرفتند و در این اثناء گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرده و به آنها گفته شد که در لیست انتظار هستند و پس از سه ماه وارد فرایند درمان خواهند شد. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین

و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته ساده^۱ استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ سؤالی است که توسط براتی و ثنایی در سال (۱۳۷۹) ساخته شده است و برای سنجیدن ماهیت و میزان تعارض در روابط زناشویی به کار گرفته می‌شود. این ابزار هشت قسمت از تعارضات زناشویی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، کاهش ارتباط با خانواده و خویشاوندان همسر، افزایش برخوردهای هیجانی، افزایش حمایت فرزندان، افزایش ارتباط شخص با خویشاوندان، مرزبندی کردن وضعیت مالی برای همدیگر و کاهش ارتباط اثربخش است.

نمره‌گذاری گزینه‌ها به این صورت است: هرگز ۱، بندرت ۲، گاهی ۳، اکثراً ۴، همیشه ۵. به سؤالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به شکل عکس نمره داده می‌شود. در این پرسشنامه نمره بالاتر به معنی تعارض بیشتر و نمره پایین به معنی تعارض کمتر و ارتباط سالم‌تر است. آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه مساوی با ۰/۹۶ و برای ۸ خرده‌مقیاس به شکل زیر می‌باشد: کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱؛ کاهش همکاری ۰/۸۱؛ کاهش ارتباط با خانواده و خویشاوندان همسر ۰/۸۹؛ افزایش برخوردهای هیجانی ۰/۷۰؛ افزایش ارتباط شخص با خویشاوندان ۰/۸۶؛ افزایش حمایت فرزندان ۰/۳۳؛ مرزبندی کردن وضعیت مالی برای همدیگر ۰/۷۱ و کاهش ارتباط اثربخش ۰/۶۹ است. پرسشنامه روایی محتوایی خوبی برخوردار است. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۱ بررسی شد.

جلسات زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر آموزه‌ها و پروتکل ارائه شده برای این نوع درمان که مستند به منابع معتبر می‌باشد (Hayes et al., 2011)؛ (Hayes & Pierson, 2005)، پس از گذراندن دوره آموزشی این نوع درمان همراه با یک دوره کارورزی در پی آن توسط پژوهشگر (پس از شرکت پژوهشگر در کارگاه‌های تخصصی و نیز مطالعه مقالات و متون علمی و آشنایی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم پروتکل درمان، نظر اساتید راهنما و مشاور بر این بود که برای اطمینان از اثربخشی این درمان، درمان ابتدا به شکل موردی بر روی برخی از زنان افراد دارای تعارض زناشویی اجرا شود. نتایج اجرای موردی بسیار رضایتبخش بود (و به ترتیب برحسب جلسات زیر به مرحله اجرا درآمده است)، که محتوای جلسات به طور خلاصه در جدول ۱ گزارش شده است.

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

جلسه	مداخله	اهداف و مداخلات درمانی
اول	زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	آشنایی زوج با درمانگر، قواعد و اصول کلی مشاوره درمان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و نحوه بروز مشکل بر اساس رویکرد اکت.
دوم		یادگیری مفاهیم پایه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به شش بعد مطرح در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش.
سوم		بررسی خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش تخصصی شش ضلعی (خود مشاهده گر، پذیرش، حضور در لحظه، عدم همجوشی شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، شناسایی دیدگاه زوجین در خصوص عوامل اختلاف
چهارم		تعریف ذهن آگاهی به مثابه یک فرایند، تمرین کشمش، مهارت‌های ذهن آگاهی، ذهن آگاهی تنفس، آموزش تن آرامی پیش رونده عضلانی مفهوم سازی کنترل به عنوان یک مشکل (و نه به عنوان یک راه حل).
پنجم		آشنایی با نحوه ی جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند، آشنایی با نحوه ی پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، بررسی کارکرد هیجان، ذهن آگاهی صداها، آیا این گفته‌ها و اعمال در درازمدت موجب تغییر رفتار همسر شده است.
ششم		آشنایی با مقوله‌های مختلف ارزش‌های زندگی، شناسایی ارزش‌ها، شناسایی اهریمن‌های ذهنی (موانع قدم برداشتن در مسیر ارزش‌ها)، تصریح هزینه‌های کنترل و اجتناب.
هفتم		سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش، معرفی پذیرش و اشتیاق به عنوان جایگزین برای کنترل و اجتناب.
هشتم		مفهوم سازی اهداف و بیان وجه تمایز آنها با ارزشها، آشنایی با انواع مختلف اهداف (فوری، کوتاه مدت، میانه مدت و بلند مدت)، معرفی مفهوم تعهد به زندگی با ارزش.
نهم		آموزش و ترغیب پذیرش و ذهن آگاهی هم زمان با درگیری در زندگی ارزش مدار و بررسی محدودیتها
دهم		پذیرش و جمع‌بندی، یادگیری پذیرش خود و دیگران، برقراری ارتباط مؤثر؛ ارزیابی و پایان دادن به درمان و گرفتن بازخورد. اجرای پس آزمون تعارضات زناشویی.
پیگیری		پاسخگویی به سؤالات احتمالی، نظرسنجی درباره تأثیر مداخله‌های انجام شده، تکمیل پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی. تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان پژوهش حاضر ۳۴/۳۴ سال و مدت ازدواج آنان ۳ تا ۲۴ سال و بیشترین فراوانی مربوط به زوج‌هایی بود که حدوداً ۳ تا ۶ سال از ازدواج‌شان سپری شده بود. از سی زوج، ۲۶/۵۶ درصد بدون فرزند، ۲۶/۵۵ درصد صاحب یک فرزند، ۳۳/۴۴ درصد دارای دو فرزند، ۹ درصد دارای سه

فرزند و ۳/۳۵ درصد صاحب چهار فرزند بودند. از ۳۰ مرد شرکت کننده، ۳/۴ درصد با مدرک تحصیلی دکتری، ۲۰ درصد فوق لیسانس، ۲۶/۵ درصد لیسانس، ۱۳/۶ درصد فوق دیپلم و ۳۶/۷ درصد دیپلم بود؛ از ۳۰ زن شرکت کننده، ۱۶/۶ درصد با مدرک تحصیلی فوق لیسانس، ۴۶/۶ درصد لیسانس، ۳/۴ درصد فوق دیپلم و ۳۳/۴ درصد دیپلم بود. در جدول ۲ میانگین همکاری، ارتباط جنسی، برخوردهای هیجانی، گرایش حمایتی و انحراف استاندارد آن‌ها ارائه شده است. همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره خرده مقیاس‌های فرزندان، وضعیت مالی و ارتباط اثربخش و همچنین تعارض زناشویی کلی در گروه آزمایش در شرایط پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است ولی در مورد گروه گواه چنین تغییری مشاهده نمی‌شود. معناداری تفاوت گروه‌ها با توجه به نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با Mixed Model ANOVA مورد ارزیابی قرار گرفت (جدول ۳).

روش تحلیل

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		گروه	مقیاس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۳/۵۱	۱۲/۹۳	۲/۹۴	۹/۲۲	۲/۸۶	۱۰/۹۷	ACT	کاهش همکاری
۲/۹۴	۱۲/۵۶	۳/۸۷	۱۲/۹۷	۴/۶	۱۳/۸۷	Control	
۳/۹۲	۱۳/۹۸	۳/۶۴	۱۱/۳۳	۳/۵۱	۱۰/۸۶	ACT	کاهش رابطه جنسی
۳/۴۶	۱۳/۷۸	۳/۸۲	۱۴/۸۶	۳/۵۱	۱۵/۶۳	Control	
۳/۲۵	۲۲/۹۵	۳/۹۶	۱۷/۷۷	۲/۹۵	۱۹/۳۷	ACT	افزایش واکنش‌های هیجانی
۳/۷۱	۲۳/۰۴	۴/۵۷	۲۴/۵۶	۷/۴۷	۲۵/۰۳	Control	
۳/۵۱	۱۳/۳۴	۲/۹۵	۱۰/۶۴	۲/۶۸	۱۱/۹۷	ACT	افزایش جلب حمایت فرزندان
۳/۸۷	۱۲/۶۸	۴/۰۴	۱۲/۴۷	۲/۶۱	۱۲/۹۱	Control	
۳/۹۴	۱۴/۹۵	۳/۸۰	۱۳/۷۵	۲/۹۴	۱۴/۲۷	ACT	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان
۴/۷۹	۱۵/۹۳	۴/۶۶	۱۵/۴۸	۵/۰۷	۱۶/۴۳	Control	
۴/۴۸	۱۵/۸۲	۴/۷۲	۱۴/۶۴	۳/۹۹	۱۵/۶۶	ACT	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر
۴/۷۹	۱۵/۹۳	۴/۶۶	۱۵/۴۸	۵/۰۷	۱۶/۴۳	Control	
۵/۰۷	۱۸/۴۲	۴/۶۸	۱۶/۸۹	۴/۵۸	۱۶/۱۸	ACT	جدا کردن امور مالی از یکدیگر
۵/۴۴	۱۸/۷۵	۵/۳۵	۱۹/۴۱	۵/۸۷	۱۹/۱۹	Control	

۵/۷۵	۳۶/۰۶	۵/۳۲	۳۶/۶۸	۶/۶۶	۳۹/۹۷	ACT	کاهش ارتباط مؤثر
۸/۶۴	۴۳/۴۳	۹/۵۹	۴۲/۴۸	۸/۰۵	۴۰/۰۱	Control	
۱۴/۰۴	۱۳۴/۴۷	۱۴	۱۳۶/۴۴	۹/۲۹	۱۶۹/۵	ACT	تعارضات زناشویی
۱۱/۵۸	۱۶۹/۷۰	۱۱/۱۸	۱۶۹/۴۰	۱۱/۲۰	۱۶۸/۶۷	Control	

جدول ۳: نتایج بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته

لین		ام باکس		ماچلی		شاپرو ویلک	موقعیت‌ها
F	sig	M	F	W	X2	Z	
۲/۵۲	۰/۱۱۶	۰/۹۱	۱/۵۱	۲۲/۳۱	۰/۷۲۷	۰/۹۶۷	پیش آزمون
۰/۲۴	۰/۶۱۸					۰/۹۶۱	پس آزمون
۰/۱۱۷	۰/۷۳۲					۰/۹۴۳	پیگیری

* $p < ۰/۵۰$, ** $p < ۰/۰۱$

جدول ۳ نشان می‌دهد توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. با توجه به سطح معناداری آزمون کرویت موخلی (Mauchly's sphericity test) که بیشتر از ۰/۰۵ است ($p=۰/۴۱۴$)، بنابراین فرضیه کرویت موخلی برقرار است و ماتریس کواریانس (خطاها) درون گروه‌ها همگن است و تفاوت معناداری وجود ندارد. عدم معناداری آماره ام باکس (Box's M) دال بر یکسانی همبستگی‌های متقابل بین سطوح متغیر درون گروهی است ($p=۰/۹۶۹$). با توجه به برقراری دو مفروضه فوق بنابراین می‌توان از آزمون لامبدا ویلکز (λ) Wilks's) برای بررسی اثر تعاملی استفاده کرد. معنادار نبودن آزمون لین (Levene's test) نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز برقرار است.

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون لامبدا	F	df فرضیه	df خطا	مجدور تا
زمان	۰/۱۷۰	۳۹/۴۰	۲	۵۷	۰/۸۳۰
گروه × زمان	۰/۱۵۷	۵۰/۷۵	۲	۵۷	۰/۸۴۳

بر اساس جدول ۴ اثر تعاملی گروه و زمان معنادار و اندازه اثر این تعامل ۰/۸۴ است که نشان دهنده تغییرات متفاوت در نمرات تعارض زناشویی دو گروه با گذشت زمان است. مقدار آماره لامبدا ویلکز با احتمال (۰/۰۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زمان تأثیر آماری معنادار دارد. به

عبارت دیگر بین سه دوره زمانی مختلف تفاوت داشته است. با استفاده از مجذور اتا می توان اندازه اثر این نتیجه را ارزیابی کرد. بر اساس رهنمودهای کوهن این نتیجه یک اندازه اثر خیلی بزرگ را نشان می دهد. طبق جدول ۵ تفاوت بین گروه ها در زیر مقیاس ها (همکاری، رابطه جنسی، جلب حمایت فرزندان، واکنش هیجانی، جدا کردن امور مالی و ارتباط مؤثر) و تعارض زناشویی در گروه آزمایش در حدی است که بین دو گروه تفاوت معنادار با اندازه اثر ۰/۴۹ ایجاد کرده که بر اساس نظر کوهن اثر بزرگی محسوب می شود. با توجه به جداول ۳ و ۴، هر سه اثر زمان، گروه و تعامل دو عامل از نظر آماری معنا دارند. بنابراین در پاسخ به سؤال شماره ۱ می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تعارض زناشویی زوجین گروه آزمایش را در طول زمان در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است. با توجه به معناداری آماری تعامل دو عاملی تحلیل اثرهای ساده انجام شد که نتایج به تفکیک گروه ها و موقعیت ها در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اثرات بین گروهی متغیر تعارضات زناشویی در موقعیت های مختلف اندازه گیری

متغیر	منبع	Ss	df	Ms	F	Y ²
کاهش همکاری	زمان	۲۹۳/۳۳۹	۱	۲۹۳۶۷/۳۳۹	**	۰/۴۵۹
	گروه	۳۴۵/۴۵۰	۱	۳۴۵/۴۵۰	۳۴/۴۷۳**	۰/۵۷۳
	خطا	۵۸۱/۲۱۱	۵۸	۱۰/۰۲۱		
کاهش رابطه جنسی	زمان	۴۳۸/۶۸۹	۱	۴۳۸/۶۸۹	۱۶/۳۴۳**	۰/۹۳۱
	گروه	۲۸۹/۰۲۲	۳	۲۸۹/۰۲۲	۱۰/۸۲۸**	۰/۵۳۳
	خطا	۱۵۴۸/۲۸۹	۵۸	۲۶/۶۹۵		
افزایش واکنش های	زمان	۵۶۳/۴۲۲	۱	۵۶۳/۴۲۲	۳۹/۱۴**	۰/۹۷۴
	گروه	۲۱۴/۳۵۶	۱	۲۱۴/۳۵۶	۱۴/۸۹**	۰/۴۵۸
	خطا	۸۳۴/۸۹۹	۵۸	۱۴/۳۹۵		
افزایش جلب حمایت فرزندان	زمان	۳۳۷/۴۵	۱	۳۳۷/۴۵	۱۴/۸۳۹**	۰/۹۳۵
	گروه	۵۸۲/۲۷۲	۳	۵۸۲/۲۷۲	۲۵/۶۰۶**	۰/۶۰۷
	خطا	۱۳۱۸/۹۴۴	۱۱۶	۲۲/۴۷۰		
افزایش رابطه با خویشان خود	زمان	۸۱۰/۱	۱	۱۲۶۷۸/۸۹	۳۲/۵۶**	۰/۱۹
	گروه	۳۸۴/۶۹۷	۳	۳۸۹/۴۵۶	۱۵/۷۸**	۰/۲۱
	خطا	۱۰۱۸/۱۱۱	۱۱۶	۲۴/۶۷		
کاهش رابطه خانوادگی با	زمان	۲۲۰/۴	۱	۱۱۵۶۷/۸۶	۲۷/۱۷**	۰/۳۴
	گروه	۱۷۲/۹۳۸	۳	۴۲۵/۸۷	۲۶/۰۳**	۰/۲۷

خویشان همسر	خطا	۱۲۱۵/۲۶۴	۱۱۶	۱۶/۳۶	
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	زمان	۸۱۰/۱	۱	۱۸۱۰/۲	۴۶/۱۴۴**
	گروه	۳۸۴/۶۹۷	۱	۳۸۴/۶۹۸	۲۱/۹۲۷**
	خطا	۱۰۱۸/۱۱۱	۵۸	۱۷/۵۵۴	
کاهش ارتباط مؤثر	زمان	۲۲۰/۴	۱	۲۲۰/۴	۱۰/۵۲۳**
	گروه	۱۷۲/۹۳۸	۱	۱۷۲/۹۳۹	۸/۲۵۳**
	خطا	۱۲۱۵/۲۶۴	۵۸	۲۰/۹۵۲	
تعارض زناشویی کل	زمان	۴۴۹۵/۱۳۸	۱	۴۴۹۵/۱۳۸	۱۱۰/۱۹۸**
	گروه	۲۲۶۹/۳۳۸	۱	۲۲۶۹/۳۳۸	۲۲/۳۷**
	خطا	۲۳۶۵/۱۸۸	۵۸	۴۰/۷۹۰	

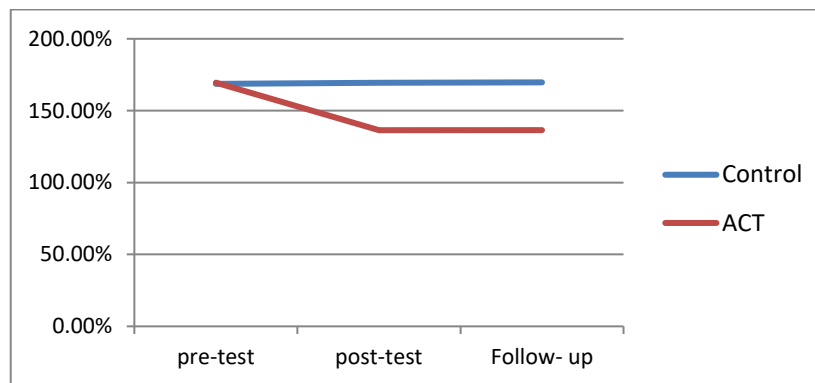
* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

جدول ۶. نتایج آزمون بن فرونی برای تعیین اثر مداخله بر تعارض زناشویی در سه موقعیت و تفاوت نمره تعارض در گروه‌ها

آزمایش - کنترل		پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیگیری - پیش‌آزمون		پیگیری - پس‌آزمون	
تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
-۲۲/۴۵۵	۳/۰۱۰	* -۱۶/۱۶۶	۰/۹۶۷	-۱۷	۱/۱۵۰	۰/۸۳۲	۰/۶۴۰

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$

یافته‌های جدول ۶ حاکی از تفاوت معنادار بین نمرات تعارض‌های زناشویی بین گروه آزمایش و کنترل است ($P=0/001$). نتایج دومین مجموعه از اثرهای ساده در مورد مقایسه زمان‌ها، نیز بیانگر تفاوت معنادار بین نمره‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=0/001$) و با پیگیری ($p=0/001$) در گروه مداخله و معنادار نبودن تفاوت نمره‌های پس‌آزمون با پیگیری است ($p=0/640$). این یافته در راستای پاسخگویی به سؤال شماره ۲ پژوهش حاضر مبنی بر پایداری اثربخشی مداخله در طول زمان است.



نمودار ۱. مقایسه میانگین تعارض دو گروه در سه موقعیت اندازه گیری

نمودار ۱ نشان می دهد در مرحله پیش آزمون میانگین تعارض های زناشویی در دو گروه تقریباً یکی است، اما گروه آزمایش در پس آزمون کاهش قابل توجهی داشته و کاهش در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

نتیجه

نتایج کلی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تعارضات زناشویی زوجین مؤثر است و پس از مداخله، تفاوت بین تعارض زناشویی در گروه های آزمایش و گواه معنی دار است و میانگین تعارض زناشویی گروه آزمایش در پس آزمون کاهش یافته است و این نتیجه در راستای یافته های پژوهشی که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش تعارضات زناشویی می باشد (Liu, 2023)، (Gillard et al., 2018)، (Fang & Ding, 2020)، (Hayes, 2004)، (Zhang et al., 2018)، (Liu et al., 2023) طبق نظر کوهن، اندازه اثر ۴۰٪ متوسط محسوب می شود (اندازه اثر پژوهش ۴۹٪ بود) و نشان از تأثیر گذاری بعد از سه ماه دارد. بنابراین، در تبیین اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان از ابعاد شش مرحله ای در اکت به طور مجزا چنین توضیح داد.

در تبیین یافته پژوهش حاضر یعنی اثربخشی زوج درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی، ابتدا باید به ذکر این موضوع اشاره کرد که بنابه عقیده (Preotu & Turliuc, 2015)، فقدان سه مؤلفه خودافشایی، درگیری عاطفی و اشتراک تجارب منجر به کاهش صمیمیت بین زوجین می شود. بر این اساس می توان اینگونه تبیین نمود که شناسایی اجتناب تجربه ای به عنوان یکی از اضلاع شش ضلعی مدل آسیب شناسی و تبدیل آن به پذیرش، باعث کاهش اجتناب تجربه ای و در نتیجه افزایش درگیری عاطفی و

به تبع آن باعث افزایش صمیمیت زناشویی بین زوجین گردیده است. بنابراین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، از این منظر می‌تواند به شکستن چرخه ارتباطی منفی بین زوج کمک نماید (Peterson et al., 2009). شرکت کنندگان نشان دادند که به طور کلی و در نتیجه هر یک از مؤلفه‌های اکت به طور خاص، متوجه مزایای متعددی از مشارکت در گروه درمانی اکت شده‌اند. مثلاً شرکت‌کننده‌ای فکر می‌کرد که اکت مهارت‌های مهم زندگی را حتی برای کسانی که با اختلالات سلامت روان مبارزه نمی‌کنند، آموزش می‌دهد. شرکت‌کننده بعدی تجربه‌اش را با اکت اینگونه به اشتراک گذاشت: «احساس می‌کنم مغزم با یادگیری در مورد همه این‌ها بزرگ‌تر و بهتر شده است». شرکت‌کننده دیگری فکر می‌کرد که این تجربه به او احساس اعتماد به نفس بیشتری می‌دهد. او همچنین گفت: «احساس می‌کردم که به کسی نیاز دارم که مرا نجات دهد و در واقع نجات پیدا کردم».

دومین تبیین به یکی از اضلاع اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یعنی پذیرش مربوط می‌شود. پذیرش در این درمان مستلزم تماس کامل با تجارب درونی، بدون تلاش برای فرار، تغییر یا کنترل این وقایع است. به عبارت ساده، به معنای به آرامی نگه داشتن هر آنچه رخ می‌دهد، است (Stoddard & Afari, 2014). سوالی که در تعارضات زناشویی در مورد پذیرش مطرح بود این است، وقتی همسر در هنگام مشکل پرخاشگری می‌کند و آگاهانه آزار می‌دهد "آنچه هست" را چگونه بپذیریم. در این موارد، پذیرش "آنچه هست" نیازمند اذعان کامل رخ دادن این رویدادها به جای اجتناب از واقعیت دردناک است. "پذیرش آنچه هست"، به این معنا نیست که فرد روابط ناسالم یا سوءاستفاده را تحمل کند؛ بلکه به این معنی است که فرد اذعان کند که اعتماد زیر پا گذاشته شده و مشکلی وجود دارد و به پذیرش بعد هیجانی و شناختی آنچه روی داده است اذعان کند. و سپس مسئولیت پاسخ متفکرانه به جای پاسخ از روی غضب یا اجتناب را بپذیرد. و زمانیکه اعتماد خدشه دار شده است، پذیرش می‌تواند، شامل انجام اقدامی معقول برای محافظت از خود یا دور کردن خود از موقعیت باشد. و نیازمند تلاش برای سازش و بخشش باشد. بنابراین این فرایند به مراجعان کمک می‌کند با حضوری متمرکز و تأمل گرایانه به موقعیت نزدیک شوند و از واکنش‌های خودکار و غیرارادی دوری کنند و در عوض انتخاب‌های پویایی داشته باشند (Gehart, 2012). اینگونه شرکت کنندگان گزارش دادند که مفهوم پذیرش برای آنها کمی چالش برانگیز بود زیرا آنها عادت داشتند به طرق مختلف به طرد و فرار از درد خود بپردازند. یکی از شرکت‌کننده بیان کرد: «من نمی‌توانستم ایده پذیرش درد خود را بپذیرم. فکر می‌کردم پذیرش فقط یک کلمه فلسفی است، اما بعداً متوجه شدم که درست است و این در دست من است که بپذیرم. شرکت کنندگان اظهار داشتند که اعتقاد قوی دارند برای اینکه زندگی

معناداری داشته باشند، ابتدا باید از افکار و احساسات دردناک خود خلاص شوند. آنها همچنین اظهار داشتند که آنچه به آنها کمک می‌کند تا افکار ناخواسته خود را بپذیرند، آگاهی آنها از ماهیت افکار و این واقعیت است که آنها می‌آیند و می‌روند. همچنین، اکثر شرکت‌کنندگان از طبیعی بودن درد و تعارضاتشان ابراز قدردانی کردند و همین امر باعث می‌شود تا همزمان با حرکت رو به جلو، درد خود را حفظ کنند.

سومین تبیین، گسستگی شناختی می‌باشد. گسستگی شناختی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، به فرایند بازگشت از افکار و مشاهده حضور خود فرد اشاره دارد. این درمان مدعی است که افکار ذاتاً مشکل ساز نیستند، مگر این که ما با محتوا و معنای آنها یکی شده و اغلب با پاسخ تکانشی واکنش نشان دهیم (به عبارت دیگر، ما به هر آنچه ذهنمان به ما می‌گوید گوش فرا داده، و آنها را می‌خریم)، هنگام گسستگی، از خودگویی‌ها را می‌شویم و صرفاً افکار را به عنوان موجودیتی مجزا از خودمان و فقط به عنوان کلمات مشاهده می‌کنیم (Stoddard & Afari, 2014). شرکت‌کنندگان ادراکات مختلفی از راهبردهای گسستگی شناختی داشتند. مثلاً یکی از شرکت‌کننده گزارش داد: "من این ایده را دوست داشتم که افکار ما با خودمان متفاوت است."

چهارمین تبیین؛ حضور داشتن: آگاهی از لحظه‌ی حال که به عنوان یکی از جنبه‌های ذهن آگاهی توصیف شده است (Stoddard & Afari, 2014). طوری که تمرکز بر مشاهده هیجان‌های درونی و افکار و سایر تجارب درونی بدون عمل بر اساس آن یا ابراز آنها در همان لحظه تأکید می‌شود. فرد در این فرایند می‌آموزد به جای واکنش، پاسخ دهد. همچنین فرد نسبت به زندگی درونی خود کنجکاو می‌شود؛ بدون آنکه نیازی به تغییر یا ابراز تجربه خود احساس کند، تنها آنچه را که در خود جاری است، تأیید می‌کند. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که وقتی دائماً به خود یادآوری می‌کنند که آگاهی خود را به لحظه حال برسانند، احساس آرامش بیشتری می‌کنند که به آنها کمک می‌کند حتی از چیزهای کوچک زندگی خود قدردانی کنند. شرکت‌کننده‌ای فکر می‌کرد که اکت با حضور در لحظه به حداکثر استفاده از زندگی کمک می‌کند، «تا آن را از دست ندهیم و بعداً پشیمان شویم». در میانه بحث در جلسه درمان یک زوج، زن به دلیل شنیدن صحبتی از جانب همسر خود ناراحت شد و به جای بیان یک عبارت آزارنده، با لحنی به نسبت خنثی و غیر تهاجمی اعلام کرد که «من از چیزی که گفתי ناراحت شدم» و سپس از همسر خود خواست محترمانه درباره این مسئله با هم به بحث بپردازند، این توانایی در زن دیده شد.

پنجمین تبیین؛ مشاهده خود یا خود مشاهده‌گر: بخشی از خود، که می‌تواند به دور از داوری و به شکلی مشفقانه، به مشاهده خود ساخته شده و افکار و احساسات جاری در آن بپردازد. یعنی فردی که می‌تواند از تجربه خود فاصله بگیرد و حتی برای لحظاتی کوتاه، به مشاهده ماجراهای روزانه زندگی درونی

خود بپردازد. بنابراین زوجین با این تکنیک مهارت بیشتری در حل مشکلات مختلفی به ویژه تعارضات زناشویی که همواره دربرگیرنده احترام به واقعیت‌های دو یا بیشتر از دو نفر است، خواهند داشت و یاد می‌گیرند خود داوری را کاهش و خودشفقت ورزی را افزایش دهند و از قضاوت درباره دیگران و خود راحت دست برمی‌دارند و آنها را با آرامش بیشتری می‌پذیرند و از الگوهای ارتباطی ناآگاهانه، آگاهی پیدا می‌کنند (Gehart & McCollum, 2007). مؤلفه خود مشاهده‌ای اکت بارها در بازخورد شرکت کنندگان در مورد تجربه آنها ذکر شد. شرکت کننده‌ای فکر می‌کرد که یادگیری در مورد بخش خود مشاهده کننده او یک کشف مهم است. شرکت کننده دیگر اظهار داشت که شناخت خود مشاهده گر به او کمک کرد از درگیر شدن با افکار غیرمفید خود اجتناب کند. اکثر شرکت کنندگان به چگونگی طنین انداز بودن استعاره آب و هوا در آنها اشاره کردند. شرکت کننده‌ای گزارش داد: "من متوجه شدم که یک من اصلی وجود دارد، صرف نظر از اینکه چه احساسی دارم."

ششمین تبیین؛ ارزش‌ها: ارزش‌ها در اکت مسیرها یا جهت‌هایی هستند که توسط فرد مهم و معنادار تعریف می‌شوند. ارزش‌ها تعیین می‌کنند که ما واقعاً چه می‌خواهیم و برای چه چیزی اهمیت قائلیم. مثلاً اگر یکی از ارزش‌های فرد داشتن روابط صمیمی و صادقانه باشد فرد ممکن است همراهی با آن رفتار کند؛ با زنگ زدن به همسرش برای گفتن "عاشقتم". شرکت کنندگان فکر می‌کردند که این درمان به آنها کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را که برای برخی از آنها وجود نداشت، روشن کنند (Stoddard & Afari, 2014). شرکت کننده‌ای اظهار داشت که تمایلی به توجه به چیزهایی که برایش ارزش قائل است ندارد، زیرا از اهمیت داشتن ارزش‌هایش به‌عنوان راهنمای کارهایی که باید یا نباید انجام دهد آگاه نبود. شرکت کننده دیگر گزارش داد که روشن کردن ارزش‌هایش به او کمک کرد تا احساساتش را بهتر تنظیم کند. او توضیح داد: حالا وقتی غمگین هستم، لحظه‌ای با احساسات غمگینم می‌نشینم و سپس سعی می‌کنم اهدافم را به خودم یادآوری کنم و ۱۰ سال دیگر کجا می‌خواهم باشم.

هفتمین تبیین؛ اقدامات متعهدانه: عمل متعهدانه به سادگی پیمودن راه است و تغییر واقعی رفتار را ارائه می‌کند و در مورد اهدافی که در راستای ارزشهای شناخته شده مراجعان هستند صحبت می‌کند. و از راهبردهای حل مسئله، تکنیک‌های مواجهه و مهارت ارتباط جرأت‌مندانه برای سوق دادن مراجعان به حرکت در مسیرهای ارزشمند استفاده می‌کند (Stoddard & Afari, 2014). یکی از شرکت کننده‌ها اظهار داشت که حفظ فاصله بین خود و افکارش به او فضایی می‌دهد تا درباره اینکه آیا این افکار از نظر حرکت به سمت ارزش‌هایش مفید هستند یا نه. شرکت کننده‌ای موافقت کرد که درک ماهیت احساسات به او کمک کرد

تا به آنها اجازه دهد و در عین حال به قدم بعدی برای حرکت به سمت اهداف خود و همچنین جایی که می خواهد در ۱۰ سال آینده باشد فکر کند. شرکت کننده بعدی همچنین گفت: "من یاد گرفتم که نمی توانم اطرافیانم را تغییر دهم، اما می توانم خودم را تغییر دهم."

تمرین ذهن آگاهی. مؤلفه دیگر اکت که اکثر شرکت کنندگان از آن استقبال کردند، تمرینات ذهن آگاهی بود. شرکت کننده ای اظهار داشت که تمرین تمرکز حواس به او کمک کرد تا توانمندی خود را دوباره به دست آورد و او را آرام تر و فعال تر کرد وقتی صبح از خواب بیدار شد. شرکت کنندگان در مورد اینکه چگونه ذهن آگاهی به آنها در رفع مشکلات خواب کمک می کند، اظهار نظر کردند. شرکت کننده دیگر گفت: «انجام تمرین توجه آگاهی در کنار همسر باعث ایجاد انگیزه و حس مسئولیت در برابر این تمرین شد. و باعث شد پویایی ارتباطی را تجربه کنیم» شرکت کننده ای گزارش داد: «برخی از تمرین های تمرکز حواس باعث حملات پانیک در من شد. مواجهه با افکارم چیزی بود که باعث وحشت من شد». برخی دیگر از شرکت کنندگان اظهار داشتند که تعداد جلسه کافی نبود، اما نشان دادند که مداخله چقدر برای آنها ارزشمند و مفید بوده است. این یافته توسط مطالعات در بررسی متون پشتیبانی می شود، که نشان می دهد ارائه هشت جلسه یا کمتر، مانند شش یا چهار جلسه، هنوز به طور قابل توجهی مفید است (Abbasia et al., 2015; Dousti et al., 2015; Folke et al., 2012; Kohtala et al., 2015; Shaker et al., 2016). شرکت کنندگان همچنین گفتند که اکت به آنها آگاهی زیادی و دیدگاه جدیدی از نظر ماهیت افکار و احساساتشان داد. آنها ادعا کردند که این آگاهی به آنها کمک می کند تا بسته به ارزش هایشان به جلو بروند. همچنین، پاسخ های آنها نشان داد که به نظر می رسد آگاهی از افکار و احساسات آنها کیفیت کلی زندگی آنها را بهبود بخشیده است، که با یافته های گزارش شده در مطالعه بهبود کیفیت زندگی پس از درمان پذیرش و تعهد در افرادی که به درمان شناختی رفتاری پاسخ نمی دهند، همسو است (Hertenstein et al., 2014). علیرغم حجم نمونه نسبتاً کوچک، گروه درمانی اکت به خوبی مورد استقبال قرار گرفت و از نظر فرهنگی شرکت کنندگان قابل قبول بود. نتایج به این ایده کمک می کند که اکت می تواند به تقویت احساسات مثبت و افزایش صمیمیت و حل تعارضات کمک کند و با افزایش عمل (متعهدانه) در بین زوجین از طریق رهاسازی ذهن از اختلافات بین فردی، پذیرش موارد غیر قابل تغییر و عدم استفاده از شیوه های کنترل باعث بهبود روابط بین زوجین گردد که این امر خودبخود باعث تقویت روابط صمیمانه بین زوج شده است. و زوج درمانگران، پژوهشگران، روانشناسان و مشاورانی که در زمینه خانواده و ازدواج و همچنین در روند درمان و آموزش زوجین متقاضی طلاق یا زوجین آشفته فعالیت می کنند،

می‌توانند از نتایج این تحقیق به عنوان روشی مؤثر برای حل سازنده تعارضات، اصلاح و بهبود کیفیت ارتباطات، رضایتمندی زناشویی در شرایط بالینی و غیربالینی استفاده کنند و به افزایش کیفیت زندگی افراد و جامعه کمک کنند.

References

- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Abbasia, M., Dargahib, S., Ghasemi Jobanehb, R., Dargahi, A., Mehrabi, A., & Aziz, K. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment based training on the maladaptive schemas of female students with bulimia nervosa. *Archives of Hygiene Sciences*, 4(2), 86-93. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Amato, P. R., & Hohmann-Marriott, B. (2007). A comparison of high-and low-distress marriages that end in divorce. *Journal of marriage and family*, 69(3), 621-638. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00396.x>
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
- Birditt, K. S., Brown, E., Orbuch, T. L., & McIlvane, J. M. (2010). Marital conflict behaviors and implications for divorce over 16 years. *Journal of marriage and family*, 72(5), 1188-1204. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00758.x>
- Bowers, J. R., Ogolsky, B. G., Hughes Jr, R., & Kanter, J. B. (2014). Coparenting through divorce or separation: A review of an online program. *Journal of Divorce & Remarriage*, 55(6), 464-484. <https://doi.org/10.1080/10502556.2014.931760>
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 73, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.001>
- Caughlin, J. P., Vangelisti, A. L., & Mikucki-Enyart, S. L. (2006). Conflict in dating and marital relationships. *The SAGE handbook of conflict communication: Integrating theory, research, and practice*, 129-157.
- Danaher, B. G. (1974). Theoretical foundations and clinical applications of the Premack Principle: Review and critique. *Behavior therapy*, 5(3), 307-324. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(74\)80001-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(74)80001-8)
- Dousti, P., Mohagheghi, H., & Jafari, D. (2015). The effect of acceptance and commitment therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment Conservation Journal*, 16(SE), 327-333.
- Falcke, D., Wagner, A., & Mosmann, C. (2013). Estratégias de resolução de conflito e violência conjugal. *Casal e família: transmissão, conflito e violência*, 14(2), 159-176.

- Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G., Hancock, B., & Knott, V. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*, 23(3), 413-421. <https://doi.org/10.1111/ecc.12136>
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002>
- Gehart, D. R. (2012). Mindfulness Research Foundations. In *Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy* (pp. 39-55). Springer. <https://books.google.com/books?id=Sk3Bdl0NHbIC&lpg=PR5&ots=BTABNdJxvc&dq=Gehart>
- Gehart, D. R., & McCollum, E. E. (2007). Engaging suffering: Towards a mindful re-visioning of family therapy practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 214-226. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00017.x>
- Gillard, D., Flaxman, P., & Hooper, N. (2018). Acceptance and commitment therapy: Applications for educational psychologists within schools. *Educational Psychology in Practice*, 34(3), 272-281. <https://doi.org/10.1080/02667363.2018.1446911>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1522153>
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and commitment therapy. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*, 1-4. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. <https://books.google.com/books?id=og28CwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=-7SSXL3Ivl&dq=Hayes>
- Hertenstein, E., Thiel, N., Lüking, M., Külz, A. K., Schramm, E., Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Riemann, D., & Nissen, C. (2014). Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 371-373. <https://doi.org/10.1159/000365173>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568. <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/cjpn/2017/00000033/00000006/art00010>

- Jiménez, F. J. R. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019738>
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 360-373. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 43(4), 741-756. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Lindahl, K. M., & Malik, N. M. (2011). Marital conflict typology and children's appraisals: the moderating role of family cohesion. *Journal of family psychology*, 25(2), 194. <https://doi.org/10.1037/a0022888>
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14057>
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221-234. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
- Mohsenzadeh, F., Yarahmadi, H., Zaharakar, K., & Soleimani, A. (2019). Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment therapy on quality of life in HIV patient. *Journal of psychologicalscience*, 18(80), 923-932. <https://www.researchgate.net/profile/Hosein-Yarahmadi-2/publication/337566599>
- Mosmann, C., & Falcke, D. (2011). Conflitos conjugais: motivos e frequência. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 5-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493567>
- Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2013). *Marriages and families*. McGraw-Hill US Higher Ed USE. <https://pdfs.semanticscholar.org/f63e/7e4c680f53dc2152e9628102c07848e38dea.pdf>
- P. Greeff, T. D. B., Abraham. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 26(4), 321-334. <https://doi.org/10.1080/009262300438724>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430-442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
- Preotu, I.-D., & Turliuc, M. N. (2015). Similarity, communication, and satisfaction in intimate relationships: The role of ideal standards. *Psihologia Sociala*(35), 109. <https://www.cceeol.com/search/article-detail?id=281858>
- Rinaldi, C., & Howe, N. (1998). Siblings' reports of conflict and the quality of their relationships. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-), 404-422. <https://www.jstor.org/stable/23093709>

- Sandström, G. (2011). Socio-economic determinants of divorce in early twentieth-century Sweden. *The history of the family*, 16(3), 292-307. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2011.06.003>
- Shaker, M., Rahimi, M., & Zare, M. (2016). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment social anxiety and general self-efficacy on divorced women under welfare organization in Yazd. *Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 4(04), 6-12. <https://doi.org/10.24200/jsshr.vol4iss04pp6-12>
- Springer, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Part of the "Third Wave" in the behavioral tradition. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 205-212. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.9110205883653735>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. new harbinger publications.
- Stutzman, S. V., Miller, R. B., Hollist, C. S., & Falceto, O. G. (2009). Effects of marital quality on children in Brazilian families. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(3), 475-492. <https://doi.org/10.3138/jcfs.40.3.475>
- Tolorunleke, C. A. (2014). Causes of marital conflicts amongst couples in Nigeria: Implication for counselling psychologists. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.381>
- Veehof, M. M., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Wagner, A., Grzybowski, L., Arpini, D., & Cúnico, S. (2014). Como os filhos percebem o relacionamento conjugal de seus pais. *Novos olhares sobre a família: Aspectos psicológicos, sociais e jurídicos*, 39-53.
- Wagner, A., & Mosmann, C. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 79-103. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387005.pdf>
- Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 2350. <https://doi.org/10.1159/000365764>

The Impact of Forgiveness Therapy on the Mental Health of Mothers with an Abused History in Childhood

Samira Asghari 

MA graduate of Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: asgharisamira032@gmail.com

Seyed Ali Kimiaee 

Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: kimiaee@um.ac.ir

Hossein Kareshki 

Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: kareshkei@um.ac.ir

Recived: 2022-02-28	Revised: 2022-10-16	Accepted: 2023-06-03	Published: 2023-07-22
Citation: Asghari, S., Kimiaee, S. A., & Kareshki, H. (2023). The Impact of Forgiveness Therapy on the Mental Health of Mothers with an Abused History in Childhood. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 47-63. doi: 10.22067/tpccp.2023.74836.1245			

Abstract

Introduction

One of the most important developmental stages of every human being is childhood, because during this period personality is formed. Children in the family learn to respect others' rights, to pay attention to people, and to recognize social values and norms. Many studies have shown the adverse impacts of child abuse and the cognitive and emotional misbehavior on the child. Among the long-term psychological effects of physical abuse are major behavioral and psychological problems in adolescence and adulthood. Adults who recall maltreatment are significantly at risk of developing psychological trauma. Retrospective reports of maltreatment experiences up to age 12 have shown that at the age 18, these individuals have several psychiatric problems, including depression, anxiety, self-mutilation, alcohol dependence and conduct disorder. These results show a strong connection between childhood maltreatment and suffering from the mentioned disorders. Research has proven that early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood maltreatment and adulthood psychological trauma. Although the tissue damage of physical abuse heals over time, its psychological effects often continue throughout a person's life and leave disastrous results. Some studies have shown that mental and physical abuse during childhood can lead to a decrease in mental well-being in adulthood. As a result, one of the things that needs to be considered is psychological well-being.

Reef and Case (2002) presented the theory of psychological well-being or positive mental health. According to the theory, psychological well-being consists of six factors: self-acceptance (having a positive attitude towards oneself), having a positive relationship with others (empathy and intimate relationship with others), autonomy (feel of independence and ability to resist social pressures), purposeful life (having purpose and meaning in life), personal growth (feel of continuous growth), and mastering the environment (ability to manage the environment). The theory has been widely used over the world. One of the most important methods that can be used for improving the various psychological aspects of adults is therapeutic forgiveness approach. Forgiveness therapy can be effectively used alone or combined with other approaches for changing an individual's view towards others and



©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

managing emotions correctly in communication. Examining the Quranic verses and traditions in Islam also shows the emphasis on forgiveness and forgiving others' mistakes. Forgiveness is a process in which a person moves past the wrong done to him and gives up his right to be angry about the hurtful act committed. The aim of forgiveness can be improving relationships, achieving inner peace, empathizing with the wronged person, or performing a valuable behavior. This study, then, sought to explore the impacts of implementing forgiveness therapy on the mental well-being of mothers experiencing abuse in childhood.

Method

This quasi-experimental study used a pre-test-post-test design with a control group. Available sampling and random assignment were used for this study. The statistical population consisted of mothers visiting Ferdowsi University of Mashhad Counseling Center in the second quarter of 2018, who were subjected to behavioral, linguistic and psychological abuse during their childhood. The people were recruited through invitation to participate in the research project and after screening by means of mental well-being questionnaire (score less than 168), 30 of them were selected and randomly assigned to two groups of 15 people for the experiment and 15 people for the control group. Data were collected through Reef's psychological well-being questionnaire (Reef, 1989). The data collected from the pre-test and post-test questionnaires were analyzed using SPSS. The data were analyzed using the analysis of covariance (ANCOVA) was used to infer the data to control the pre-test effect.

Results

Descriptive results show that the average psychological well-being of the experimental group increased by 20.87 in the post-test phase, while no noticeable changes were observed in the control group from the pre-test to post-test phases. The results in the inferential statistics section, using covariance analysis, showed that the averages of the experimental group due to therapeutic forgiveness are significantly higher than the averages of the control group, which means that therapeutic forgiveness increases the psychological well-being of mothers who have been abused in childhood.

Discussion and Conclusion

Data analysis showed that therapeutic forgiveness increased the mental well-being of mothers abused in childhood. Forgiveness includes six psychological components: the absence of emotion, judgment, and negative behavior towards the wrongdoer, and the presence of emotion, judgment, and positive behavior towards the same mistake. Therapeutic forgiveness emphasizes the importance of the injured person not allowing the traumatic incident to continuously affect the his/her sense of self or ruin his personal relationships and go beyond the natural response to the injury. This is necessary for self-development and as well as for the emotional and moral development of the injured person. When forgiveness takes place completely, the person psychologically feels being healed. Forgiveness is considered an individual characteristic that is done to show a positive and socially friendly reaction to human and environmental errors. To increase mental health and improve resentment, which is necessary for a people's communication and their emotional, spiritual and physical growth. In other words, forgiveness is an emotional transformation that is freely chosen, during which the desire to take revenge and avoid the wrongdoer decreases, and as a result, improves physical and mental health.

Keywords: Forgiveness Therapy, Mental Health, Abused Mothers

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

اثربخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در دوران کودکی

سمیرا اصغری ^{ID}

دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. asgharisamira032@gmail.com

سید علی کیمیایی ^{ID}

دانشیار گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، Kimiaee@um.ac.ir

حسین کارشکی ^{ID}

دانشیار گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. kareshkei@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۷/۲۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: اصغری، سمیرا؛ کیمیایی، علی؛ کارشکی، حسین. (۱۴۰۲). اثربخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در دوران کودکی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۶۳-۴۷. doi: 10.22067/tpccp.2023.74836.1245			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در دوران کودکی بود.

روش: پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه لیست انتظار بود. جامعه آماری شامل مادران مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد در سه ماهه دوم سال ۹۸ بود که در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند. تعداد ۳۰ نفر از این مادران به روش در دسترس انتخاب و به تصادف، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و لیست انتظار (۱۵ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ جلسه یک ساعته تحت بخشش درمانی قرار گرفتند و گروه لیست انتظار هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف جمع‌آوری شدند و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد بخشش درمانی بر بهزیستی روانی تاثیر مثبت معنی داری داشته است. همچنین این درمان به افزایش خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگری، هدف گزینی در زندگی و پذیرش خود منجر می‌شود. در نتیجه بخشش درمانی، بهبود بهزیستی روانشناختی مادران بد رفتاری شده در گستره زندگی را در پی دارد.

واژه‌های کلیدی: بخشش درمانی، بهزیستی روانی، مادران بدرفتاری شده

مقدمه

یکی از مهمترین مراحل رشدی هر انسان دوران کودکی می باشد، زیرا در این دوران شخصیت فرد شکل می گیرد. کودک، رعایت حقوق دیگران و توجه به آنها، شناخت ارزش ها و هنجارهای اجتماعی را در خانواده می آموزد. نتایج مطالعات زیادی حاکی از تأثیرات نامطلوب سوءرفتارهای، شناختی و عاطفی کودک آزاری بر کودک هستند. یکی از آثار روانشناختی طولانی مدت آزار جسمی، مشکلات رفتاری و روانشناختی عمده در نوجوانی و بزرگسالی است (Christoffersen et al., 2003). کودک آزاری به بروز آسیب روانی در بزرگسالی دامن می زند و سطوح بالای تروما با اختلال شخصیت همایند، نیاز خدماتی بیشتر و سازگاری کمتر در روابط خانوادگی ارتباط دارد (Fitzhenry et al., 2015). بزرگسالانی که بد رفتاری را به خاطر می آورند به طور چشمگیری در معرض خطر ابتلا به آسیب های روانی قرار دارند (Newbury et al., 2018). تجربه سوء رفتارهای عاطفی، پیش بینی کننده ای قوی برای عزت نفس پایین در بزرگسالی نیز به شمار آمده است (Badr et al., 2018).

گزارشات گذشته نگر از تجربیات سوء رفتار تا ۱۲ سالگی نشان داده این افراد در ۱۸ سالگی، چندین مشکل روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، خودزنی، وابستگی به الکل و اختلال سلوک را نشان می دهند؛ این نتایج، ارتباطی قوی بین بد رفتاری دوران کودکی و ابتلا به اختلالات ذکر شده را نشان می دهد (Newbury et al., 2018) در تحقیقی ثابت شد که طرحواره های ناسازگار اولیه واسطه ای بین بد رفتاری های دوران کودکی و آسیب های روانی دوران بزرگسالی هستند، بدین معنا که این طرحواره ها از تجارب انواع بد رفتاری در کودکی شکل می گیرند و باعث ابتلا فرد به انواع اختلالات روانشناختی در بزرگسالی می شوند و تقریباً همه ابعاد ۵ گانه بد رفتاری دوران کودکی با این طرحواره ارتباط مستقیم و مثبت دارند، اما بد رفتاری عاطفی تأثیر بیشتری بر آسیب های روانشناختی دوران بزرگسالی دارد و بعد از آن به ترتیب غفلت عاطفی، غفلت جسمی، بد رفتاری جنسی و سپس بد رفتاری جسمی تأثیر گذار هستند (Gong & Chan, 2018).

عمدتاً طرحواره های ناسازگار اولیه، زیربنای نشانه های اختلالات افسردگی، اضطراب اختلالات روان تنی و غیره می باشند (Cecero et al., 2004). طرحواره ای که شدیدتر باشد، در موقعیت های بیشتری فعال می شود. برای مثال کودکی که به شدت و دایم از جانب پدر و مادر خود تنبیه شده یا مورد انتقاد قرار گرفته باشد، در بزرگسالی طرحواره نقص او تقریباً در مورد هر کسی برانگیخته می شود اما اگر فرد توسط یکی از والدین، تنبیه شده یا مورد انتقاد قرار گرفته باشد، توسط افراد هم جنس همان والد، طرحواره اش برانگیخته می شود. در نهایت طرحواره ای که شدیدتر باشد هنگام برانگیخته شدنش، فرد عواطف منفی بیشتری را تجربه

می‌کند و در ذهن او مدت بیشتری فعال می‌ماند (Rostami, 2015). با وجود بهبود ضایعات بافتی آزار جسمی در گذر زمان، اثرات روانشناختی آن غالباً در طول زندگی فرد ادامه پیدا می‌کند و نتایج فاجعه آمیزی بر جای می‌گذارد. برای مثال طبق پژوهشی که در آمریکا انجام شده است مشخص شده زنان و مردانی که در کودکی مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، احتمال روی آوردن آن‌ها به روسپی‌گری یا آزار کودکان‌شان چهار برابر بیشتر است (Khanjari, 2017).

همچنین علی‌وردی‌نیا و همکاران (Aliverdinia et al., 2014) به این نتیجه رسیدند که اکثر افرادی که از کودکان‌شان غافل هستند یا آن‌ها را مورد آزار قرار می‌دهند، خودشان در کودکی آزار دیده‌اند، از نظر اجتماعی افرادی منزوی هستند، با خانواده، اقوام و همسایه‌ها پیوند ضعیفی دارند، شبکه‌های اجتماعی آن‌ها کوچک است، با عوامل حمایتی تعاملات منفی بالایی دارند و در نهادهای اجتماعی مشارکت پایینی دارند. نبود حمایت‌های اجتماعی بر استرس و انزوای این افراد که غالباً با پدر و مادر آزارگر و غفلت‌کننده ارتباط دارد، تأثیر می‌گذارد (Aliverdinia et al., 2014). همانطور که بیان شد آزارهای روانی و جسمی دوران کودکی می‌تواند کاهش بهزیستی روانی دوران بزرگسالی فرد را به دنبال داشته باشد. در نتیجه یکی از مولفه‌هایی که لازم است مورد توجه قرار بگیرد، بهزیستی روانی است. با وجود اهمیت زیاد بهزیستی روانشناختی در سلامت جسمی و روانی، در گذشته توجه زیادی به آن نشده است، اما در جنبش جدید روانشناسی مثبت، توجه خاصی به بهزیستی روانشناختی صورت گرفته است (Galla & Duckworth, 2015). به عقیده رید و انرایت (Reed & Enright, 2006) علم روانشناسی در طی قرن بیستم، به طور خاص به اختلال‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب و ناامیدی توجه کرده است و از پرداختن به عواطف مثبت انسان مانند بهزیستی روانشناختی، غافل بوده است. به باور او، انسان دارای دو نیمه مثبت و منفی است و حال زمان آن است که علاوه بر آسیب‌پذیری‌ها، به توانایی‌ها و جنبه‌های مثبت وجود انسان توجه شود. در محور این نیمه مثبت، توجه به بهزیستی روانشناختی قرار می‌گیرد (Reed & Enright, 2006).

همچنین از جمله حیطه‌های روانشناسی مثبت گرا، بهزیستی روانشناختی، شادمانی، خرد و خلاقیت می‌باشد. در دهه گذشته کیس (Keyes et al., 2002) نظریه بهزیستی روانشناختی^۱ یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند براساس این نظریه بهزیستی روانشناختی متشکل از شش عامل است: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، داشتن رابطه مثبت با دیگران (همدلی و رابطه صمیمی با دیگران)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف

و معنا در زندگی)، رشد شخصی (احساس رشد پیوسته) و تسلط بر محیط (توانایی مدیریت محیط). نظریه ریف در جهان به طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است (Garcia & Moradi, 2013).

بنابراین چنانچه بتوانیم موارد یاد شده را ارتقاء بخشیم، می‌توانیم گام مطلوبی به منظور بهبود زندگی این افراد برداریم. یکی از مهمترین روش‌هایی که می‌توان به منظور افزایش جنبه‌های مختلف روانشناختی بزرگسالان از آن استفاده کرد، استفاده از رویکرد بخشش درمانی^۱ است. زیرا همانطور که پیش از این بیان گردید آزارهای روانی و جسمانی در دوران کودکی می‌تواند کاهش بهزیستی روانی و شادمانی فرد را در دوران بزرگسالی به دنبال داشته باشد (Galla & Duckworth, 2015). کیانی و خدابخش (Kiani, 2013) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عفو و بخشش با سلامت و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت و معناداری دارد. نتایج پژوهش قربانیناب (Ghobari Bonab Baqer, 2009) نیز نشان داد دانشجویان دارای عفو و گذشت بالا در بعد رفتاری، افسردگی، اضطراب و روابط بین فردی مشکلات کمتری خواهند داشت.

یکی از مؤلفه‌های روانشناسی مثبت نگر که سال‌های زیادی موضوع بحث متخصصان فلاسفه و الهیات بوده، بخشش است که با مذهب پیوند نزدیکی دارد (Kheiri, 2018). به گونه‌ای که نتایج پژوهش‌های صورت گرفته خبر از رابطه معنی‌داری بین بخشش و فروتنی، و بخشش، دینداری و فروتنی می‌دهد. به علاوه بخشش با غرور و تکبر، رابطه‌ای منفی دارد (Michaelson, 2014). با وجود سابقه زیاد بخشش در الهیات، فلسفه و مذهب، در روانشناسی موضوع جدیدی برای پژوهش است. بخشش به کارگیری راهکارهای بی‌اثر تعارض را که ناشی از خطاها و تجاوزهای نابخشوده طرف مقابل است، از بین می‌برد (Kachadourian et al., 2004).

بخشش درمانی از رویکردهای جدید در حوزه روان درمانی به حساب می‌آید که می‌تواند به صورت مجزا و یا تلفیقی با رویکردهای دیگر در تغییر نگاه فرد به دیگران و مدیریت صحیح هیجانات در ابعاد ارتباطی مؤثر باشد. بررسی آیات و روایات در اسلام نیز نشان دهنده تأکید بر عفو و بخشایش از خطاهای دیگران است. بخشایش فرآیند انطباقی مثبتی است که با رهاسازی احساسات، شناخت‌ها و رفتارهای تنفر نسبت به متجاوز نشان داده می‌شود، به طوری که شفقت، سخاوت و رضایتمندی را برای آن شخص پرورش دهد (Akhtar & Barlow, 2018).

در درمان مبتنی بر بخشش رویکردهای زیادی هستند که یکی از آنها، مدل بخشودگی انراپ است

(Enright & Fitzgibbons, 2015). این مدل دارای ۴ فاز است که عبارتند از: آشکارسازی، تصمیم‌گیری، عمل و عمق‌بخشی. فاز اول آشکارسازی است که در آن مواردی همچون بررسی دفاع‌های روانشناختی، مواجهه با خشم، پذیرش خشم، آگاهی از نیروگذاری روانی، آگاهی از مرور شناختی احساس گناه، بینش در مورد مقایسه رنج‌دیده با رنج‌اننده و بینش در مورد آینده بررسی می‌شود. در فاز تصمیم‌گیری مواردی همچون بینش در مورد اینکه استراتژی‌های قدیمی کاربرد ندارد، علاقه به در نظر گرفتن بخشش به عنوان یک گزینه و نهایتاً بخشیدن رنج‌اننده مطرح می‌شوند. در فاز عمل نیز چارچوب‌دهی مجدد، همدلی با رنج‌اننده و پذیرش درد و رنج مطرح می‌شوند. در فاز عمق‌بخشی نیز مواردی همچون پیدا کردن معنای زندگی، احتیاج خود فرد به گذشت دیگران، حمایت کلی و ... مطرح می‌گردند.

بخشش فرآیندی است که در آن فرد از خطایی که نسبت به او صورت گرفته می‌گذرد و از حق خود برای عصبانیت از عمل ارتكابی زیان بخش چشم‌پوشی می‌کند. این فرآیند با هدف بهبود روابط، آرامش درونی، همدلی کردن با فرد خطاکار یا انجام یک رفتار ارزشی انجام می‌شود و دارای پیامدهای زیر است: الف) رها شدن از احساسات منفی نسبت به فرد خطاکار؛ ب) غلبه پیدا کردن بر رنجش حاصل از بدی؛ ج) رهایی از عصبانیت درونی، تلافی و جدایی نسبت به فرد خطاکار. هانگ و انرایت (Huang & Enright, 2000) بخشش را میل درونی در فرد می‌دانند که او را به بازداري کردن از پاسخ‌های نامطلوب ارتباطی و انجام رفتاری مثبت در رابطه با فردی که به طور منفی با وی رفتار کرده است متمایل می‌سازد. آنها بخشش را فرآیندی مرحله‌ای می‌دانند که باعث می‌شود خشم از بین برود و امید در فرد ایجاد شود. تحقیقات نشان داده‌اند بخشش برای مدیریت هیجان‌های منفی خشم و بهزیستی کلی ابزار درمانی مفیدی است (Huang & Enright, 2000) بررسی لواف‌پور (Lavaf Pournuri, 2012) حاکی از آن بود که بخشش درمانی گروهی، پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را به طور معناداری کاهش می‌دهد. به طور کلی بخشش وظیفه معینی دارد: کمک به افراد تا بتوانند بر تنفر، تندی/ تلخی و حتی کینه و نفرت نسبت به افرادی که با آنها غیر عادلانه و حتی در بعضی مواقع بی‌رحمانه رفتار کرده‌اند، غلبه کنند. این وظیفه از طریق فرآیندی که شامل تغییر شناختی، عاطفی و رفتاری است انجام می‌شود. بخشش یک متغیر رشدی و کیفی است، که دیدگاه‌ها، احساسات، نگرش‌ها، رفتارها و تعاملات را تغییر می‌دهد (Murray, 2002). از این رو هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادرانی بود که در کودکی مورد آزار و بدرفتاری قرار گرفته‌اند.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی است. به دلیل استفاده از نمونه در دسترس و گمارش تصادفی از نوع شبه آزمایشی می‌باشد که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه لیست انتظار اجرا شده است. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، مادران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد در سه ماهه دوم سال ۹۸ بودند که در دوران کودکی مورد آزار رفتاری، زبانی و روانی قرار گرفته‌اند. این افراد از طریق اطلاعیه فراخوان شرکت در طرح پژوهشی جذب و پس از غربال به‌وسیله پرسشنامه بهزیستی روانی (نمره کمتر از ۱۶۸) تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب شده و به تصادف، در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفره لیست انتظار گمارده شدند. داده‌های جمع‌آوری شده از اجرای پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا برای نشان دادن اطلاعاتی مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی از امار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و سپس برای استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر پیش‌آزمون بهره گرفته شد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف (Ryff & Singer, 1998) طراحی کرد. فرم اصلی آن ۱۲۰ سؤال دارد ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از شکل ۱۸ سؤالی آن استفاده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده مقیاس است، شامل: تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران. هر خرده مقیاس، در سه سؤال طرح شده است. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ نمره گذاری می‌شود. مجموع نمرات این ۶ عامل، نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی قلمداد می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. این آزمون در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب هم‌هنگی بین مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد (Bayani & Goudarzi, 2008). در ایران نیز بیانی، کوچکی و بیانی (Bayani et al., 2008) پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ، سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ به دست آمد. هم چنین روایی این پرسشنامه به کمک روش روایی سازه با اجرای مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی

آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه شد (Bayani & Goudarzi, 2008).

روش اجرای پژوهش

فرایند اجرای طرح پژوهشی حاضر، دارای ۳ مرحله بود:

۱- جمع‌آوری حجم نمونه و انجام پیش‌آزمون: در این مرحله در ابتدا پیش‌تست از مراجعان گرفته شد. قابل ذکر است که انجام این ارزیابی‌ها در پلی کلینیک روانشناسی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد.

۲- اجرای فرایند درمان: درمان بر اساس پروتکل انرایت به نحوی طرح ریزی شد که ۱۲ جلسه تقریباً ۹۰ دقیقه‌ای به طول انجامید. جلسات به طور هفتگی اجرا شدند و در جلسات پایانی مداخله، جلسات با فاصله ۲ هفته‌ای برگزار شد تا به مراجع این امکان داده شود که زمان بیشتری برای غلبه بر مسائل باقیمانده خود داشته باشد.

۳-انجام پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها: پس از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون انجام شد و کار بررسی داده‌ها و تحلیل آن‌ها آغاز شد.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و برقراری ارتباط، مواجهه با خشم: آشکارسازی خشم از طریق شناسایی ماهیت مخرب و آوردن احساسات خشم به سطح آگاهی
جلسه دوم	مرور شناختی رنجش: تفکر در مورد رنجش به منظور برملاسازی دو مقایسه نقش مراجع و فرد رنجاننده
جلسه سوم	تصمیم به گذشت کردن: در نظر گرفتن بخشش به عنوان یک گزینه و حق انتخاب، تشویق به متعهد شدن نسبت به بخشش
جلسه چهارم	نگریستن با نگاهی نو: ارائه مفهوم بازتعریف برای ادراک تازه رنجش فرد رنجاننده و دیدن وی به صورت بخشی از یک تصویر پیچیده‌تر و درک آسیب‌پذیری‌های وی
جلسه پنجم	تلفیظ درون: همدلی کنندگان از طریق درک رنج فرد خاطی، و تغییر دادن هیجانات منفی در جهت مثبت و ایجاد احساسات، افکار و رفتارهای مثبت از طریق تصویرپردازی هدایت‌شونده
جلسه ششم	جذب کردن رنج: آموزش پذیرش رنجش به جای متوقف‌سازی و بدخیم نمودن رنجش
جلسه هفتم	کاوش معنا و اهمیت: درک سهم خویش در آزار و اذیت دیگران، و دیدن تغییرات پس از رنجش از منظر مثبت
جلسه هشتم	آشکارسازی شرم و احساس گناه: آموزش پذیرش این حقیقت که مراجعان نیز در برهه‌ای از زمان نیازمند بخشیده شدن بوده‌اند
جلسه نهم	تصمیم بر طلب بخشش: آموزش روش‌های طلب بخشش و عذرخواهی به مراجعان، و نیز نحوه دریافت کردن بخشش
جلسه دهم	یادگیری اصول صحیح جلب نمودن بخشش دیگران: یاری رساندن به مراجعان در درک معانی کلیدی دریافت نمودن بخشش و فرق گذاشتن بین آن و باورهای غلط مرسوم درباره معنای دریافت بخشش

جلسه یازدهم	پروازندن دریافت بخشش: ایجاد و آموزش نگرش قدرشناسی، و اشتیاق به فدا کردن مقداری از عزت نفس (فروتنی کردن) هنگام ارائه شدن بخشش به فرد
جلسه دوازدهم	کشف معنا در طلب و پذیرفتن بخشش: کمک به مراجعان در معنا یافتن درد، تجربه کردن خطاکاری در حق دیگری و مواجه شدن با جایز الخطا بودن انسان‌ها

نتایج آزمون پیش فرض های مربوط به استفاده از تحلیل کوواریانس

نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که سطح معنی داری به دست آمده در مورد متغیر بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه آزمایش و لیست انتظار بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون های پارامتریک، از جمله تحلیل کوواریانس منعی ندارد. همچنین سطح معنی داری بدست آمده برای مقدار آماره لوین نشان می دهد که در مورد بهزیستی روانشناختی، سطح معنی داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا پیش شرط همگنی واریانس ها برقرار است ($P\text{-value} > 0.05$).

در آزمون پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون مربوط به متغیر پژوهش، نتایج به دست آمده نشان داد که مقدار F محاسبه شده در مورد تعامل بین گروه و متغیرهای پژوهش معنی دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای گروه های آزمایش و لیست انتظار یکسان است و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است.

یافته ها

جدول ۲ فراوانی سن و میزان تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. بر اساس اطلاعات این جدول بیشتر شرکت کنندگان ۳۰ تا ۳۹ سال سن دارند. همچنین تحصیلات دیپلم بیشترین فراوانی را دارد.

جدول ۲. فراوانی و درصد متغیر سن و میزان تحصیلات شرکت کنندگان

سن	فراوانی	درصد	درصد موارد پاسخ داده	درصد تراکمی
۲۰ تا ۲۹ سال	۶	۲۰/۰	۲۰/۰	۲۰/۰
۳۰ تا ۳۹ سال	۱۹	۶۳/۳	۶۳/۳	۸۳/۳
۴۰ سال به بالا	۵	۱۶/۷	۱۶/۷	۱۰۰/۰
کل	۳۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	
تحصیلات	سیکل	۴	۱۳/۳	۱۳/۳
دیپلم	۱۴	۴۶/۷	۴۶/۷	۶۰/۰
فوق دیپلم	۴	۱۳/۳	۱۳/۳	۷۳/۳
لیسانس و بالاتر	۸	۲۶/۷	۲۶/۷	۱۰۰/۰
کل	۳۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	

تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی، بهزیستی روانشناختی و زیر مولفه‌های آن در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون و به تفکیک گروه‌های آزمایش و لیست انتظار آمده است. بر اساس این شاخص‌ها، میانگین بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون، به میزان ۲۰.۸۷ افزایش داشته است در حالی که تغییرات محسوسی در گروه کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روانشناختی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استقلال	پیش آزمون	۱۳/۷۳	۱/۸۹	۱۲/۸۰	۲/۱۱
	پس آزمون	۱۸/۶۰	۱/۵۴	۱۲/۸۳	۲/۰۴
تسلط	پیش آزمون	۱۶/۴۶	۱/۴۰	۱۴/۴۰	۱/۵۴
	پس آزمون	۲۰/۰۰	۲/۲۶	۱۴/۴۶	۱/۳۵
رشد شخصی	پیش آزمون	۱۵/۰۶	۱/۳۳	۱۴/۴۶	۱/۴۰
	پس آزمون	۱۸/۳۳	۱/۲۳	۱۴/۰۶	۱/۲۷
روابط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۱۴/۴۰	۱/۴۰	۱۳/۸۰	۱/۴۲
	پس آزمون	۱۷/۰۶	۱/۶۲	۱۳/۴۰	۱/۵۹
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	۱۳/۴۶	۱/۵۹	۱۶/۱۳	۱/۴۵
	پس آزمون	۱۷/۰۶	۱/۳۸	۱۴/۵۳	۱/۳۵
پذیرش	پیش آزمون	۱۴/۱۳	۱/۳۰	۱۴/۴۶	۱/۸۴
	پس آزمون	۱۷/۰۶	۱/۳۸	۱۴/۲۶	۱/۷۵
نمره کل بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون	۸۷/۲۶	۵/۴۰	۹۰/۸۶	۲/۵۳
	پس آزمون	۱۰۸/۱۳	۳/۳۵	۸۰/۶۶	۵/۶۲

جدول ۴. آزمون‌های چند متغیره تحلیل کوواریانس

آزمونها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۶۸	۱۴/۱۳	۶	۱۰	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۳۲	۱۴/۱۳	۶	۱۰	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۶/۵۹	۱۴/۱۳	۶	۱۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۶/۵۹	۱۴/۱۳	۶	۱۰	۰/۰۰۰

در جدول بالا، چهار آزمون چند متغیره تحلیل کوواریانس "اثر پیلایی"، "لامبدای ویلکز"، "اثر هاتلینگ" و "بزرگترین ریشه روی" محاسبه شده‌اند. همانطور که مشاهده می‌شود، سطح معناداری هر چهار آزمون کمتر از ۰/۰۵ است، که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (بهزیستی روانشناختی، خود مختاری، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی، روابط مثبت، پذیرش خود و تسلط محیط) در بین گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. به عبارتی بخشی بخشش درمانی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته تاثیر مثبت دارد و موجب بهبود بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در دوران کودکی شده است.

جدول ۵. تحلیل چند متغیره تفاوت دو گروه آزمایش و لیست انتظار در بهزیستی روانشناختی در پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
استقلال	۲۰۵/۸۸	۱	۲۰۵/۸۸	۷۸/۷۲	۰/۰۰۱
رشد شخصی	۱۱۲/۶۵	۱	۱۱۲/۶۵	۸۵/۳۰	۰/۰۰۱
روابط مثبت	۸۲/۲۳	۱	۸۲/۲۳	۳۶/۶۱	۰/۰۰۲
هدفمندی	۲۷/۷۹	۱	۲۷/۷۹	۱۴/۲۵	۰/۰۰۱
پذیرش	۶۸/۲۰	۱	۶۸/۲۰	۲۵/۷۹	۰/۰۰۱
تسلط	۲۹/۹۱۷	۱	۲۹/۹۱۷	۶/۴۵	۰/۰۳۷
نمره کل	۳۰۵/۷۳	۱	۳۰۵/۷۳	۵۲/۶۶	۰/۰۰۱

جدول شماره ۶. میانگین تعدیل شده در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۸/۳۹	۰/۴۲۴	۱۳/۰۰	۰/۴۱۱	استقلال
۱۸/۱۹	۰/۳۰	۱۴/۲۰	۰/۳۶	رشد شخصی
۱۶/۹۲	۰/۳۵۴	۱۳/۵۳	۰/۴۲۵	روابط مثبت
۱۷/۰۹	۰/۴۳۸	۱۴/۵۰	۰/۴۱۶	هدفمندی
۱۷/۱۸	۰/۳۲۴	۱۴/۱۵	۰/۲۴۷	پذیرش
۱۹/۵۷	۰/۵۲۱	۱۴/۸۹	۰/۶۳۲	تسلط محیط

نتایج درج شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که تأثیرات پیش آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۵$) همچنین نتایج به دست آمده از جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل میانگین‌ها، میانگین‌های گروه آزمایش به واسطه بخشی بخشش درمانی، به طور قابل توجهی از میانگین‌های گروه کنترل بیشتر می‌باشد بدین معنی که بخشی بخشش درمانی میزان بهزیستی روانشناختی مادرانی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند را در مقایسه با گروه لیست انتظار به نحو معنی داری افزایش داده است.

بحث و نتیجه

تحلیل داده‌ها نشان داد که بخشش درمانی بر افزایش بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در کودکی تاثیر داشته است. نتایج این بررسی با نتایج مطالعات اختر و بارلو (Akhtar & Barlow, 2018)، الموباک و همکاران (Al-Mubak et al., 1995)، رید و انرایت (Reed & Enright, 2006)، تیواری (Gyanesh Kumar, 2020) و شیرین کار (Shirinkar, 2016) همسو می‌باشد.

برای مثال (Akhtar & Barlow, 2018) در تحقیقی تحت عنوان بخشش درمانی برای ارتقا بهزیستی ذهنی: یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیلی، به این نتیجه رسیدند که بخشش انواع جرایم بین فردی در زندگی واقعی می‌تواند در ارتقاء ابعاد مختلف بهزیستی ذهنی موثر باشد. الموباک و همکاران نیز (Al-Mubak et al., 1995) در تحقیقی تحت عنوان آموزش بخشش به نوجوانان محروم از محبت والدین که در دو گروه ۴۵ و ۴۸ نفره دختر و پسر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دریافت آموزش بخشش به طور چشمگیری در کاهش اضطراب، افزایش عزت نفس و نگرش مثبت به والدین و همچنین افزایش امید نقش دارد. رید و انرایت (Reed & Enright, 2006) در تحقیقی تحت عنوان تاثیرات بخشش درمانی بر افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه در زنان آسیب‌دیده از بدرفتاری عاطفی همسر، به این نتیجه رسیدند که بخشش درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب صفت، علائم استرس پس از سانحه و افزایش عزت نفس، بخشش، تسلط بر محیط زیست و یافتن معنی در رنج، تاثیر زیادی دارد. لین و همکاران (Lin et al., 2004) نیز در تحقیقی تحت عنوان اثرات بخشش درمانی بر خشم، خلق و خو و آسیب‌پذیری در برابر مصرف مواد در میان بیماران بستری وابسته به مواد، به این نتیجه رسیدند که شرکت کنندگانی که دوره بخشش درمانی را تکمیل کرده‌اند، به طور قابل توجهی در مقایسه با گروه درمان جایگزین، خشم، افسردگی، اضطراب کلی و صفتی، عزت نفس، گذشت و آسیب‌پذیری کمتری نسبت به مصرف مواد مخدر نشان می‌دهند. تیواری (Gyanesh Kumar Tiwari, 2020) نیز در تحقیقی تحت عنوان بخشش و مداخله بهداشت روان دریافت که مداخلات بهداشت روان مبتنی بر بخشش می‌تواند در کاهش عاطفه منفی، غم، درد و ارتقاء روابط مثبت با خود، دیگران، جامعه و سازمان‌ها نقش موثری داشته باشد. پژوهش پارسافر (Parsafar et al., 2005) تحت عنوان بررسی رابطه تعهد مذهبی، سبک‌های بخشش، نبخشیدن و نشخوار فکری با سلامت روان، نشان داد که سلامت روان دارای رابطه معناداری با نشخوار فکری، سن و به خصوص تعهد درونی به منزله یکی از مؤلفه‌های تعهد مذهبی می‌باشد و فراهم آوردن زمینه‌های مناسب در جهت تقویت تعهد مذهبی، توانایی بخشش و کنترل کردن نشخوارهای فکری می‌تواند سلامت روان دانشجویان را افزایش دهد. شیرین کار (Shirinkar, 2016) در پژوهشی که تحت عنوان تاثیر درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم

افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به افسرده خوئی انجام داد، نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر بخشش برای کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری سودمند می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق باید گفت که بخشش مشمول شش مولفه روانشناختی است: عدم عاطفه، قضاوت و رفتار منفی نسبت به خطاکار و وجود عاطفه، قضاوت و رفتار مثبت نسبت به همان خطاکار است. در واقع بخشش درمانی بر اهمیت این مسئله تأکید می‌کند که فرد آسیب دیده اجازه ندهد تا حادثه بر آثار به طور مداوم بر احساس فرد از خود یا تحریف روابط شخصی اش تأثیر گذارد و از واکنش طبیعی نسبت به آسیب فراتر رود. این برای رشد خود و رشد هیجانی و اخلاقی فرد آسیب دیده ضروری است و در زمانی که این فرایند بخشش به طور کامل صورت پذیرد، فرد احساس بهزیستی روانی و سلامت ذهنی بیشتری خواهد کرد (Enright & Fitzgibbons, 2015). در حقیقت بخشش به عنوان فرآیند پیچیده شناختی، رفتاری و عاطفی تشریح می‌شود که در آن عاطفه و قضاوت منفی نسبت به خطاکار کاهش و انگیزش‌های صلح آمیز افزایش می‌یابد. تمرکز این دیدگاه بر کاهش عدم بخشش، رشد همدلی با فرد خاطی و افزایش انگیزش‌های صلح آمیز است که می‌تواند به یک تسلط بر محیط و پذیرش منجر شود (Parsafar et al., 2005).

بخشش را میلی درونی که افراد را به سوی بازداری از پاسخ‌های ناخوشایند ارتباطی و رفتار کردن به طور مثبت نسبت به کسی که به طور منفی با آنها رفتار کرده است، متمایل می‌سازد نیز تعریف کرده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است که بخشش، سودمندی‌های روانشناختی و جسمانی متعددی در پی دارد. در حقیقت آموزش بخشش به آزمودنی‌ها نشان می‌دهد با آزاد ساختن خشم و عواطف منفی به روشی سازنده، علت ایجاد رنجش از دید فرد خاطی، بررسی علل وقوع رنجش، بررسی میزان سهم خود فرد در ایجاد رنجش، بررسی وقایعی که در آن خودشان موجب رنجش دیگران را به بار آورده‌اند، پیدا کردن معنای واقعی رنجش، ایجاد عادت بخشیدن و طلب بخشش، تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری را در خود به وجود آورند و در برابر نابخشودگی با بخشش پاسخ دهند. بخش میل درونی است که منجر به بازداری‌های پاسخ ناخوشایند ارتباطی با دیگران می‌شود. بخشودگی، خشم و خصومت را در افراد کاهش داده و موجب افزایش سلامت جسمانی و روانی می‌گردد (Shirinkar, 2016).

بخشش یک ویژگی درون فردی به شمار می‌آید که به منظور نشان دادن واکنشی مثبت و جامعه پسندانه در مقابل خطاهای انسانی و محیطی صورت می‌گیرد. برای افزایش سلامت روان و بهبود آزرده‌گی، که برخورداری از آن‌ها برای رشد ارتباطی، عاطفی، معنوی و جسمانی فرد لازم است، می‌توان از بخشش که از فرآیندهای روانشناختی و ارتباطی است نام برد. به عبارت دیگر بخشش، تحولی عاطفی است که به صورت آزادانه انتخاب می‌شود و در طول آن تمایل به انتقام و اجتناب از خطاکار کم می‌شود (Enright & Fitzgibbons, 2015).

بخشش درمانی به توقف نشخوار فکری در باره خطاهای اشخاص کمک می‌کند و با تشویق کردن اسناددهی‌های مثبت و همدلی که از مؤلفه‌های بخشش درمانی به شمار می‌آیند، تغییرات شناختی و هیجانی را به ارمغان می‌آورد. مؤلفه‌های وجودنگرانه موجود در بخشش درمانی به افراد در رهایی از رنج حاصله کمک می‌کند. بنابراین بخشش درمانی کاهش فکرهای نگرانی آور خطاکاری و در نتیجه افزایش بهزیستی روانشناختی را به دنبال دارد (Enright & Fitzgibbons, 2015).

بخشش حافظ اشخاص در برابر تجربه‌ها و برداشت‌های منفی است، به این شکل که کاهش انگیزه برای اقدامات تلافی‌گرانه و افزایش تمایل برای حسن نیت نسبت به فرد خطاکار را به دنبال دارد. این گرایش کاهش‌دهنده سوءظن و قضاوت بد نسبت به فرد خاطی است و از ابراز رفتارهای اجتماعی نامناسب جلوگیری به عمل می‌آورد و به فرد آسیب‌دیده اجازه می‌دهد تا در رفتارهای اجتماعی مثبت نسبت به فرد خطاکار و دیگر افراد از خودش ابتکار عمل نشان دهد و برقراری روابط مثبت با دیگران را در پی دارد. این عمل، چرخه معیوب رخدادهای معیوب منجر به درگیری‌های میان فردی را کاسته و افزایش بهزیستی روانشناختی را به دنبال دارد (Enright & Fitzgibbons, 2015).

اگرچه با تایید فرضیه پژوهش نمی‌توان ادعا کرد که تنها عامل افزایش‌دهنده بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در کودکی بخشش درمانی است، اما شواهد حاکی از آن است که بخشش، بهزیستی روانی مادران را افزایش داده است. عوامل زیادی بر بهزیستی روانی مادران بد رفتاری شده اثرگذار است که محقق در این پژوهش اثر بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بد رفتاری شده در کودکی را بررسی کرده است، هم چنین در این پژوهش از آزمون استاندارد شده با اعتبار و روایی بالا و طرح نیمه آزمایشی استفاده شده و متغیر جنسیت نیز کنترل شده است، بنا براین یافته‌های پژوهش قابل اعتماد بوده و می‌توان گفت بخشش درمانی بر بهزیستی روانی مادران بدرفتاری شده در کودکی تاثیر دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که به دلیل برخی مشکلات زمانی، مکانی و مالی، پیگیری نتایج درمان صورت نگرفته است، همچنین کنترل تمام متغیرهای مزاحمی که در طول دوره آزمایش بر گروه‌ها تاثیر می‌گذارند ممکن نبوده و انجام نشده است. پیشنهاد می‌شود شیوه‌های والدگری مادران بدرفتاری شده در کودکی با مادران عادی مقایسه شده و برای رفع کاستی‌های احتمالی در والدگری مادران بدرفتاری شده، چاره‌اندیشی شود. به علاوه، بررسی پدران بدرفتاری شده در کودکی نیز موضوعی نیازمند توجه بیشتر است.

References

- Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness therapy for the promotion of mental well-being: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 107-122. <https://doi.org/10.1177/1524838016637079>
- Al-Mubak, R., Enright, R., & Cardis, P. (1995). Forgiveness education with parentally love-deprived college students. *Journal of Moral Education*, 14. <https://doi.org/10.1080/0305724950240405>
- Aliverdinia, A., Hasani, M., & Ebrahimi, E. (2014). Family Factors of Child Abuse [orginal]. *Social Welfare*, 13(50), 71-110. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1355-fa.html>
- Badr, H. E., Naser, J., Al-Zaabi, A., Al-Saeedi, A., Al-Munefi, K., Al-Houli, S., & Al-Rashidi, D. (2018). Childhood maltreatment: A predictor of mental health problems among adolescents and young adults. *Child abuse & neglect*, 80, 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.011>
- Bayani, A., & Goudarzi, H. (2008). Koocha i Ashour M. The relationship between psychological wellbeing and general health in students of Islamic Azad University, Behshahr Branch. *Knowledge and research in Psychology*, 35, 153-164.
- Bayani, A. A., Mohammad Koochekya, A., & Bayani, A. (2008). Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2), 146-151.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire—research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(5), 344-357. <https://doi.org/10.1002/cpp.401>
- Christoffersen, M. N., Poulsen, H. D., & Nielsen, A. (2003). Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), 350-358. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00165.x>
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. (2015). Forgiveness therapy. *Washington, DC*.
- Fitzhenry, M., Harte, E., Carr, A., Keenleyside, M., O'Hanrahan, K., White, M. D., Hayes, J., Cahill, P., Noonan, H., & O'Shea, H. (2015). Child maltreatment and adult psychopathology in an Irish context. *Child abuse & neglect*, 45, 101-107. <https://doi.org/10.1037/e505422006-001>
- Galla, B. M., & Duckworth, A. L. (2015). More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 109(3), 508.
- Garcia, D., & Moradi, S. (2013). The affective temperaments and well-being: Swedish and Iranian adolescents' life satisfaction and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 689-707. <https://doi.org/10.1037/e537902012-026>
- Ghobari Bonab Baqer, K. M., Vahdat Torbati Shadi. (2009). Investigating the relationship between forgiveness and forgiveness and mental health in medical students. *Psychology and Educational Sciences*, 38(2), 167-180.
- Gong, J., & Chan, R. C. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500.
- Gyanesh Kumar Tiwari, P. K. R. (2020). *Forgiveness and Mental Health Intervention, Life Goal, Spirituality and Health* New Delhi, India.

- Huang, S.-T. T., & Enright, R. D. (2000). Forgiveness and anger-related emotions in Taiwan: Implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(1), 71.
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 11(3), 373-393. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00088.x>
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Khanjari, P., and Modbar, M., and Rahmati, M., and Haqqani, H. . (2017). The effect of sexual abuse prevention education program on the knowledge, attitude and practice of parents of school-age children. *Iranian Journal of Nursing*, 29 (104), 17-27.
- Kheiri, Y., and Hosseini Fard, H., and Nasiri, F. (2018). Spiritual health in patients with gastrointestinal cancers and its relationship with general health. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 27 (10), 2027-2035.
- Kiani, F. K., Mohammadreza. (2013). Investigating the role of forgiveness in health and psychological well-being of students. *hsr*, 9 (10) 1050-1061.
- Lavaf Pournuri, F., and Zaharakar, K., and Sanaei Zakir, b. (2012). Evaluation of the effectiveness of group forgiveness therapy in reducing aggression in aggressive adolescents aged 11 to 13 years in Dezful. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 20(4), 489-500.
- Lin, W.-F., Mack, D., Enright, R. D., Krahn, D., & Baskin, T. W. (2004). Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1114. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.6.1114>
- Michaelson, C. (2014). Psychological Perspectives on Forgiveness: From Freud to New Thought. In *Webbing Vicissitudes of Forgiveness* (pp. 143-158). Brill.
- Murray, R. J. (2002). Forgiveness as a therapeutic option. *The Family Journal*, 10(3), 315-321.
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of psychiatric research*, 96, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- Parsafar, S., Namdari, K., Hashemi, S. E., & Mehrabi, H. A. (2005). The relationship between religious commitment, unforgiveness and forgiveness styles with the mental health. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 6(23), 139-162.
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 920.
- Rostami, M., Saadati, N., Ghezelseflo, M. (2015). The relationship between childhood abuse experience and primary stress confronting methods and maladaptive schemas. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6), 269-277.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Shirinkar, Z., Namdari, K., Jamilian, H., Abedi, A. (2016). Effect of Forgiveness Group Therapy on the Symptoms of Depression and Rumination of Dysthymic Women. *Clinical Psychology Studies*, 6(22), 1-20.



Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Exercises and Emotion-Focused Group Therapy on Psychological Well-Being of Hospitalized Patients Recovered from Covid-19

Samaneh Hatami

PhD student, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
Email: drshahramallahyari2424@yahoo.com

Masoud Khakpour

Assistant Professor, Department of counselling and psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. (Corresponding Author), Email: M.khakpour54@gmail.com

Mohammad Reza Saffarian Tosi

Assistant Professor, Department of Educational Science, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Received: 2023-03-12	Revised: 2023-04-21	Accepted: 2023-06-06	Published: 2023-07-22
Citation: Hatami, S., Khakpur, M., & Saffarian Tosi, M. R. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Exercises and Emotion-Focused Group Therapy on Psychological Well-Being of Hospitalized Patients Recovered from Covid-19. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 64-86. doi: 10.22067/tpccp.2023.78684.1359			

Abstract

Introduction

The outbreak of Covid-19 and prevalence of death all over the world not only affects the physical health, but also the mental health of people. People experience various mental problems such as depression, anxiety, and stress. The negative impact of the virus on humans is so great that some scholars see it impossible to estimate the psychological impact of Covid-19 on people (Burke & Arslan, 2020). Therefore, the way dealing with the consequences of the virus is difficult (Xiang et al., 2020). Examining people's psychological characteristics may be helpful for understanding the impact of preventive behaviors on psychological health, especially in patients who recovered from Covid-19. According to Arslan (2016), considering psychological well-being of these patients and the the factors affecting it can lead to improving their psychological health, especially those who have recovered from the illness. In this regard, Armour et al. (2021) reports the decrease of psychological well-being of patients with Covid-19. According to Dubey et al. (2020), one of the most widely used treatments during Covid-19 pandemic for reducing stress and improving positive psychological characteristics is mindfulness-based stress reduction group exercises. The exercise helps patients concentrate on correct and preventive behaviors without being worried about re-infection (Saricali et al., 2022). Emotion-focused group therapy is also one of the most effective treatments for people who have recovered from Covid-19 (Koren et al., 2021). Based on this method, the therapist encourages patients to use strategies that enhance their awareness, acceptance, expression, regulation, and change of emotions. The aim of this intervention is strengthening effective self-regulation and making a new meaning for life (Beasley & Ager, 2019). Emotion-focused group therapy may reduce stress and improve emotional control in people who recovered from Covid-19. Thompson-de Benoit and Kramer (2021) approved the impact of emotional therapy on psychotherapy in the time of Covid-19. However, few research has focused on the effectiveness of interventions that may improve



psychological well-being of critically ill patients who have recovered from Covid-19. Since the virus has adverse impacts on the psychological well-being of critically ill patients who recover from Covid-19, such a study seems to be necessary. This study aims to compare the impacts of mindfulness-based stress reduction group exercises with the impacts of emotion-focused group therapy on psychological well-being of hospitalized and recovered patients from Covid-19.

Method

The semi-experimental research included pre-test, post-test, and follow-up stages. The statistical population included all patients who were admitted to Imam Reza Hospital in Mashhad in between June and August 2021 for being infected with Covid-19, recovered, and discharged. The sample included 45 patients (15 patients for each group), who were selected using convenience sampling method and randomly divided into three groups. The first experimental group received eight 45-minute sessions of emotion-focused group therapy, the second experimental group received eight 120-minute sessions of mindfulness-based stress reduction group therapy, and the control group did not receive any intervention. For all the groups, a pre-test, a post-test, and a follow-up test two months after the end of the treatment were conducted. The short version of Ryff's psychological well-being scale was used for collecting data.

Results

The results of mixed model for repeated measures showed that both mindfulness-based stress reduction exercises and emotion-focused group therapy have an impact on psychological well-being and its components in pre-test, post-test, and follow-up stages, as they improved the psychological well-being of the patients. Bonferroni test, however, showed that the treatments differ only in the purposefulness component, since the average score of purposefulness in the group treated with emotion-focused group therapy is significantly higher than the average score of purposefulness in group treated with mindfulness-based stress reduction group exercises.

Discussion and Conclusion

Mindfulness-based exercises activate patients' parasympathetic system, create a sense of relaxation, and reduce stress in body's defense system. Moreover, created mental peace allows the recovered people to concentrate on preventive behaviors without being worried about the possibility of re-infection (Saricali et al., 2022). Arguably, through making people clearly aware of the current experiences as well as through experiencing and allowing all thoughts and feelings without judging, avoiding, or suppressing them (Bishop, 2004), mindfulness prevents people from being obsessively attracted to negative feelings and emotions and suppressing them. Instead, it makes patients accept the emotions. Mindfulness exercises help the patient become totally aware of his thoughts, feelings, and physical states at all moments and see calmly what is happening in the surrounding environment. Moreover, mindfulness exercises help the patient avoid drowning in his negative feelings and emotions, caused by acute illness in the past, and stop thinking and predicting about becoming sick again in the future. The results also showed that emotion-focused group therapy impacts on the psychological well-being. During the therapeutic sessions, patients speak about their feelings and emotions and experience new emotions. Patients are helped to identify, experience, discover, change, and manage their emotions in a better way.

Keywords: Stress, Mindfulness, Emotional Therapy, Psychological Well-Being

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی در بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا

سمانه حاتمی ^{ID}

دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. drshahramallahyari2424@yahoo.com

مسعود خاکپور ^{ID}

استادیار گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران، (نویسنده مسئول). M.khakpour@gmail.com

محمد رضا صفاریان طوسی ^{ID}

استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: حاتمی، سمانه؛ خاکپور، مسعود؛ صفاریان طوسی، محمد رضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی در بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۸۶-۶۴. doi: 10.22067/tpccp.2023.78684.1359			

چکیده

هدف: پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با ۳ گروه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیمارانی که در ۳ ماه دوم سال ۱۴۰۰ در بیمارستان امام رضا شهر مشهد (ع) بستری و سپس از کرونا بهبود یافته بودند. نمونه آماری برای هر گروه ۱۵ نفر که با روش در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در ۳ گروه جایگزین شدند. گروه آموزش اول هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان گروهی هیجان‌مدار و گروه آزمایش دوم هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff., 1989) گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار SPSS۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: هر دو درمان بر تمامی مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه، در مرحله پس از آزمون موثر است ($p < 0/05$) و این نتایج تا مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. اما، درمان گروهی هیجان‌مدار اثر بیشتری بر مولفه هدفمندی داشته است ($p < 0/05$).

نتیجه: درمان‌ها می‌توانند به عنوان روش‌های مداخله‌ای موثر بر افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا قلمداد شوند.

واژه‌های کلیدی: استرس، ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌مدار، بهزیستی روانشناختی

مقدمه

ظهور بیماری همه‌گیر ویروس کرونا به شهر ووهان^۱ و اولین مورد از ابتلا به ۱۷ نوامبر ۲۰۱۹ باز می‌گردد (Santabábara et al., 2021). در ۲۸ سپتامبر ۲۰۲۰، در مجموع ۳۳.۲۳۸.۱۶۸ مورد ابتلا و ۹۹۹.۶۲۹ مرگ براساس ویروس کرونا در سراسر جهان توسط سازمان بهداشت جهانی اعلام شد. این بیماری هنوز فاقد درمان قطعی است و نه تنها بر سلامت جسمی، بلکه بر سلامت روانی افراد نیز تاثیر چشمگیری دارد و مبتلایان مشکلات روانی مختلف مانند افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه خواهند کرد. تاثیر سوء این بیماری بر انسان‌ها آنقدر زیاد است که پژوهشگران بیان می‌کنند که برآورد تاثیر روانی کرونا بر افراد جامعه قابل پیش‌بینی نیست (Burke & Arslan, 2020). بنابراین، شناخت این که چگونه می‌توان به عواقب ویروس در طی شیوع پاسخ داد دشوار است (Xiang et al., 2020). با توجه به این که حفظ سلامت روانی در صورت وجود منبع حاد استرس می‌تواند چالش برانگیز باشد (de Cates et al., 2015). بررسی ویژگی‌های روانی افراد ممکن است برای درک تاثیر رفتارهای پیشگیرانه بر سلامت روانشناختی به‌ویژه بیماران بهبود یافته از کرونا مثر باشد؛ به‌طور مثال بررسی منابع روانشناختی مثبتی همچون بهزیستی روانشناختی و عوامل موثر در آن می‌تواند سلامت روانشناختی افراد به‌ویژه بهبودیافتگان را ارتقا دهند (Arslan, 2016).

در همین راستا، پژوهش آرمور، مک‌گلینچی، باتر، مک‌آلونی-کومان و مک فرسون (Armour et al., 2021) افت بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به کرونا را گزارش کرده‌اند.

بهزیستی روانشناختی^۲، اشاره به سطح عملکرد مثبت فردی دارد و ابعاد مهمی از قضاوت درباره رضایت از زندگی را انعکاس می‌دهد (Muquodas et al., 2020). در سطح ابتدایی، بهزیستی روانشناختی، بسیار مشابه اصطلاحاتی می‌باشد که به حالات مثبت ذهنی، همچون نشاط یا رضایتمندی اشاره دارد. با آنکه بهزیستی روانشناختی در دارا بودن احساس مطلوب، زندگی مطلوب، و عملکرد اثرگذار است ولی، این معنی را نمی‌دهد که اشخاص در طول زمان از احساس مطلوبی برخوردار باشند؛ بلکه تجربه احساسات دردآورد به‌عنوان مثال ضعف، ناامیدی، غم و ناراحتی، جزء طبیعی زندگی می‌باشد که باید اداره شود (Taneva, 2016). ریف و کیز (Ryff & Keyes, 1995) در تئوری خود برای بهزیستی روانشناختی شش مؤلفه ارائه نمودند که عبارتند از: روابط مثبت با دیگران به مفهوم داشتن روابط اعتمادبخش، صمیمی و رضایت‌بخش و اضطراب درباره بهزیستی شخص دیگر (Sandstrom & Dunn, 2014)، پذیرش خود، نگاه مثبت و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد و به بهزیستی و موفقیت بیشتر منتهی می‌گردد (Malinauskas,

1. Wuhan

2. Psychological Well-being

(2017)، خودمختاری، ساماندهی رفتار شخصی خود از راه کنترل درونی می‌باشد. هدفمندی در زندگی، یعنی دارا بودن یک روش معین در زندگی که زندگی شخص را ارزشمند و بااهمیت نشان می‌دهد (Huppert & So, 2013). رشد شخصی، به معنای دارا بودن احساس پیشرفت همیشگی و گشودگی به تجارب تازه می‌باشد (Sagone & De Caroli, 2016) و تسلط بر محیط، داشتن احساس برتری و چیرگی بر محیط، کنترل کردن و بهره‌گیری تاثیرگذار از فرصت‌های بعمل آمده است.

یافته‌های تحقیق انجام گرفته اتو، چارلز و یایا (Otu et al., 2020) نشان‌دهنده این است که اشخاصی که بر اثر بیماری کرونا بهبود پیدا کرده‌اند به علت فشار روانی که تجربه می‌نمایند در بهزیستی روانشناختی به نقص دچار می‌شوند و این اثر در زنان نسبت به مردان بیشتر و همچنین در سنین پایین‌تر و در اشخاصی که در مناطق محروم زندگی می‌کنند، بیشتر دیده می‌شود.

براساس پژوهش انجام شده توسط دابی، پودر و پاندی (Dubey et al., 2020) یکی از پرکاربردترین درمان‌ها در دوران اپیدمی کرونا به‌منظور کاهش استرس و بهبود ویژگی‌های مثبت روانشناختی بیماران بهبود یافته از این ویروس انجام تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱، یک پروتکل استاندارد از درمان‌های ذهنی-بدنی است که شامل مراقبه ذهن‌آگاهی، آموزش به بیمار و پشتیبانی گروهی می‌شود. استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی در افراد بهبود یافته سبب می‌شود تا سیستم پاراسماتیک فعال‌شده و حس آرامش مضاعفی را با کاهش استرس در سیستم دفاعی بدن افزایش دهد. همچنین ذهن‌آگاهی در افراد بهبود یافته از کرونا کمک می‌کند تا بدون نگرانی و ناراحتی ابتلای مجدد بر روی رفتارهای صحیح و پیشگیرانه تمرکز کنند (Saricali et al., 2022). علاوه بر تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، براساس پژوهش‌های انجام شده درمان گروهی هیجان‌مدار نیز یکی از درمان‌های موثر در افراد بهبود یافته از کرونا می‌باشد. درمان گروهی هیجان-مدار^۲، نوعی روش درمانی است که با درک نقش هیجان شکل می‌گیرد (Koren et al., 2021) و در این روش درمانگر فرد را به سمت استراتژی‌هایی سوق می‌دهد که باعث افزایش آگاهی، پذیرش، بیان، تنظیم و تغییر احساسات می‌شود و هدف آن تقویت خودتنظیمی موثر و ایجاد معنای جدید در زندگی برای فرد است (Beasley & Ager, 2019). در افراد بهبود یافته از کرونا این درمان به شیوه گروهی می‌تواند سبب کاهش میزان استرس و کنترل هیجانات نسبت به ابتلای مجدد یا نگرانی برای سرایت ویروس به نزدیکان موثر باشد.

1. mindfulness-based stress reduction

2. emotional focused therapy

در همین راستا پژوهش انجام‌شده توسط بینویت و کرامر (Thompson-de Benoit & Kramer, 2021)، تاثیر هیجان‌درمانی بر روان‌درمانی در دوران کرونا را تایید کرد. اما پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه وضعیت روانی بیماران به‌دحال بستری شده و بهبود یافته از کرونا در ایران صرفاً بصورت توصیفی انجام شده است و در کمتر پژوهشی در کشورهای دیگر نیز به روش‌های مداخله‌ای پرداخته شده است. در این پژوهش‌های محدود نیز بیشتر بر اختلالات روانشناختی این بیماران تمرکز شده است و در هیچ پژوهشی به بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی در بیماران به‌حال بستری شده و بهبود یافته از کرونا پرداخته نشده است. همچنین در هیچ طرح پژوهشی اقدام بهبود وضعیت بهزیستی روانشناختی افراد مختلف در دوران همه‌گیری کرونا نشده است. با توجه به شیوع کرونا و اثرات سوء این بیماری بر بهزیستی روانشناختی در بیماران به‌حال بستری شده و بهبود یافته از کرونا و با بررسی پیشینه پژوهش در مورد اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهبود علائم روانشناختی بیماران به‌حال بستری شده و بهبود یافته، چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی در بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش متشکل بود از کلیه بیماران مبتلا به کرونا که در ۳ ماه دوم سال ۱۴۰۰ در بیمارستان امام رضا شهر مشهد (ع) بیماران بستری شدند و سپس از کرونا بهبود یافته و ترخیص شده بودند. نمونه آماری برای هر گروه ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس این ۴۵ نفر بصورت تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی و به‌منظور به حداقل رساندن واریانس درون‌گروهی و بین‌گروهی در ۳ گروه جایگزین شد. گروه آموزش (۱) هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان گروهی هیجان‌مدار و گروه آزمایش (۲) هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. برای هر سه گروه پیش‌آزمون و پس از پایان جلسات پس‌آزمون و دوماه بعد، آزمون پیگیری برگزار شد. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه شرکت‌کنندگان زن باشند، ساکن شهر مشهد باشند، حداقل سن ۳۰ و حداکثر ۶۰ سال سن داشته باشند، از زمان ترخیص‌شان از بیمارستان بیش از ۳ ماه نگذشته باشد، به اختلال روانشناختی یا بیماری روانپزشکی تشخیص داده شده مبتلا نباشند. ملاک‌های خروج نیز

شامل گذشت بیش از ۳ ماه از زمان ترخیص از بیمارستان و عدم شرکت در بیش از ۳ جلسه مداخله در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی به این شرح رعایت شد: ۱. اطلاعات این تحقیق به صورت محرمانه نزد اجرا کننده پژوهش باقی ماند، ۲. رضایت نامه آگاهانه و کتبی از نمونه آماری همه گروه‌های مورد بررسی اخذ شد، ۳. کلیه هزینه‌های این تحقیق به عهده محقق بود و بابت انجام آزمایشات از بیمار هزینه‌ای دریافت نگردید و ۴. به آزمودنی‌ها اعلام شد در صورتی که هر کدام از افراد نمونه در هر مرحله از طرح تمایل به ادامه همکاری نداشتند، می‌توانند از طرح کناره‌گیری کنند.

این پژوهش با دریافت کد اخلاقی: <https://ethics.research.ac.ir/IR.IAU.MSHD.REC.1400.099> از دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد واحد مشهد، انجام شد. داده‌های مورد نیاز با استفاده از فرم ۱۸ سوالی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (Ryff, 1989) گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ تحلیل شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی توسط ریف (Ryff, 1989) در طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است.

فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و برگرفته از فرم اصلی ۱۲۰ سوال است. این آزمون ابزاری خودسنجی است که در یک پیوستار ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود و بر این اساس گزینه (خیلی مخالفم) نمره ۱ و گزینه (خیلی موافقم) نمره ۵ دریافت می‌کند. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است که عبارتند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی در پژوهش‌های متعدد مناسب گزارش شده است.

در ایران تایید روایی و پایایی این پرسشنامه ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و پایایی کل آن ۰/۷۱ گزارش شده است (Khanjani et al., 2014). همچنین در مطالعه بیانی، کوچکی و بیانی (Bayani et al., 2008) ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود.

همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ گزارش شده بود.

درمان گروهی هیجان‌مدار: گرینبرگ، واروار و مالکوم (Greenberg et al., 2008) به منظور اجرای درمان گروهی هیجان‌مدار طرحی را مشتمل بر ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ارائه داده‌اند که شرح آن در جدول زیر

گزارش شده‌است:

جدول ۱: پروتکل درمان گروهی هیجان‌مدار

جلسه	عنوان	هدف و محتوا
جلسه نخست	معارفه	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار، آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
جلسه دوم	مواجهه	در این جلسه درمانگر اعضای گروه را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از مرگ، طردشدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب می‌راند، بیان کنند.
جلسه سوم	احساسات ثانویه	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با بیماری منعکس و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
جلسه چهارم	برون‌سازی	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته به‌صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
جلسه پنجم	احساس ارزشمندی	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست می‌یابند و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
جلسه ششم	اعتماد و واکنش	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به‌تازگی آشکار شده، اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
جلسه هفتم	پردازش هیجانی	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند، به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به‌صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
جلسه هشتم	ارائه راه‌حل جدید	در این جلسه اعضای گروه به کمک هم راه‌حل‌های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می‌کنند و جنبه جدیدی از مشکلاتشان را بیان و تلاش می‌کنند آن را از نو طراحی کنند. همچنین، آن‌ها مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این که چگونه راه برگشت‌شان را یافتند، به یاد می‌آورند.

تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: کابات -زین (Kabat-Zinn, 2005) به‌منظور

اجرای تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی طرحی را مشتمل بر ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای ارائه داده‌اند که شرح آن در جدول زیر گزارش شده‌است:

جدول ۲: پروتکل تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

منبع متغیر		تعداد	کنترل		آزمایش ۱		آزمایش ۲	
			میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
			استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
خودمختاری	پیش آزمون	۱۵	۶/۴۰	۱/۷۲	۶/۷۳	۱/۱۶	۶/۸۰	۱/۹۷
	پس آزمون	۱۵	۶/۷۳	۱/۵۳	۷/۶۰	۱/۳۵	۷/۸۰	۲/۳۱
	پیگیری	۱۵	۶/۶۷	۲/۱۹	۹/۰۰	۱/۷۳	۹/۸۰	۲/۰۴
رشد شخصی	پیش آزمون	۱۵	۵/۶۰	۱/۶۴	۵/۴۰	۱/۴۵	۵/۲۷	۱/۸۷
	پس آزمون	۱۵	۵/۸۰	۱/۷۸	۶/۸۷	۱/۳۰	۶/۲۷	۲/۴۳
	پیگیری	۱۵	۵/۹۳	۲/۵۲	۸/۸۰	۲/۳۱	۷/۳۳	۲/۱۳
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۱۵	۶/۸۰	۲/۳۷	۶/۶۰	۲/۵۹	۶/۸۷	۲/۴۷
	پس آزمون	۱۵	۶/۷۳	۲/۴۹	۸/۴۷	۲/۰۰	۹/۰۰	۱/۳۶
	پیگیری	۱۵	۶/۷۳	۲/۹۴	۹/۰۷	۲/۰۹	۹/۰۷	۲/۱۹
ارتباط با دیگران	پیش آزمون	۱۵	۶/۴۰	۱/۹۹	۶/۰۰	۱/۰۷	۶/۷۳	۲/۴۳
	پس آزمون	۱۵	۶/۶۰	۱/۹۲	۸/۵۳	۲/۱۷	۸/۲۷	۲/۱۵
	پیگیری	۱۵	۶/۳۳	۲/۵۰	۹/۷۳	۲/۸۷	۸/۱۳	۲/۶۷
هدفمندی	پیش آزمون	۱۵	۷/۲۷	۱/۰۳	۶/۷۳	۰/۹۶	۷/۶۷	۱/۰۵
	پس آزمون	۱۵	۷/۲۰	۱/۳۲	۷/۴۷	۱/۳۶	۹/۴۰	۲/۵۳
	پیگیری	۱۵	۷/۱۳	۰/۹۹	۸/۱۳	۱/۴۱	۹/۰۷	۱/۹۱
پذیرش	پیش آزمون	۱۵	۶/۵۳	۱/۹۲	۵/۴۰	۱/۴۵	۶/۷۳	۱/۹۱
	پس آزمون	۱۵	۶/۹۳	۲/۱۹	۸/۴۰	۲/۶۷	۷/۲۷	۲/۱۹
	پیگیری	۱۵	۶/۴۷	۲/۰۰	۸/۷۳	۲/۹۱	۸/۵۳	۲/۶۷
بهبذیستی روانشناختی	پیش آزمون	۱۵	۳۹/۰۰	۶/۲۴	۳۶/۸۷	۲/۸۵	۴۰/۰۷	۶/۵۸
	پس آزمون	۱۵	۴۰/۰۰	۶/۸۰	۴۷/۳۳	۵/۲۵	۴۸/۰۰	۶/۱۳
	پیگیری	۱۵	۳۹/۲۷	۷/۸۲	۵۳/۴۷	۵/۲۸	۵۱/۹۳	۵/۲۶

جدول ۳: آمار توصیفی نمرات بهزیستی روانشناختی به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

جلسه	عنوان	هدف و محتوا
جلسه نخست	معارفه و شروع واریسی	معرفی سیستم هدایت خودکار/ نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس/ تمرین خوردن کشمش و دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین/ فضای تنفس سه دقیقه‌ای/ تعیین تکلیف هفته آینده

جلسه دوم	مراقبه ذهن - آگاهی تنفس	تمرین مجدد واریسی بدن / دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن/تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس / تمرین کششی یوگا
جلسه سوم	نشست هوشیارانه	انجام نشست هوشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته)/انجام تمرینات یوگا / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
جلسه چهارم	یوگای هوشیار	انجام مجدد تمرین واریسی بدن / انجام تمرینات مربوط به یوگای هوشیار / تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن / تمرین مجدد نشست هوشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن
جلسه پنجم	توضیح استرس و واکنش	تمرین تنفس / تمرین مجدد نشست هوشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار) / توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به استرس / بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی / انجام تمرینات یوگای هوشیارانه / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
جلسه ششم	یوگای هوشیارانه	انجام یوگای هوشیارانه/ انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)
جلسه هفتم	مراقبه کوهستان	انجام مراقبه کوهستان / بهداشت خواب / تکرار تمرینات جلسات قبل / تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه هشتم	بازنگری برنامه	تمرین واریسی بدن / بازنگری کل برنامه / واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها / انجام مراقبه سنگ، مهره و تپله

یافته‌ها

براساس اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در پس‌آزمون گروه آزمایش اول و آزمایش دوم نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است، همچنین این تغییر تا دوره پیگیری نیز باقی مانده است.

در آزمون تحلیل واریانس ابتدا اقدام به بررسی و تایید پیش‌فرض‌های این آزمون شد. بر این اساس شناسایی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، نرمال‌بودن چندمتغیری داده‌ها با استفاده از فاصله ماهالانوبیس و آماره مردیا، پیش‌فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون ۳ گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی^۱، فرض همگنی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون انجام و تایید شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر بهزیستی روانشناختی برحسب زمان، روش مداخله و تعامل زمان و روش مداخله

تأثیر	آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	η^2
برون گروهی	پیلایی	۰/۶۸۴**	۳/۲۹۴	۱۲	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
	لامبدای ویلکز	۰/۴۳۱**	۳/۲۲۵	۱۲	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
	هوتلینگ	۱/۰۵۲**	۳/۱۵۵	۱۲	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵
	بزرگترین ریشه روی	۰/۶۱۹**	۳/۹۲۳	۶	۳۸	۰/۰۰۴	۰/۳۸۲
درون گروهی	پیلایی	۰/۸۱۳**	۱۱/۲۶۲	۱۲	۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸۷**	۱۱/۲۶۲	۱۲	۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳
	هوتلینگ	۴/۳۵۹**	۱۱/۲۶۲	۱۲	۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳
	بزرگترین ریشه روی	۴/۳۵۹**	۱۱/۲۶۲	۱۲	۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳
زمان*	پیلایی	۱/۰۵۴**	۲/۹۶۹	۲۴	۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۷
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۷**	۳/۲۴۴	۲۴	۶۲	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷
	هوتلینگ	۲/۸۱۶**	۳/۵۲۰	۲۴	۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۸۵
	بزرگترین ریشه روی	۲/۲۵۱**	۶/۰۰۱	۱۲	۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۲

** معنی داری در سطح ۰/۰۱

نتایج حاصل از آزمون نشان داد که اثر اصلی زمان اندازه گیری معنی دار است. یعنی بین حداقل یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$).

همچنین نتایج نشان داد که اثر اصلی گروه نیز معنی دار است. یعنی بین حداقل یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی در ۳ گروه بدون توجه به عامل زمان اندازه گیری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج تعامل زمان در گروه نیز حاکی از این بود که روند تغییرات نمرات حداقل یکی از مولفه های بهزیستی روانشناختی از پیش آزمون تا پس آزمون و پیگیری در ۳ گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). به منظور بررسی همگنی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال از آزمون کرویت ماوچلی استفاده شد.

یافته های آزمون ماوچلی برای مولفه پذیرش معنی دار نبود ($w > 0/05$) یعنی پیش فرض کرویت برای این متغیر برقرار است. اما این مقدار برای مولفه های خودمختاری، رشد شخصی، تسلط، ارتباطات و هدفمندی

معنی‌دار بود ($w < ۰/۰۵$) و این بدان معناست که پیش‌فرض کرویت برای این متغیر برقرار نیست و بنابراین، درجات آزادی تعدیل شده گرین هاوس-گیسر، مبنای گزارش مقدار F قرار گرفت.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بهزیستی روانشناختی با تصحیح گرین-هاوس

گروه	منبع متغیر	آماره	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
اثر زمان	خودمختاری	گرین هاوس - گیسر	۷۷/۶۱۵	۲	۴۷/۳۸۵	۲۱/۹۵۳	۰/۰۰۰	۰/۳۴۳
	رشد شخصی	گرین هاوس - گیسر	۸۴/۲۸۱	۲	۴۹/۸۴۸	۱۶/۲۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۷۹
	تسلط	گرین هاوس - گیسر	۶۱/۷۹۳	۲	۴۱/۰۳۸	۹/۳۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	ارتباطات	گرین هاوس - گیسر	۷۴/۱۹۳	۱	۵۱/۷۰۱	۷/۲۳۳	۰/۰۰۴	۰/۱۴۷
	هدفمندی	گرین هاوس - گیسر	۲۱/۵۷۰	۲	۱۳/۵۳۵	۷/۰۹۰	۰/۰۰۳	۰/۱۴۴
	پذیرش	کرویت	۷۰/۷۱۱	۲	۳۵/۳۵۶	۱۳/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۲۴۰
اثر زمان * گروه	خودمختاری	گرین هاوس - گیسر	۳۲/۵۶۳	۳	۹/۹۴۰	۴/۶۰۵	۰/۰۰۴	۰/۱۸۰
	رشد شخصی	گرین هاوس - گیسر	۳۵/۸۵۲	۳	۱۰/۶۰۲	۳/۴۵۶	۰/۰۱۷	۰/۱۴۱
	تسلط	گرین هاوس - گیسر	۳۴/۸۷۴	۳	۱۱/۵۸۰	۲/۶۴۷	۰/۰۵۶	۰/۱۱۲
	ارتباطات	گرین هاوس - گیسر	۵۷/۰۰۷	۳	۱۹/۸۶۳	۲/۷۷۹	۰/۰۵۱	۰/۱۱۷
	هدفمندی	گرین هاوس - گیسر	۱۸/۶۵۲	۴	۴/۶۶۳	۳/۰۶۵	۰/۰۲۱	۰/۱۲۷
	پذیرش	کرویت	۵۷/۹۵۶	۴	۱۴/۴۸۹	۵/۴۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۶

نتایج بررسی اثرات درون گروهی یعنی زمان سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل از زمان سنجش با اثر بین گروهی یعنی گروه‌های مورد مطالعه (دارای ۳ سطح تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان گروهی هیجان‌مدار و گروه کنترل)، بر متغیر بهزیستی روانشناختی در جدول ۵ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط بر اساس آماره کرویت برای متغیر پذیرش ($p < ۰/۰۱$) و همچنین بر اساس تصحیح گرین هاوس برای متغیرهای خودمختاری، رشد شخصی، تسلط، ارتباطات و هدفمندی ($p < ۰/۰۱$)، نشان داد که در هر ۶ مولفه مورد بررسی عامل زمان تأثیر معنی‌داری بر هر یک از این متغیرها داشته است که این نشان‌می‌دهد نمرات همه مولفه‌های بهزیستی روانشناختی حداقل در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته‌است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط بر اساس آماره کرویت برای متغیر پذیرش ($p < ۰/۰۱$) و همچنین بر اساس تصحیح گرین هاوس برای متغیرهای متغیرهای خودمختاری و رشد شخصی ($p < ۰/۰۱$) و هدفمندی

($p < 0/05$)، نشان داد که تعامل عامل زمان در گروه تأثیر معنی داری بر هر یک از این متغیرها داشته است که این نشان می دهد نمرات همه مولفه های بهزیستی روانشناختی حداقل در یکی از مراحل پیش آزمون، پس-آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته است.

جدول ۶: آزمون اثر بین گروهی برای مقایسه متغیر بهزیستی روانشناختی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
خودمختاری	گروه	۱۹/۳۲۳	۲	۹/۶۶۲	۴/۵۵۸	۰/۰۱۶
	خطا	۸۹/۰۳۷	۴۲	۲/۱۲۰		
رشد شخصی	گروه	۱۱/۷۳۸	۲	۵/۸۶۹	۲/۶۷۹	۰/۰۸۰
	خطا	۹۲/۰۰۰	۴۲	۲/۱۹۰		
تسلط	گروه	۲۰/۷۶۰	۲	۱۰/۳۸۰	۳/۲۸۲	۰/۰۴۷
	خطا	۱۳۲/۸۴۴	۴۲	۳/۱۶۳		
ارتباطات	گروه	۲۲/۲۵۷	۲	۱۱/۱۲۸	۶/۷۴۱	۰/۰۰۳
	خطا	۶۹/۳۳۳	۴۲	۱/۶۵۱		
هدفمندی	گروه	۱۹/۷۳۸	۲	۹/۸۶۹	۸/۴۲۷	۰/۰۰۱
	خطا	۴۹/۱۸۵	۴۲	۱/۱۷۱		
پذیرش	گروه	۷/۵۱۱	۲	۳/۷۵۶	۱/۱۳۵	۰/۳۳۱
	خطا	۱۳۸/۹۳۳	۴۲	۳/۳۰۸		

به منظور بررسی اثر بین گروهی (دارای ۳ سطح تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی هیجان مدار و گروه کنترل)، بر متغیر بهزیستی روانشناختی نتایج جدول ۶ نشان داد که اثر بین گروهی در میزان خودمختاری و تسلط ($p < 0/05$)، ارتباطات و هدفمندی ($p < 0/01$) حداقل در یکی از مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار است. می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش با کنترل حداقل در یکی از مراحل سنجش برای مولفه های بهزیستی روانشناختی وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی تعامل عامل درون گروهی و عامل بین گروهی برای مقایسه متغیر بهزیستی

روانشناختی

گروه	منبع متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری	سطح معناداری	
کنترل	۱	خودمختاری	۲	۰/۳۳۳	۰/۵۰۴	حد پایین	حد بالا
			۳	۰/۲۶۷	۰/۶۹۳	-۱/۷۰۳	۱/۰۳۶
					۱/۰۰۰	-۲/۱۵۱	۱/۶۱۷

۱/۴۰۵	-۱/۲۷۲	۱/۰۰۰	۰/۴۹۲	۰/۰۶۷	۳	۲	رشد شخصی
۱/۶۶۰	-۲/۰۶۰	۱/۰۰۰	۰/۶۸۵	-۰/۲۰۰	۲	۱	
۱/۷۳۲	-۲/۳۹۹	۱/۰۰۰	۰/۷۶۰	-۰/۳۳۳	۳		
۲/۱۱۵	-۲/۳۸۲	۱/۰۰۰	۰/۸۲۷	-۰/۱۳۳	۳	۲	
۲/۰۴۲	-۱/۹۰۹	۱/۰۰۰	۰/۷۲۷	۰/۰۶۷	۲	۱	
۲/۴۶۱	-۲/۳۲۷	۱/۰۰۰	۰/۸۸۱	۰/۰۶۷	۳		
۱/۳۵۲	-۱/۳۵۲	۱/۰۰۰	۰/۴۹۸	۰/۰۰۰	۳	۲	
۱/۳۵۱	-۱/۷۵۱	۱/۰۰۰	۰/۵۷۱	-۰/۲۰۰	۲	۱	
۲/۸۹۲	-۲/۷۵۹	۱/۰۰۰	۱/۰۴۰	۰/۰۶۷	۳		
۲/۲۶۰	-۱/۷۲۶	۱/۰۰۰	۰/۷۳۳	۰/۲۶۷	۳	۲	
۱/۳۵۱	-۱/۲۱۸	۱/۰۰۰	۰/۴۷۳	۰/۰۶۷	۲	۱	
۱/۰۸۵	-۰/۸۱۸	۱/۰۰۰	۰/۳۵۰	۰/۱۳۳	۳		هدفمندی
۰/۷۹۱	-۰/۶۵۸	۱/۰۰۰	۰/۲۶۷	۰/۰۶۷	۳	۲	
۱/۰۹۶	-۱/۸۹۶	۱/۰۰۰	۰/۵۵۰	-۰/۴۰۰	۲	۱	
۱/۵۵۴	-۱/۴۲۱	۱/۰۰۰	۰/۵۴۷	۰/۰۶۷	۳		
۰/۹۸۸	-۰/۰۵۵	۰/۰۸۷	۰/۱۹۲	۰/۴۶۷	۳	۲	
۰/۰۴۷	-۱/۷۸۰	۰/۰۶۶	۰/۳۳۶	-۰/۸۶۷	۲	۱	
-۰/۹۰۲	-۳/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	-۲/۲۶۷	۳		خودمختاری
-۰/۶۵۹	-۲/۱۴۱	۰/۰۰۰	۰/۲۷۳	-۱/۴۰۰	۳	۲	
-۰/۸۸۲	-۲/۰۵۲	۰/۰۰۰	۰/۲۱۵	-۱/۴۶۷	۲	۱	
-۱/۳۴۹	-۵/۴۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	-۳/۴۰۰	۳		
-۰/۲۰۵	-۳/۶۶۲	۰/۰۲۶	۰/۶۳۶	-۱/۹۳۳	۳	۲	
-۰/۱۷۱	-۳/۵۶۲	۰/۰۲۹	۰/۶۲۴	-۱/۸۶۷	۲	۱	
۰/۰۶۲	-۴/۹۹۵	۰/۰۵۷	۰/۹۳۰	-۲/۴۶۷	۳		تسلط
۰/۷۹۸	-۱/۹۹۸	۰/۷۸۹	۰/۵۱۵	-۰/۶۰۰	۳	۲	
-۱/۱۸۴	-۳/۸۸۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹۶	-۲/۵۳۳	۲	۱	
-۱/۴۱۴	-۶/۰۵۳	۰/۰۰۲	۰/۸۵۳	-۳/۷۳۳	۳		
۱/۱۴۵	-۳/۵۴۵	۰/۵۵۸	۰/۸۶۳	-۱/۲۰۰	۳	۲	
-۰/۲۴۰	-۱/۲۲۷	۰/۰۰۴	۰/۱۸۲	-۰/۷۳۳	۲	۱	
-۰/۷۰۸	-۲/۰۹	۰/۰۰۰	۰/۲۵۴	-۱/۴۰۰	۳		هدفمندی
-۰/۳۲۴	-۱/۰۰۹	۰/۰۰۰	۰/۱۲۶	-۰/۶۶۷	۳	۲	
-۱/۱۰۶	-۴/۸۹۴	۰/۰۰۲	۰/۶۹۷	-۳/۰۰۰	۲	۱	
-۱/۴۸۳	-۵/۱۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱	-۳/۳۳۳	۳		
۲/۵۶۸	-۳/۲۳۵	۱/۰۰۰	۱/۰۶۸	-۰/۳۳۳	۳	۲	

آزمایش ۱

۰/۰۲۷	-۲/۰۲۷	۰/۰۵۸	۰/۳۷۸	-۱/۰۰۰	۲	۱	آزمایش ۲
-۱/۵۰۰	-۴/۵۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۵۲	-۳/۰۰۰	۳		
-۰/۶۲۲	-۳/۳۷۸	۰/۰۰۴	۰/۵۰۷	-۲/۰۰۰	۳	۲	
-۰/۲۰۴	-۱/۷۹۶	۰/۰۱۳	۰/۲۹۳	-۱/۰۰۰	۲	۱	
-۰/۹۲۷	-۳/۲۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹	-۲/۰۶۷	۳		
-۰/۲۰۹	-۱/۹۲۵	۰/۰۱۴	۰/۳۱۶	-۱/۰۶۷	۳	۲	
-۰/۳۹۷	-۳/۸۷۰	۰/۰۱۵	۰/۶۳۹	-۲/۱۳۳	۲	۱	
-۰/۶۴۹	-۳/۷۵۱	۰/۰۰۵	۰/۵۷۱	-۲/۲۰۰	۳		
۰/۹۷۶	-۱/۱۱۰	۱/۰۰۰	۰/۳۸۴	-۰/۰۶۷	۳	۲	
-۰/۱۸۴	-۲/۸۸۲	۰/۰۲۴	۰/۴۹۶	-۱/۵۳۳	۲	۱	
۱/۵۵۱	-۴/۳۵۱	۰/۶۵۵	۱/۰۸۶	-۱/۴۰۰	۳		
۲/۹۳۹	-۲/۶۷۲	۱/۰۰۰	۱/۰۳۲	۰/۱۳۳	۳	۲	
-۰/۲۲۲	-۳/۲۴۵	۰/۰۲۳	۰/۵۵۶	-۱/۷۳۳	۲	۱	
-۰/۲۵۰	-۲/۵۵۰	۰/۰۱۶	۰/۴۲۳	-۱/۴۰۰	۳		
۲/۷۷۴	-۲/۱۰۷	۱/۰۰۰	۰/۸۹۸	۰/۳۳۳	۳	۲	
۰/۳۸۰	-۱/۴۴۷	۰/۴۰۵	۰/۳۳۶	-۰/۵۳۳	۲	۱	
-۰/۴۱۷	-۳/۱۸۳	۰/۰۱۰	۰/۵۰۹	-۱/۸۰۰	۳		
-۰/۴۵۱	-۲/۰۸۳	۰/۰۰۳	۰/۳۰۰	-۱/۲۶۷	۳	۲	

به منظور بررسی تعامل متغیر درون گروهی یعنی زمان سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و متغیر بین گروهی یعنی نوع مداخله، بر متغیر بهزیستی روانشناختی آزمون تعقیبی بونفرونی بصورت تعاملی ارائه شده است. نتایج آزمون بونفرونی برای بررسی تعامل درون گروهی و بین گروهی نشان داد که برای گروه کنترل بین سه زمان سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد. برای گروه تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و برای مولفه خودمختاری، بین پیش آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه رشد شخصی، بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < 0/01$)، بین پیش آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) و بین پس آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معنادار است، برای مولفه تسلط، بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < 0/05$) تفاوت معنادار است، برای مولفه ارتباطات، بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه هدفمندی، بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < 0/01$)، بین پیش آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) و بین پس آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه پذیرش، بین پیش آزمون و پس آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است. همچنین برای گروه تحت درمان هیجان مدار و برای مولفه خودمختاری، بین پیش آزمون

و پیگیری ($p < 0/01$) و بین پس‌آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه رشد شخصی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/05$)، بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) و بین پس‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معنادار است، برای مولفه تسلط، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/05$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه هدفمندی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است، برای مولفه تسلط، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/01$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/01$) تفاوت معنادار است. و برای مولفه پذیرش، بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/05$) تفاوت معنادار است.

بحث و نتیجه

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی در بیماران بستری شده و بهبود یافته از کرونا انجام شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو درمان تمرینات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است و موجب افزایش بهزیستی روانشناختی شده است. اما با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داده شده که بین دو درمان تنها در مولفه هدفمندی تفاوت وجود دارد و میانگین نمرات هدفمندی در گروه تحت درمان هیجان‌مدار بطور معناداری بیشتر از گروه تمرینات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است.

نتایج پژوهش ماتیز، فابرو، پاسچتو کانتونی، پائولونی و کریسینتینی (Matiz et al., 2020) نمایان‌ساخت که تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به‌طور موثری پیامدهای منفی روانشناختی شیوع کووید ۱۹ را کاهش دهد و به بازگرداندن بهزیستی در آسیب‌پذیرترین افراد کمک کند. در پژوهش ویلگاس، ارین، پاتریک و سیچوکی (Wielgus et al., 2020) مشخص شد انجام تمرینات ذهن آگاهی تأثیر زیادی بر کاهش میزان اضطراب افراد در دوران کرونا دارد. پژوهش (Behan, 2020) در زمینه تأثیر تمرینات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در دوران اپیدمی کرونا نیز نتایج مشابهی را بدست داد. زاراتی، ماگین و پسموری (Zarate et al., 2019) نیز نشان‌دادند که ذهن آگاهی به‌طور مثبت و معناداری بر بهزیستی روانشناختی تأثیر دارد.

ترس‌ها و ناامنی‌ها در گذشته و در ارتباط با آینده، می‌تواند در درک کامل زمان حال خلل وارد کند،

از این رو تمرینات ذهن آگاهی از طریق مراقبه در طول روز و تمرکز بر حالات بدنی و تنفس، به پرورش یک حالت ذهن آگاهانه کمک خواهد کرد (Mason et al., 2016). استفاده از تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد بهبود یافته، به فعال شدن سیستم پاراسمپاتیک آن‌ها کمک خواهد کرد و حس آرامش بیشتری همراه با کاهش استرس در سیستم دفاعی بدن، ایجاد خواهد کرد. همچنین ذهن آگاهی از طریق ایجاد آرامش روانی در افراد بهبود یافته سبب می‌شود که آن‌ها بدون نگرانی از احتمال ابتلای مجدد، بر روی رفتارهای پیشگیرانه متمرکز شوند (Saricali et al., 2022). بنابراین می‌توان چنین استدلال کرد که، ذهن آگاهی با ایجاد آگاهی در فرد نسبت به تجربه‌های زمان حال به گونه‌ای واضح و متعادل و تجربه کردن و اجازه دادن به هر گونه افکار و احساسات، بدون قضاوت، اجتناب و یا سرکوب کردن‌شان (Bishop, 2004)، سبب خواهد شد که افراد نسبت به احساسات و عواطف منفی خود بیش از اندازه جذب نشوند و یا سرکوب‌شان نکنند و تنها آن‌ها را بپذیرند.

ذهن آگاهی اثرات خود را از طریق ۴ مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند. در خصوص جلسات تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران بدحال بستری شده و بهبود یافته از کرونا می‌توان گفت تمرینات ذهن آگاهی به افراد کمک خواهد کرد تا از لحظه به لحظه افکار، احساسات و حالت‌های جسمی خود آگاهی کامل پیدا کنند و به آنچه در محیط پیرامون در حال وقوع است، از طریق یک لنز آرام‌بخش بنگرند. همچنین، از غرق شدن در احساسات و عواطف منفی ناشی از بیماری حاد خود در گذشته‌هایی یافته و از پیش‌بینی و حدس و گمان در خصوص امکان ابتلای دوباره در آینده دست بردارند. این امر سبب افزایش هدفمندی در زندگی، تنظیم و مدیریت واکنش‌ها و پاسخ‌ها در مواجهه با موقعیت‌های مختلف و در نتیجه عملکرد بهتر و موفقیت بیشتر را در افراد خواهد داشت. یکی از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی پذیرش خود می‌باشد. از آنجا که هدف اصلی ذهن آگاهی، نوعی آگاهی متفاوت از تجارب شخصی، بدون قضاوت درباره آن‌ها است، در جلسات با مشاهده وقایع منفی درونی، بدون برانگیختگی فیزیولوژی، به آرامش روانی رسیده و سازگاری خود را با موقعیت‌های زندگی افزایش می‌دهند، بنابراین پذیرش بیشتری نسبت به خود خواهند داشت. از طرفی ذهن آگاهی به افراد کمک خواهد کرد تا افکار خود را به دور از نگرانی‌های موجود، به سمت لذت بردن از لحظه‌های زندگی و داشتن دیدگاهی بزرگ‌تر، تغییر دهند. همچنین افکار و نگرش‌های مثبتی درباره خود و دیگران داشته باشند و از این طریق ارتباطات اجتماعی خود را بهبود بخشند. همچنین به افراد کمک می‌کند تا در ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی خود نیز صبر، پذیرش و همدلی بیشتری از خود نشان

دهند و کمتر به قضاوت دیگران پردازند. از این رو ذهن آگاهی سبب خواهد شد که افراد از قید و بند تجربیات تلخ گذشته در ارتباط با دیگران و یا نگرانی درباره احتمال وقوع رویدادهای بد در آینده رها شوند و به احتمال کمتری به مقایسه با شرایط موجود و ایده‌آل‌های ذهنی خود پردازند. رشد این عوامل نیز باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش استرس در افراد بهبود یافته از کرونا می‌شود.

بخش دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌داد درمان گروهی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی تاثیر دارد. در جلسات درمانی، بیماران احساسات و هیجانات خود را بیان کرده و هیجانات جدید را تجربه می‌کنند و به آنها کمک می‌شود که به روش بهتری هیجانات خود را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند و افرادی که توانایی مدیریت هیجان بهتری دارند بهتر می‌توانند از هیجانات منفی مانند اضطراب و استرس رهایی یابند. هدف، خودتنظیمی موثر است که در صورت بروز مشکل به صورت بهتر به شرایط پاسخ و با محیط سازگار شوند. در جلسات درمانی، افکار منفی که بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد منعکس شده و به آنها ارزش داده می‌شود. افراد مشکل را برون‌سازی کرده و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند. در مرحله بعد می‌آموزند که به هیجان‌هایی که جدیداً آشکار شده اعتماد کنند و راه‌حل نو برای مشکلات پیدا کنند و حکایتی جدید از مشکلات طراحی و بیان می‌کنند. از این رو می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار علاوه بر تاکید بر اهمیت معناسازی در زندگی انسان، هیجانات را به عنوان یک داده اساسی و مهم از تجربه‌های انسان تلقی می‌کند و معتقد است که شناخت و هیجان‌ها از یکدیگر جدا نیستند (Beasley & Ager, 2019).

همچنین در مورد تفاوت بین درمان هیجان‌مدار و تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مولفه هدفمندی نیز باید ذکر کرد که در تمرینات ذهن آگاهی، به بیماران آموزش مهارت‌هایی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری داده می‌شود که بر روی هیجان‌ها و احساسات خود بدون قضاوت تمرکز کنند و تنها به مشاهده آن‌ها همان‌گونه که هستند پردازند و هیچ‌گونه تغییری در آن‌ها ایجاد نکنند. در واقع در این روش به مراجعان آموزش داده نمی‌شود که چگونه هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی خود را برای رسیدن به آنچه که می‌خواهند به کار گیرند. اما مراجعان یاد می‌گیرند که با تجربه‌های هیجانی خود درگیر شوند و تجربه‌های خود را به گونه‌ای معقول قالب‌بندی کنند تا بتوانند از آن‌ها به درستی استفاده کنند (Dolhanty & Lafrance, 2019). در نتیجه با استفاده درست از هیجانات، آگاهی از هیجانات، و پذیرش آنها و ابراز مناسب هیجانات در موقعیت‌های زندگی از شدت هیجانات کم و در مواجهه با شرایط مختلف، مقابله سازنده‌تر از خود بروز می‌دهند. این امر موجب افزایش بهزیستی

روانشناختی و رضایت از زندگی به صورت مثبت و معنادار می‌شود. بنابراین درمان هیجان‌مدار در مقایسه با تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این مزیت را دارد که علاوه بر کمک به مراجعان برای پذیرش هیجان‌ها و احساسات‌شان درست به همان صورتی که تجربه می‌شوند، این امکان را نیز فراهم می‌کند تا نحوه استفاده از هیجان‌های خود را برای افزایش انگیزه و اشتیاق در جهت رسیدن به اهداف‌شان فرا گیرند. براین اساس درمان هیجان‌مدار نسبت به تمرینات گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر افزایش هدفمندی در زندگی خواهد داشت.

از محدودیت‌هایی این پژوهش می‌توان گفت: برای ابزار اندازه‌گیری، فقط از پرسشنامه استفاده گردیده است و از سایر روش‌های اندازه‌گیری استفاده نشده، نتایج این پژوهش محدود به بیماران بدحال کرونایی که در بیمارستان بستری شدند و بهبود یافته و ترخیص شده‌بودند می‌باشد، لذا در تعمیم نتایج به سایر بیماران باید جانب احتیاط را رعایت نمود. عدم امکان کنترل و خنثی-سازی ویژگی‌های جمعیت شناختی و وضعیت فرهنگی-اجتماعی افراد نمونه نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان‌ها بر روی جامعه آماری مرد هم انجام شود. همچنین در پژوهش‌های آتی پیگیری‌های با مدت زمان بیشتر از دوماه در رابطه با تاثیر درمان‌ها صورت گیرد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

ردیف	سوالات	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	به طور کلی احساس می‌کنم من مسئول وضع زندگی کنونی‌ام هستم.					
۲	هنگامی که جریان زندگی خود را مرور می‌کنم، از آنچه روی داده بخشود هستم.					
۳	حفظ روابط صمیمی برای من مشکل است و احساس ناکامی می‌کنم.					
۴	نیازهای زندگی روزمره، اغلب مرا از پای در می‌آورد.					
۵	من برای حال زندگی می‌کنم و واقعاً به آینده فکر نمی‌کنم.					
۶	من بسیاری از مسئولیت‌های زندگی روزانه‌ام را به خوبی مدیریت می‌کنم.					
۷	فکر می‌کنم داشتن تجارب جدیدی که تفکر فرد را درباره خود و جهان به چالش میکشد مهم است.					
۸	بیشتر جنبه‌های شخصیت خود را دوست دارم.					
۹	فرد مصمم بر من تاثیر می‌گذارند.					
۱۰	در بسیاری جهات از موفقیت‌هایم در زندگی احساس ناامیدی می‌کنم.					
۱۱	افراد مرا به عنوان فردی بخشنده و علاقمند به صرف وقت با دیگران، توصیف می‌کنند.					
۱۲	به نظرات خود اطمینان دارم، اگر چه آنها برخلاف نظر جمع باشند.					
۱۳	روابط خیلی گرم و همراه با اعتماد زیادی را با دیگران تجربه نکرده‌ام.					
۱۴	بعضی از افراد بی‌هدف زندگی خود را سپری می‌کنند؛ اما من از آن دسته از افراد نیستم.					
۱۵	برای من، زندگی یک فرآیند مستمر یادگیری، تغییر و رشد است.					
۱۶	بعضی اوقات احساس می‌کنم که همه آنچه را باید در زندگی انجام دهم، انجام داده‌ام.					
۱۷	مدت‌هاست از تلاش برای ایجاد بهبودها و تغییرات زیاد در زندگی‌ام دست کشیده‌ام.					
۱۸	خود را آنگونه که فکر می‌کنم مهم است، قضاوت می‌کنم؛ نه بر اساس ارزش‌هایی که برای دیگران مهم است.					

References

- Armour, C., McGlinchey, E., Butter, S., McAloney-Kocaman, K., & McPherson, K. E. (2021). The COVID-19 psychological wellbeing study: understanding the longitudinal psychosocial impact of the COVID-19 pandemic in the UK; a methodological overview paper. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43, 174-190. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9p4tv>
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child abuse & neglect*, 52, 200-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Bayani, A., Koocheky, A., & Bayani, A. (2008). Validity and reliability of Ryff scale of psychological well-being. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2), 146-151. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013> (in persian)
- Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 16(2), 144-159. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*, 37(4), 256-258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Bishop, C. (2004). Antagonism and relational aesthetics. <https://doi.org/10.1162/0162287042379810>
- Burke, J., & Arslan, G. (2020). Positive education and school psychology during COVID-19 pandemic. *Journal of Positive School Psychology*, 4(2), 137-139. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v4i2.243>
- de Cates, A., Stranges, S., Blake, A., & Weich, S. (2015). Mental well-being: an important outcome for mental health services? *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 195-197. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158329>
- Dolhanty, J., & Lafrance, A. (2019). Emotion-focused family therapy for eating disorders. <https://doi.org/10.1037/0000112-018>
- Dubey, N., Podder, P., & Pandey, D. (2020). Knowledge of COVID-19 and its influence on mindfulness, cognitive emotion regulation and psychological flexibility in the Indian community. *Frontiers in psychology*, 11, 589365. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social indicators research*, 110, 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Kabat-Zinn, J. (2005). Guided Mindfulness Meditation (Guided Mindfulness) [UNABRIDGED] (Audio CD).
- Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M. A., & Shokri, O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(32), 27-36. (in persian)

- Koren, R., Woolley, S. R., Danis, I., & Török, S. (2021). Measuring the Effectiveness of the Emotionally Focused Therapy Externship Training in Hungary done through Translation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(1), 166-182. <https://doi.org/10.1111/jmft.12443>
- Malinauskas, R. (2017). Psychological wellbeing and self-esteem in students across the transition between secondary school and university: A longitudinal study. *Psihologija*, 50(1), 21-36. <https://doi.org/10.2298/psi160506003m>
- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller, J., Moran, P. J., Dallman, M., Lustig, R. H., Acree, M., Bacchetti, P., Laraia, B. A., & Hecht, F. M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 39, 201-213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.009>
- Matiz, A., Fabbro, F., Paschetto, A., Cantone, D., Paolone, A. R., & Crescentini, C. (2020). Positive impact of mindfulness meditation on mental health of female teachers during the COVID-19 outbreak in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6450. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186450>
- Muqodas, I., Kartadinata, S., Nurihsan, J., Dahlan, T., Yusuf, S., & Imaddudin, A. (2020). Psychological well-being: A preliminary study of guidance and counseling services development of preservice teachers in Indonesia. International Conference on Educational Psychology and Pedagogy-" Diversity in Education"(ICEPP 2019), <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200130.080>
- Otu, A., Charles, C. H., & Yaya, S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International journal of mental health systems*, 14, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00371-w>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sagone, E., & De Caroli, M. (2016). Are value priorities related to dispositional optimism and resilience? A correlational study. *Contemporary Educational Researches Journal*, 6(1), 11-20. <https://doi.org/10.18844/cej.v6i1.481>
- Sandstrom, G. M., & Dunn, E. W. (2014). Social interactions and well-being: The surprising power of weak ties. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(7), 910-922. <https://doi.org/10.1177/0146167214529799>
- Santabábara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Saricali, M., Satıcı, S. A., Satıcı, B., Gocet-Tekin, E., & Griffiths, M. D. (2022). Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: A multiple mediation analysis. *International journal of mental health and addiction*, 20(4), 2151-2164. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>

- Taneva, S. (2016). What is psychological well-being and how it changes throughout the employment cycle?
- Thompson-de Benoit, A., & Kramer, U. (2021). Work with emotions in remote psychotherapy in the time of Covid-19: a clinical experience. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 368-376. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1770696>
- Wielgus, B., Urban, W., Patriak, A., & Cichocki, Ł. (2020). Examining the associations between psychological flexibility, mindfulness, psychosomatic functioning, and anxiety during the COVID-19 pandemic: A path analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8764. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238764>
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30046-8)
- Zarate, K., Maggin, D. M., & Passmore, A. (2019). Meta-analysis of mindfulness training on teacher well-being. *Psychology in the Schools*, 56(10), 1700-1715. <https://doi.org/10.1002/pits.22308>

The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Reducing the Components of Cognitive-Behavioral Avoidance in Male Adolescents with Oppositional Defiant Disorder

Pedram Bahramifar 

MA Student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran. Email: pedrambahramifar@gmail.com

Azita Delfan Azari 

Instructor, Department of Nursing, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran. (Corresponding Author), Email: azitadelfan@yahoo.com

Kamian Khazaei Koohpar 

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Chalous Branch, Chalous, Iran.

Recived: 2022-05-30	Revised: 2023-03-13	Accepted: 2023-05-31	Published: 2023-07-22
Citation: Bahramifar, P., Delfan Azari, A., & Khazaei Koohpar, K. (2023). The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Reducing the Components of Cognitive-Behavioral Avoidance in Male Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 87-101. doi: 10.22067/tpccp.2023.75540.1260			

Abstract

Introduction

About 2 to 16 percent of children and adolescents suffer from oppositional defiant disorder (Nazario, 2020), which is associated with symptoms such as frequent and ongoing pattern of anger, arguing and defiance toward others, conflict, nervous mood, irritability, rebelliousness, and malice. The mentioned symptoms must exist in four ways to confirm the diagnosis of this disorder: 1) at least it has occurred to a person other than a sibling; 2) causes significant problems at work, school, or home, 3) is accompanied by other behavioral disorders such as substance abuse, depression or bipolar disorder; 4) lasts at least once a week for 6 months (Payne, 2022).

One of the psychological mechanisms used by adolescents with oppositional defiant disorder is avoidance. Avoidance occurs in cognitive-behavioral dimensions and causes failure in finding an appropriate response to emotional stimuli and weakens emotion management. Persistence of problems such as malice, harmful and antisocial behaviors, drug abuse, suicide, depression, anxiety, and so on are among the disadvantages of using cognitive behavioral avoidance. Therefore, it is crucial to find effective coping methods to reduce this psychological mechanism in adolescents with oppositional defiant disorder.

Some methods of psychotherapies have been used to treat oppositional defiant disorder, individually or in groups (Shahmardi, 2021). For example, Muratori et al. (2021) investigated the effectiveness of mindfulness-based group therapy in people with confrontational disobedience, however; they examined the effectiveness on a non-adolescent sample suffering from hyperactivity symptoms. Considering related studies and research gaps, the aim of this study is examining the effectiveness of mindfulness-based stress reduction group therapy on reducing cognitive-behavioral avoidance components in adolescents with oppositional defiant disorder.



©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

Method

The statistical population of this semi-experimental research consisted of all male students with oppositional defiant disorder. The sample consisted of 40 male students who, based on the diagnosis of regional counseling center specialists, showed cognitive avoidance syndrome. The criteria for being included in this research were: not having any other physical or neurological disease, not being under any medication or psychotherapy, and agreeing to participate in the research. These participants were purposefully selected and then randomly divided into experimental and control groups (20 people in each group). Mindfulness-based stress reduction group therapy was performed for the experimental group over 8 weeks, once a week, 40 minutes each time. However, the control group did not receive any intervention. Participants were asked to complete the Cognitive Behavioral Avoidance Questionnaire of Sexton and Dugas (2008) in the pre-test and post-test phases. The data were analyzed through multivariate analysis of covariance method (MANCOVA).

Results

The results showed that compared to the control group, participants in the experimental group showed lower scores in the subscales of replacing disturbing thinking with positive thinking, returning attention to interrupt the process of worry (distraction), and changing mental images to verbal thinking in the post-test measurement. These results indicate that mindfulness-based stress reduction group therapy is an effective intervention in reducing cognitive behavioral avoidance components including replacing disturbing thinking with positive thinking, returning attention to interrupt the process of worry (distraction), and changing mental images to verbal thinking.

Discussion and Conclusion

The combination of techniques and skills used in the method of reducing stress based on mindfulness with the advantages of group therapy resulted in the finding that this therapeutic method can reduce cognitive behavioral avoidance and its components in adolescents with oppositional defiant disorder. Therefore, the mindfulness-based stress reduction group therapy can be used as a suitable method for adolescents to enjoy the benefits of reducing the components of cognitive behavioral avoidance such as appropriate response to emotions, managing emotions, reducing stress, anxiety and other negative psychological effects caused by confrontational disobedience.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder, Cognitive-behavioral Avoidance, Group Therapy, Mindfulness-based Stress Reduction

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



تأثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

یدرام بهرامی فر ^{ID}دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران. pedrambahrarnifard@gmail.comآزیتا دلفان آذری ^{ID}مری گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران. (نویسنده مسئول)، azitadelfan@yahoo.comکامیان خزایی کوهر ^{ID}

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: بهرامی فر، یدرام؛ دلفان آذری، آزیتا؛ خزایی کوهر، کامیان. (۱۴۰۲). تأثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۸۷-۱۰۱. doi: 10.22067/tpccp.2023.75540.1260			

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفت.

روش: روش مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده و جامعه آماری را تمام دانش‌آموزان پسر دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای دوره دوم متوسطه منطقه دو آموزش و پرورش تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شده و سپس اعضای نمونه به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. برای گروه آزمایش به مدت ۸ هفته، درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا شد و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. بر روی هر دو گروه، پرسشنامه اجتناب شناختی رفتاری سکستون و داگاس اجرا گردید و داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب با ضریب ای‌تی ۰/۴۴، ۰/۳۹ و ۰/۷۵ بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری شامل؛ جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت‌کننده، روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (پرت شدن حواس) و تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: نافرمانی مقابله‌ای، اجتناب شناختی رفتاری، گروه درمانی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی.

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشکلی شایع بوده (Payne, 2022) که حدود ۲ تا ۱۶ درصد از کودکان و نوجوانان را درگیر نموده است (Nazario., 2020). این اختلال با الگوی مکرر و مداومی از عصبانیت، تحریک پذیری، مشاجره، سرپیچی و کینه‌توزی همراه است. رفتار کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به گونه‌ای است که باعث آسیب قابل توجهی در خانواده، مدرسه، جامعه و محیط کار می‌شود (MayoClinicStaff, 2021). نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای رفتارهای خصومت‌آمیز بر ضد مراجع قدرت هستند که متناسب با سطح رشدی‌شان نبوده و در تحصیل و اجتماع، آن‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. این افراد در کلاس درس و روابط با همسالان مشکل داشته و دارای مشکلات آموزشی و خانوادگی هستند. شکست تحصیلی پی در پی، بی‌احترامی نسبت به معلم و دوستان، جر و بحث کردن با دیگران، از دست دادن کنترل به هنگام مواجه با مخالفت، زودرنجی و تندخویی (Mohammad Hasani et al., 2021) از جمله مواردی است که می‌توان به آن اشاره نمود.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای زمانی اعلام می‌شود که معیارهای تشخیصی اختلال سلوک به طور کامل وجود نداشته باشد و در مقابل سطح بالای از واکنش‌پذیری عاطفی و تحمل نکردن ناکامی^۱، که عموماً به ستیز بسیار با پدر، مادر، معلم‌ها، مسئولین و سایر اشخاص منجر می‌شود، وجود داشته باشد (Ganji, 2015). به بیان دیگر اختلال نافرمانی مقابله‌ای زمانی تشخیص داده می‌شود که علائم خلق و خوی عصبی، تحریک‌پذیری، سرکشی و یا کینه‌توزی حداقل به چهار شکل زیر وجود داشته باشد:

- حداقل نسبت به یک فرد دیگری غیر از خواهر یا برادر نیز رخ داده باشد.
- باعث مشکلات قابل توجهی در محل کار، مدرسه یا خانه شود.
- با سایر اختلالات رفتاری نظیر سوء مصرف مواد، افسردگی یا اختلال دوقطبی همراه باشد.
- حداقل هفته‌ای یکبار و به مدت ۶ ماه طول بکشد (Payne, 2022).

یکی از سازه‌های روانشناختی که ممکن است از سوی نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد استفاده قرار بگیرد، اجتناب است. اجتناب دارای ابعاد شناختی و رفتاری است؛ بعد شناختی اجتناب به معنی راهبردهای مختلفی از جمله پرت شدن حواس، نگرانی، متوقف شدن فکر و هر راه‌حلی است که شخص را از روبرو شدن با افکار منفی و مشکلات ناخواسته دور می‌کند. اجتناب رفتاری به دوری از یک عمل، فرد و یا یک شیء دلالت دارد که تشویش را کاهش می‌دهد (Karimi et al., 2020). اجتناب شناختی رفتاری،

کوشش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری شخص جهت کنترل وضعیت‌های درونی و بیرونی ویژه است؛ به این صورت که هنگامی که فرد با تهدیدی درباره وقوع یک رویداد مواجه می‌شود و امکان هیچگونه پاسخ رفتاری برای وی فراهم نیست، از پاسخ اجتنابی استفاده می‌کند (Rezaee et al., 2017).

اما آنچه بسیار اهمیت دارد این است که اجتناب شناختی رفتاری سبب می‌شود فرد پاسخی مؤثر به محرک‌های هیجانی نشان نداده و در مدیریت هیجان‌های خود ضعیف عمل نماید (Eqharari et al., 2019). که این موضوع خود سبب استمرار مشکلاتی نظیر کینه توزی، رفتارهای آسیب رسان و ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، خودکشی، درجاتی از افسردگی، اضطراب و مواردی از این دست می‌شود (MayoClinicStaff., 2021). علاوه بر مواردی که ذکر شد، می‌بایست بیان نمود در نهایت اجتناب شناختی رفتاری به عنوان یک راهبردی نا کارآمد جایگزین راهبردهای کارآمد می‌شود. حضور اجتناب در یک چرخه نابهنجار، فراخوانده شدن آن با شرایط آزاردهنده و تقویت منفی از جمله مسایلی است که استفاده از اجتناب شناختی رفتاری با خود به همراه دارد (Karimi et al., 2020). بنابراین با توجه به پیامدهای ذکر شده، درمان این اختلال ضروری است اما یافتن یک روش درمانی مناسب موضوعی پیچیده است زیرا بستگی به عواملی مختلف چون سن فرد، شدت اختلال و ... دارد (Shahmardi, 2021).

برنامه یا درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روشی است که می‌تواند جهت اختلالات متعددی چون نافرمانی مقابله‌ای، استرس، اضطراب، افسردگی، دردهای مزمن و ... مورد استفاده قرار گیرد (Muratori et al., 2021). این روش شیوه‌ای از روان درمانی است که برای هدایت توجه، از مراقبه شرقی سرچشمه گرفته و به عنوان توجه کامل به تجربه‌های زمان اکنون به شکل لحظه به لحظه وصف شده است. در این طریق پرداختن توجه به یک رسم خاص در زمان اکنون و بدون قضاوت و توانایی آگاهی از حالت ذهنی خود به گونه‌ای که فرد بتواند خود آگاهی نسبت به حالت ذهنی خود را از طریق تمرینات مراقبه پرورش دهد حائز اهمیت است. در این شیوه افراد تشویق می‌شوند تا به تجربه‌های درونی خود در هر لحظه، نظیر حس‌های جسمی، تفکر، و احساس‌ها دقت کرده و به جنبه‌های محیطی مانند منظره‌ها و صداها، مورد علاقه تمرکز یابند (Beheshtian, 2021).

روان درمانی نظیر دارودرمانی و خانواده درمانی، یکی از روش‌های درمانی مورد استفاده در اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (Shahmardi, 2021) که می‌تواند به صورت فردی و یا گروهی اجرا شود؛ روان درمانی گروهی درمان منتخب برای گروه سنی نوجوانی به شمار می‌آید. با وجودی که روان درمانی گروهی درمان منتخب جهت گروه سنی نوجوانی است، اما تأثیر روان درمانی گروهی بر اختلال ذکر شده

در گروه سنی نوجوانی مورد مطالعه قرار نگرفته است (Nezampoor et al., 2018). از جمله پژوهش‌های انجام شده در این حوزه می‌توان به پژوهش صابر و اصغری ابراهیم آباد (Saberi & Asghari E., 2021)، اشاره کرد؛ آنان اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مبتلایان به اختلال خودکارآمدی و مبتلایان به اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند. موراتوری و همکاران (Muratori et al., 2021) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در افراد مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار دادند اما نمونه‌های مورد پژوهش آنان در گروه سنی نوجوانی قرار نداشته و دارای نشانگان بیش فعالی بوده‌اند. با توجه به اینکه در بین مطالعات انجام گرفته، کمبود درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در تقلیل مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری نوجوانان با اختلال نافرمانی مشهود است این سوال مطرح می‌شود که آیا درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر باشد یا خیر. از این رو پژوهش حاضر جهت یافتن پاسخی برای سوال مذکور انجام گرفته و فرضیه مورد نظر پژوهشگر به این صورت مطرح شد: درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با هدف مطالعه تاثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان پسر دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در دوره دوم متوسطه منطقه دو آموزش و پرورش تهران در سال ۱۴۰۰ تحصیل می‌کردند، تشکیل داد. نمونه شامل ۴۰ دانش‌آموز پسر بودند که بر اساس تشخیص‌گذاری متخصصان مراکز مشاوره منطقه، نشانگان اجتناب شناختی را هم بروز داده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از اینکه شرکت‌کنندگان فاقد بیماری جسمی یا نورولوژیک دیگر باشند، تحت دارو یا روان درمانی نباشند و موافق شرکت در پژوهش باشند. این افراد به صورت هدفمند انتخاب شده و سپس به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۲۰ نفر).

ابزار

پرسشنامه اجتناب شناختی رفتاری سکستون و داگاس (Sexton & Dugas., 2008): به منظور بررسی اجتناب شناختی رفتاری قبل و بعد از دوره درمان، از پرسشنامه اجتناب شناختی رفتاری سکستون و داگاس

استفاده شد؛ این پرسشنامه حاوی ۲۵ سوال می باشد و هدف آن بررسی اجتناب شناختی از ابعاد مختلف (جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده، روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (پرت شدن حواس) و تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی مؤثر است. در پژوهش علیلو (Alilu., 2021) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶ بوده و به ترتیب برای هر یک از خرده مقیاس واپس رانی فکر، جایگزینی فکر، پرت شدن حواس، دوری از محرک مرعوب کننده و تبدیل تصورها به تفکر برابر ۰/۹۰، ۰/۷۱، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۸۴ بدست آمده است.

مداخله

محتوای جلسات درمانی ارائه شده در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	برنامه ها
۱	ایجاد رابطه درمانی و آشناسدن اعضای گروه با همدیگر و با مقررات گروه، روشن کردن هدف ها و انتظارات از درمان، تشریح ماهیت بیماری و گفتگوی اعضای گروه درباره آن و اثرات آن بر بعدهای زندگی، معرفی کلی ذهن آگاهی، تمرین بلعیدن کشمش، بررسی بدن، آموزش توجه در فعالیت های معمول روزانه، تحویل کاربرگ فعالیت های مربوط به خانه.
۲	بررسی فعالیت های مربوط به خانه، آموزش فرض های اساسی ذهن آگاهی، آموزش مبانی نظری مدیتیشن، بیان مزیت ها و اثرات مناسب فعالیت های مدیتیشن جهت وضعیت مزمن بیماری های جسمی، آموزش فنون آگاهی از تنفس، اجرای مدیتیشن در وضعیت نشسته، تمرین مرقوم کردن رخدادهای مطلوب، تحویل کاربرگ فعالیت های مربوط به خانه.
۳	بررسی فعالیت های مربوط به خانه، آموزش مربوط به تفکر، برخورد هوشیارانه با تفکر خودآیند نامناسب، آموزش پذیرفتن به جای تلاش منفی، آموزش چند و چون مشاهده تفکر بدون قضاوت، فنون مشاهده تفکر، تمرین مرقوم کردن رخدادهای مطلوب، تحویل کاربرگ فعالیت های مربوط به خانه.
۴	بررسی فعالیت های مربوط به خانه، تشریح هیجانات، آموزش فرق بین احساس با عاطفه، تشریح انواع مختلف عواطف مناسب، نامناسب و خنثی و یادگیری چند و چون تشخیص آنها، برخورد ذهن آگاهانه با عواطف نامطلوب، آموزش پیدا کردن نمود جسمی عواطف در بدن از طریق ذهن آگاهی و رها کردن استرس جسمی ایجادشده، مشاهده و شناخت هیجانات، تمرین بررسی هیجان در بدن، تحویل کاربرگ فعالیت های مربوط به خانه.
۵	بررسی فعالیت های مربوط به خانه، آموزش تنش و انواع آن، معرفی سیکل تنش در بدن، اثرات نامناسب تنش بر بیماری و بیان چند و چون فعال شدن دوباره بیماری با رخداد تنش زا، آموزش استراتژی های کنار آمدن با تنش، فنون تنفس سه دقیقه ای، تمرین مدیتیشن آگاهی از ح های جسمانی و صداهای اطراف، تمرین STOP برای مدیریت تنش، تحویل کاربرگ فعالیت های مربوط به خانه.
۶	بررسی فعالیت های مربوط به خانه، آموزش اثرات حالت های ذهن آگاه در کنترل و کاهش درد، تشریح مدل

۲	مرحله‌ای تخفیف درد با استفاده از ذهن آگاهی، بررسی و شناخت حس‌های نامطلوب جسمی نظیر انواع درد در بدن و هوشیاری و آگاهی نسبت به آنها، پذیرفتن و کنار آمدن با درد، تمرین واریسی جسمی، تحویل کاربرگ فعالیت‌های مربوط به خانه.
۷	بررسی فعالیت‌های مربوط به خانه، آموزش تأثیر ذهن آگاهی در رفتار روزانه و ترمیم روابط بین افراد، ایجاد وضعیت‌های ذهن آگاهانه در تعاملات و رفتار با سایرین، نقش وضعیت‌های ذهن آگاهانه در شناخت و کنترل حالت‌های تفکر، عواطف و حس‌های جسمی نامطلوب که سبب مشکل در تعاملات رفتاری با سایرین می‌شود، تمرین ذهن آگاهی در روابط روزانه، تحویل کاربرگ فعالیت‌های مربوط به خانه.
۸	بررسی فعالیت‌های مربوط به خانه، مرور اجمالی آموز‌های داده شده در طول تمامی جلسات گذشته، چند و چون گسترش وضعیت‌های ذهن آگاهی در بعدهای مختلف زندگی خصوصی و روابط بین فردی، بحث و مبادله نظر اعضا گروه در خصوص تغییرات به وجود آمده در زندگی شان در طول جلسات گذشته و جمع بندی اجمالی از تمامی جلسات.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، اطلاعات به دست آمده در سطوح توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. محاسبه‌های آماری از طریق نرم افزار SPSS-20 صورت گرفت. جهت بررسی تأثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا پیش فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت.

شرط اول تحلیل کواریانس چند متغیره این است که مقیاس اندازه‌گیری متغیر وابسته از داده‌ها فاصله‌ای یا نسبتی باشد: در بررسی حاضر چون داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای گردآوری شده که گزینه‌های آن در مقیاس لیکرت قرار گرفته است، از این رو در رابطه با تمامی متغیرها مفروضه فاصله‌ای بودن فراهم شده است. شرط دوم استفاده از تحلیل کوواریانس، مبنی بر نرمال بودن اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک آزمون کولموگراف-اسمیرنف مورد سنجش قرار گرفت و در جدول (۱) ارایه شده است:

جدول ۱: کولموگراف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری

آماره	اجتناب شناختی رفتاری (کل)		تغییر تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی		دوری از موقعیت و فعالیت‌های فعال‌کننده تفکر ناراحت‌کننده		برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی		جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت‌کننده		استرداد تفکر ناراحت‌کننده	
	χ^2	df	χ^2	df	χ^2	df	χ^2	df	χ^2	df	χ^2	df
K-S	۶۱/۲	۰/۶۵۳	۰/۹۱۰	۰/۷۲۳	۰/۶۶۱	۰/۷۶۳	۰/۸۴۲	۰/۷۱۸	۰/۷۰۲	۰/۸۵۴	۰/۹۰۴	۰/۷۵۹
Sig	۰/۸۴۸	۰/۷۸۸	۰/۳۷۸	۰/۶۷۳	۰/۷۵۵	۰/۶۰۵	۰/۴۷۷	۰/۶۸۱	۰/۷۰۷	۰/۴۵۹	۰/۳۸۷	۰/۶۱۲

همانطور که در جدول ۱ مشخص شده است میزان ضرایب کولموگراف- اسمیرنف در مورد همه مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری با در نظر گرفتن سطح اطمینان که از ۰/۰۵ بالاتر گزارش شده، معنی‌دار نبوده، از این رو، در رابطه با این مؤلفه‌ها کاربرد آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد و در جدول (۲) ارائه شد:

جدول ۲: نتایج آزمون لوین به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس متغیر اجتناب شناختی رفتاری

متغیر	F	df1	df2	Sig.
اجتناب شناختی رفتاری	۳/۶۱	۱	۳۸	۰/۶۵

بر اساس جدول (۲) و با توجه به این که آماره F برای متغیر اجتناب شناختی رفتاری برابر با ۳/۶۱ و سطح معناداری برای این آزمون بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد.

برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده و در جدول (۳) ارائه شد:

جدول ۳: نتایج آزمون باکس به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس

معنی‌داری	F	BOX'S M
۰/۲۳۹	۱/۴۰۶	۴/۴۷۴

بر اساس جدول ۳ در ارزیابی فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و با عنایت به این که آماره F برابر ۱/۴۰۶ کوچکتر از اندازه مقابل در جدول فیشر می‌باشد و همچنین با در نظر گرفتن این موضوع که سطح معناداری مقابل با آن ۰/۲۳۹ و بالاتر از ۰/۰۵ بود، فرض صفر آزمون باکس دال بر همگنی واریانس در فرضیه پژوهش با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته شد.

برای بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خطی رگرسیون، مدل رگرسیون متناظر با اثر توام گروه و نمرات پیش آزمون را به مشاهدات مورد پرازش قرار داده و در جدول (۴) ارائه شد:

جدول ۴: بررسی همگنی شیب خط رگرسیونی

منابع	متغیر	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.
اثر متقابل بین متغیرهای مستقل (قبل از مداخله) و گروه	اجتناب شناختی رفتاری	۰/۲۴۹	۱	۰/۲۴۹	۰/۰۳۵	۰/۸۵۳

بر اساس جدول ۴ با توجه به اینکه آماره آزمون برای متغیر اجتناب شناختی رفتاری ۰/۰۳۵ و سطح معناداری متناظر با اثر تعاملی نمرات پیش آزمون و گروه بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برقرار گردید.

بر اساس یافته‌های ذکر شده با برقراری آزمون باکس و بررسی سایر مفروضات تمامی شرایط تحلیل کوواریانس چند متغیره برقرار گردید و جهت ارزیابی میزان تأثیر گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری (استرداد تفکر ناراحت کننده، جای‌گزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده و فعالیت‌های فعال کننده تفکر ناراحت کننده و تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی) پسران نوجوان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از آزمون مذکور استفاده شد که در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: آماره‌های مربوط به پس آزمون مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
استرداد تفکر ناراحت کننده	آزمایشی	۳۲/۱۰	۴/۶۲۱
	کنترل	۳۲/۳۵	۴/۵۴۵
جای‌گزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده	آزمایشی	۳۰/۰۵	۵/۱۱۴
	کنترل	۳۱/۷۵	۴/۷۳۴
روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی	آزمایشی	۲۸/۲۰	۴/۸۶۲
	کنترل	۳۱/۶۵	۴/۶۲۶
دوری از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال کننده تفکر ناراحت کننده	آزمایشی	۳۲/۵۰	۴/۸۷۲
	کنترل	۳۳/۰۵	۴/۹۱۵
تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی	آزمایشی	۲۶/۸۰	۴/۶۹۷
	کنترل	۳۰/۰۵	۴/۵۱۳

همانطور که در جدول ۵ مشخص شده است میانگین نمره‌های گروه آزمایش در قیاس با گروه کنترل در پس آزمون در رابطه با سه مؤلفه از مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری شامل جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده (۳۰/۰۵ در مقابل ۳۱/۷۵)، استفاده از روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (۲۸/۲۰ در مقابل ۳۱/۶۵) و تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی (۲۶/۸۰ در مقابل ۳۰/۰۵) کمتر بوده که این موضوع از نظر آماری نیز معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۶: آنالیز کواریانس چندمتغیره مربوط به مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری

منابع	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	معنی‌داری	مجدور ایتا
گروه	استرداد تفکر ناراحت کننده	۱/۰۴۸	۱	۱/۰۴۸	۱/۱۶۹	۰/۲۸۸	۰/۰۳۵
	جای‌گزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده	۲۵/۶۸۸	۱	۲۵/۶۸۸	۲۵/۵۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۴
	روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (پرت شدن حواس)	۷۸/۴۵۳	۱	۷۸/۴۵۳	۱۶/۴۰۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۹
	دوری از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال کننده تفکر ناراحت کننده	۰/۳۷۹	۱	۰/۳۷۹	۰/۰۹۱	۰/۷۶۵	۰/۰۰۳
	تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی	۹۵/۹۷۵	۱	۹۵/۹۷۵	۱۰۰/۰۸۳	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸

همچنین بر اساس جدول ۶ گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب با ضریب ایتای ۰/۴۴، ۰/۳۹ و ۰/۷۵۸ بر کاهش مؤلفه‌های جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده، استفاده از روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (پرت شدن حواس) و تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی تأثیر گذاشته است. لذا فرضیه پژوهش در رابطه با مولفه‌های ذکر شده مورد تأیید قرار گرفت و می‌توان گفت؛ درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مولفه‌های اجتناب شناختی درنوجوانان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است.

جدول ۷: آنالیز کواریانس چندمتغیره مربوط به اجتناب شناختی رفتاری به طور کلی در دو گروه کنترل و آزمایش

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig.	مجدور ایتا
گروه	اجتناب شناختی رفتاری	۳۹۸/۵۸۹	۱	۳۹۸/۵۸۹	۱۲۳/۲۸۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷۴

و نیز بر مبنای جدول ۷ درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب شناختی رفتاری به طور کلی با ضریب ایتا ۰/۷۷۴ مؤثر است.

بحث و نتیجه

پژوهش حاضر با هدف مطالعه تاثیر درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری پسران نوجوان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از آن است که درمان گروهی یا گروه درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی با ضریب اتای ۰/۴۴ در کاهش جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر ناراحت کننده و با ضریب اتای ۰/۳۹ در کاهش استفاده از روش برگرداندن توجه جهت قطع فرآیند نگرانی (پرت شدن حواس) و با ضریب اتای ۰/۷۵۸ در کاهش تغییر یافتن تصویرهای ذهنی به تفکر کلامی نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر بخش بوده است.

با مرور بر پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به تاثیر درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری نوجوانان با نافرمانی مقابله‌ای پرداخته باشد یافت نشد، بنابراین در تبیین نتایج تلاش شد تا به نزدیک ترین بررسی‌های مرتبط به موضوع حاضر اشاره شود. بر همین اساس نتایج پژوهش حاضر را با نتایج بررسی‌های به عمل آمده توسط عباسی، شریعتی و تاجیک زاده (Abbasi et al., 2018)، قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند (Ghadampour et al., 2017)، صابر و اصغری ابراهیم آباد (Saberi & Asghari E., 2021) اسمیتس، مین هاجودین و جارت (Smits et al., 2009)، هازلت - استیونس (Hazlett Stevens, 2012)، آریانا-کیا، مرادی و حاتمی (Ariana-Kia et al., 2014) و دیمیدجیان و همکاران (Dimidjian et al., 2014)، بولتر و همکاران (Butler et al., 2018)، کیو و همکاران (Kuo et al., 2021)، لی و کاین (Li & Qin, 2021) مورد مقایسه قرار داده شد و مشخص گردید؛ یافته‌های پژوهشگران ذکر شده با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بوده و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی روشی اثربخش در زمینه کاهش نشانگان اضطراب (Abbasi et al., 2018)، تقلیل اجتناب شناختی رفتاری و نشخوارذهنی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و افسردگی (Ghadampour et al., 2017)، ارتقاء خودکارآمدی و کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان بی‌سرپرست (Saberi & Asghari E., 2021) تسکین افسردگی در مبتلایان به فویبای اجتماعی (Smits et al., 2009)، بهبود اضطراب و افسردگی (Hazlett Stevens, 2012)، افسردگی شدید (Ariana-Kia et al., 2014) و نشانگان همراه افسردگی (Dimidjian et al., 2014)، اضطراب اجتماعی (Butler et al., 2018) و ترس از هیجانات و فرآیندهای شناختی رفتاری مربوطه (Kuo et al., 2021) می‌باشد.

در خصوص اینکه در پژوهش حاضر چگونه و تحت تأثیر چه راهبردهایی گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری تأثیر گذاشته است، می‌توان بیان نمود که

برخی از تکنیک‌های مورد استفاده در پروتکل مذکور از جمله استفاده از حل مسئله در معرفی و ثبت تفکر مطلوب، طرح استراتژی‌های حل مسئله با کاربرد مثال‌های طرح شده در جلسه، نمایاندن شناخت عمیق با کاربرد پیکان وارونه و شرح دادن این روش، معرفی و ارزیابی شناخت‌های عمیق و مفهوم پیش فرض‌های شرطی، باورهای محوری و ارزیابی شواهد موجود در باره افکار خودآیند با استفاده از شواهد و سؤالات در گروه توانسته است در تعدیل مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری در نوجوانان پسر دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر باشد.

لازم به ذکر است نوجوانان مورد مطالعه با شرکت کردن در جلسات درمانی مذکور با ماهیت، پیامدها، تأثیرات متقابل اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن مواجه شده و راه‌های مهار و کنترل آن را فرا گرفته و قادر شدند نشانه‌های وقوع آن در خود و دیگران را مورد شناسایی قرار دهند؛ زیرا در گروه درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی فرد خودش را بخشی از گروه دانسته، متوجه می‌شود آنچه بر آن‌ها گذشته مشترک است. همچنین در رابطه با مشکل و روش درمان، با درمانگر به تبادل اطلاعات پرداخته و به یکدیگر کمک نمایند. در پژوهش حاضر اعضاء گروه توانستند بدون ترس از شکست به تجربه کردن و آزمون شدن پرداخته، از رفتار یکدیگر و درمانگر الگوبرداری نموده و از طریق تعامل، مشاهده و تقلید به درک بیشتری از مشکل‌شان برسند.

در میان گذاشتن احساسات و تجارب با یکدیگر نیز بر تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری تأثیر گذاشته است. این شیوه درمانی به افراد اجازه می‌داد تا از حمایت و تشویق دیگر اعضای گروه برخوردار شوند. افرادی که در گروه شرکت داشتند شاهد این موضوع بودند که دیگران نیز مشکلاتی شبیه به آنان دارند و بدین ترتیب کمتر احساس تنهایی می‌کردند. اعضای گروه می‌توانستند از یکدیگر الگوبرداری نموده و با مشاهده فردی که در حل کردن یک مشکل موفق است، متوجه شوند که امید به بهبودی وجود دارد. با پیشرفت هر فرد بقیه اعضاء گروه می‌توانستند الگوی حمایت از دیگری باشند، بدین ترتیب احساس موفقیت و رسیدن به دستاورد گسترش می‌یافت. در این روش پژوهشگر به جای تمرکز روی یک بیمار، زمان خود را به گروه بزرگتری از افراد اختصاص می‌داد و گروه درمانی پناهگاه امنی بود، محیط گروه به افراد اجازه می‌داد رفتار و اعمال خود را در ایمنی و امنیت کامل تمرین کنند و پژوهشگر با تعامل در گروه فوراً متوجه می‌شد که هر یک از اعضای گروه چه واکنشی نسبت به دیگران دارند و در موقعیت‌های اجتماعی چه رفتاری از خود نشان می‌دهند. سپس وی با استفاده از این اطلاعات می‌توانست به بیمار خود بازخورد ارزشمندی ارائه دهد.

در نهایت آمیخته شدن تکنیک‌ها و مهارت‌های استفاده شده در روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با مزایا و فواید درمان گروهی سبب شد تا در پژوهش حاضر شیوه درمانی بکار گرفته شده بتواند در کاهش اجتناب شناختی رفتاری و مؤلفه‌های آن در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر واقع شود.

References

- Abbasi, F., Shariati, K., & Tajikzadeh, F. (2018). Comparison of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Reducing Anxiety Symptoms. *Women's Health Bulletin*, 5(4), 1-5. <https://doi.org/10.5812/whb.60585>
- Ariana-Kia, E., Moradi, A., & Hatami, M. (2014). The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of clinical psychology*, 6(1), 15-27. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2151> (In Persian)
- Beheshtian. (2021). What is mindfulness based stress reduction and how does it help us. <https://beheshtian.ir/mbsr-mindfulness-based-stress-reduction>
- Butler, R. M., Boden, M. T., Olino, T. M., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2018). Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 55, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.003>
- Dimidjian, S., Beck, A., Felder, J. N., Boggs, J. M., Gallop, R., & Segal, Z. V. (2014). Web-based mindfulness-based cognitive therapy for reducing residual depressive symptoms: an open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behaviour research and therapy*, 63, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.004>
- Eqharari, L. H., Asadi, F., Javazi, S., & Vahid, T. A. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on Behavioral Inhibition and Cognitive-behavioral Avoidance of Women with Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 13(6). <https://doi.org/10.21859/ijnr-130605> (In Persian)
- Ganji, M. (2015). *Based on psychopathology - DSM-5* (Vol. One). Savalan. (In Persian)
- Ghadampour, E., Radmehr, P., & Yousefvand, L. (2017). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. *The Horizon of Medical Sciences*, 23(2), 141-148. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.141> (In Persian)
- Hazlett-Stevens, H. (2012). Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: case report and clinical considerations. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(11), 999-1003. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182718a61>
- Karimi, E., Mohammadi, N., & Rahimi, C. (2020). Effectiveness of Self Compassion Group Training on Self Criticism and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressed Adolescents. *Journal of clinical psychology*, 11(4), 23-32. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18969.1752> (In Persian)
- Kuo, J. R., Zeifman, R. J., Morrison, A. S., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individuals

- with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 285, 127-135.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.022>
- Li, J., & Qin, X. (2021). Efficacy of mindfulness-based stress reduction on fear of emotions and related cognitive behavioral processes in Chinese University students: A randomized controlled trial. *Psychology in the Schools*, 58(10), 2068-2084.
<https://doi.org/10.1002/pits.22578>
- MayoClinicStaff. (2021). *Oppositional defiant disorder (ODD)*.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/oppositional-defiant-disorder/symptoms-causes/syc-20375831>
- Mohammad Hasani, S., Askary, P., Heidarie, A., & Ehtesham Zadeh, P. (2021). Comparison of the Effectiveness of "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" for Parents on Academic Motivation and Oppositional Defiant of Their Teenage Children with Conduct Disorder. *Journal of Health Promotion Management*, 10(4), 83-95. <http://jhpm.ir/article-1-1285-en.pdf> (In Persian)
- Nezampoor, R., Mashhadi, A., & Bigdeli, I. (2018). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Training on Aggression and Risky Behavior in Male Orphan Adolescents. *Journal of clinical psychology*, 10(2), 59-70.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2018.9868>. (In Persian)
- Payne, M. (2022). Oppositional Defiant Disorder (ODD) in Teens.
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. A., & Mirzaee Haabli, K. (2017). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychological studies*, 13(1), 43-62.
<https://doi.org/10.22051/psy.2017.12425.1276> (In Persian)
- Saberi, N., & Asghari E., M. J. (2021). The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on self-efficacy of homeless adolescents. The second international conference on jurisprudence, law, psychology and educational sciences in Iran and the Islamic world, Mashhad, Iran. (In Persian)
- Shahmardi. (2021). Confrontational disobedience.
- Smits, J. A., Minhajuddin, A., & Jarrett, R. B. (2009). Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 271-278.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.008>



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy based on Acceptance and Commitment on Body Image and Sexual Self-Esteem in Dialysis Women

Monireh Pourfarahani

Ph.D. student, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
Email: farahani4900@gmail.com

Hossein Shareh

Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Educational Science, Faculty of Letters and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran. (Corresponding Author), Email: h.shareh@hsu.ac.ir.

Fatemeh Haji Arbabi

Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Received: 2022-12-07

Revised: 2023-05-02

Accepted: 2023-06-06

Published: 2023-07-22

Citation: Pourfarahani, M., Shareh, H., & Haji Arbabi, F. (2023). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy based on Acceptance and Commitment on Body Image and Sexual Self-Esteem in Dialysis Women. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 102-122. doi: 10.22067/tpccp.2023.79716.1404

Abstract

Introduction

Chronic renal failure is defined as the presence of at least three months of glomerular filtration rate less than 60 ml/min/1.73 m² or structural/functional abnormalities of the kidney for more than three months (Lameire et al., 2021). Research showed that dialysis women suffer from a more negative body image than normal women (Dąbrowska-Bender et al., 2018). Body image is defined as individuals' perception and attitudes towards their physical characteristics (Griffiths et al., 2018). Some studies have shown that body image dissatisfaction is directly related to a lack of self-confidence and self-esteem in sexual relations, more especially in women (Gillen & Markey, 2019). Sexual self-esteem is defined as individuals' overall desire to positively evaluate their capacity for participating in healthy sexual behaviors and experiences in a pleasurable and satisfying manner. Sexual self-esteem affects sexual behavior and includes emotional responses to thoughts and feelings (Akbari, 2017).

Schema therapy and acceptance and commitment therapy are two different approaches, each of which looks at pathology with a different perspective. It seems that a combination of the two therapeutic models can be a good complement to cover the shortcomings of each of them (Grecucci, 2018). Since no research has specifically compared the impacts of these approaches on psychological status of dialysis patients, it is important to investigate and compare the effectiveness of the acceptance and commitment therapy and schema therapy based on acceptance and commitment (AC-based schema therapy) on body image and sexual self-esteem of dialysis women.

Method

This study was a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The statistical population consisted of all married dialysis women who referred to Khorasan Razavi Dialysis Patients Support Association between January 2021 and June 2022. The sample included 45 married women undergoing dialysis. The participants were selected using convenience sampling method and were randomly assigned to three groups. The first group (15 people) received the therapeutic intervention based on acceptance and commitment, the second group (15 people) received the AC-based schema therapy intervention, and the third group (15 people) were placed on the waiting list to receive psychological treatment. The tools included the Body Image Concern Inventory (BICI)



and Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form (SSEI-W-SF). The AC-based therapy sessions were held based on the treatment protocol of Gustafson (2020) during ten 120-minute weekly sessions. The AC-based schema therapy sessions were held according to the treatment protocol of McKay et al. (2012) for ten 120-minute weekly sessions. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni test.

Results

The results of chi-square test demonstrated that the groups were homogeneous in terms of age ($p=0.979$, $\chi^2=8.00$), duration of marriage ($p=1.000$, $\chi^2=5.267$), and duration of dialysis ($p=0.628$, $\chi^2=9.867$). After checking that the assumptions were fulfilled, repeated measures analysis of variance was used. The results showed that body image scores in the within-group section ($P=0.001$, $F=57.908$), the interaction effect of group and repetition ($P=0.001$, $F=23.243$) and the between-group effect ($P=0.035$, $F=3.640$) are significant in the studied groups in three phases of measurement. Moreover, sexual self-esteem scores in the within-group section ($P=0.001$, $F=25.429$), the interaction effect of group and repetition ($P=0.001$, $F=6.575$), and the between-group effect ($P=0.037$, $F=3.251$) are significant in the studied groups in three phases of measurement ($P<0.05$). Considering the significance of F statistic, it seems necessary to make post-experience comparisons. Hence, Bonferroni post hoc test was used to compare the therapy groups with the control group.

The results of Bonferroni post hoc test revealed that in the posttest and follow-up phases, there is no significant difference between the studied groups (AC-based therapy and AC-based schema therapy and the control group) in the variables of body image ($P=0.98$) and sexual self-esteem ($P=0.85$), but in the posttest and follow-up phases, a significant difference was found between the AC-based therapy group and AC-based schema therapy with the control group ($P<0.05$). AC-based schema therapy caused more changes in the components of body image and sexual self-esteem in dialysis women.

Discussion and conclusion

The results indicating the greater impact of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy are consistent with the findings of Aalami (2020). Paying special attention to the factors causing ineffective behaviors adopted in order to reduce the emotional pain of the schema is one of the strengths of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy (Nikpour, 2021). Showing the difficult situation of frequent dialysis as the only factor provoking uncomfortable feelings and thoughts formed from childhood experiences causes patients to know the root of their problems instead of considering the disease as the cause of dissatisfaction with appearance and lack of self-esteem in sexual relations. As a result, it will make them more motivated and hopeful to overcome and adjust their maladaptive schemas. The other strength of AC-based schema therapy compared to acceptance and commitment therapy is that clients more easily identify their values that are beyond their maladaptive schemas, and as a result, are more motivated to follow values (McKay, 2012). Another advantage of AC-based schema therapy is dedicating some of the group therapy sessions to teach communication skills, including self-expression, overcoming feelings of anger and hatred, assertiveness and marital skills (Lev & McKay, 2017), which increases intimacy and emotional interest of women in the marital relationship. Learning these skills, in addition to providing the opportunity for experiencing more sexual pleasure and the desire to have sexual relationships, can prevent the recurrence of dialysis women's problems, since better satisfaction of the unsatisfied basic needs make people able to prevent the activation of maladaptive schemas.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Body Image, Dialysis, Schema Therapy, Sexual Self-esteem

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی

منیره پورفراهانی ^{ID}

دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران. farahani4900@gmail.com

حسین شاره ^{ID}

دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران. (نویسنده مسئول)، h.shareh@hsu.ac.ir

فاطمه حاجی‌اربابی ^{ID}

استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: پورفراهانی، منیره؛ شاره، حسین؛ حاجی‌اربابی، فاطمه. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۰۲-۱۲۲. doi: 10.22067/tpccp.2023.79716.1404			

چکیده

هدف: مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان دیالیزی متأهل مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی شهر مشهد در بازه زمانی دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا خردادماه سال ۱۴۰۱ بود که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های نگرانی از تصویر بدن لیتلتون، آکسوم و پوری (Littleton et al., 2005) و عزت‌نفس جنسی زنان - فرم کوتاه دویل زینا و شوارز (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996) به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار Spss-۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثر هستند ($P < 0/05$). به‌علاوه، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت معنی‌داری مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ($P < 0/05$)؛ بنابراین، کار هم‌زمان بر روی طرح‌واره‌ها و استفاده از فنون پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به خودانگاره بدنی بهتر و عزت‌نفس جنسی بالاتر و در نتیجه بهبود اعتمادبه‌نفس و ارتباط زناشویی در زنان دیالیزی گردد.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دیالیز، طرح‌واره درمانی، عزت‌نفس جنسی

مقدمه

بیماری مزمن کلیه^۱ شامل گروهی از بیماری‌های ناهمگن است که بر ساختار و عملکرد کلیه تأثیر می‌گذارد. تشخیص نارسایی مزمن کلیه با حضور حداقل سه ماه نرخ فیلتراسیون گلوبولی کمتر از ۶۰ میلی‌لیتر در دقیقه ۱/۷۳ مترمربع^۲ یا ناهنجاری‌های ساختاری/عملکردی کلیه برای بیش از ۳ ماه تعریف می‌شود (Lameire et al., 2021). بیماران تا زمان پیوند کلیه، باید تحت درمان به روش دیالیز قرار گیرند (Romagnani et al., 2017). بیماران دیالیزی به علت دیالیزهای مکرر، شرایط مخاطره‌آمیزی را در تمام ابعاد زندگی همچون شرایط جسمانی و مسائل روان‌شناختی، روابط میان فردی و اجتماعی به‌ویژه روابط زناشویی تجربه می‌کنند (Aguilar et al., 2019).

آمارها نشان می‌دهند که شیوع بیماری مزمن کلیه (James et al., 2018) و رفتارهای زیباسازی و آراستن ظاهر و بدن در زنان بیشتر از مردان است (Riahi, 2011). ازاین‌رو، زنان دیالیزی از تصویر بدن ضعیف‌تری نسبت به زنان عادی برخوردارند (Dąbrowska-Bender et al., 2018). تصویر بدن که به‌عنوان «ادراکات و نگرش‌های فرد در رابطه با ویژگی‌های فیزیکی خود» تعریف می‌شود مانند وزن، شکل، قد و رنگ پوست، ساختاری چندبعدی است که جنبه‌های رفتاری و ادراکی، شناختی و عاطفی را در برمی‌گیرد (Griffiths et al., 2018). افراد دارای تصویر بدن پایین، به دلیل اضطراب طرد توسط دیگران قادر به سرمایه‌گذاری عاطفی در روابط نیستند (Gucer & Kantarci, 2020). مطالعات گلین و مارکی (Gillen & Markey, 2019) نشان داده است که نارضایتی از تصویر بدن ارتباط مستقیمی با فقدان اعتماد به نفس و عزت نفس در رابطه جنسی دارد که این مسئله در زنان تأثیرگذارتر از مردان است.

عزت نفس جنسی میل کلی فرد، جهت ارزیابی مثبت ظرفیت خود برای مشارکت در رفتارهای جنسی سالم و تجربه جنسی به شکلی لذت‌بخش و رضایت‌مندانه تعریف شده است که بر رفتار جنسی تأثیر می‌گذارد و شامل پاسخ‌های هیجانی به افکار و احساسات است (Akbari et al., 2017). پژوهش‌های کسکین و همکاران (Keskin et al., 2019) حاکی از آن است که بیماران دیالیزی نسبت به افراد عادی در زندگی زناشویی خود از عملکرد و عزت نفس جنسی پایین‌تری برخوردار هستند. با توجه به این که زنان تحت درمان دیالیز در مقایسه با زنان عادی و همچنین در مقایسه با مردان به مراتب بیشتر درگیر مشکلات فوق‌الذکر هستند، ارائه راهبردهای روان‌شناختی به این گروه می‌تواند مؤثر و کاربردی باشد.

یکی از درمان‌های نوین موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Harris, 2019). در درمان

1. chronic kidney disease (CKD)

2. (GFR) <60 ml/min/1.73 m²

مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای بودن در لحظه حال تمرین ذهن آگاهی بکار می‌رود تا فرد نسبت به هر آنچه در لحظه حال تجربه می‌شود گشوده بماند و به جای خود مفهوم‌سازی شده، به جنبه‌ای از خود که نظاره‌گر رویدادهای زندگی و وقایع زندگی است، دست یابد. در این درمان، به افراد آموزش داده می‌شود تا ارزش‌های خود را در زندگی شناسایی کنند و رفتارهای کارآمد همسو با ارزش‌هایشان را متعهدانه دنبال کنند (Bennett & Oliver, 2019). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارضایتی از تصویر بدن و خودانگاری وزن^۱ در بزرگسالان (Griffiths et al., 2018)، افزایش رضایت زناشویی و عزت نفس جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو (Asadpour & Veisi, 2019) مؤثر بوده است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر درمانی در بهبود مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی رویکرد طرح‌واره درمانی است (Roediger et al., 2020). طرح‌واره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه پاسخ‌های رفتاری، افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرح‌واره درمانی روش درمانی نسبتاً نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است (Fassbinder & Arntz, 2021). تأثیرگذاری طرح‌واره درمانی در غلبه بر مشکلات روان‌شناختی، تعارضات زناشویی و ارتقاء کیفیت روابط عاطفی و جنسی زوجین تأیید شده است (Shahabi & Sanagouye-Moharer, 2019).

طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو رویکرد مجزا هستند که هر کدام با نگاهی متفاوت به آسیب‌شناسی می‌پردازند و از منظر متمایزی به تبیین مشکلات و رفع آن می‌پردازند. رویکرد طرح‌واره درمانی روشی بر پایه مشاهده علائم، هیجانات و واکنش‌های احساسی است که با ارائه راهکاری مؤثر و به کمک تعدیل طرح‌واره‌های ناکارآمد به بهبود مشکلات ارتباطی، مشکلات روان‌شناختی، هیجانات مخرب و شخصیتی می‌پردازد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با به کارگیری راهبردهای گسلش شناختی و پذیرش به جای اجتناب در برابر افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناخوشایند و شناسایی ارزش‌ها به منظور هدایت رفتار و اعمال همسو، به افراد کمک می‌کند تا بر مشکلات روان‌شناختی و میان‌فردی خود غلبه کنند (Greenberg, 2017). ماتوف (Matoff, 2018) معتقد است که در درمان همیشه یک نوع رویکرد مؤثر واقع نمی‌شود چرا که هر مدل نظری نقایص مخصوص به خود را دارد مثلاً رویکرد طرح‌واره از راهبردهای تنظیم هیجانی و ذهن آگاهانه جز در موارد اندکی بهره نمی‌گیرد و از نقش زبان در آسیب‌شناسی چشم‌پوشی کرده است و همچنین رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد از اختلال‌های

1. weight self-stigma

روانی تبیین تحولی ارائه نمی‌دهد. از این رو، تلفیق این مدل‌های نظری می‌تواند مکمل مطلوبی برای پوشاندن کاستی‌های یکدیگر به شمار آیند (Grecucci et al., 2018). مک‌کی و همکاران (McKay et al., 2012) و لیو و مک‌کی (Lev & McKay, 2017)، مداخله درمانی طرح‌واره با فرمول‌بندی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای زوجین هنجار نموده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه روابط بین‌فردی مؤثر است (Farrell & Shaw, 2017) و تأثیر قابل‌توجهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی دارد (Van Vreeswijk et al., 2014). با توجه به اینکه نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های پیشین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه بهبود مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی را نشان داده‌اند و اینکه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات روان‌شناختی و روابط زناشویی در ارتباط هستند و تاکنون هیچ پژوهشی به‌طور خاص به مقایسه تأثیر این دو رویکرد در بیماران دیالیزی نپرداخته است، بررسی تفاوت تأثیر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی حائز اهمیت است.

روش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه زنان دیالیزی متأهل مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی خراسان رضوی (مشهد) در بازه زمانی دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا خردادماه سال ۱۴۰۱ (۲۸۵۸ نفر) بود. پیش از شروع مداخله از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ شد و شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای مطالعه مطلع شدند. به داوطلبین اطمینان داده شد که از اطلاعات خصوصی و شخصی‌شان محافظت می‌شود، مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای آن‌ها نخواهد داشت و این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ زن از زنان متأهل دیالیزی شهر مشهد بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گروه اول (۱۵ نفر) مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم (۱۵ نفر) مداخله درمانی طرح‌واره مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نمودند. گروه سوم (۱۵ نفر) در لیست انتظار جهت دریافت درمان روان‌شناختی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل این موارد بود: متأهل بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به بیماری مزمن کلیه (حداقل به مدت ۳ ماه) و درمان به روش دیالیز، عدم دریافت روان‌درمانی دیگری به‌طور هم‌زمان، عدم ابتلا به افسردگی اساسی همراه با احتمال خودکشی و نداشتن نشانه‌های روان‌پریشی در ارزیابی از طریق

مصاحبه بالینی و تمایل به شرکت در پژوهش با رضایت آگاهانه. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور ناقص، عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها طبق دستورالعمل، عدم پیگیری تکالیف و غیبت بیش از دو جلسه در گروه درمانی نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تصویر بدن (BICI)^۱: پرسشنامه تصویر بدن توسط لیتلتون، آکسوم و پوری^۲ (Littleton et al., 2005) طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال است که به‌صورت مقیاس لیکرتی درجه‌بندی شده است. هر سؤال پنج گزینه دارد که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه حاضر دارای ۲ خرده مقیاس (نارضایتی و خجالت از ظاهر) و (وارسی و مخفی کردن نقایص ادراک شده و نگرانی در مورد ظاهر عملکرد اجتماعی) است. در مطالعه لیتلتون و همکاران (Littleton et al., 2005) اعتبار این پرسش‌نامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای آن ۰/۹۳ و ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه ۰/۳۲-۰/۷۳ با میانگین ۰/۶۲ محاسبه شده است. در ایران نیز اعتبار این آزمون بر اساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است (Basak Nejad & Ghafari, 2007). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس جنسی زنان-فرم کوتاه (SSC-W-SF)^۳: این پرسش‌نامه توسط دوئل زینا و شوارز (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996) طراحی شده و دارای ۳۲ سؤال است که به‌صورت مقیاس لیکرتی درجه‌بندی شده است. این پرسش‌نامه از ۵ خرده‌مقیاس مهارت و تجربه، جذابیت، کنترل، قضاوت اخلاقی، تطابق (انطباق‌پذیری) تشکیل شده است (Doyle Zeanah & Schwarz, 1996). پایایی پرسشنامه از طریق دامنه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) توسط مؤلفین در سال ۱۹۹۶ از ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای خرده مقیاس‌های جذابیت، کنترل، انطباق‌پذیری، قضاوت اخلاقی و مهارت و تجربه به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای پنج خرده‌مقیاس آن در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (Farokhi & Shareh, 2014). روایی پرسش‌نامه از طریق روایی سازه نمرات پرسش‌نامه با نمرات مقیاس عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg, 1965) ۰/۵۷ به‌دست آمده است و همچنین برای خرده مقیاس‌های جذابیت، کنترل، انطباق‌پذیری، قضاوت اخلاقی، مهارت و تجربه به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۴۵، ۰/۴۵، ۰/۳۸ و ۰/۴۴ گزارش شده

1. body image concern inventory

2. Littleton, Axsom & Pury

3. sexual self-esteem index for woman-short form

است. در ایران، ضرایب همبستگی بین هر یک از گویه‌های مقیاس با نمره کل مقیاس بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۲ گزارش شده است و در تحلیل عاملی اکتشافی پنج عامل تجربه و مهارت، کنترل، جذابیت، قضاوت اخلاقی و انطباق به‌دست آمده است که جمعاً ۵۰/۳۷ درصد واریانس را تبیین می‌کردند (Farokhi & Shareh, 2014). در پژوهش حاضر، مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

به‌منظور اجرای مداخله پژوهش، برای گروه آزمایش اول، جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کتاب «زندگی خود را دوباره بیافرینید؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» نوشته گوستافسون (Gustafson, 2020) به مدت ۱۲۰ دقیقه در ۱۰ جلسه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی درمان پذیرش و تعهد، سنجش مشکلات بیماران از نگاه رویکرد پذیرش.	فهرست کردن مهم‌ترین مشکلات
دوم	آموزش و بررسی مفهوم آمیختگی و گسلش، راهبرد برچسب‌زن، راهبرد گپ‌زدن با ذهن خود (تشکر از ذهن).	بررسی شیوه‌های اجتنابی
سوم	استخراج تجربه‌های اجتنابی، آموزش پذیرش، ایجاد تعادل بین تغییر و پذیرش، شناسایی احساسات، عواطف، خاطرات و احساسات جسمی ناخوشایند.	تمرین ماندن با تجارب ناخوشایند
چهارم	بررسی چرخه اجتناب، بررسی تجارب درونی ناخوشایند و روش‌های اجتنابی مرتبط و هزینه‌های تحمیلی بر اثر اجتناب، راهبرد پذیرش تجربه خود با شفقت.	بررسی پیامد رفتارهای اجتنابی
پنجم	تمرین ذهن آگاهی رسمی و غیررسمی، توجه به احساسات، اسکن بدن، تنفس، شنوایی، توجه به افکار، آموزش شفقت و ارتباط آن با ذهن آگاهی.	یادداشت تجربه ذهن آگاه
ششم	بحث و گفتگو در مورد خود مشاهده‌گر، استعاره صفحه شطرنج.	ثبت موقعیت‌های خود مشاهده‌گر
هفتم	استعاره قطب‌نما (ارزش‌ها به‌عنوان راهنما)، بررسی موانع شناسایی ارزش‌ها، استعاره چوب جادو، الگوهای زندگی و نوشتن زندگی‌نامه ایدئال خود.	فهرست موانع رفتار ارزشمند
هشتم	بررسی تفاوت اهداف و اعمال، تمرکز بر لحظه حال در عمل، عدم تمرکز بر پیشرفت یا مقایسه در عمل، انجام تمرین رفتارهای ارزش‌محور.	تعهد برای اعمال ارزش‌محور
نهم	راهبرد اهداف هوشمندانه مطابق با S.M.A.R.T (مشخص، قابل اندازه‌گیری، همسو با ارزش، واقع‌بینانه و حساس به زمان)، تمرین ارتباط قاطعانه.	تکمیل کاربرگ حل مسئله
دهم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی.	

برای گروه آزمایش دوم جلسات گروه‌درمانی طرح‌واره مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل

درمانی «کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره برای رفتارهای میان‌فردی» نوشته مک کی و همکاران (McKay et al., 2012) به مدت ۱۲۰ دقیقه در ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد که به شرح ذیل است:

جدول ۲: پروتکل جلسات گروه درمانی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا جلسات	تکالیف
اول	شناسایی طرح‌واره‌ها، تمرین ذهن آگاهی حواس پنج‌گانه، بررسی رفتارهای مقابله‌ای، استعاره دستگاه پاپ‌کرن.	ثبت موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی طرح‌واره-ها، یادداشت واکنش‌های رفتاری
دوم	رفتارهای مقابله‌ای و پیامد آن، به‌کارگیری راهبرد ناامید سازی خلاقانه‌ی راهبردهای کنترلی قدیمی.	ثبت موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی طرح‌واره-ها، ارزیابی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای
سوم	استعاره‌های شن روان و حفر چاله، عدم تلاش برای کنترل فکر، احساس و حس‌های بدنی طرح‌واره‌ای با تصویرسازی ذهنی استعار آسمان و آب‌وهوا.	بررسی دو تا از طرح‌واره‌های قوی‌تر در طول هفته در ارتباط با همسر
چهارم	ارائه آموزش روانی در مورد ارزش‌ها، شفاف‌سازی ارزش‌ها و شناسایی اهداف ارزشمند، بررسی موانع اقدام ارزشمند، تمرین نقش‌آفرینی بر اساس استعاره هیولاهای اتوبوس.	تعهد برای دنبال کردن یک هدف، بررسی موانع رفتار ارزش‌محور
پنجم	ارائه آموزش روانی در مورد گسلش با بهره‌گیری از استعاره هیولاهای در اتوبوس، استعاره بازاریاب، آموزش تکنیک‌های گسلش.	استفاده از تکنیک‌های گسلش در حین اقدامات متعهدانه
ششم	پرورش خود مشاهده‌گر (استعاره صفحه شطرنج و بدترین تجسم خود).	تمرین تکنیک‌های گسلش از افکار قضاوت‌گر
هفتم	بررسی تمایل در مورد اجتناب از درد و از دست دادن روابط، بحث و بررسی خشم به عنوان یک سبک مقابله‌ای و هزینه‌هایی که خشم در پی داشته است، ارائه آموزش روانی در مورد خشم، بررسی هزینه‌های رنجش (استعاره دادگاه).	تشخیص تمایل به پاسخ‌های مقابله‌ای و بررسی احساس در رفتار مقابله‌ای و رفتار ارزشمند
هشتم	تمرین رها کردن طناب، اجرای تصویرسازی برای توسعه‌ی دیدگاه خود مشاهده‌گر و گسلش طرح‌واره‌ها.	تمرین به منظور ایجاد فضا برای احساسات ناخوشایند
نهم	اجرای تصویرسازی و بررسی واکنش‌ها به رویدادهای اخیر برانگیزاننده‌ی طرح‌واره‌ها، بحث در مورد ارتباط زناشویی مؤثر، تمرین تصویرسازی ذهنی، توجه آگاهی و پرورش شفقت به خود.	تعهد به اهداف ارزشمند شناسایی شده در جلسات اولیه و برنامه‌ریزی اهداف جدید در رابطه زناشویی
دهم	بحث و گفتگو درباره تجربیات اعضای گروه در ده هفته گذشته، متعهد شدن برای اهداف جدید، ارزیابی پیشرفت گروه درمانی و ارزیابی میزان نیل به اهداف گروه درمانی.	

در پایان، داده‌های اخذشده از اجرای پژوهش، با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

به ترتیب ۱۷/۶ درصد، ۳۷/۴ درصد و ۴۴ درصد از آزمودنی‌ها در رده سنی ۲۰ تا ۳۰، ۳۰ تا ۴۰ و ۴۰ تا ۵۰ سال و مدت ازدواج ۶/۶ درصد، ۱۱ درصد، ۲۶/۷ درصد و ۵۵ درصد از شرکت‌کنندگان به ترتیب کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال، ۱۰ تا ۱۵ سال و بالاتر از ۱۵ سال بود. همچنین مدت درمان دیالیز در ۱۷/۶ درصد، ۳۷/۴ درصد و ۴۴ درصد از شرکت‌کنندگان به ترتیب کمتر از ۵ ماه، ۵ تا ۱۰ ماه و بالاتر از ۱۰ ماه بود. نتایج آزمون‌های دو نشان داد گروه‌ها از لحاظ سن ($\chi^2=۸/۰۰$ ، $p=۰/۹۷۹$)، مدت ازدواج ($p=۱/۰۰۰$)، $\chi^2=۵/۲۶۷$ و مدت دیالیز ($\chi^2=۹/۸۶۷$ ، $p=۰/۶۲۸$) همگن بودند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی تصویر بدن و عزت نفس جنسی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تصویر بدن	آزمایش (۱)	۵۳/۱۳	۹/۰۷	۴۵/۴۷	۷/۵۸	۴۶/۴۰	۷/۴۸
	آزمایش (۲)	۵۳/۴۷	۹/۲۱	۴۵/۸۰	۷/۶۷	۴۶/۴۰	۷/۴۸
	کنترل	۵۵/۴۰	۱۳/۰۷	۵۶/۲۰	۱۱/۰۸	۵۷/۰۷	۱۰/۳۸
عزت نفس جنسی	آزمایش (۱)	۸۹/۳۳	۱۷/۰۲	۱۰۰	۱۴/۷۰	۹۹/۰۷	۱۴/۳۴
	آزمایش (۲)	۸۸/۴۷	۱۵/۸۸	۱۰۲/۳۳	۱۳/۹۲	۱۰۰/۴۷	۱۳/۹۰
	کنترل	۸۸/۲۰	۱۵/۳۵	۸۸/۶۷	۱۴/۵۰	۸۷/۶۷	۱۵

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود وضعیت زنان شرکت‌کننده در پژوهش در متغیر تصویر بدن و عزت نفس جنسی می‌گردد. در واقع، میانگین نمره تصویر بدن در گروه آزمایش ۱ که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نموده است از ۵۳/۱۳ به ۴۵/۴۷ کاهش یافته است و در مرحله پیگیری به ۴۶/۴۰ رسیده که نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. میانگین نمره تصویر بدن در گروه آزمایش ۲ متناظر با طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش‌آزمون از ۵۳/۴۷ به ۴۵/۸۰ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و در مرحله پیگیری به ۴۶/۴۰ رسیده است که نشان می‌دهد وضعیت زنان در شاخص تصویر بدن بعد از دوره

درمان بهبودیافته و پس از طی مدت دو ماه نسبتاً پایدار باقی مانده است.

در گروه کنترل میانگین تصویر بدن در هر مرحله افزایش داشته است و از ۵۵/۴۰ در پیش آزمون به ۵۷/۰۷ در مرحله پیگیری رسیده است. همچنین، بر اساس یافته‌های جدول فوق میانگین عزت نفس جنسی در گروه آزمایش ۱ از ۸۹/۳۳ به ۱۰۰ افزایش یافته است و در مرحله پیگیری به ۹۹/۰۶ رسیده که نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است.

میانگین عزت نفس جنسی در گروه آزمایش ۲ در مرحله پیش آزمون از ۸۸/۴۷ به ۱۰۲/۳۳ در مرحله پس آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری به ۱۰۰/۴۷ رسیده است یعنی عزت نفس جنسی بعد از دوره درمان بهبودیافته و پس از طی مدت دو ماه بازگشت جزئی داشته است. در گروه کنترل میانگین عزت نفس جنسی در نوسان بوده و از ۸۸/۲۰ در پیش آزمون به ۸۷/۶۷ در مرحله پیگیری رسیده است.

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند ($p > ۰/۰۵$). از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($p > ۰/۰۵$).

آزمون کرویت موجلی به منظور بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس انجام شد که نتایج برای متغیر تصویر بدن ($p = ۰/۰۰۱$) و عزت نفس جنسی ($p = ۰/۰۰۱$) بیانگر عدم رعایت این مفروضه بود، لذا از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با به کارگیری تصحیح گرین‌هاوس-گیسر (مقدار اسپیلون برای متغیر تصویر بدن ۰/۶۲ و متغیر عزت نفس جنسی ۰/۵۳ بود) استفاده شد. پس از رعایت این مفروضه‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تصویر بدن و عزت نفس جنسی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	ضریب تا
تصویر بدن	درون گروهی	۶۲۰/۵۰۴	۲	۳۱۰/۲۵۲	۵۷/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	اثر تعاملی	۴۹۸/۱۱۹	۴	۱۲۴/۵۳۰	۲۳/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	بین گروهی	۱۸۴۶/۲۳۷	۲	۹۲۳/۱۱۹	۳/۶۴۰	۰/۰۳۵	۰/۱۵
عزت نفس جنسی	درون گروهی	۱۸۱۴/۸۰۰	۲	۹۰۷/۴۰۰	۲۵/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	اثر تعاملی	۹۳۸/۴۸۹	۴	۲۳۴/۶۲۲	۶/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	بین گروهی	۲۱۵۴/۱۷۸	۲	۱۰۷۷/۰۸۹	۳/۲۵۱	۰/۰۳۷	۰/۱۴

با توجه به نتایج جدول ۴ نمرات متغیر تصویر بدن در بخش درون گروهی ($F=57/908$, $P=0/001$)، اثر تعاملی گروه و تکرار ($F=23/243$, $P=0/001$) و همچنین اثر بین گروهی ($F=3/640$, $P=0/035$) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است. همچنین نمرات عزت نفس جنسی در بخش درون گروهی ($F=25/429$, $P=0/001$)، اثر تعاملی گروه و تکرار ($F=6/575$, $P=0/001$) و همچنین اثر بین گروهی ($F=3/251$, $P=0/037$) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P<0/05$). با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین، از آزمون تعقیبی بونفرونی^۱ برای مقایسه گروه‌های درمان با گروه کنترل استفاده شد.

برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی و مقایسه متغیرهای تصویر بدن و عزت نفس جنسی در گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

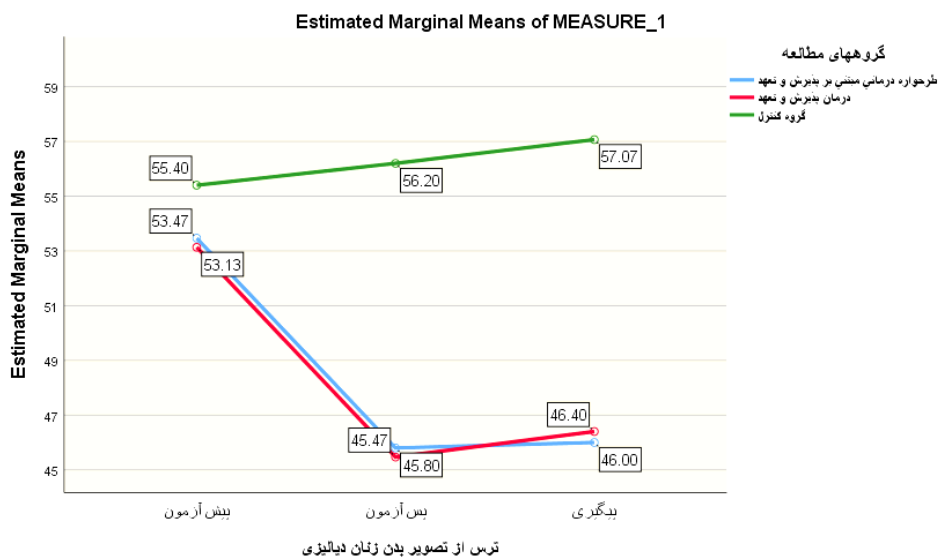
جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تصویر بدن و عزت نفس جنسی در گروه‌ها

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	معناداری	کران پایین	کران بالا
تصویر بدن	پذیرش و تعهد	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	-۰/۰۸	۳/۳۵	۰/۹۸	-۸/۴۶	۸/۲۸
		کنترل	-۷/۸۸	۳/۳۵	۰/۰۳	-۱۶/۲۶	-۴/۸
	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۰/۰۸	۳/۳۵	۰/۹۸	-۸/۲۸	۸/۴۶
		کنترل	-۷/۸۰	۳/۳۵	۰/۰۳	-۱۶/۱۷	-۵/۷
عزت نفس جنسی	پذیرش و تعهد	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	-۰/۹۵	۵/۱۷	۰/۸۵	-۱۱/۴۰	۹/۴۹
		کنترل	۷/۹۵	۵/۱۷	۰/۰۴	-۲/۴۹	-۱۸/۴۰
	طرح‌واره و پذیرش و تعهد	پذیرش و تعهد	۰/۹۵	۵/۱۷	۰/۸۵	-۹/۴۹	۱۱/۴۰
		کنترل	۸/۹۱	۵/۱۷	۰/۰۴	-۱/۵۳	-۱۹/۳۵

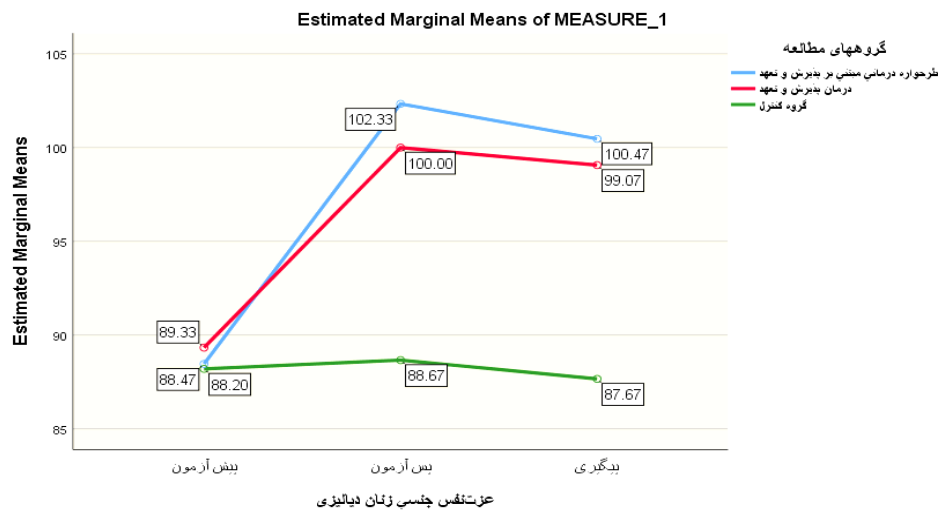
نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول فوق نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های مطالعه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل) در متغیر تصویر بدن ($P=0/98$) و عزت نفس جنسی ($P=0/85$) تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل

1. bonferroni test

پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارتی، میزان نمرات تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی که در گروه‌های آزمایشی (درمان پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) تحت درمان قرار داشتند در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییر قابل توجهی داشته است، اما میزان تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی که در گروه کنترل بوده و تحت درمان قرار نداشتند تغییر معناداری نداشته است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییرات بیشتری را در مؤلفه تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی ایجاد کرده است.



نمودار ۱: میانگین‌های تصویر بدن زنان دیالیزی در گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲: میانگین‌های عزت نفس جنسی زنان دیالیزی در گروه‌های مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی بود. نتایج نشان داد که نمرات متغیرهای تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری تغییر چشمگیری داشته است لیکن رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثرتر بود.

نتایج این پژوهش به‌نوعی با مطالعات پیشین استادیان خانی و همکاران (Ostadian Khani et al., 2020)، جواهری، شوقی و باباخانلو (Javaheri et al., 2018)، دوستی و همکاران (Dousti et al., 2021)، رستم‌خانی و همکاران (Rostamkhani et al., 2020)، نلسون و همکاران (Nelson et al., 2019)، انجذاب و همکاران (Enjezab, et al., 2021) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت نفس جنسی همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا به‌جای دل‌مشغولی به‌ظاهر و بدنشان توجه خود را به‌طور آگاهانه به لحظه حال معطوف سازند و با افزایش آگاهی عاری از هرگونه قضاوت به تجربه فعلی خود از قبیل افکار، احساسات و حس‌های بدنی بنگرند و به‌جای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند درونی و بیرونی با کمک راهبردهای پذیرش روان‌شناختی به تجربه افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند تشویق شوند

(Fogelkvist et al., 2020). تمرکز رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه و رنج ناشی از بیماری نیست، بلکه این درمان بر فرایندهای کارکردی که متعاقب رفتارهای مشکل‌زا هویدا می‌شود، توجه می‌کند (Gustafson, 2020). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر افکار و احساسات و حس‌های بدنی افراد نیست بلکه در این درمان سعی می‌شود افراد از طریق توجه و تمرکز بر روی احساسات و تنفس، اسکن بدن، توجه به افکار و آموزش شفقت و ارتباط آن با ذهن آگاهی بتوانند خودشان را از افکارشان جدا ببینند. همچنین، در این درمان مراجعان با تصریح ارزش‌های زندگی خود تشویق می‌شوند به جای دنبال کردن رفتارهای اجتنابی که آن‌ها را از رسیدن به زندگی غنی و معنادار بازمی‌دارد به رفتارهای مبتنی بر ارزش خود پایبند شوند (Lin et al., 2019).

عزت‌نفس جنسی بیانگر طرز تفکر، تصور و ارزیابی فرد از هویت زندگی جنسی خود است. باور و احساسی که فرد در مورد بدن و خودش دارد می‌تواند در توانمندی، تمایلات جنسی و ارتباط جنسی لذت‌بخش تأثیر بگذارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک تکنیک گسلش به زنان دیالیزی می‌آموزد تا افکار ناخوشایند را در قالب کلمات یا عبارات به‌طور مکرر و سریع و یا به شکل آواز بلند بخوانند تا افکارشان را فقط به‌صورت یک صوت نه به‌صورت عبارتی معنادار بشنوند (Gustafson, 2020). تکنیک مذکور به آن‌ها کمک می‌کند تا افکار نامطلوب بودن از نظر جنسی را فقط یک فکر بنگرند و هویت جنسی خود را مطابق با افکار منفی خود تعریف نکنند. راهبرد پذیرش به زنان دیالیزی کمک می‌کند تا هیجانات دردناک همبسته با طرح‌واره را به‌طور کامل شناسایی کنند و بدون اینکه سعی کنند از هیجانات ناراحت‌کننده بگریزند یا آن‌ها را تغییر دهند، اجازه دهند افکار و احساسات بیایند و بروند ولی از میسر رابطه جنسی و تعاملات زناشویی خوشایند و ارزشمند منحرف نشوند (Fogelkvist et al., 2020). تمرین‌های ذهن آگاهی برای حاضر بودن در لحظه حال و تجربه هر آنچه در روابط جنسی فرد در حال تجربه شدن است (Gustafson, 2020) ارائه می‌شوند تا جلوی نشخوار فکری و غرق شدن در افکار و احساسات ناخوشایند روزمره و یا مسائل استرس‌زای پیرامون دیالیز گرفته شود. به‌عبارتی دیگر، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که با منطقی کردن افکار و رفتار بیماران مطابق با زمان اکنون، بیداری ذهنی را در آن‌ها ارتقاء بخشد. بنابراین زنان دیالیزی با بهره‌گیری از تکنیک‌ها و راهبردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند به افکار مبنی بر تصویر بدنی منفی و خودکم‌بینی نچسبند و اقدامات ارزش‌محور در جهت تقویت تجربه لذت، حس عشق‌ورزی و اشتیاق به تعامل زناشویی را دنبال کنند که همگی منجر به بهبود تصویر بدن و افزایش عزت‌نفس جنسی می‌شوند.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدن و عزت‌نفس جنسی زنان دیالیزی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته، گرکوچی و همکاران (Grecucci et al., 2018)، عبدالله‌زاده و کییری نسب (Abdollahzadeh & Kabirinasab, 2019) و استادیان خانی و همکاران (Ostadian Khani et al., 2020) نسبتاً همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کمک طرح‌واره درمانی به شناسایی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و نیازهای بنیادین ناکام شده می‌پردازد و با فرمول‌بندی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌جای تلاش برای مبارزه با طرح‌واره و شکستن آن (که در طرح‌واره درمانی به‌طور مجزا دنبال می‌شود)، از تکنیک‌های درمانی پذیرش و تعهد برای آموزش پذیرش رنج همبسته با طرح‌واره و اتخاذ رفتارهای مبتنی بر ارزش استفاده می‌کند؛ بنابراین، رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر در نظر گرفتن پیامدها و هزینه‌هایی که رفتار ناکارآمد به همراه دارد به پیشایندها و عوامل برانگیزاننده رفتار ناکارآمد هم توجه می‌کند (McKay et al., 2012).

طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات نامطلوب ظاهری ناشی از بیماری نارسایی کلیه و درمان به شیوه دیالیز را به‌عنوان رویداد استرس‌زایی تلقی می‌کند که می‌تواند طرح‌واره‌ای همچون نقص و شرم و نگرانی در مورد ظاهر و بدن را در زنان دیالیزی فعال سازد و هیجانات دردناکی چون شرم، خشم، غم و اندوه را به همراه داشته باشد که فرد برای رهایی از هرگونه رنج همبسته با طرح‌واره، رفتارهای مقابله‌ای در برابر آن طرح‌واره اتخاذ می‌کند که خود موجب تقویت طرح‌واره و تثبیت تصویر بدنی منفی در فرد می‌شود (McKay et al., 2020). تحقیقات نشان داده است که تصویر بدنی منفی با کاهش عزت‌نفس جنسی ارتباط مستقیم دارد (Álvarez-Villarreal et al., 2019). تغییرات ظاهری و جسمانی که به سبب دیالیزهای مکرر همچون رژیم‌های غذایی سخت، کاهش انرژی، جایگذاری فیستول و کاتتر است، می‌تواند مضاف بر بروز نارضایتی از ظاهر و تصویر بدن، موجب لطمه به اعتماد به نفس و عزت‌نفس در رابطه جنسی شود. با کمک روش طرح‌واره درمانی بیماران دیالیزی درمی‌یابند که طرح‌واره‌ها بیانگر ساختارهای عمیق شناختی درباره خود و دیگران هستند که از دیرباز در آن‌ها شکل گرفته‌اند و حس امنیت و پیش‌بینی را به وجود می‌آورند و می‌توانند با رویداد استرس‌زا برانگیخته شوند و هیجانات دردناکی که از باورهای بنیادین در مورد خود ریشه می‌گیرد را فراخوانی کنند (Arntz & Van Genderen, 2020)، بنابراین، طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با در نظر گرفتن تجارب دوران کودکی به‌عنوان عامل مؤثر در تکوین و شکل‌گیری عزت‌نفس، به بیماران کمک می‌کند به شیوه‌ای که خود را در روابط جنسی ارزیابی و تعریف می‌کنند،

توجه نمایند و موقعیت‌هایی را که به‌موجب آن‌ها زنان در ارتباط با همسرشان احساسات ناخوشایند طرح‌واره‌ای را تجربه می‌کنند شناسایی کنند. این رویکرد تلفیقی به زنان می‌آموزد که با تکمیل کاربرگ نحوه تفکر، باورهای بنیادین خود را در موقعیت‌های فعال‌ساز طرح‌واره شناسایی کنند و از واکنش‌های هیجانی مرتبط با افکار خودآیندی چون «من فاقد جذابیت جنسی هستم» یا «از کشش جنسی مطلوبی برخوردار نیستم» آگاهی یابند. آن‌ها در این درمان با بررسی رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرح‌واره که شکلی از دوری‌گزینی تجربه‌ای است و از آسیبی که طرح‌واره‌ها بر تعاملات جنسی‌شان زده است، آگاه می‌شوند (Lev & McKay, 2017). طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجعان آموزش می‌دهد تا با شناسایی طرح‌واره و سازوکار عملکرد آن، از توقف یا جلوگیری رنج اولیه ناشی از برانگیختگی طرح‌واره دست‌بردارند و به‌جای آن، رنجی که به‌وسیله کوشش‌های پیاپی در راستای دوری از تأثیر طرح‌واره به وجود آمده است (به عبارتی رنج ثانویه) را کاهش دهند (Quinlan et al., 2018). بیماران با بررسی هزینه‌هایی که اقدامات اجتنابی هنگام تصور منفی نسبت به جسم و نامطلوب بودن ظاهر و بدن برایشان در پی داشته است از ناکارآمدی رفتارهای مقابله‌ای آگاهی می‌یابند و با تکنیک جهت‌یابی ارزش‌ها به‌سوی اهداف ارزشمند در زندگی گام برمی‌دارند. در این راستا، برای آنکه زنان دیالیزی بتوانند خود را مطابق افکارشان ضعیف و زشت و دارای نقص و عیب تصور نکنند از تکنیک‌های گسلش استفاده می‌شود. آن‌ها می‌توانند همچنان که خود قضاوتی‌هایشان را مشاهده می‌کنند دریابند که با قضاوت‌ها، افکار و احساسات یا حواسشان یکی نیستند (Lev & McKay, 2017). رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر به‌کارگیری راهبردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ذهن آگاهی، گسلش، خود مشاهده‌گر و رفتار متعهدانه مبتنی بر ارزش که منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان دیالیزی می‌شود، به آن‌ها کمک می‌کند تا با شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود و توجه به تداخل هیجانات و افکار و رفتارهای همبسته با طرح‌واره در تعاملات عاطفی که موجب شکل‌گیری چرخه معیوب ارتباطی می‌شود، به اقدامات و رفتارهایی که موجب افزایش ظرفیت تجربه لذت، اشتیاق به تعامل و توانایی ایجاد روابط صمیمی با همسر می‌شود، روی آورند.

نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر بیشتر طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاحدی منطبق با نتایج پژوهش‌های علمی و همکاران (Aalami et al., 2020) است. توجه خاص به عواملی که محرک و برانگیزاننده‌ی رفتارهای ناکارآمدی است که به‌منظور کاهش درد هیجانی طرح‌واره اتخاذ می‌شود از نقاط قوت روش تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش

صرف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Nikpour et al., 2021). همچنین، نشان دادن موقعیت دشوار دیالیزهای مکرر به عنوان تنها محرک برانگیزاننده احساسات و افکار ناراحت کننده که از تجارب دوران کودکی شکل گرفته است موجب می شود بیماران به جای در نظر گرفتن بیماری به عنوان علت نارضایتی از ظاهر و فقدان عزت نفس در رابطه جنسی، از ریشه مشکلات خود اطلاع یابند و برای غلبه و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار خود انگیزه و امید بیشتری داشته باشند. یکی دیگر از نقاط قوت رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که مراجعان ارزش‌های خود را که آن‌سوی طرح‌واره‌های ناسازگارشان است آسان‌تر شناسایی می کنند و در نتیجه برای دنبال کردن ارزش‌ها انگیزه بیشتری دارند (McKay et al., 2012). از دیگر مزیت‌های رویکرد تلفیقی طرح‌واره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد اختصاص جلسات از گروه درمانی به آموزش مهارت‌های ارتباطی از جمله ابراز وجود، غلبه بر احساس خشم و تنفر، قاطعیت و مهارت‌های زناشویی (Lev & McKay, 2017) است که موجب افزایش صمیمیت و علاقه عاطفی بیشتر زنان در رابطه زناشویی می شود و در نتیجه، فراگیری این مهارت‌ها علاوه بر اینکه بستری را برای تجربه لذت جنسی بیشتر و اشتیاق برای برقراری رابطه جنسی فراهم می سازد، می تواند مانع عود مشکلات زنان دیالیزی شود چراکه با ارضای بهتر نیازهای بنیادین ناکام شده، از برانگیخته شدن طرح‌واره‌های ناسازگار جلوگیری می کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه گیری غیر تصادفی (در دسترس) است و به این علت که نمونه از بیماران دیالیزی مراجعه کننده به انجمن حمایت از بیماران دیالیزی خراسان رضوی گرفته شده است، در تعمیم نتایج پژوهش به سایر بیماران در سطح ایران باید احتیاط نمود. همچنین، عدم کنترل برخی متغیرهای مزاحم همچون وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی بیماران از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر محسوب می شود. پیشنهاد می شود پژوهش بر روی نمونه‌های گسترده تر و تصادفی انجام شود.

References

- Aalami, M., Taimory, S., & Ahi, G. (2020). The effectiveness of an integrated approach of schema therapy based acceptance and commitment therapy on marital conflicts and divorce tendency in divorce applicant couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(1), 132-141. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.13> (In Persian)
- Abdollahzadeh, H., & Kabirinasab, Y. (2019). The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 7(28), 184-199. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.43575.4221> (In Persian)
- Aguiar, R., Pei, M., Qureshi, A. R., & Lindholm, B. (2019). Health-related quality of life in peritoneal dialysis patients :A narrative review. *Seminars in dialysis* ,
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy

- on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*, 10(1), 48-60. <http://ijbd.ir/article-1-605-en.html> (In Persian)
- Álvarez-Villarreal, M., Velarde-García, J. F., Chocarro-Gonzalez, L., Pérez-Corrales, J., Gueita-Rodriguez, J., & Palacios-Ceña, D. (2019). Body changes and decreased sexual drive after dialysis: a qualitative study on the experiences of women at an ambulatory dialysis unit in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3086. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173086>
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons. <https://books.google.com/books>
- Asadpour, E., & Veisi, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout marital among women with type 2 diabetes. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 21(7), 8-17. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-en.html> (In Persian)
- Basak Nejad, S., & Ghafari, M. (2007). Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. *J Behav Sci Res Cent*, 1(2), 179-187. https://www.behavsci.ir/article_67573_d69219a5ff35c8ea2cc3b115befabcf0.pdf
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781351056144/acceptance-commitment-therapy-richard-bennett-joseph-oliver>
- Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M., & Staniszevska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient preference and adherence*, 12, 577-583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S156356>
- Doyle Zeanah, P., & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/107319119600300101>
- Farokhi, S., & Shareh, H. (2014). Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 20(3). <https://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2240-en.html> (In Persian)
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2017). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications. <https://books.google.com/books>
- Fassbinder, E & ,Arntz, A. (2021). Schema therapy. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches*, Vol. 1 (pp. 493-537). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/books/record/2021-23707-000>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body image*, 31, 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Grecucci, A., Messina, I., & Dadomo, H. (2018). Decoupling internalized dysfunctional attachments: a combined ACT and schema therapy approach. *Frontiers in psychology*, 9, 2332. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02332>
- Greenberg, M. R. (2017). *Hazardous waste sites: The credibility gap*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203790236> .

- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48, 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Gucer, B., & Kantarci, G. (2020). Body Image Perception of Chronic Kidney Disease Patients and Its Impact on Their Personal Relationships. *TURKISH JOURNAL OF NEPHROLOGY*, 29(2). <https://doi.org/10.5152/turkjnephrol.2020.3601>
- Gustafson. (2020). *Reclaim Your Life: Acceptance & Commitment Therapy in 7 Weeks: Strategies to Manage Depression, Anxiety, PTSD, OCD, and More*. Rockridge Press. https://www.amazon.com/Reclaim-Your-Life-Acceptance-Commitment/dp/1646112474/ref=tmm_pap_swatch_0?encoding=UTF8&qid=&sr=
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. <https://lcn.loc.gov/2009023487>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., & Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Javaheri, M. H., Shoghi, B., & Babakhanlou, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self-esteem and marital commitment in couples with turbulent relationships. *Journal of Psychology New Ideas*, 2(6), 1-10. <http://jnip.ir/article-1-156-en.html> (In Persian)
- Keskin, G., Babacan Gümüş, A., & Taşdemir Yiğitoğlu, G. (2019). Sexual dysfunctions and related variables with sexual function in patients who undergo dialysis for chronic renal failure. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 257-269. <https://doi.org/10.1111/jocn.14602>
- Lameire, N. H., Levin, A., Kellum, J. A., Cheung, M., Jadoul, M., Winkelmayer, W. C., Stevens, P. E., Caskey, F. J., Farmer, C. K., & Fuentes, A. F. (2021). Harmonizing acute and chronic kidney disease definition and classification: report of a Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney international*, 100(3), 516-526. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.06.028>
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2017-15578-000>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & McCracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic reviews*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour research and therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Matoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent psychology*, 5(1), 1453595. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1453595>
- McKay, M., Greenberg, M. J., & Fanning, P. (2020). *The ACT Workbook for Depression and*

- Shame: Overcome Thoughts of Defectiveness and Increase Well-Being Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/ACT-Workbook-Depression-Shame-Defectiveness/dp/1684035546>
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. New Harbinger Publications. https://contextualscience.org/publications/acceptance_and_commitment_therapy_for_interpersonal_problems
- Nelson, C. J., Saracino, R. M., Napolitano, S., Pessin, H., Narus, J. B & ,Mulhall, J. P. (2019). Acceptance and commitment therapy to increase adherence to penile injection therapy-based rehabilitation after radical prostatectomy: pilot randomized controlled trial. *The journal of sexual medicine*, 16(9), 1398-1408. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.013>
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaei, O., & Jomehri, F. (2021). The comparing effectiveness of schema therapy and acceptance/commitment therapy on forgiveness among divorced women. *Journal of psychologicalscience*, 20. ۶۰۷-۵۹۷, (۱۰۰) <http://psychologicalscience.ir/article-1-983-fa.html> (In Persian)
- Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and affect control in women with binge eating disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(3), 94-102. <http://ijrm.ir/article-1-538-en.html>. (In Persian)
- Quinlan, E., Deane, F. P., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.006>
- Riahi, M. E. (2011). Gender differences in the level of body image satisfaction. *Women in Development & Politics*, 9(3), 5-33. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411>
- Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(3), 320-337. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411>
- Romagnani, P., Remuzzi, G., Glasscock, R., Levin, A., Jager, K. J., Tonelli, M., Massy, Z., Wanner, C., & Anders, H.-J. (2017). Chronic kidney disease. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-24. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>
- Rostamkhani, F., Ghamari, M., Babakhani, V., & Merghati, K. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual function in postmenopausal women. *J Health Care*, 22(2), 102-113. <https://doi.org/10.52547/jhc.22.2.102> (In Persian)
- Shahabi, S., & Sanagouye-Moharer, G. (2019). The effect of group schema therapy on marital adjustment and marital intimacy in couples in Kerman. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(2), 236-243. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i3.22565> (In Persian)
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons. <https://www.amazon.com/Mindfulness-Schema-Therapy-Practical-Guide/dp/1118753178>

Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination among the Physically Disabled People using the Services of the Welfare Organization of Mashhad

Fatemeh Rahmani Moghaddam 

PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran. Email: fa.rahmani.moghaddam@gmail.com

Zahra Bagherzadeh Golmakani 

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran. Email: zahrabagherzaadeh@gmail.com

Hasan Touzandehjani 

Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran.

Hamid Nejat 

Assistant Professor, Department of Education, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Neyshabur, Iran.

Recived: 2022-08-22	Revised: 2023-01-09	Accepted: 2023-06-10	Published: 2023-07-22
Citation: Rahmani Moghaddam, F., Bagherzadehgolmakani, Z., Touzandehjani, H., & Nejat, H. (2023). Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination among the Physically Disabled People using the Services of the Welfare Organization of Mashhad. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 123 -138. doi: 10.22067/tpccp.2023.75967.1269			

Abstract

Introduction

Physical disabilities make people disable to use their body parts effectively for at least six months, disrupting the efficiency of body and challenging the physical abilities (Lucas-Carrasco et al., 2011). One of the variables affecting the mental well-being of physically disabled people is emotion. Emotion regulation involves managing emotions arising from a wide range of stressful and non-stressful situations, positively or negatively (Miranda et al., 2012). Another issue that can affect the life of physically disabled people is rumination, defined as a response to a negative mood (Calvete et al., 2021). Emotion dysregulation is common in many mental disorders and emotion regulation forms the basis of dialectical behavior therapy (Asarnow et al., 2021). Some of the issues used in this kind of treatment are behavior change, emotion regulation, mindfulness, and acceptance (Rizvi & Thomas, 2016). The statistics show that physically disabled people constitute a significant part of Iran's population. These people are facing many problems in various areas, therefore; research is needed to improve their mental health and quality of life. This study aimed to investigate the impacts of dialectical behavior therapy on emotion regulation and rumination in physically disabled people in the Welfare Organization of Mashhad, Iran.

Method

This quasi-experimental study used a pre-test, post-test, and follow-up with a control group design. The statistical population consisted of all physically disabled people in the Welfare Organization of Mashhad in 2019, from which 30 were selected through convenience sampling. The participants were then randomly assigned to experimental and control groups. For this study cognitive emotion regulation questionnaire and Nolen-Hoeksema and Morrow's rumination scale were used as to measure the study variables. The cognitive emotion regulation



questionnaire has been designed by Garnefski et al. (2002) to measure cognitive emotion regulation. It includes 36 items, evaluating nine different emotion regulation strategies. Nolen-Hoeksema and Morrow's Rumination Scale developed by Nolen-Hoeksema and Morrow (1991), consists of two subscales of ruminative responses and distracting responses. It should be noted that only the subscale of ruminative responses was used in the present study. The ruminative responses subscale has 22 items. Dialectical behavior therapy method was performed on the experimental group for eleven weekly sessions.

Results

The data were analyzed using SPSS-25. The results showed that Mauchly's Test of Sphericity is significant for adaptive and non-adaptive strategies and rumination ($p < 0.05$). Thus, the greenhouse-geyser epsilon index was used for correction. Moreover, the results of Pillai's trace test for adaptive and non-adaptive strategies and rumination are significant ($p < 0.05$). The results showed that there is a significant difference between the scores of emotion regulation variables (adaptive strategies) and rumination in the pre-test, post-test and follow-up ($p < 0.05$). The results related to the interaction impact between time and group show that this impact was significant for the emotion regulation variables (adaptive and non-adaptive strategies) and rumination. Therefore, there is an interaction between different levels of the groups, which indicates that 47%, 15%, and 32% of the intra-group variations can be explained by the interaction between time and group, respectively. Furthermore, the results related to intergroup impacts show that there is no significant difference between the scores of emotional regulation variables (adaptive strategies and non-adaptive strategies) and rumination in the experimental and control groups ($p > 0.05$).

Discussion and conclusion

This study aimed to explore the impact of dialectical behavior therapy on emotion regulation and rumination in physically disabled people in the Welfare Organization of Mashhad. The results showed that dialectical behavior therapy led to the improvement of adaptive strategies and the reduction of non-adaptive behaviors. It is clear that physically disabled people experience all kinds of negative emotions due to their physical and motor difficulties and their resulting limitations. Moreover, dialectical behavioral therapy techniques focus on emotional dysregulation. Dialectical behavior therapy presupposes that improving skills and using them result from better emotion regulation. The goal of dialectical behavior therapy is modifying emotions towards emotional efficiency in a way that negative emotions are driven towards adaptation. Hence, the participants learned to use such dialectical behavioral therapy techniques as mindfulness and disturbance tolerance in dealing with suffering and stress. They learned not to be oversensitive to their emotions and not to use resistance and avoidance instead of positive emotion regulation strategies. In explaining the impact of dialectical behavior therapy on rumination, it can be said that in this therapy, the participants were taught not to be afraid of change and not to resist changing their negative thoughts. They were taught to pay attention to learning new skills like mindfulness to deal with their negative thoughts. Acceptance and non-judgment in dialectical behavior therapy sessions make people stop excessive conflict with their negative emotions and rumination and experience their emotions in a real way. Finally, due to the limited research sample and the selection based on the severity of the disability, intervening variables such as family and economic status were not under the control of the therapist. Looking forward, it will be important that counselors and therapists use the dialectical behavior therapy to improve emotion regulation and rumination in other societies.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Emotional Regulation, Rumination, Physically Disabled

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



دسترسی آزاد

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی-حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان مشهد

فاطمه رحمانی مقدم ^{ID}دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. fa.rahmani.moghaddam@gmail.comزهرا باقرزاده گل‌مکانی ^{ID}استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول). zahrabagherzaadeh@gmail.comحسن توژنده جانی ^{ID}

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

حمید نجات ^{ID}

استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۳۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۰/۱۹	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: رحمانی مقدم، فاطمه؛ باقرزاده، زهرا؛ توژنده جانی، حسن؛ نجات، حمید. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۳۸-۱۲۳. doi: 10.22067/tpccp.2023.75967.1269			

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان مشهد انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه معلولین جسمی حرکتی ۲۰ تا ۵۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۸ تحت پوشش بهزیستی مشهد قرار داشتند. ۳۰ نفر از این افراد، که دارای نمرات پایین در راهبردهای سازی یافته و نمرات بالا در راهبردهای سازش نیافته و نشخوار فکری بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جای‌داده شدند. شرکت‌کنندگان پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) و نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پاسخ دادند. درمان برای گروه آزمایش در یازده جلسه‌ی شصت‌دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-25 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین تنظیم هیجان (راهبردهای سازش یافته) و نشخوار فکری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$) و نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد این اثر در متغیرهای تنظیم هیجان (راهبردهای سازش یافته و راهبردهای سازش نیافته) و نشخوار فکری معنادار بوده است؛ بنابراین، بین سطوح مختلف

گروه‌ها تعامل وجود دارد و بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، تنظیم هیجان، نشخوار فکری، معلولین جسمی حرکتی

مقدمه

معلولیت‌های جسمی حرکتی^۱ نوعی از معلولیت‌های انسان است که منجر می‌شود فرد حداقل به مدت شش ماه از اندام خود یا بخشی از آن را به طور مفید و مؤثر به کار نبرد و کارآمدی اندام فرد را مختل کند و همچنین توانایی‌های بدنی و جسمانی فرد دچار چالش شود (Lucas-Carrasco et al., 2011). با توجه به سرشماری آماری سال ۱۳۹۶؛ نزدیک به ۱۴۱۵۷۱۰ نفر از جمعیت کشورمان دارای معلولیت هستند و از این تعداد ۵۵۰۸۵۲ نفر دارای معلولیت جسمی-حرکتی هستند و این افراد به دلیل شرایط خاص خود مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند (Farahmand et al., 2019).

از سوی دیگر معلولیت علاوه بر اینکه محدودیت‌ها و چالش‌هایی برای فرد از منظر کاربردی ایجاد می‌کند، منجر به اثرات نامطلوب روان‌شناختی در تعاملات شخصی، عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی وی می‌شود (Shariatmadar & Gharavi, 2015). در همین راستا محمدامین زاده و همکاران (Mohammad-Aminzadeh et al., 2019) نشان دادند که در بین دانش‌آموزان دارای معلولیت جسمی-حرکتی نسبت به دانش‌آموزان سالم، ارزیابی مجدد در تنظیم هیجان دچار مشکل است و این گروه از دانش‌آموزان بیشتر از راهبردهای سرکوب استفاده می‌کنند.

بنابراین، یکی از متغیرهای اثرگذار بر سلامت روان معلولین جسمی حرکتی، هیجان^۲ است. هیجان نقش اساسی در ارتباط با نیازها و انگیزش‌های انسان دارد و اختلال در آن می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلالات روان‌شناختی نقش داشته باشد. به علاوه، هیجان می‌تواند سلامت انسان را تضمین کند، زیرا زمینه‌ی تکاملی قوی دارد و نشان‌دهنده‌ی نیازها یا محرک‌های آسیب‌زا است (Ghorbani, 2016). تنظیم هیجان^۳، مجموعه‌ای از فرآیندهای نظارتی است که می‌تواند به‌منظور تغییر در اندازه، مدت‌زمان، تقدم و تأخر، مسیر احساسات و پاسخ‌های عاطفی مورد استفاده قرار گیرد و این فرآیندها شامل مدیریت مثبت و منفی احساساتی است که تحت طیف گسترده‌ای از موقعیت استرس‌زا و بدون استرس ایجاد می‌شوند

1. physical disabilities

2. emotion

3. emotion regulation

(Miranda et al., 2012). در همین رابطه گراس و مونوز (Gross & Muñoz, 1995) نیز معتقد هستند تنظیم هیجان جزو مهارت‌هایی است که به موجب آن هیجان‌ها تغییر پیدا می‌کنند یا تغییر می‌یابند؛ در واقع، فرد پاسخ‌های هیجانی جدیدی را به کار می‌برد یا به اصلاح سازگارانه آن پاسخ‌ها می‌پردازد. همچنین آنان بیان کردند که اختلال در تنظیم هیجان می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را در مقابل اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را افزایش دهد (Garnefski & Kraaiji, 2010).

در همین راستا در پژوهش خدمتی (Khedmati, 2020) که رابطه بین نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجان با رفتارهای خود آسیب‌رسان را دانش‌آموزان مورد بررسی قرار داد، نشان داده شد که رابطه‌ی مثبت و معناداری بین ابعاد دشواری در تنظیم هیجان با رفتارهای خود آسیب‌رسان وجود دارد.

یکی دیگر از مؤلفه‌هایی که می‌تواند در زندگی معلولین جسمی - حرکتی خلل ایجاد کند نشخوار فکری و اشتغال ذهنی آنان در مورد معلولیت است. نشخوار فکری به عنوان پاسخی به خلق منفی توصیف شده است که شامل رفتارها و افکار خودکار در مورد علائم پریشانی روانی و پیامدهای آن است (Franco et al., 2021). افراد دارای سبک نشخوارکننده تمایل دارند در علائم خود غوطه ور شوند، در مورد علل تعجب کنند و از موقعیت خود پشیمان شوند که به طول مدت و افزایش شدت علائم کمک می‌کند (Nolen-Hoeksema et al., 2008). اگرچه در ابتدا سازه نشخوار فکری برای توضیح شروع و تداوم افسردگی ایجاد شد، اما مشخص شده است که یک عامل خطر برای اضطراب و کیفیت پایین‌تر زندگی است (Parola et al., 2017).

این موضوع را باید مدنظر قرارداد که دشواری‌های مرتبط با بدتنظیمی هیجان در بسیاری از اختلالات رواج دارند. این دشواری‌ها شامل مشکل در بازشناسی هیجان‌ها، توصیف و نام‌گذاری هیجان‌ها، اجتناب هیجانی و ندانستن این موضوع است که هنگام ظهور یک هیجان چه باید کرد؟ یکی از راه‌های برون رفت از این دشواری‌ها، توانایی استفاده از مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی است، چرا که این مهارت‌ها، مستقیماً دشواری‌های ذکر شده را مورد هدف قرار می‌دهند (Linehan, 2014).

رفتاردرمانی دیالکتیک^۱ درمانی است که در زمینه‌ی نظم‌بخشی هیجان‌ها مورد توجه‌ی متخصصین قرار گرفته است. درمان حاضر از نوع درمان‌های نسل سوم روان‌شناسی است که درمانی جامع و همراه با الگویی چندبعدی است و با درمان‌های شناختی، رویکرد روان تحلیل‌گری^۲ و رویکرد کل‌نگرگشتالتی^۳ مرتبط است. هدف درمان، کسب ثبات در رفتار و پردازش و تنظیم هیجان‌ها است. رفتار درمانی دیالکتیک

1. Dialectical behavior therapy

2. psychoanalysis

3. gestalt

توسط مارشا لینهان^۱ در دهه‌ی ۹۰ به عنوان درمانی برای اختلال شخصیت مرزی معرفی شد. در این درمان هیجان‌ات آشفته‌ساز مورد توجه است. بر اساس نظر لینهان هیجان‌ات آشفته‌ساز منجر به هیجان‌ات منفی مانند غم، خشم و ترس در افراد می‌شوند و برای افراد قابل تحمل نیستند (Rizvi & Linehan, 2001). تنظیم هیجان اساس رفتاردرمانی دیالکتیک را تشکیل می‌دهد (Asarnow et al., 2021). تغییر رفتار، مدیریت هیجان، ذهن آگاهی و پذیرش در این درمان از تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان هستند (Rizvi & Linehan, 2001).

صفری و آفتاب (Safari & Aftab, 2021) در پژوهشی عنوان کردند به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان افسردگی اساسی و تظاهرات آن از جمله دشواری در تنظیم هیجان، احساس گناه و نشانگان تجزیه‌ای در مراکز مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند مؤثر واقع شود. پروانه و همکاران (Parvaneh et al., 2021) نیز، دریافتند رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به عنوان درمان‌های مؤثری برای کاهش رفتارهای تکانشی، باورهای غیرمنطقی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر باشد. بنابراین، همان‌طور که بیان شد آمارها نشان می‌دهد که معلولین جسمی- حرکتی در کشور ما، بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. این افراد با مشکلات در حوزه‌های مختلف روبه‌رو هستند و همچنین با استناد به مطالب بالاتر مشکل در تنظیم هیجان و نشخوار فکری از چالش‌هایی است که سلامت روان معلولین جسمی- حرکتی را تهدید می‌کند. پس با توجه به مشکلات جامعه‌ی معلولین و نیازهای روانی و عاطفی این قشر، لزوم پژوهش‌هایی در زمینه‌ی بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان آنان احساس می‌شود. همچنین از سوی دیگر پژوهش‌های گسترده‌ای به منظور بررسی رفتاردرمانی دیالکتیک در جامعه‌ی معلولین صورت نگرفته است؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان مشهد بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان مشهد در سال ۹۸ بودند که با بررسی پژوهش‌های گذشته که به گروه درمانی معلولین پرداخته بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج و کسب نمرات پایین در راهبردهای سازی یافته و نمرات بالا در راهبردهای

سازش نیافته و نشخوار فکری انتخاب شدند و با رضایت شخصی به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جای داده شدند. جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی در یازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طبق پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه‌ی گروهی و هفتگی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برگزار شد، درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن صرفاً معلولیت جسمی حرکتی بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی بهزیستی^۱، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، کسب نمرات پایین در پرسشنامه تنظیم هیجان و نمرات بالا در نشخوار فکری، عدم دریافت درمان‌های هم‌زمان با انجام پژوهش، تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش و دریافت درمان. معیارهای خروج از پژوهش شامل این موارد بودند: ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی عمده مثل اختلالات شخصیت، تحصیلات کمتر از دیپلم، وجود اختلالات پزشکی و جسمانی شدید (که تشخیص آن بر اساس تشخیص کمیسیون پزشکی ICF بود)، وجود مشکلات روانی اجتماعی حاد، مشکلات خانوادگی و شغلی شدید تأثیرگذار بر فرآیند درمان، ۲ جلسه غیبت، شرکت هم‌زمان در سایر روان‌درمانی‌ها. به لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی نیز از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد که نزد محققان محفوظ است و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و بدین منظور، پرسشنامه پژوهش بدون نام بود و یک کد به هر فرد اختصاص داده شد. همچنین به آنان اعلام شد که هر زمان بخواهند از پژوهش خارج شوند و در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع شوند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی^۲: این مقیاس برای سنجش تنظیم هیجانی توسط گارنفسکی و همکاران (Garnefski et al., 2002) ساخته شده و دارای ۳۶ سؤال است که نه راهبرد هیجانی متفاوت را ارزیابی می‌کند. این راهبردها شامل راهبردهای سازش یافته (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) و راهبردهای سازش نیافته (سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران) است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت [هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴) و همیشه (۵)] نمره‌گذاری می‌شود. بررسی اعتبار مقیاس حاضر نشان داد که تمامی زیرمقیاس‌های این آزمون از اعتبار و همسانی درونی خوبی برخوردار هستند (Garnefski et al., 2002). پیوسته گر و حیدری (Payvastegar & Haydari, 2008) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ آن را برای

1. international classification of functioning disability and health (icf)

2. cognitive emotion regulation questionnaire

نوجوانان سالم، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. حسنی (Hasani, 2010) نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه را در جمعیت دانشجویان شهر تهران بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است.

مقیاس نشخوار فکری^۱ نولن هوکسما و مارو: نولن و هوکسما و مارو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) پرسشنامه‌ای خودگزارشی ابداع نمودند که در آن به سنجش چهار سبک واکنش به خلق منفی پرداختند. مقیاس آنان دارای دو خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس^۲ تشکیل شده است. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر تنها از خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری استفاده شد. خرده مقیاس پاسخ‌های نشخواری دارای ۲۲ سؤال است که در طیف لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) تشکیل شده است (Treyner et al., 2003). نتایج پژوهش نولن و هوکسما و مارو (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) نشان داد که این خرده مقیاس دارای پایایی مطلوب است و ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است (Luminet, 2004). آلفای کرونباخ در پژوهش محمود علیلو و همکاران (Mahmood-Aliloo et al., 2010) که به مقایسه‌ی نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و وسواس فکری-عملی پرداختند، ۰/۹ محاسبه گردید.

رفتاردرمانی دیالکتیک: این روش درمانی به مدت یازده جلسه به صورت هفتگی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. تدوین محتوای جلسات بر اساس کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک مک کی و همکاران (McKay et al., 2019) اجرا شد. خلاصه‌ی جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات و مراحل درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه / اجرای پیش‌آزمون / هیجان و رفتار / معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک (کلیات و ماهیت رفتاردرمانی دیالکتیک) / ارائه تکلیف خانگی
دوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل / پذیرش بنیادین (هیجان‌های آشفته ساز، خود گویی مقابله‌ای) / ارائه تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل / پذیرش بنیادین (خود گویی های تائید گرایانه، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه) / ارائه تکلیف خانگی

1. rumination scale

2. distracting response scale

چهارم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل / استفاده از زمان حال (زندگی ارزشمند، شناسایی قدرت برتر و ارتباط با قدرت برتر) / ارائه تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل / هیجان و رفتار / شناسایی هیجان / مهارت‌های نظم‌بخشی و تنظیم هیجان چه هستند؟ / ارائه تکلیف خانگی
ششم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل / زندگی در زمان حال (ذهنتان الان کجاست؟، گوش سپاری به زمان حال، تنفس آگاهانه / ارائه تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل / مشاهده خویشتن بدون قضاوت / استفاده از افکار مقابله‌ای / توجه آگاهانه به هیجان‌ها بدون قضاوت درباره آن‌ها / ارائه تکلیف خانگی
هشتم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل / کاهش آسیب‌پذیری شناختی / تعادل آفرینی بین فکر و احساسات / ارائه تکلیف خانگی
نهم	بررسی و تفسیر تکلیف خانگی جلسه قبل / رویارویی با هیجان / عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی / ارائه تکلیف خانگی
دهم	تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید و تحلیل رفتار / جمع‌بندی / پس‌آزمون

یافته‌ها

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف و سپس برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی - حرکتی، با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر) فرضیه‌ها تحلیل شدند. ابتدا در جدول ۲ مشخصات جمعیت شناختی پژوهش بر اساس میانگین سنی، جنسیت و تحصیلات گزارش شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش

شاخص		آزمایش		گواه	
میانگین سنی		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		۳۱	۴/۱۷	۳۳/۴	۲۸/۵
جنسیت		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
		۱۱	73/3	۷	46/7
		۴	26/7	۸	53/3
تحصیلات		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
		۸	۳/۵۳	۷	60

26/7	۶	۳/۳۳	۵	لیسانس	
13/3	۲	۳/۱۳	۲	فوق لیسانس	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

در جدول ۲ میانگین سنی و جنسیت گروه آزمایش و گواه گزارش شده و همچنین نشان داده شد که دیپلم در تحصیلات هر دو گروه بیشتر از سایر مقاطع تحصیلی بوده است. در ادامه در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان (راهبردهای سازش یافته/ سازش نایافته) و نشخوار فکری در گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون ارائه داده شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان و نشخوار فکری در گروه آزمایش و گواه در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای سازش یافته	گروه آزمایش	۶/۴۹	۴۸/۱۱	۶۸	۶۹/۱۰	۶۶/۶۲	۹/۹۹
	گروه گواه	۶۶/۵۸	۵۰/۸	۹۳/۵۶	۸۲/۹	۹۳/۵۸	۷/۷۰
راهبردهای سازش نایافته	گروه آزمایش	۴۶/۴۵	۲/۶	۵۳/۴۰	۵۰/۴	۶۰/۴۴	۸/۳۳
	گروه گواه	۸۶/۴۷	۲۶/۸	۱۳/۴۸	۶۹/۹	۴۴	۹/۹۳
نشخوار فکری	گروه آزمایش	۹۳/۳۹	۴۱/۹	۲۷/۳۶	۱۹/۸	۱۳/۳۸	۷/۷۱
	گروه گواه	۴۰/۳۵	۷۰/۶	۳۷	۵۵/۶	۲۰/۳۸	۶/۴۷

طبق نتایج جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین نمرات راهبردهای سازش یافته در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش یافته است. در میانگین نمرات متغیر راهبردهای سازش نایافته و نشخوار فکری نیز در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش مشاهده شد.

در ادامه برای تحلیل داده ها ابتدا پیش فرض های تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه گیری مکرر بررسی شد. برای آزمون نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد که نتایج پژوهش نشان داد توزیع داده های پژوهش در متغیرهای راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته و نشخوار فکری از توزیع نرمال برخوردار بود ($p > 0.05$) و شرط خطی بودن که سطح معناداری مربوط به نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی کمتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون رابطه خطی وجود دارد. نتایج لوین نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس برای متغیرهای راهبردهای سازش یافته، سازش نایافته و

نشخوار فکری برقرار است ($p > 0/05$).

نتایج آزمون کرویت ماچلی برای راهبردهای سازش یافته، راهبردهای سازش نیافته و نشخوار فکری معنادار است ($p < 0/05$). به همین دلیل از شاخص اپسیلون گرین هاوس کیسر به منظور تصحیح استفاده شد. همچنین نتایج آزمون اثر پیلایی برای راهبردهای سازش یافته، راهبردهای سازش نیافته و نشخوار فکری معنادار است ($p < 0/05$). در ادامه در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	اثرات	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
راهبردهای سازش یافته	درون گروهی	مرحله	۸/۱۲۴۸	۲	۴/۶۲۴	۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰
		مرحله*گروه	۶۶/۱۶۴۶	۲	۳۳/۸۲۳	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷
		خطا	۹۵/۱۸۳۵	۵۶	۷۸/۳۲			
	بین گروهی	گروه	۶۰/۶۷	۱	۶۰/۶۷	۳۰	۰/۵۸	۰/۰۱
		خطا	۵۵/۶۲۰۳	۲۸	۵۵/۲۲۱			
	راهبردهای سازش نیافته	درون گروهی	مرحله	۴۶/۱۱۰	۲	۲۳/۵۵	۲۶/۲	۰/۱۱
مرحله*گروه			۲۰/۲۵۸	۲	۱۰/۱۲۹	۲۹/۵	۰/۰۰۸	۰/۱۵
خطا			۳۳/۱۳۶۵	۵۶	۳۸/۲۴			
بین گروهی		گروه	۹۰/۲۲۰	۱	۹۰/۲۲۰	۵۲/۱	۰/۲۲	۰/۰۵
		خطا	۲۰/۴۰۵۱	۲۸	۶۸/۱۴۴			
نشخوار فکری		درون گروهی	مرحله	۳۶/۶۸	۲	۱۸/۳۴	۴/۰۸	۰/۰۲
	مرحله*گروه		۱۲۳/۳۵	۲	۶۱/۶۷	۱۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	خطا		۲۵۱/۲۸	۵۶	۴/۴۸			
	بین گروهی	گروه	۸۴/۳۴	۱	۸۴/۳۴	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۰۸
		خطا	۴۵۸۲/۳۱	۲۸	۱۶۳/۶۵			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمره متغیرهای تنظیم هیجان (راهبردهای سازش یافته) و نشخوار فکری در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) و این معنی است که ۴۰ و ۱۲ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در متغیرهای تنظیم هیجان (راهبردهای سازش یافته و راهبردهای سازش

نایافته) و نشخوار فکری معنادار بوده و بنابراین، بین سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد و نشان‌دهنده آن است که ۴۷، ۱۵ و ۳۲ درصد از تغییرات درون‌گروهی به‌وسیله تعامل زمان و گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین‌گروهی نیز نشان می‌دهد که بین نمره متغیرهای تنظیم هیجانی (راهبردهای سازش یافته و راهبردهای سازش نایافته) و نشخوار فکری در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0.05$).

نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و نشخوار فکری در معلولین جسمی حرکتی بهزیستی شهرستان مشهد بود. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به بهبود راهبردهای سازش یافته و کاهش رفتارهای سازش نایافته گردید.

می‌توان بیان کرد که معلولین جسمی- حرکتی به دلیل مشکلات جسمانی و حرکتی خود و محدودیت‌های حاصل از آن با انواع و اقسام هیجانات منفی درگیر هستند. از سوی دیگر تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی بر بدتنظیمی هیجانی تأکید دارند. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی بر این پیش‌فرض تأکید دارد که بهبود مهارت‌ها و به کار بردن آن‌ها نتیجه‌ی تنظیم هیجان بهتر است. هدف رفتار درمانی دیالکتیکی تغییر هیجان‌ها به سمت کارآمد بودن هیجان است به نحوی که هیجان‌های منفی به سمت سازگاری سوق داده شوند؛ بنابراین، شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که در برخورد با رنج و استرس، از تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مانند ذهن آگاهی و تحمل آشفته‌گی استفاده کنند. در برابر هیجانات خویش حساسیت به خرج ندهند و از مقاومت و اجتناب استفاده نکنند و از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده کنند. از طریق آموزش تحمل آشفته‌گی در برابر رویدادها و هیجانات منفی آماده شدند. دیکسون - گوردون و همکاران (Dixon-Gordon et al., 2015) نشان دادند که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی مهارت‌های تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد که در راستای نتایج پژوهش حاضر بود. هارتمن و همکاران (Hartmann et al., 2012) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر بهبود تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اوتیسم مورد تأیید قرار دادند. در این درمان نیز تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک قادر بود که هیجانات را مدیریت و تنظیم نماید.

همچنین در درمان به افراد آموزش داده شد که با تجارب ناخوشایند خود مواجه شوند و با پذیرفتن احساسات ناخوشایند و استفاده از هیجانات مثبت، باورهای غلط هیجانی خود را مشاهده کنند و از آن‌ها

آگاه شوند. بعد از آگاهی از هیجانات و باورهای هیجانی اشتباه به اصلاح آنان پردازند. هیجان‌های درست را جایگزین هیجان‌های منفی خود کنند و در نتیجه توانستند به بهبود تنظیم هیجان خود پردازند. همچنین نتایج افشاری و همکاران (Afshari et al., 2019) نیز نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی اثرگذار باشد که این پژوهش نیز نشان داد که توجه به هیجانات در رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند به تنظیم آن منجر شود. آستانه و همکاران (Astaneh et al., 2021) گزارش کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی هیجان منفی را در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی کاهش می‌دهد که نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که این درمان می‌تواند یکی از درمان‌های اثربخش و کاربردی در تنظیم هیجانات باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشخوار فکری بود. نتایج پژوهش با نتایج طاهری داغیان و همکاران (Taheri Daghiyan et al., 2019) که نشان دادند رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده مؤثر است، هم‌راستا است.

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشخوار فکری می‌توان گفت در این درمان به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که از تغییر نهراسند و نسبت به تغییر افکار منفی خود مقاومت نورزند. به یادگیری مهارت‌های جدیدی مانند ذهن آگاهی برای مقابله با افکار منفی خود توجه نمایند. پذیرش بدون قضاوت در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر می‌شود افراد از درگیری بیش از اندازه با هیجانات منفی خود و همچنین نشخوار فکری دست بکشند و به شکل واقعی هیجانات خود را تجربه نمایند. همچنین محسنی و یزدخواستی (Mohseni & Yazdkhasti, 2018) نیز نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به وسواس فکری می‌شود. تریانور و همکاران (Trenor et al., 2003) عنوان کردند می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کرد؛ بنابراین می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند با بازسازی افکار و تغییر افکار منفی منجر به کاهش نشخوار فکری گردند.

تمرینات ذهن آگاهی منجر شد تا افراد با چرخش توجه‌ی خود و فاصله‌گیری از افکار منفی به ارزیابی این افکار و نشخوارها پردازند و این افکار را به عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند، ببینند و درصدد کاهش آن‌ها برآیند و بنابراین، توانستند نشخوار فکری را در خود کاهش دهند. آنان یاد گرفتند در برخورد با نشخوار فکری، افکار خود را بپذیرند و با توجه برگردانی از هجوم افکار منفی جلوگیری کنند. با بدون در لحظه‌ی حال و عدم قضاوت خویش و پذیرش حالات خود از میزان نشخوار فکری خویش بکاهند. همچنین

با آموزش چالش با تفکرات و باورهای منفی و مخرب میزان نشخوار فکری را کمتر کرد. بنابراین با توجه به آنچه که ذکر شد، پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی قادر است بر راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی تنظیم هیجان و همچنین نشخوار فکری در معلولین جسمی - حرکتی اثر بگذارد. این اثرگذاری می‌تواند در زمینه‌ی بهبود شرایط زندگی این افراد و افزایش سلامت روان آنان کمک کننده باشد و برای متصدیان و متخصصان معلولین جسمی - حرکتی در تدوین برنامه‌های درمانی آنان راهگشا باشد.

در پایان می‌توان به محدودیت‌های پژوهش اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که پژوهش بر آزمودنی‌های دارای معلولیت در شهر مشهد انجام گرفت، لذا باید تعمیم آن به سایر جوامع با احتیاط انجام پذیرد. به دلیل محدودیت در نمونه‌ی پژوهش و انتخاب بر اساس شدت معلولیت، متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت خانوادگی و اقتصادی تحت کنترل درمانگر نبود، همچنین اطلاعات و داده‌ها به وسیله‌ی پرسشنامه جمع‌آوری شد که ممکن است تحت تأثیر عوامل متعدد مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه تصویر مثبت باشد. پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه، از ابزارهای کیفی در شروع، وسط و پایان درمان برای بررسی بیشتر درمان در شرکت کنندگان استفاده شود. پیشنهاد می‌گردد مشاوران و درمانگران از رویکردهای درمانی مطالعه حاضر به منظور بهبود تنظیم هیجان و نشخوار فکری در سایر جوامع بهره جویند. پیشنهاد می‌شود مقایسه‌ی درمان بر افراد سالم و سایر معلولیت‌ها هم صورت گیرد.

تقدیر و تشکر:

در پایان لازم می‌دانیم از کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان محترم دارای معلولیت جسمی و حرکتی که با انگیزه و تحمل سختی تا پایان راه همراه ما بودند، تقدیر و تشکر نماییم.

References

- Afshari, B., Omid, A., & Sehat, M. (2019). Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with bipolar disorder. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 23(3), 293-300. <https://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3740-en.pdf> (In Persian)
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 60(9), 1105-1115. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>

- Astaneh, R., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2021). The effectiveness of skills training based on dialectical behavior therapy on fear of negative evaluation and communication skills among adolescents with social anxiety disorder. <https://www.sid.ir/paper/701739/en> (In Persian)
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Turner, B. J. (2015). A preliminary pilot study comparing dialectical behavior therapy emotion regulation skills with interpersonal effectiveness skills and a control group treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6(4), 369-388. <https://doi.org/10.5127/jep.041714>
- Farahmand, M., Jiriae, R., & Salehzadeh, M. (2019). The Role of Perceived Social Support and Quality of Life in Predicting the Body Image of Physical Disabilities in Yazd. *Socialworkmag*, 8(3), 41-48. <http://socialworkmag.ir/article-1-475-en.html> (In Persian)
- Franco, M. A. R., Calvete, E., Oñate, L., Bermejo-Toro, L., & Alonso, M. S.-I. (2021). Trait mindfulness, rumination, and well-being in family caregivers of people with acquired brain injury. *Clínica y Salud*, 32(2), 71-77. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a5>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2010). Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later? *J Cardiovasc Nurs*, 25(5), 383-389. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d298ca>
- Ghorbani, n. (2016). *From Line to Conflict Triangle (Fifth)*. New Insight Publications.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Hartmann, K., Urbano, M., Manser, K., & Okwara, L. (2012). *Modified dialectical behavior therapy to improve emotion regulation in autism spectrum disorders*. Nova Science Publishers.
- Hasani, J. (2010). The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73-84. (In Persian)
- Khedmati, N. (2020). The relationship between rumination and difficulty of emotion regulation with self-harm behaviors in students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(11), 19-26. <http://frooyesh.ir/article-1-1674-en.html> (In Persian)
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Lucas-Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., McPherson, K. M., Green, A., Kullmann, L., & Group, T. H. E. W.-D. (2011). The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 1212-1225. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.030>
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*.
- Mahmood-Aliloo, M., Farnam, A. R., & Bakhshipour Rodsari, M. A. (2010). comparisons between rumination in Individual with Major Depression disorder, obsessive-compulsive disorder. *General Anxiety Disorder and Normal Persons*, 3, 26-29. (In Persian)
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. New Harbinger Publications.
- Miranda, D., Gaudreau, P., Debrosse, R., Morizot, J., & Kirmayer, L. J. (2012). Music listening and mental health: Variations on internalizing psychopathology. In *Music, health, and wellbeing* (pp. 513-529). Oxford, UK: Oxford University Press. .

- Mohammad-Aminzadeh, D., Abasi, A., Asmari-Bardezard, Y., Kazemian, S., & Younesi, S. J. (2019). Comparing Emotion Regulation Strategies and Adjustment Between Students With Physical Disability and Healthy Students [Research]. *Practice in Clinical Psychology*, 7(4), 245-253. <https://doi.org/10.32598/jpcp.7.4.245> (In Persian)
- Mohseni, A., & Yazdkhasti, F. (2018). The Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Attentional Bias and Rumination in Patients with OCD- Isfahan. *Community Health Journal*, 11(2), 48-57. <https://doi.org/10.22123/chj.2018.85433>.
- Nolen-Hoeksema, S., & 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), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Parola, N., Zendjidian, X. Y., Alessandrini, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Fond, G., Berna, F., Lançon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2017). Psychometric properties of the Ruminative Response Scale-short form in a clinical sample of patients with major depressive disorder. *Patient preference and adherence*, 929-937. <https://doi.org/10.2147/PPA.S125730>
- Parvaneh, P., Khalatbari, J., & Saeedpoor, F. (2021). Comparison of the Effectiveness of Dialectical-Behavioral and Cognitive-Behavioral Therapy on Irrational Beliefs, Emotion Regulation, and Impulsive Behaviors of High School Female Students. *Community Health Journal*, 15(2), 69-81. <https://doi.org/10.22123/chj.2021.214797.1415> (In Persian)
- Payvastegar, M., & Haydari, A. (2008). Comparison of cognitive strategies to regulate emotional symptoms of depression in teenager's visitvisitors to psychiatric centers and other Youth. *Journal Appl Psychology*, 2(3), 543-568. (In Persian)
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0075-1>
- Safari, A., & Aftab, R. (2021). The Effectiveness of Online Dialectical Behavior Therapy on the Emotion Regulation Difficulties, Guilt Feeling and Dissociative Symptoms in Depressed People. *Journal of Applied Psychology*, 15(4), 206-179. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.223466.1132> (In Persian)
- Shariatmadar, A., & Gharavi, Z. (2015). Comparison of Cognitive Distortions in Individuals with Physical-Movement Handicap with High and Low Distress Tolerance. *Research Consulting*, 66(1), 40-55. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-152-en.html> (In Persian)
- Taheri Daghiyan, A., Qasemi Motlagh, M., & Mehdian, H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 264-274. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14535> (In Persian)
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27, 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>



The Effectiveness of "New Beginnings Program" on Parental Self-Efficacy of Divorced Mothers and their Children's Social Adjustment

Zabihollah Abbaspour

Associate Professor in Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran, Email: z.abbaspour@scu.ac.ir

Fatemeh Jahanbin

MA in family counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: fatemehjahanbin8@gmail.com

Reza Khojasteh Mehr

Professor in Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 2022-05-20	Revised: 2022-12-05	Accepted: 2023-06-04	Published: 2023-07-22
Citation: Abbaspour, Z., Jahanbin, F., & Khojasteh Mehr, R. (2023). The Effectiveness of "New Beginnings Program" on Parental Self-Efficacy of Divorced Mothers and their Children's Social Adjustment. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 139-155. doi: 10.22067/tpccp.2023.76788.1291			

Abstract

Introduction

Parents' divorce is one of the most common stressors for children and has severe consequences for children of divorce (Quchani et al., 2021). A meta-analysis of 92 studies published in the 1980s (Amato & Keith, 1991) and 67 studies in the 1990s (Amato, 2001) showed that children of divorce experience more behavioral, internalizing, social, and academic problems than other children. Adolescents from divorced families are more likely to be involved in drug and alcohol abuse (Hoffmann & Johnson, 1998). They are also two or three times more likely to have significant mental health problems and use mental health services (Hetherington et al., 1992). Moreover, excessive aggression, stress, low self-esteem, and poor relationships with peers are more common in these children (Wolchik et al., 2009). Parents play a central role in facilitating the optimal adjustment of children after divorce. Besides, the skills and resources required to successfully resolve early developmental tasks after divorce are important tools for overcoming future challenges (Patterson & Fisher, 2002). Mothers are more affected by the consequences of divorce than fathers (Wickrama et al., 2022). They are more affected by psycho-emotional issues than men, and are more concerned about their children and their fate than fathers (Akhavan Tafti, 2003). The New Beginnings Program (Wolchik et al., 2009) is an experimental program to help divorced mothers improve their ability for adapting to their children's conditions. The program is an experimentally evaluated program for children of divorced parents, in which custodial mothers act as mediators of change. This study examines whether the New Beginnings Program affects the parenting self-efficacy of divorced mothers and the adjustment of children of divorce.

Method

This quasi-experimental study was conducted using a pre-test post-test design with a control group. The research population consisted of divorced mothers in Ahvaz who were the custodians of their children aged 5 to 13 and who applied to participate in the New Beginnings Program. The participants were 30 divorced mothers who were selected through purposive sampling and were randomly placed into the intervention and control groups each with 15 members. The data were collected through the Parental Self-Efficacy Questionnaire



and the Child Adjustment Scale. The New Beginnings Program was conducted for 10 sessions, once a week and for 90 minutes only for the participants in the intervention group. The data gathered from the two groups were compared using univariate and multivariate analysis of covariance (ANCOVA).

Results

The results of one-way ANCOVA for parenting self-efficacy ($F=307.05$) and children's social adjustment ($F=192.57$) showed significant differences between the intervention and control groups. The mean scores of parenting self-efficacy for the participants in the intervention and control groups were 55.53 and 29.33, respectively, after the intervention, showing a significant increase in parenting self-efficacy for the participants in the intervention group compared to the control group after the intervention. Moreover, the mean scores of the children's social adjustment for the participants in the intervention and control groups were 78.80 and 33.87, respectively, after the intervention, confirming a significant increase in the children's social adjustment for the participants in the intervention group compared to the control group after the intervention.

Discussion and Conclusion

Some divorced mothers feel incompetent and ineffective in parenting after divorce. Thus, the main goal of the New Beginnings Program is to teach correct parenting and childrearing skills to mothers to help them establish a correct relationship with their children. This program also empowers mothers to develop a sense of efficiency, self-worth, and parenting self-efficacy. Mothers can also develop effective listening and problem-solving skills, helping them to spend adequate time responding correctly to their children. The program also helps mothers develop effective childrearing and anger management skills. Thus, the New Beginnings Program can positively affect the self-efficacy of divorced mothers and their children's social adjustment. The program also contributes to fostering warm behavior, acceptance, and support in these women to become more effective mothers for their children and teach them skills to prevent future problems. The mothers participating in this study were able to create a safe and welcoming environment for themselves and their children and develop a more positive attitude towards themselves. Moreover, it seems that changing some childrearing misconceptions in mothers can help to improve social adjustment in children of divorce. Providing training for mothers to establish effective communication with the child, turning negative cycles of dialogue into positive cycles, paying attention to good behavior, encouraging children to behave well and speak well using favorable outcomes, removing obstacles to father-child visits, and protecting the child from parents' problems during training sessions are some strengths of the New Beginnings Program, which enhanced the children's social adjustment in the post-intervention phase.

Keywords: New Beginnings Program, Parental Self-Efficacy, Social Adjustment, Divorced Mothers

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



اثربخشی «برنامه شروع جدید» بر خودکارآمدی والدگری زنان مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق

ذبیح اله عباس پور

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)، z.abbaspour@scu.ac.ir

فاطمه جهان‌بین

دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. fatemehjahanbin8@gmail.com

رضا خجسته‌مهر

استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۳۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۱۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: عباس پور، ذبیح اله؛ جهان‌بین، فاطمه؛ خجسته‌مهر، رضا. (۱۴۰۲). اثربخشی "برنامه شروع جدید" بر خودکارآمدی والدگری زنان مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۳۹-۱۵۵. doi: 10.22067/tpccp.2023.76788.1291			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه شروع جدید بر خودکارآمدی والدگری زنان مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ مادر مطلقه انتخاب و به صورت تصادفی ساده، تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. "برنامه شروع جدید" در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش، از پرسشنامه خودکارآمدی والدگری دومکا و همکاران (۱۹۶۶) و مقیاس سازگاری کودکان دخانچی (۱۳۷۷) استفاده شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد برنامه شروع جدید بر خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق اثربخش است. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش مشاوران خانواده می‌توانند از این بسته آموزشی برای تسهیل فرزندپروری و بهبود سلامت روان مادران مطلقه استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: برنامه شروع جدید، خودکارآمدی والدگری، سازگاری اجتماعی، زنان مطلقه، فرزندان طلاق

مقدمه

طلاق والدین یکی از رایج‌ترین عوامل استرس‌آور برای کودکان است و فرزندان طلاق گاهی با پیامدهای جبران‌ناپذیری مواجه می‌شوند (Quchani et al., 2021) فراتحلیل ۹۲ مطالعه منتشرشده در دهه ۱۹۸۰ (Amato & Keith, 1991) و ۶۷ مطالعه دهه ۱۹۹۰ (Amato, 2001) نشان داد که فرزندان طلاق نسبت به کودکان عادی، مشکلات رفتاری، درونی‌سازی، مشکلات اجتماعی و تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند. این تفاوت‌ها در سنین و جنسیت‌های متفاوت، کمی متفاوت هستند. طلاق با مشکلات سلامت جسمی کودکان هم مرتبط است (Troxel & Matthews, 2004). سلامت روان و میزان رشد عاطفی و اجتماعی کودکانی که در خانواده‌های طلاق رشد می‌کنند، در قیاس با کودکان دیگر که در خانواده‌های معمولی بزرگ می‌شوند، غالباً کمتر است (Fatma et al., 2022; McCabe, 1997). نوجوانان خانواده‌های طلاق نسبت به نوجوانان خانواده‌های معمولی به احتمال بیشتری درگیر مصرف مواد مخدر و الکل می‌شوند (Furstenberg Jr & Teitler, 1998; Hoffmann & Johnson, 1994; دو یا سه برابر بیشتر دچار مشکلات روانی قابل توجه می‌شوند و از خدمات سلامت روانی استفاده می‌کنند (Hetherington et al., 1992). همچنین پرخاشگری، استرس بیش از حد، خودپنداره پایین و روابط ضعیف با همسالان در این فرزندان بیشتر است (Wolchik et al., 2009). طلاق والدین، به بروز مشکلات دوران بزرگسالی فرزندان منجر می‌شود و مشکلات روانی، اعتیاد به مواد مخدر، استفاده از خدمات سلامت روانی، و بستری شدن در بیمارستان به علت مشکلات روان‌پزشکی در بزرگسالی را به دنبال دارد (Chase-Lansdale et al., 1995; Kessler et al., 1997; Kim & Chung, 2020; Rodgers et al., 1993; Zill et al., 1997). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده آمارها حاکی از آن است که تأثیر طلاق والدین بر مشکلات این جمعیت قابل توجه است (Scott et al., 1999).

می‌توان گفت طلاق، علاوه بر فرزندان، بر جنبه‌های متعدد زندگی مادران نیز اثرگذار است که از جمله این تأثیرات می‌توان به خودکارآمدی والدگری و ناسازگاری در فرزندان طلاق اشاره کرد. خودکارآمدی والدگری به سنجش مراقب نسبت به توانایی‌های خود، در نقش مراقب گفته می‌شود و به باورها و ارزیابی‌های یک والد از توانمندی‌هایش جهت نظم‌دهی و انجام وظایف و نقش‌های مربوط به والدگری با کودک اشاره دارد. این احساس خودکارآمدی، علاوه بر تأثیری که بر شیوه ارتباط مادر و کودک دارد، روش انضباطی مادر، اعتقاد مادر در مورد روش‌های والدگری و حتی حساسیت و جوابگویی او را نیز کنترل می‌کند. مادرانی که در نقش والدگری خود احساس کارآمدی دارند، رابطه‌ای گرم و پذیرا با کودکان خود دارند و برعکس مادرانی که احساس ناکارآمدی می‌کنند، در رابطه خود با کودکان‌شان دچار اختلال می‌شوند (de Montigny & Lacharité, 2005) والدین پس از طلاق، به مقدار زیادی از

ظرفیت‌شان برای انجام نقش‌های والدینی کاهش پیدا می‌کند که ممکن است ناشی از دگرگونی سبک زندگی و تمرکز دوباره روی نگرانی‌ها و اضطراب‌هایشان باشد. همچنین مادران پس از جدایی با عدم خودارزشمندی، خودمحوری و کاهش رفتارهای رشد یافته مواجه می‌شوند (Clarke-Stewart et al., 2000).

چالش‌های والدین در مسیر زندگی و تنش‌های طلاق باعث ناپایداری و عدم توازن در اوضاع درونی و بیرونی کودک می‌شود. سازگاری اجتماعی کودکان به‌مثابه مهم‌ترین علامت بهزیستی روان، از مباحثی است که در چند دهه‌ی اخیر توجه بسیاری را به خود جلب کرده است (Zahed et al., 2012). سازگاری، رابطه‌ای است که میان فرد و محیط او، به ویژه محیط اجتماعی وجود دارد و به او امکان می‌دهد تا نیازها و انگیزه‌های خود را پاسخ گوید. فرد زمانی از سازگاری بهره‌مند است که بتواند میان خود و محیط اجتماعی‌اش رابطه‌ای سالم برقرار و انگیزه‌های خود را پاسخ گوید. طلاق والدین گستره‌ی وسیعی از تغییرات و سازماندهی‌های دوباره را در خانواده ایجاد می‌کند که در طول زمان بر سازگاری کودک تأثیر می‌گذارد و چالش‌های نوینی مقابل آن‌ها می‌گذارد که باید با آن‌ها سازگار شود (Parsamehr & Heddat, 2017).

جامعه‌شناسان افزایش خانواده‌های تک والدی را یکی از معضلات جامعه امروز برمی‌شمارند و معتقدند که فرزندان فاقد پدر و مادر، چالش‌هایی فکری، عاطفی، هویتی و اجتماعی دارند که مانع جذب مناسب آن‌ها در جامعه می‌شود. اتفاقات چالش برانگیز مانند طلاق، نقص‌های مربوط به وظایف رشدی را آشکار می‌کنند و آسیب‌پذیری در برابر مشکلات روانی و نقص مهارت‌های رشدی را بالا می‌برد. نقش والدینی یکی از نقش‌های مرکزی برای تسهیل سازگاری مطلوب کودکان پس از طلاق است و برخورداری از مهارت‌ها و منابع در حل و فصل موفق وظایف رشدی اولیه پس از طلاق، ابزار مهمی برای تسلط بر چالش‌های آینده هستند (Patterson et al., 2002). تأثیر پذیری مادران از پیامدهای طلاق بیشتر از پدران است (Wickrama et al., 2022)؛ زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر مسائل عاطفی-روانی قرار می‌گیرند و دل مشغولی درباره فرزندان و سرنوشت آن‌ها، در مادران بیشتر از پدران است (Akhavan Tafti, 2003).

آمار روزافزون طلاق، حاکی از تغییر الگوی خانواده‌ها و در نتیجه، مسائل و آسیب‌هایی همراه آن خواهد بود، با آگاهی از این موارد، این نیاز احساس می‌شود که مداخلات درمانی متناسب با رشد کودکان و خانواده‌های آنان برای حل فرایند طلاق و تغییرات بعد از آن طراحی شود (Chafe, 2016) از جمله برنامه‌های آموزشی مورد استفاده برای مادران و فرزندان پس از طلاق می‌توان برنامه بازسازی زندگی پس از طلاق فیشر^۱ (Asanjrani et al., 2019) برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق (Pedro-Carroll & Cowen,

1. fisher rebuilding after divorce program

(1985)، گروه درمانی مادران طلاق با رویکرد تلفیقی (Sharif & Bahrami, 2012)، برنامه گروهی حمایت از والدین مطلقه (Stolberg & Garrison, 1985)، برنامه تغییر والدگری (Forgatch & DeGarmo, 1999)، برنامه گروهی جهت تسهیل رشد کودکان طلاق (Kalter et al., 1984)، برنامه سازگاری با طلاق (Stolberg & Garrison, 1985) و برنامه تشکیل دختران خانه ما (Fix, 2022) را نام برد.

یکی از این برنامه‌ها برنامه شروع جدید (Wolchik et al., 2009) است. برنامه شروع جدید یک برنامه تجربی برای کمک به مادران مطلقه جهت ارتقای قابلیت سازگاری با فرزندان‌شان می‌باشد. برنامه شروع جدید یک برنامه ارزیابی شده تجربی برای کودکان خانواده‌های طلاق است که در آن مادران سرپرست، به عنوان واسطه‌های تغییر قرار دارند. پژوهشگران معتقدند زمانی که برنامه‌های مداخله‌ای پیشگیرانه بر اساس یک رویکرد مبتنی بر شواهد طراحی می‌شوند، پیامدهای مهمی را به دنبال دارند. الگوی مفهومی زیر بنایی برنامه شروع جدید، تلفیقی از ابعاد دیدگاه تبادل‌ی شخص-محیط و مدل خطر و عامل حمایتی است. مدل‌های تبادل‌ی شخص-محیط، فرایند پویای شخص-محیط را، اساس رشد در طول زمان می‌دانند. در این مدل تغییرات ابعاد محیط اجتماعی به عنوان عامل اثرگذار در ایجاد مشکلات یا ایجاد قابلیت‌های یک فرد تلقی می‌شوند، و درعین حال قابلیت‌ها و مشکلات را در مراحل بعدی رشد تحت تأثیر قرار می‌دهند. مدل خطر و عامل حمایتی فرض می‌کند که احتمال بروز مشکلات سلامت روان تابعی از در معرض عوامل خطر بودن و امکان دستیابی به منابع حمایتی است. برنامه شروع جدید، یک برنامه‌ی رفتاری-شناختی است و قویاً بر کسب یا ارتقای مهارت‌ها تأکید دارد (Wolchik et al., 2009).

از یک طرف، مادران مطلقه موانع زیادی برای مشارکت در برنامه‌های آموزش فرزندی‌پروری دارند (Mauricio et al., 2018) و از طرف دیگر، بیشتر برنامه‌های طراحی شده برای فرزندان طلاق، بر آموزش و توانبخشی کودکان متمرکز هستند و توجه کمتری به والدین، به خصوص مادران مطلقه دارند (Mauricio et al., 2018). پژوهشگران زیادی نشان داده‌اند که برنامه‌های تسهیل طلاق والدین و سازگاری پس از طلاق برای خانواده‌ها اثربخش بوده است (Wolchik et al., 2013); (Sandler et al., 2019) (Wolchik & Sandler, 2020). (Zhou et al., 2008) هر گونه حمایت اجتماعی در قالب آموزش می‌تواند سلامت روان و کارآمدی مادران مطلقه را افزایش دهد (Song et al., 2022). لذا این پژوهش به بررسی این سوال می‌پردازد که آیا برنامه شروع جدید بر خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری فرزندان طلاق اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه

آماري تحقيق، كليۀ مادران مطلقۀ شهر اهواز بودند كه سرپرستي فرزندان ۵ تا ۱۳ ساله را بر عهده داشته و متقاضی شرکت در جلسات آموزشی برنامه شروع جديد باشند. نمونه تحقيق شامل ۳۰ مادر مطلقه بودند كه با روش نمونه گيري هدفمند انتخاب شدند و با روش جايگزينی تصادفی، ۱۵ نفر در گروه كنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. شرايط لازم برای شرکت در برنامه عبارت بود از: ۱. فرزند بالای ۵ سال و کمتر از ۱۳ سال داشته باشند، ۲. با رضایت كامل و بدون اجبار در جلسات شرکت كنند، ۳. به صورت قانونی طلاق گرفته باشند، ۴. به دليل اختلالات روانی، تحت درمان دارویی یا روان درمانی نباشند و ۵. حداقل يكسال از طلاق سپری شده باشد. برای انتخاب نمونه، يك فراخوان در فضای مجازی، مبنی بر برگزاری جلسات برنامه آموزشی پس از طلاق برای مادران مطلقه منتشر شد و برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد. همچنین با كسب معجز از دادگستری كل استان خوزستان، نصب پوستر در دادگاه‌های خانواده نیز انجام شد. در گام بعدی با كسانی كه برای شرکت در برنامه تماس گرفتند و واجد شرايط برای شرکت در جلسات بودند، مصاحبه‌ای مقدماتی ترتیب داده شد و اطلاعات ایشان ثبت شد. در بین اعضای گروه آزمایش، كمترین سن ۲۷ سال و بیشترین سن مربوط به يك مادر ۴۳ ساله بود. هم‌چنین حداقل سن فرزندان ایشان، ۵ سال و حداكثر سن مربوط به كودك ۱۳ ساله بود. سطح تحصیلات این مادران از دیپلم تا دانشجوی دكتری با يك‌ديگر متفاوت بود. كمترین میزان سال‌های زندگی مشترك ۲ سال و بیشترین، ۱۲ سال بود. هم‌چنین حداقل و حداكثر مدت زمان سپری شده از طلاق، به ترتیب ۱ سال و ۱۰ سال بود. در گروه كنترل، كمترین سن ۲۵ سال و بیشترین سن مربوط به يك مادر ۴۴ ساله بود. هم‌چنین حداقل سن فرزندان ایشان، ۵ سال و حداكثر سن مربوط به كودك ۱۳ ساله بود. سطح تحصیلات این مادران از دیپلم تا فوق لیسانس با يك‌ديگر متفاوت بود. كمترین میزان سال‌های زندگی مشترك ۳ سال و بیشترین ۱۰ سال بوده است. حداقل و حداكثر مدت زمان سپری شده از طلاق نیز به ترتیب ۲ سال و ۱۰ سال بود.

ابزارها

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه خودكارآمدی والدگری: پرسشنامه خودكارآمدی والدگری توسط دومکا و همكاران (Dumka et al., 1996) برای ارزیابی سطح کلی خودكارآمدی والدگری معرفی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ گویه است كه پنج عبارت منفی و پنج عبارت مثبت دارد و حس کلی والدین از اطمینان در نقش پدر یا مادر را می‌سنجد. نمره‌گذاری این ابزار در مقیاس ليكرت ۷ درجه‌ای است كه از ۱ (به ندرت) تا ۷ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود. حداقل نمره ۱۰ و حداكثر نمره ۷۰ است. نمره بالا در این ابزار، خودكارآمدی بالا و نمره پایین، خودكارآمدی پایین را نشان می‌دهد. همخوانی درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای

کرونا باخ ۰/۷۰ گزارش شده است. در ایران نیز پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ توسط طالعی و همکاران (Talei et al., 2011)، ۰/۷۰ و توسط باقری و همکاران (Bagheri et al., 2022)، ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی این ابزار از طریق تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که این ابزار از یک عامل کلی تشکیل شده و ابزاری معتبر است (Mohammadi et al., 2018).

مقیاس سازگاری کودکان: مقیاس سازگاری کودکان دخانچی (Kiarasi et al., 2016) برای اندازه-گیری میزان سازگاری اجتماعی کودکان ساخته شده است. این مقیاس ۳۷ ماده چهارگزینه‌ای دارد و در مقیاس ۰ (هیچ وقت) تا ۳ (بیشتر اوقات) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس توسط مادران یا معلمانی که با وضعیت رفتار کودک هماهنگی بیشتری دارند تکمیل می‌شود. حداقل نمره این مقیاس ۰ و حداکثر نمره ۱۱۱ است. نمره بالاتر در این مقیاس نشانه سطح سازگاری بالاتری است. پایایی این مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است (Kiarasi et al., 2016).

مداخله

با توجه به اینکه در زمان اجرای پژوهش، ویروس کرونا شیوع داشت و رعایت پروتکل‌های بهداشتی مثل فاصله‌گذاری اجتماعی ضروری بود، لذا امکان برگزاری جلسات به صورت حضوری وجود نداشت؛ بنابراین برنامه شروع جدید برای مادران مطلقه به صورت مجازی از طریق شبکه‌های اجتماعی و یا تماس تصویری در برنامه اسکایپ آموزش داده شد. پرسشنامه‌های خودکارآمدی والدگری و مقیاس سازگاری کودکان نیز به صورت آنلاین برای مادران ارسال شد. جلسات برنامه شروع جدید به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه صرفاً برای گروه آزمایش برگزار شد. پیش از شروع مداخله، پیش-آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و در پایان جلسات از گروه آزمایش و گواه پس آزمون گرفته شد. از آنجایی که این برنامه برای اولین بار در ایران اجرا شد، برای بررسی روایی این برنامه از شاخص نسبت روایی محتوایی^۱ (CVR) و شاخص روایی محتوایی^۲ (CVI) استفاده شد. جهت محاسبه‌ی این شاخص‌ها از ارزیابی ۱۰ متخصص خانواده و ازدواج استفاده شد که دارای مدرک دکتری مشاوره بودند و حداقل ۵ سال در زمینه مشاوره خانواده و ازدواج تجربه بالینی داشتند. با توضیح اهداف برنامه، از آن‌ها خواسته شد تا هریک از اهداف برنامه را نمره‌گذاری کنند. مقدار CVR قابل قبول برابر با ۰/۶۲ است (Lawshe, 1975) که در این پژوهش میزان نسبت روایی محتوا (CVR) برای تمامی هدف‌ها در برنامه بین ۰/۹۱ تا ۱ به دست آمد. برای بررسی CVI از روش والتز و همکاران (Waltz et al., 2016) استفاده شد که مقدار CVI قابل قبول با توجه

1. content validity ratio

2. content validity index

به تعداد متخصصین، برابر با ۰/۷۹ است. در این پژوهش میزان شاخص روایی محتوا (CVI) برای تمامی هدف‌ها در بسته‌ی آموزشی بین ۰/۹ تا ۱ به دست آمد. موضوعات محوری جلسات در جدول شماره ۱ معرفی شده است.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسه	محتوای جلسه
اول	پس از معرفی، قوانین برنامه امضا می‌شود و اهداف برنامه عنوان می‌گردد. به لزوم همکاری مادر اشاره می‌شود و انتظارات افراد از این برنامه کاوش می‌شود. در این جلسه اصل ۲+۲ ذکر می‌شود. یک تکلیف تفریح خانگی تعیین می‌شود و در تکلیف تمرین از مادران خواسته می‌شود تا ویژگی‌های مثبت فرزندان‌شان را در زمان تفریح خانوادگی لیست کنند تا در جلسه دوم بررسی شود.
دوم	به آموزش چگونگی انجام تکالیف پرداخته می‌شود و به ایجاد انسجام ادامه داده می‌شود تا مادران، جلسه را مکانی برای حل مشکل بدانند. تکنیک تبدیل چرخه منفی به مثبت معرفی و تحلیل می‌شود. همچنین تکلیف زمان یک به یک معرفی و تحلیل می‌شود. مفهوم و شکل "جلب توجه به خاطر خوب بودن" بررسی می‌شود.
سوم	هدف ارائه استدلالی برای خوب گوش دادن و معرفی سه بخش مهارتی آن است. ضرورت و اهمیت گوش دادن و شکل‌ها و موانع آن معرفی و تمرین می‌شوند.
چهارم	در این جلسه تامل قبل از پاسخ دادن تشریح می‌شود تا از پاسخ‌های خلاصه و مختصر استفاده کنند. در این جلسه شیوه‌های مکث کردن و تلاش برای تمرکز بر نیازهای فرزند تمرین می‌شود.
پنجم	این جلسه بر آموزش چگونگی استفاده از پاسخ‌های احساسی به مادران، فراهم کردن فرصت‌هایی برای تمرین استفاده از تمام مهارت‌های خوب شنیدن، و آموزش هدایت فرآیند حل مسئله به مادران برای شرایطی که فقط شنیدن کافی نیست، تمرکز دارد.
ششم	این جلسه به مادران آموزش داده می‌شود تا از کودک در برابر کشمکش والدین محافظت کنند؛ مهارت‌های مدیریت خشم هم به آنها آموزش داده می‌شود تا کودکان شاهد کشمکش والدین نباشند. همچنین برنامه‌ریزی می‌شود تا رابطه کودک با پدر مورد بحث و بررسی قرار بگیرد. موانع ملاقات مانند محدود کردن تماس‌های تلفنی توسط مادر و عدم انعطاف‌پذیری برای تغییر برنامه‌های ملاقات مورد بحث قرار می‌گیرند.
هفتم	این جلسه بر مدیریت مؤثر رفتار نادرست فرزند تمرکز دارد. انواع انتظارات مادران از فرزند معرفی می‌شود و بر انتظارات واقعی و شفاف رفتاری تمرکز می‌شود.
هشتم	این جلسه بر توسعه یک طرح تغییر برای کاهش بدرفتاری فرزند تمرکز دارد. مادران یاد می‌گیرند که چگونه پیامدهای بدرفتاری‌ها را انتخاب کنند و چگونه انتظارات خود را به فرزندان‌شان انتقال دهند. انواع پیامدهای مورد استفاده برای زمانی که کودکان طبق انتظارات رفتار می‌کنند یا نمی‌کنند بررسی و تمرین می‌شود.
نهم	این جلسه بر ارزیابی طرح تغییر و بازبینی و اصلاح آن در صورت نیاز تمرکز دارد. والدین طرح‌های تغییری برای ارتقای یک رفتار مثبت را خلق می‌کنند و بدرفتاری‌هایی را مدنظر قرار دهند که قصد دارند در آینده آنها را کاهش دهند.

دهم	در این جلسه تمام مهارت‌هایی که مادران در جلسات یاد گرفته‌اند مرور و اصلاح می‌شوند. مادران چند روش حفظ تغییرات ایجاد شده در برنامه را شناسایی می‌کنند تا بتوانند به کنترل کاربرد مهارت‌های برنامه ادامه دهند.
-----	--

روش تحلیل

در پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیری و چند متغیری جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری اجتماعی

گروه	آزمایش				کنترل	
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	۲۵/۶۰	۶/۶۲	۵۵/۵۳	۳/۷۸	۲۹/۲۷	۹/۹۴
سازگاری	۳۱/۱۷	۶/۳۰	۷۸/۸۰	۱۲/۴۷	۳۴/۰۰	۱۴/۷۵

برای اطمینان از رعایت مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای پژوهش در هر دو نوبت آزمون برقرار است. عدم معناداری آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری برقرار می‌باشد.

آزمون همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل با متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش انجام گرفت.

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری را برای اثربخشی برنامه شروع دوباره بر متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	معناداری
اثربخشی	۰/۹۴	۲۱۲/۰۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدایکلز	۰/۰۶	۲۱۲/۰۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتینگ	۱۶/۹۶	۲۱۲/۰۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱۶/۹۶	۲۱۲/۰۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار دارد. بنابراین برای بررسی تفاوت، تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌های متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس (آنکوا) در متن مانکوا نمرات خودکارآمدی والدگری و سازگاری اجتماعی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
خودکارآمدی والدگری	۵۸۰۷/۲۴	۱	۵۸۰۷/۲۴	۳۰۷/۰۵	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	۱۷۰۲۲/۴۳	۱	۱۷۰۲۲/۴۳	۱۹۲/۵۷	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تحلیل کواریانس‌های یکراهه در خودکارآمدی والدگری ($F=307/05$) و سازگاری اجتماعی فرزندان ($F=192/57$) نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$). برای درک بهتر این تفاوت‌ها، میانگین پس آزمون‌های گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه شد. جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین پس آزمون خودکارآمدی والدگری در گروه آزمایش ۵۵/۵۳ و در گروه گواه ۲۹/۳۳ است و خودکارآمدی والدگری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در پس آزمون تفاوت پیدا کرده است. همچنین میانگین پس آزمون سازگاری اجتماعی فرزندان در گروه آزمایش ۷۸/۸۰ و در گروه گواه ۳۳/۸۷ است که نشان می‌دهد سازگاری اجتماعی فرزندان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در پس آزمون تفاوت پیدا کرده است.

بحث و نتیجه

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان سطح خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق در اثر مداخله درمانی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین برنامه‌شروع جدید اثربخشی مطلوبی در افزایش میزان خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه و سازگاری اجتماعی فرزندان طلاق در گروه آزمایش داشته است.

ساندلر و همکاران (Sandler et al., 2019) نشان داده‌اند برنامه شروع جدید اثربخشی موثری در افزایش حس خودپنداره مثبت و خودکارآمدی مادران و افزایش بهداشت روانی کودکان داشته است. آنان به علاوه معتقدند برنامه شروع جدید تاثیر مثبتی بر فرزندپروری و احساس کارآمدی مادران مطلقه و و سازگاری فرزندان طلاق در برخورد با کودکان خود دارد. اسلید و همکاران (Sleed et al., 2013) هم نشان داده‌اند که برنامه شروع جدید بر کیفیت رابطه والد-فرزندی و کفایت والدینی مادران مطلقه در زندان اثربخش بوده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بعضی از مادران مطلقه پس از طلاق دچار احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی در والدگری می‌شوند؛ از طرفی، هدف برنامه شروع جدید، آموزش مهارت‌های صحیح فرزند پروری و تربیت موثر و برقراری رابطه صحیح با فرزندان است تا احساس کفایت و ارزش‌مندی و خودکارآمدی والدگری افزایش پیدا کند، مهارت شنیدن صحیح تقویت شود، حل مسئله در مادران بهبود یابد، قادر شوند زمان مناسبی را برای پاسخ دادن صحیح به فرزندان‌شان صرف کنند و در مجموع تربیت موثر و مدیریت خشم مطلوبی داشته باشند، از این رو برنامه مذکور، می‌تواند اثربخشی مطلوبی بر خودکارآمدی این گروه از مادران و سازگاری فرزندان‌شان داشته است. طبق برنامه شروع جدید، رفتار گرم، پذیرش و ترغیب مادران هم‌زمان با آموزش این مهارت‌ها به آنها کمک خواهد کرد تا مادران مؤثرتری برای فرزندان خود باشند و مهارت‌هایی را به آنها می‌آموزد تا از مشکلات آینده پیشگیری کنند. مادران پژوهش حاضر پس از شرکت در این برنامه توانستند برای ایجاد یک محیط امن و پذیرا برای خود و فرزندان‌شان تلاش کنند و بر احساس مثبت نسبت به خود بیفزایند. برای حفظ نظام روابط عاطفی موجود در خانواده و حفظ احساس خودکارآمدی والدگری مادر، برخورداری مادر از توان جلوگیری از ایجاد تنش در محیط خانواده و همچنین حمایت معنوی و مادی از فرزند امری ضروری است. چرا که مادران نقش مهمی در زندگی فرزندان خود داشته و مادران افسرده و ناشاد از انجام این مهم ناتوان بوده و ممکن است خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در فرزندان خود فعال کنند.

برنامه‌ای برای شروع جدید، بر دست‌یابی به صلاحیت‌های مربوط به سرپرستی از کودکان طلاق مانند استفاده از انضباط مناسب و دورنگه‌داشتن کودکان از این معضل، بر سطح خودکارآمدی والدگری مادران مطلقه، تمرکز دارد. مداخله پیشگیرانه والدین بعد از طلاق، باعث پیشرفت در سه حیطه کیفیت روابط والد-فرزندی مثبت، نظم و انضباط و محافظت از کودکان در درگیری‌های بین والدینی می‌شود. تمرین خانگی مهارت‌های برنامه نیز عامل مهمی در تغییر سطح خودکارآمدی والدگری است (Wolchik & Sandler, 2020).

به علاوه مشارکت در جلسات آموزشی بر میزان سازگاری اجتماعی فرزندان مادران طلاق نیز اثربخش

بوده است. از دلایلی که در حل ناسازگاری موثر است، تغییر عقاید و باورهای غلط مادران و فرزندان‌شان در برقراری ارتباط والد-فرزندی و همچنین تغییر عقاید در مورد زندگی پس از طلاق است. بدین ترتیب به نظر می‌رسد با اصلاح این باورهای غلط، سازگاری اجتماعی در کودکان طلاق افزایش می‌یابد. آموزش ایجاد ارتباط موثر با کودک، تبدیل چرخه‌های منفی گفت‌وگو به چرخه‌های مثبت، توجه کردن به خاطر رفتار خوب، ترغیب کودکان برای خوب رفتار کردن و خوب صحبت کردن با استفاده از پیامدهای مطلوب، حذف موانع دیدار پدر-فرزند و محافظت از کودک در برابر مشکلات والدین در خلال جلسات آموزش از عوامل موثر در برنامه شروع جدید است که موجب افزایش سازگاری اجتماعی فرزندان در مرحله پس آزمون می‌شود. احتمالاً شکل‌گیری تعاملات مثبت در روابط مادر و فرزند بتواند باورها و نگرش‌های فرزند را در جهت مثبت‌تری تعدیل کند.

تعامل مثبت بین مادر و فرزند می‌تواند موجب ایجاد سلامت روان و سازگاری اجتماعی کودک در محیط داخل و خارج از خانه شود (Fix, 2022). سازگاری بهتر در مواجهه با مشکلات، اعتماد بیشتر به توانایی‌های خویش در مدیریت موثر چالش‌های زندگی، عزت نفس بالاتر و نمرات تحصیلی بهتر از ابعاد سازگاری اجتماعی بهبودیافته در فرزندان طلاق هستند (Sandler et al., 2019). پس از طلاق روند عادی زندگی کودک از بین می‌رود. در برنامه شروع جدید تمرکز بر آن است که از طریق تشویق والدین به ایجاد ساختار در زندگی کودک و صحبت‌های گرم و صمیمانه با کودک و با ایجاد جوی صمیمی در جهت افزایش میزان سازگاری کودک گام بردارند. به نظر می‌رسد این برنامه توانسته است با افزایش صمیمیت بین والد تک سرپرست و فرزند، زمینه شکل‌گیری یا بهبود ساختار خانوادگی متعادل را برای این خانواده فراهم سازد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، شیوع ویروس کرونا در زمان اجرای پژوهش و اجرای این برنامه مداخله به صورت مجازی بود. این محدودیت باعث شد که هم‌تاسازی والدین جهت کنترل سایر عوامل اثرگذار مقدور نباشد. همچنین سنجش میزان سازگاری فرزند، بر اساس قضاوت مادر بوده است. عدم پیگیری تغییرات در بلند مدت، از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، این برنامه برای پدران مراقب فرزند نیز اجرا شود. برنامه‌های آموزشی با حضور همزمان مادر و فرزند اثربخشی بالاتری دارند (Fix, 2022)؛ بنابراین اجرای برنامه‌های آموزشی مشترک والد-فرزند نیز پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه دارای کد اخلاق EE/1400.3.02.37667/scu.ac.ir و مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز است. بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه تشکر می‌شود.

References

- Akhavan Tafti, o. (2003). Divorce Stages and Aftermaths. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 1(3), 125-151. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2003.1323>. (in Persian)
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of family psychology*, 15(3), 355. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.3.355>
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 110(1), 26. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.26>
- Asanjrani, F., Jazaeri, R. A. s., Fatehizadeh, M., Etemadi, A., & Domol, Y. (2019). The Effectiveness of Society-Based Life Rebuilding Program on Coping for Women after Divorce. *Counseling Research & Development*, 17, 4-21. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-606-fa.html>. (in Persian)
- Bagheri, S. E., Latifi, Z., & Abdelahi, A. (2022). The Effect Of Teaching Islamic Parenting Skills On The Quality Of Mother-Child Relationship, Psychological Well-Being And Maternal Self-Efficacy Of Mothers. *Evidence Based Care Journal*, 8(2), 58-66. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2018.31024.1770>. (in Persian).
- Chafe, D. V. (2016). Play therapy: Concepts and techniques for working with divorce. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(3s), 80-92. <https://psycnet.apa.org/record/2016-59182-006>
- Chase-Lansdale, P. L., Cherlin, A. J., & Kiernan, K. E. (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: A developmental perspective. *Child development*, 66(6), 1614-1634. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00955.x>
- Clarke-Stewart, K. A., Vandell, D. L., McCartney, K., Owen, M. T., & Booth, C. (2000). Effects of parental separation and divorce on very young children. *Journal of family psychology*, 14(2), 304-326. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.2.304>
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49(4), 387-396. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x>
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 216-222. <https://doi.org/10.2307/585293>
- Fatma, F., Hidayat, S., & Zahro, E. B. (2022). Subjective Well-Being Of Teenagers Who Are Raised By Single Mother: A Cross-Cultural Analysis Study. International Conference of Humanities and Social Science (ICHSS),
- Fix, R. L. (2022). An Evaluation of Building Our Nation's Daughters (BOND): Improving Black Single Mother-Daughter Relationships and Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 31(1), 237-246. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02199-5>
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: an effective prevention program for single mothers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(5), 711. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.711>
- Furstenberg Jr, F. F., & Teitler, J. O. (1994). Reconsidering the effects of marital disruption: What happens to children of divorce in early adulthood? *Journal of Family issues*, 15(2), 173-190. <https://doi.org/10.1177/0192513X94015002002>
- Hetherington, E. M., Clingempeel, W. G., Anderson, E. R., Deal, J. E., Hagan, M. S., Hollier,

- E. A., Lindner, M. S., MacCoby, E. E., Brown, J. C., & O'Connor, T. G. (1992). Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 1-242. <https://doi.org/10.2307/1166050>
- Hoffmann, J. P., & Johnson, R. A. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family*, 633-645. <https://doi.org/10.2307/353534>
- Kalter, N., Pickar, J., & Lesowitz, M. (1984). School-based developmental facilitation groups for children of divorce: A preventive intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(4), 613-623. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1984.tb01531.x>
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101-1119. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005588>
- Kiarasi, Z., Kiarasi, S., & Kiarasi, A. (2016). The effect of story animations on social development and adjustment on educable mentally retarded students. *Information and Communication Technology in Educational Sciences*, 6(24), 91-110. https://ictedu.sari.iau.ir/article_652372.html. (in Persian).
- Kim, Y., & Chung, Y. (2020). Child support receipt among divorced mothers in Korea: Changes after the 2007 policy reform. *Children and Youth Services Review*, 119, 105446. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105446>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Mauricio, A. M., Mazza, G. L., Berkel, C., Tein, J.-Y., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., & Winslow, E. (2018). Attendance trajectory classes among divorced and separated mothers and fathers in the New Beginnings Program. *Prevention Science*, 19(5), 620-629. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00335.x>
- McCabe, K. M. (1997). Sex differences in the long term effects of divorce on children: Depression and heterosexual relationship difficulties in the young adult years. *Journal of Divorce & Remarriage*, 27(1-2), 123-135. https://doi.org/10.1300/J087v27n01_08
- Mohammadi, M., Tahmasian, K., Ghanbari, S., & Fathabadi, J. (2018). Efficacy of Mindful Parenting Program on Parenting Stress and Parental Self-Efficacy among High Conflict Adolescents' Mothers. https://jip.stb.iau.ir/article_543923.html?lang=fa. (in Persian).
- Parsamehr, M., & Heddat, E. (2017). The Relationship between Emotional Intelligence and Social Adjustment of Students. *Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development)*, 11(2), 65-94. (in Persian).
- Patterson, G., Fisher, P., & Bornstein, M. (2002). Handbook of parenting: Practical and applied parenting. 59-88. <https://doi.org/10.4324/9781410612175>
- Pedro-Carroll, J. L., & Cowen, E. L. (1985). The Children of Divorce Intervention Program: an investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(5), 603-611. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.5.603>
- Quchani, M., Arbabi, F. H., & Smaeili, N. S. (2021). A comparison of the effectiveness of Clark and ACT parenting training on improving the emotional-behavioral problems of the child with divorced single mothers. *Learning and Motivation*, 76, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2021.101759>
- Rodgers, B., Power, C., & Hope, S. (1997). Parental divorce and adult psychological distress: evidence from a national birth cohort: a research note. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry, 38(7), 867-872. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01605.x>
- Sandler, I., Wolchik, S., Mazza, G., Gunn, H., Tein, J.-Y., Berkel, C., Jones, S., & Porter, M. (2019). Randomized effectiveness trial of the new beginnings program for divorced families with children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 60-78. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1540008>
- Scott, K. G., Mason, C. A., & Chapman, D. A. (1999). The use of epidemiological methodology as a means of influencing public policy. *Child development*, 70(5), 1263-1272. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00091>
- Sharif, M., & Bahrami, F. (2012). The Effectiveness of Divorced Mothers' Group Training with Integrative Approach on Their Adjustment in Isfahan. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 3(11), 21-41. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2012.6076>. (in Persian).
- Sleed, M., Baradon, T., & Fonagy, P. (2013). New Beginnings for mothers and babies in prison: A cluster randomized controlled trial. *Attachment & Human Development*, 15(4), 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782651>
- Song, S.-M., Park, B., Lee, W. K., Park, N.-S., & Kim, M. N. (2022). Examining the Relationship between Social Support, Parenting Stress, and Depression in South Korean Single Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 31(5), 1232-1245. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02084-1>
- Stolberg, A. L., & Garrison, K. M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce. *American journal of community psychology*, 13(2), 111-124. <https://doi.org/10.1007/BF00905724>
- Talei, A., Tahmasian, K., & Vafai, N. (2011). Effectiveness Of Positive Parenting Program Training on Mothers' Parental Self-Efficacy. *Jouurnal of Family Research*, 7(3), 311-323. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96015.html. (in Persian).
- Troxel, W. M., & Matthews, K. A. (2004). What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 29-57. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020191.73542.b0>
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2016). *Measurement in Nursing and Health Research*. <https://doi.org/10.1891/9780826170620>
- Wickrama, K. A., Klopach, E. T., & O'Neal, C. W. (2022). Stressful family contexts and health in divorced and married mothers: Biopsychosocial process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3436-3457. <https://doi.org/10.1177/02654075221098627>
- Wolchik, S. A., & Sandler, I. N. (2020). The New Beginnings Program for Divorced and Separated Families. In *Designing Evidence-Based Public Health and Prevention Programs* (pp. 194-205). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367205171-17>
- Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Jones, S., Gonzales, N., Doyle, K., Winslow, E., Zhou, Q., & Braver, S. L. (2009). The New Beginnings Program for divorcing and separating families: Moving from efficacy to effectiveness. *Family Court Review*, 47(3), 416-435. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2009.01265.x>
- Zahed, A., Rajabi, S., & Omidi, M. (2012). A Comparison of Social, Emotional and Educational Adjustment and Self-Regulated Learning in Students with and Without Learning Disabilities. *JOURNAL OF LEARNING DISABILITIES*, 1(2), 43-62.
- Zhou, Q., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Wolchik, S. A., & Dawson-McClure, S. R. (2008). Mother-child relationship quality and effective discipline as mediators of the 6-year effects of the New Beginnings Program for children from divorced families. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(4), 579-594. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.579>

- Zill, N., Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1993). Long-term effects of parental divorce on parent-child relationships, adjustment, and achievement in young adulthood. *Journal of family psychology*, 7(1), 91-103. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.1.91>

The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder

Asghar Kamran 

Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: asgharkamran14@pnu.ac.ir

Maryam Mananipeykani 

Expert, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. Email: m.manani.2001@gmail.com

SeyedReza Mirmahdi 

Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Recived: 2021-12-08	Revised: 2022-12-07	Accepted: 2023-05-31	Published: 2023-07-22
Citation: Kamran, A., Mananipeykani, M., & Mirmahdie, S. R. (2023). The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 156-173. doi: 10.22067/tpccp.2023.72838.1179			

Abstract

Introduction

A mental damage that can be observed in the users of methamphetamine is bipolar disorder, which happens because of high consumption of the drug. Another psychological problem observed among methamphetamine abusers is borderline personality disorder. People with bipolar disorder and borderline personality disorder need appropriate interventions, and acceptance and commitment treatment (ACT) can be a good choice. This study aimed to explore the impact of commitment and acceptance treatment on extravagant and methamphetamine abuse in people with bipolar disorder and borderline personality disorder.

Method

This quasi-experimental research used a pre-test and post-test and a control group design, including four groups (two experimental groups and two control groups). The inclusion criteria were: at least four months had passed since the participants had been hospitalized for withdrawal methamphetamine, they had been diagnosed as people with bipolar disorder or borderline personality disorder, they did not take psychiatric drugs during the treatment, and they did not participate in other therapeutic interventions at the same time. The exclusion criteria were: the participant did not want to continue the therapy, the participant with bipolar disorder and borderline personality disorder have other disorders, and the participant age is over 55. The aims of the study were explained to the participants and their written consent was obtained. They were explained that all information of the participants will remain confidential and will be used only for research purposes.

The statistical population of this research included all people with bipolar and borderline personality disorder admitted to Karamat Camp in Mobarakeh city of Isfahan in 2021. The population includes those who both used methamphetamine and suffered extravagance. From among the people with bipolar disorder and borderline personality disorder, 60 people (30 people for each group) were selected using available sampling and they were randomly divided into experimental and control groups. They were selected after performing Millon Clinical



Multiaxial Inventory questionnaire and diagnosed by a psychiatrist and a psychologist of the camp. The participants were evaluated both in pre-test and post-test phases.

The experimental groups participated in therapeutic commitment and acceptance interventions for 9 sessions, one and a half hours, three sessions per week. The control groups did not participate in any type of intervention. During the sessions, there was no drop in the number of participants. SPSS 23 was used for analysis of covariance.

The measuring instruments were: a) *Millon Inventory 3*, designed by Millon (1994). The most recent version of this questionnaire consists of 175 items, scored under 28 separate scales; b) *Personal Control Scale*, known as PCS (Shua Kazemi, 2010). This test consists of 15 items and evaluates the degree of personal control over drug abuse (in past and now). This test includes two sets of questions. The person's conditions over the past 90 days is examined in the first part and his conditions when starting drug abuse is examined in the second part; c) *Clarke and Mortimer's Extravagance Questionnaire* (Clarke & Mortimer, 2013). This questionnaire consists of 19 items. The sum of scores will be between 19 and 95. The range 9-44 shows appropriate management of life expenditures, 45-68 shows medium expenditures, and 69-95 indicates extravagance and being thoughtfulness after the expenditure.

Results

The results showed that ACT was effective for metaphemtamaine abuse treatment in the experimental group with bipolar disorder ($p < 0.05$), but it was not effective for extravagance treatment ($P > 0.05$). Moreover, ACT impacts the metamphetmaine abuse and extravagance control in the experimental group with borderline personality disorder ($P < 0.05$), while there was no change in the control groups.

Discussion and Conclusion

The results confirm the effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment (ACT) for the treatment of methamphetamine abuse in people with bipolar and the treatment of methamphetamine abuse and extravagance in people with borderline personality disorder. It is suggested that ACT-based therapeutic interventions be used in addiction treatment centers. Moreover, it is suggested that researchers try to find the best model for methamphetamine abuse treatment by comparing ACT method with other treatment methods. This study focused on people with bipolar and borderline personality disorder and it is suggested that future studies explore the relationship between methamphetamine abuse and ten types of personality disorder.

Keywords: Methamphetamine Abuse, Extravagance, Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوءمصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی

اصغر کامران

مری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. asgharkamran14@pnu.ac.ir

مریم منانی پیکانی

کارشناس، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. m.manani.2001@gmail.com

سیدرضا میرمهدی

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: کامران، اصغر؛ منانی پیکانی، مریم؛ میرمهدی، سیدرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر ولخرجی و سوءمصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۷۳-۱۵۶. doi: 10.22067/tpccp.2023.72838.1179			

چکیده

هدف: پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی و سوءمصرف شیشه در بیماران با تشخیص اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد. طرح پژوهش، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

روش: جامعه پژوهش بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بودند که به اردوگاه کرامت در شهرستان مبارکه اصفهان در سال ۱۴۰۰ مراجعه نموده‌اند. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه: حداقل چهار ماه از بستری شدن گذشته باشد، بیمار تشخیص اختلالات دوقطبی یا شخصیت مرزی را گرفته باشد، حداقل به مدت دو هفته دارو مصرف نکرده باشد، و در مداخلات درمانی دیگر شرکت نکرده باشد. نمونه پژوهش چهار گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر بیماران دوقطبی گروه آزمایش، ۱۵ نفر بیماران دوقطبی گروه کنترل، ۱۵ نفر بیماران اختلال شخصیت مرزی گروه آزمایش، ۱۵ نفر بیماران اختلال شخصیت مرزی گروه کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این چهار گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ۳ (۱۹۹۴) و آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS و پرسشنامه ولخرجی کلارکی و مورتیمر (۲۰۱۳) بود. سپس اطلاعات بدست آمده به روش آماری تحلیل کوواریانس به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتیجه: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه آزمایش با تشخیص اختلال دوقطبی در مصرف شیشه اثر بخش بود ($p < 0/05$) ولی بر ولخرجی اثربخش نبود. ($p > 0/05$) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه آزمایش با تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر مصرف شیشه و کنترل ولخرجی اثربخش بود ($p < 0/05$)، این در حالی بود که در هیچ‌کدام از دو گروه کنترل تغییری حاصل نشد.

واژه‌های کلیدی: مصرف شیشه، ولخرجی، اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی

مقدمه

یکی از انواع وابستگی‌ها به مواد، شیشه^۱ است. سوء مصرف شیشه یا مت‌آمفتامین^۲ که یک ماده کاملاً صنعتی است، در کشور ما حدود یک دهه است که آغاز شده و مصرف آن در سال‌های اخیر رشد زیادی در میان سوء مصرف کنندگان مواد داشته است. قیمت این ماده در حال کاهش و مصرف آن رو به افزایش است (Ekhtiari, 2013). مواد ارزان و مجاز موجود در بازار مثل: الکل، بنزین، آستون، آمونیاک، نمک آشپزخانه، محلول‌های اسیدی باز کننده فاضلاب‌ها، قرص‌های سرماخوردگی و یا هر داروی دیگر دارای افدرین^۳ یا سودوافدرین^۴، از مواد اولیه سازنده شیشه هستند که این امر خود باعث فراوانی تولید و در نتیجه افزایش مصرف این ماده شده است (Manzari Tavakoli, 2015). لازم به ذکر است که با ایجاد کمی تغییر در میزان و نوع ترکیبات استفاده شده، می‌توان به انواع ترکیبات متفاوتی از شیشه دست یافت. اختلال وابستگی به شیشه مجموعه علائم شناختی، رفتاری و روانشناختی است که الگویی از تکرار و بروز عوارض تحمل، ترک و اعمال اجباری را به همراه دارد (Manzari Tavakoli, 2015). درمان بیماران مصرف کننده شیشه بسیار دشوار و دارای فرایند پیچیده‌ای است. به طور خاص، وابستگی به مت‌آمفتامین یک مشکل اساسی برای سلامت فرد است و با تبعات جدی پزشکی، عصبی روانی، اقتصادی اجتماعی و حقوقی همراه است (Garcia & Thibaut, 2010).

کریستالیزه مت‌آمفتامین در کشور ایران به شیشه معروف است. به گزارش دفتر مصرف دارو و جرم سازمان ملل متحد، ۳۵ میلیون سوء مصرف کننده در دنیا وجود دارد و پژوهش‌های همه گیرشناسی در زمینه شیوع مصرف شیشه نشان می‌دهد این ماده از پرمصرف‌ترین مواد مصرفی در دنیا است. ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران نشان می‌دهد مصرف آن در میان جوانان و معتادین ترک کرده افزایش داشته است (Narenjiha et al., 2010). شیشه ماده محرک قوی روانی حرکتی و تقویت کننده مثبت رفتار است. مقادیر زیاد و مکرر شیشه با رفتار خشونت‌آمیز و جنون پارانوییدی همراه است. این مقادیر باعث کاهش طولانی مدت دوپامین و سروتونین مغز و تغییراتی پایدار می‌شود تا جایی که الگویی از رفتار هذیانی و جنون حاد ایجاد می‌کند. این جنون ممکن است برای هفته‌ها ادامه داشته باشد و مرگ ناگهانی در نتیجه مسمومیت قلبی را به همراه داشته باشد؛ تغییرات فیزیولوژیکی و تغییرات روانی پایدار در حین مصرف ماده، به دنبال قطع مصرف نیز گزارش شده‌اند (Wijetunga et al., 2004).

1 crystal

2 methamphetamine

3 ephedrine

4 pseudoephedrine

یکی از آسیب‌های روانی که با مصرف بالای شیشه در مصرف‌کنندگان این ماده مخدر مشاهده می‌شود، اختلال خلق دوقطبی است. اختلال دوقطبی به چند شکل نشان داده می‌شود. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5) اختلال دوقطبی نوع یک و دو را از یکدیگر جدا کرده است. اختلال دوقطبی نوع یک حالتی را شرح می‌دهد که به وسیله آن فرد یک یا چند دوره مانیک را تجربه می‌کند و احتمالاً اما نه لزوماً یک یا چند تجربه افسردگی اساسی را نیز خواهد داشت. در مقابل تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو به معنی آن است که فرد یک یا چند دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانیک داشته باشد. به بیان دیگر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو هیچ‌گاه دوره مانیک کامل را تجربه نکرده‌اند اما به قدر کافی پارانرژی هستند که ملاک‌های مخصوص دوره هیپومانیک را برآورده سازند. از نشانه‌های اختلال دوقطبی نوع یک می‌توان به دوره متمایز خلق که بطور نابهنجار و مداوم بالا و گشاده (بی تکلف) یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت و یا انرژی هدفمند که حداقل یک هفته ادامه می‌یابد و در بخش زیادی از روز و تقریباً هر روز وجود دارد اشاره کرد، به علاوه سه نشانه و یا بیشتر از نشانه‌هایی که در ادامه ذکر می‌شوند، با درجه قابل ملاحظه‌ای در این افراد وجود دارد: عزت نفس کاذب و یا بزرگ‌منشی، کاهش نیاز به خواب، پرحرف‌تر از معمول، پرش افکار یا تجزیه ذهنی که افکار شتاب دارند، حواس‌پرتی به صورتی که گزارش و یا مشاهده می‌شود، افزایش فعالیت هدفمند یا سرا سیمگی روانی حرکتی، ولخرجی کردن کنترل نشده در خرید، روابط جنسی آشوبناک و سرمایه‌گذاری‌های احمقانه (Bowyer et al., 2007).

از دیگر مشکلات روان‌شناختی که در مصرف‌کنندگان شیشه مشاهده می‌شود، اختلال شخصیت مرزی است. افرادی که به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند میان نوروز و پسیکوز قرار دارند و با بی‌ثباتی فوق‌العاده زیاد در عاطفه، خلق و رفتار معین می‌شوند. یک شخص مبتلا به اختلال شخصیت مرزی امکان دارد در یک موقعیت، کسی را بعنوان دوست‌داشتنی‌ترین و مهم‌ترین در نظر بگیرد و در موقعیتی دیگر از او بعنوان بی‌رحم‌ترین و استثمارکننده‌ترین شخص یاد کند. گویا نقطه تعادلی در زندگی این افراد نیست. این بیماران نسبت به مفاهیم هویت، ارزش‌ها، وفاداری‌ها و هدف‌های خود شک دارند (Khosravi & Rahmatinejad, 2014).

ارتباط میان اختلالات طیف دوقطبی به ویژه اختلال دوقطبی نوع دو^۱ و اختلال شخصیت مرزی^۲ اغلب به دلیل برابری بالای نشانه‌های بین این دو اختلال (مانند بی‌ثباتی خلق و تکانشگری) از موضوعات مهم

1. Bipolar II spectrum Disorders
2. Borderline Personality disorder

مورد بحث و توجه بین نظریه پردازان و محققان بوده است. (New et al., 2008).

بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی نیازمند مداخله مناسبند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط هیز و همکارانش معرفی و با نام اختصاری (ACT¹) شناخته شده است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (Hayes et al., 2012). همچنین این رویکرد همانطور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به شخص منتقل کند که آنچه خارج از کنترل هست را بپذیرد و به عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی می‌شود تعهد داشته باشد (Hayes et al., 2006).

این نوع درمان ابتدا سعی می‌کند پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به مراجع چنین آموخته می‌شود که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بیهوده است و حتی موجب بدتر شدن آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را پذیرفت. در گام دوم آگاهی فرد از حالات روانی، افکار و رفتار خود، در لحظه حال را افزایش می‌دهد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود تا خود را از این تجارب ذهنی جدا کند، به طوری که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در گام چهارم تلاش می‌شود تا تمرکز زیاد فرد بر خود و تجسم داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است را کاهش دهد. در گام پنجم به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصیل خود را شناخته و آن‌ها را به اهداف عینی رفتاری مبدل سازد. در آخر هم انگیزه فرد برای عمل متعهدانه به اهداف و ارزش‌ها افزایش داده می‌شود (Iverson et al., 2012).

ولخرجی به صورت تکانشی و سرمایه گذاری بدون برنامه قبلی در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود این بیماران با توجه به مقروض بودن و ولخرجی هیجانی و تکانشی قبلی مجدداً دست به رفتارهای پرخطر می‌زنند که ولخرجی نمونه‌ای از رفتارهای آنان می‌باشد لذت پس از خرید و تنظیم هیجان یکی از مشکلات اصلی این گونه بیماران در ولخرجی می‌باشد (Halgin & Whitbourne, 2003). با توجه به مشکلات بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی در زمینه مصرف مواد و ولخرجی تحقیقی با موضوع مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی و سوء مصرف شیشه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

روش

روش تحقیق حاضر، شبه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل در قالب چهار گروه (دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل) بود. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از اینکه: حداقل چهارماه از بستری شدن آن‌ها جهت ترک شیشه گذشته باشد، تشخیص اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده باشند، در طول آموزش داروهای روانپزشکی مصرف نکنند و همزمان در مداخلات درمانی دیگری شرکت نداشته باشند. و ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اینکه: آزمودنی برای ادامه حضور در پژوهش رضایت نداشته باشد، همزمان با تشخیص اختلال دوقطبی، شخصیت مرزی، مبتلا به اختلالات دیگری هم باشد، یا سن‌اش بالای ۵۵ سال باشد. پس از توضیح اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه بوده و در جهت رعایت اخلاق پژوهشی فقط برای اهداف پژوهشی از آن استفاده شده و فقط در صورتی که شرکت‌کنندگان مایل باشند می‌توانند از نتایج و محتوی اطلاعات و نتایج مطلع شوند.

جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بستری در اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) در شهرستان مبارکه اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند که همزمان سوءمصرف شیشه و ولخرجی داشتند. توجه به ملاک‌های ورود و خروج از بین ۱۸۰ نفر بیمار دوقطبی و مرزی تعداد ۶۰ نفر (۳۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۳۰ نفر مبتلا به اختلال شخصیت مرزی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این دو گروه بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی، با اجرای پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون و تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس از اردوگاه کرامت سپاه صاحب‌الزمان (عج) مبارکه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در کلینیک اردوگاه ارزیابی شدند.

گروه‌های آزمایش به مدت ۹ جلسه یک و نیم ساعته و به صورت هفته‌ای سه جلسه در مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت نمودند ولی گروه‌های کنترل در هیچ نوع مداخله‌ای شرکت ننمودند. در طول این جلسات، ریزشی در تعداد شرکت‌کننده‌ها مشاهده نشد. در نهایت داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس بوسیله نرم‌افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه میلون ۳: توسط میلون تدوین و ارائه شده است (Millon & Davis, 1994). نسخه فعلی این پرسشنامه شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه نمره‌گذاری می‌شود. به هر پاسخ بلی نمره (۱)، و به هر پاسخ خیر نمره (۲)، تعلق می‌گیرد. برای اندازه‌گیری میزان اعتبار آزمون از روش همسانی

درونی استفاده می‌شود. این ارزیابی که توسط میلون انجام گرفته نشان می‌دهد که در مجموع میزان اعتبار آزمون ۰/۷۸ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون در گروه بیمار ۰/۷۹ و در گروه غیربیمار ۰/۹۷ و پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (Chegini et al., 2013). این پرسشنامه توسط خواجه موگهی هنجاریابی شد (Khaja Moghi, 1993). همچنین نسخه سوم این فرم توسط شریفی هنجاریابی شده است (Sharifi & Namdari, 2008).

۲- آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS: این آزمون ۱۵ سوال دارد و هدف آن ارزیابی میزان کنترل شخصی در استفاده از مواد (در دو حالت گذشته و حال) است (ShoaKazemi, 2010). این آزمون دارای دو مجموعه سوالات است. در قسمت اول حالات فرد در ۹۰ روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد مورد پرسش قرار می‌گیرد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ به شدت مخالف (۱)، مخالف (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، به شدت موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این مقیاس دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ است. بدیهی است که هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان توانایی بالاتر فرد پاسخ‌دهنده در کنترل شخصی خود در برابر مصرف مواد است و بالعکس. نمرات (۳۵-۱۵) نشان‌دهنده کنترل ضعیف، نمرات (۵۶-۳۶) نشان‌دهنده کنترل متوسط و نمرات (۷۵-۵۷) نشان‌دهنده کنترل خوب در مورد مصرف مواد (شیشه) است. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش گردید (ShoaKazemi, 2010).

۳- پرسشنامه ولخرجی کلارک و مورتایمر (Clarke & Mortimer, 2013): این آزمون ۱۹ سوال دارد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به ترتیب؛ کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نمی‌دانم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیاز این پرسشنامه دامنه‌ای از ۱۹-۹۵ است. نمرات (۴۴-۱۹) نشان‌دهنده مدیریت مناسب مخارج زندگی، نمرات (۶۸-۴۵) نشان‌دهنده مدیریت مخارج زندگی در حد متوسط است و نمرات (۹۵-۶۹) نشان‌دهنده ولخرجی و اندیشناکی پس از آن در فرد می‌باشد. اعتبار سازه پرسشنامه توسط فیض و همکاران (Feiz et al., 2018) در مطالعه‌ای با موضوع عوامل مؤثر بر رفتار شکایت‌آمیز مشتریان با تأکید بر نقش میانجی افسوس پس از خرید در یک جامعه آماری ۴۰۰ نفری در مراکز خرید شهر سمنان ۰/۸۹ گزارش گردید و پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش گردید.

مداخله

روش مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۹ جلسه بر اساس پروتکل امین زاده و همکاران (Arjmand Ghujur et al., 2019) انجام شد، اهداف جلسه و ساختار کلی درمان در جدول ۱ ارائه شد. ابتدا

ارزیابی‌های اولیه، توافق برای شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون انجام شده و سپس جلسات درمانی شروع شدند.

جدول ۱: پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	موضوع جلسه
۱	معرفی درمانگر و اعضا، معرفی ذهن و تولیدات ذهنی، تعریف درماندگی خلاق، معرفی دیدگاه ACT
۲	شرح نتیجه جلسه قبل، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، مفهوم سازی، انجام تمرینات تجربی برای چالش و اثربخشی راهبردهای کنترل و بیان این که کنترل یک مسئله است، نه راه حل، استعاره؛ گودال، دروغ سنجی و تقلا در جنگ با هیولا، آموزش رابطه بین خلق و خوی و رفتار با استفاده از زندگی مراجع
۳	بررسی مطالب جلسه قبل، ارزیابی مشکلات، استعاره جعبه پر از مسائل، توضیح انواع مغزها، فعال سازی رفتاری، بیان رنج پاک و ناپاک
۴	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات افسرده ساز، ذهن شما دوست شما نیست، تمرین شیر شیر شیر و ذهن آگاهی، استعاره برگ‌ها در جویبار روان، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.
۵	بررسی تکلیف جلسه گذشته، معرفی انواع خودها، تمرین مشاهده گر
۶	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت ارزش‌ها، بیان استعاره اتوبوس، معرفی مهربانی به عنوان دومین مؤلفه فرمول عشق، شناسایی هدف رفتاری
۷	بررسی مطالب جلسه قبل، معرفی رابطه اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر، بررسی انتخاب در مقابل قضاوت‌ها و تصمیم‌ها، بیان استعاره مهمان ناخوانده، تمرین جهش
۸	مرور مطالب جلسه قبل، کمک به مراجع برای حرکت در مسیر ارزش‌ها به جای گوش دادن خود با رفتار مهربانانه همراه با تحمل پریشانی، موانع رفتار مهربانانه
۹	بررسی مطالب جلسه قبل، آموزش به درمانجو که خود یک درمانگر است، بیان استعاره دو کوه، منعکس کردن پیشرفت حاصل شده، جمع‌بندی و نامه مهربانان

یافته‌ها

تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که شیشه مصرف می‌کردند بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند، که تعداد ۲۱ نفر متأهل و ۹ نفر مجرد و از این تعداد ۵ نفر مدرک دیپلم و ۶ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۷ نفر با مدرک زیر دیپلم در جلسات حضور داشتند، که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که شیشه مصرف می‌کردند، بین سنین ۲۰-۳۵ سال انتخاب شدند که ۱۶ نفر متأهل و ۱۴ نفر مجرد بودند و از این تعداد ۸ نفر مدرک دیپلم و ۴ نفر مدرک کاردانی و ۲ نفر مدرک لیسانس و ۱۶ نفر با مدرک زیر

دیپلم، در جلسات حضور داشتند که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جدول شماره ۲: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای وابسته در گروه‌های مورد پژوهش به تفکیک مراحل ارزیابی

	متغیرها	سوء مصرف شیشه		ولخرجی	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱.۱	آزمایش	۶۷/۷۳	۲۰/۸۶	۸۳/۸۳	۷۸/۲۰
	انحراف معیار	۵/۳۵	۵/۸۶	۱۰/۵۴	۷/۷۹
	کنترل	۲۲/۱۳	۲۹/۴۶	۷۸/۹۳	۸۰/۶۶
	انحراف معیار	۴/۳۵	۸/۶۹	۷/۶۳	۶/۶۰
۱.۲	آزمایش	۷۰/۵۳	۲۴/۸۰	۷۹/۱۳	۳۵/۴۶
	انحراف معیار	۵/۱۵	۳/۲۲	۷/۸۹	۷/۵۴
	کنترل	۲۲/۸۰	۳۴/۱۳	۷۹/۶۶	۷۶/۹۳
	انحراف معیار	۵/۲۱	۱۰/۰۰	۷/۲۱	۷/۸۳

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای وابسته پس از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شد. بدین منظور مفروضه‌ی نرمالیت توزیع متغیرها با آزمون کلوموگروف-سمیرنوف و همگنی متغیرخطای وابسته با آزمون لوینمورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است. ویژگی‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار عملکرد شرکت‌کننده‌های گروه‌های مختلف پژوهش (دارای اختلالات دوقطبی و مرزی) در هر یک از متغیرهای وابسته شامل سوء مصرف شیشه و ولخرجی) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: مفروضه‌های همگنی و نرمالیت متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

	متغیرها	آزمایش		کنترل		F (Levin)	معناداری
		Z	معناداری	Z	معناداری		
۱.۱	سوء مصرف شیشه	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۲۰	۳/۷۶	۰/۰۶
	ولخرجی	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۱۶	۰/۹۶	۰/۳۳
۱.۲	سوء مصرف شیشه	۰/۲۱	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۲۰	۳/۲۷	۰/۰۸
	ولخرجی	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۲۰	۱/۴۶	۱/۲۳

با توجه به سطح معناداری در جدول ۳ ($P > 0.5$) به دست آمده و مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. لذا در ادامه نتایج تحلیل آمار استنباطی با آزمون تحلیل کوواریانس، گزارش گردید.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هریک از گروه‌ها

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور تا	توان آزمون
دوقطبی							
سوء مصرف شیشه	۱۰۷۸۲/۱۹	۱	۱۰۷۸۲/۱۹	۱۸۹/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
ولخرجی	۵۹/۶۶	۱	۵۹/۶۶	۱/۰۹	۰/۳۰	۰/۳۹	۰/۱۷
مرزی							
سوء مصرف شیشه	۹۰۱۱/۹۳	۱	۹۰۱۱/۹۳	۱۸۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
ولخرجی	۱۲۸۳۱/۰۳	۱	۱۲۸۳۱/۰۳	۲۱۳/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰

از نتایج جدول شماره ۴ می‌توان این گونه استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی اثربخش بود ($P < 0/05$) و می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبوده است. ($P > 0/05$) همچنین می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سوء مصرف شیشه و ولخرجی بیماران اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود ($P < 0/05$).

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مصرف شیشه و ولخرجی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش سوء مصرف شیشه در بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی اثر داشته، ولی فقط بر کاهش ولخرجی اختلال شخصیت مرزی اثربخش بود و بر کاهش ولخرجی بیماران دوقطبی اثربخش نبود. اجتناب تجربه ای یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌باشد و در بیماران اختلال شخصیت مرزی ترس از دست دادن روابط نزدیک و پوچی مزمن باعث عدم رویایی با تجربه‌های دردناک و ناخوشایند می‌شود (Scott & McCracken, 2015). در تبیین یافته‌های اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش مصرف شیشه و ولخرجی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌توان به پژوهش ایورسون و فلت (Iverson et al., 2012) اشاره کرد، این پژوهشگران در زمینه کژتنظیمی هیجانی^۱، تحمل، پریشانی و اجتناب تجربه ای^۲ در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مطالعه کرده و به این نکته پی بردند که اجتناب تجربه‌ای با شدت علائم مرزی ارتباط دارد. در پژوهش دیگری، محققان با مشاهده سطوح بالای مصرف شیشه در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در دوره پس از درمان، نقش اجتناب

1. emotional dysregulation

2. experiential avoidance

تجربه‌ای در کاهش مصرف شیشه را مورد بررسی قرار دادند. یافته آن‌ها حاکی از این بود اجتناب تجربه‌ای ارتباط مستقیمی با شدت مصرف شیشه دارد و تغییر میزان اجتناب تجربه‌ای موجب تغییر در سطوح مصرف شیشه در مبتلایان می‌شود و به این ترتیب اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده مصرف شیشه در بیماران مرزی نیز محسوب می‌شود (Berking et al., 2009). همچنین چاپمن و دیکسون (Chapman et al., 2011) به مکانیزم‌های زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اشاره نمودند.

در تاریخچه زندگی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رویدادهای تلخ و پرفشار زندگی و آسیب‌زا دیده می‌شود. با توجه به این که مبتلایان به این اختلال از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند، بنابراین این رویدادها و آسیب‌ها موقعیتی را برای اجتناب تجربه‌ای فراهم می‌آورند. آسیب‌پذیری هیجانی دیگر مکانیزم زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای در میان مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است. آسیب‌پذیری هیجانی منجر به فشار بر سیستم تنظیم کننده هیجانات شخص می‌شود. در نتیجه این رویداد نیاز به تنظیم هیجان و دشواری این فرایند افزایش می‌یابد. بنابراین مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی در تنظیم هیجانی با دشواری روبرو بوده و انگیزه بالایی برای اجتناب یا فرار از هیجانات خود دارند. یکی از مؤلفه‌های آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نه تنها نسبت به محرک‌های شدید؛ بلکه نسبت به محرک‌هایی با آستانه پایین نیز واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان می‌دهند. حساسیت در زمینه هیجانات پریشان کننده، بیانگر گرایش به اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. از آنجا که این بیماران غالباً هیجانات پریشان کننده را تجربه می‌کنند پتانسیل بیشتری برای اجتناب دارند. در واقع پژوهش‌ها حاکی از این است که وقتی مردم دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند، تمایل دارند تا منابع مقابله خود را برحذف پریشانی معطوف کنند (Chapman et al., 2011). کاویسچیلو و روگی (Cavichchioli et al., 2015) سه فرایند اجتناب تجربه‌ای، سرکوب فکر و عدم تحمل پریشانی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی نمودند و دریافتند که بیماران شخصیت مرزی در ارتباط با افکار، هیجانات و احساسات بدنی خود به طور گسترده‌ای از راهبردهای مربوط به اجتناب و گریز (اجتناب تجربه‌ای و سرکوب فکر) استفاده می‌کنند. به گفته سائر و بیر (Sauer & Baer, 2009) با توجه به اینکه مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی محیطی بی‌اعتبار ساز را تجربه می‌کنند، باورهایی در خود بوجود می‌آورند مبنی بر اینکه افکار آن‌ها خطرناک و زیان‌آورند. علت گرایش این بیماران به سوء مصرف مواد و ولخرجی، سرکوب و اجتناب تجربه‌ای می‌باشد. تا کنون هیچ مطالعه‌ای انجام نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد اما به نظر می‌رسد در یک تا دو درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زن‌ها نیز دو برابر مردها شایع است.

شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است (Sadok, 2013). تکانشگری بیماران اختلال شخصیت مرزی حداقل در دو حوزه از موارد ذکر شده آسیب‌زا است. ولخرجی، رابطه جنسی، سوء مصرف مواد، رانندگی و پر خوری، با نگاهی به مکاتب مختلف روان‌درمانی همچون انسانگرایی، وجود گرایی و شناختی رفتاری، مشخص می‌گردد که تقریباً همه آسیب‌های روانی منشعب از انواع گوناگون اجتناب، از واقعیت ناشی می‌شوند (Hayes et al., 2006). پذیرش در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقابل اجتناب قرار می‌گیرد و شامل شناخت کامل و آگاهی از احساسات مان است، بدون اینکه سعی کنیم آن‌ها را تغییر دهیم. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با گسلش از افکار و ارتباط برقرار کردن با افکار و قضاوت نکردن آن یعنی پذیرش افکار بدون قضاوت در این روش درمانی از اجتناب تجربه‌ای پرهیز می‌کنند در نتیجه وقایع آسیب‌زا دوره کودکی دیگر برای آنان فشارزا نیست (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011). توجه به نظریه آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشخص می‌گردد که مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با تجربیات دشوار متعددی مانند مصرف شیشه و ولخرجی روبه‌رو می‌شوند و الگوهای اجتنابی برجسته‌ای را نشان می‌دهند. این همجوشی شناختی^۱ و هیجانی موجب پدیدآیی تجارب درونی غیرقابل قبول و تحمل‌ناپذیری می‌گردند و در این صورت، جدا شدن از این تجارب، تنها راه اجتناب مستقیم از آن‌ها می‌باشد. متأسفانه نه تنها این اجتناب هیجانی هزینه سنگینی را بر فرد وارد می‌کند، بلکه نهایتاً بی‌حاصل بوده و در اجتناب از تجارب شخصی نامطلوب، ناتوان می‌ماند (Hayes et al., 2012). در زمینه شیوه‌های درمانی اجتناب تجربه‌ای، در بیماران مرزی یافته‌های شارپ و همکاران (Sharp et al., 2015) بر اهمیت آموزش معنادهی و پذیرش حالات درونی تأکید می‌کنند. گراتز و گوندرسون (Gratz & Gunderson, 2006) اثربخشی مداخله گروهی تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش در درمان خودجراحی^۲، کژتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و کنترل سوء مصرف مواد و ولخرجی و رفتارهای جنسی آشوبناک^۳ در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خبر دادند. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط مورتون و اسنودون مورد مطالعه قرار گرفته است (Morton et al., 2012). بنابراین با در نظر گرفتن آنچه گفته شد، میزان اجتناب تجربه‌ای یا عدم پذیرش تجارب لحظه حال در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بالا بوده و عامل پیش‌بینی‌کننده عدم کنترل تکانه در این اختلال محسوب می‌شود. عواملی همچون

1. cognitive fusion

2. self-Injury

3. chaotic sexuality

حوادث تلخ دوران کودکی، آسیب‌پذیری هیجانی، حساسیت هیجانی و محیط بی‌اعتبارکننده‌ی دوران کودکی، هریک به طریقی فرد را برای اتخاذ یک رویکرد اجتنابی در زندگی آماده می‌کنند. بنابراین لازم است در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، مداخلات درمانی، توجه ویژه خود را برعامل پذیرش و اجتناب تجربه‌ای معطوف نمایند. نتایج این تحقیق در راستای تحقیقات قبلی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف مواد و ولخرجی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند.

از دیگر نتایج این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کنترل سوءمصرف شیشه در بیماران دوقطبی بود. علاوه بر اعتیاد به الکل، سایر اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد به طور فراوان با اختلال دوقطبی مرتبط است. سوءمصرف مواد ممکن است در جرقه زدن یک اپیزود بیماری نقش داشته باشد یا بر عکس، ممکن است نشان‌دهنده تلاش فرد برای درمان بیماری خود باشد (خوددرمانی) با اینکه بیماران در فاز مانیک به ندرت از داروهای آرامبخش برای کاستن از سرخوشی خود استفاده می‌کنند، اما در فاز افسردگی معمولاً از مواد محرک مثل کوکائین و شیشه برای کاهش افسردگی استفاده می‌کنند (Sadok, 2013). اسموت و لانگو (Smout et al., 2013) در مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سوءمصرف کنندگان شیشه نشان دادند که بعد از آموزش‌ها کمتر دچار بازگشت مجدد به سوءمصرف می‌شوند که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو می‌باشد. همچنین دباغی و اصغرنژاد (Dabaghi et al., 2007) در تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در کاهش میزان عود مصرف شیشه، و میزان ابقاء در درمان موثر باشد. بنابراین پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. بنابراین افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ی بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف در این بیماران افزایش دهد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش^۱ شناختی میزان تأثیری می‌باشد که یک فکر (مثلاً میل به مصرف) روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با

1. fusion or diffusion

افکارش درهم می آمیزد نمی تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (Hayes et al., 2012)، در نتیجه، در این درمان ها با آموزش تعهد و پذیرش و عمل در زمان حال، تاثیر حساسیت های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف شیشه روی رفتار آشکار، به واسطه رابطه فرد با این تجربیات تعدیل می شود. بنابراین، در این درمان به مصرف کنندگان شیشه آموزش داده می شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آن ها بتوانند این تجربیات را بپذیرند و تحمل کنند، به همان میزان می توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در رابطه با عدم اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ولخرجی بیماران دوقطبی می توان به شدت و میزان ولخرجی بیماران دوقطبی نسبت به بیماران اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد که تلفیق دارو درمانی و روان درمانی می تواند اثربخش تر باشد.

مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر نبودن منابع کافی و نبودن تحقیق مرتبط با موضوع مورد پژوهش بود. از دیگر محدودیت های این پژوهش محدود بودن نمونه بود که تعمیم نتایج به نمونه های دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی تعداد حجم نمونه بیشتر که متناسب تحقیقات مداخله ای است، استفاده شود. محدودیت زمانی و عدم مداومت پیگیری اثربخشی روش درمان از دیگر محدودیت های پژوهش بود که پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی، تحقیقات در مرحله پیگیری انجام پذیرد. از دیگر محدودیت های تحقیق بیماری کوید ۱۹ بود که باعث شد دوره آموزشی فشرده برگزار شود. پیشنهاد می شود در مراکز ترک اعتیاد، مداخلات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش به کار گرفته شود. همچنین با مقایسه روش های درمانی دیگر، با روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در یافتن بهترین مدل و انتخاب درمانی مناسب برای سوء مصرف شیشه تلاش شود. با توجه به اینکه این تحقیق بر روی بیماران دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی انجام شد، پیشنهاد می شود تحقیقات آتی در زمینه رابطه مصرف شیشه با ده طبقه اختلالات شخصیت بررسی شود.

تقدیر و تشکر

در پایان از مدیر محترم اردوگاه کرامت سپاه صاحب الزمان (عج) و مدیر فنی اردوگاه و کلیه کادر درمان و مددجویان که با صبر و حوصله و رغبت در این تحقیق همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می نمایم.

References

- Arjmand Ghujur, K., Mahmoud A, M., Khanjani, Z., & Bakhshipour, A. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Relapse Prevention in Methamphetamine Addict Patients. *Yafteh*, 21(1), 38-51. <https://sid.ir/paper/79957/en> (In Persian)

- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 663-670. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.011>
- Bowyer, J. F., Pogge, A. R., Delongchamp, R. R., O'Callaghan, J. P., Patel, K. M., Vrana, K. E., & Freeman, W. M. (2007). A threshold neurotoxic amphetamine exposure inhibits parietal cortex expression of synaptic plasticity-related genes. *Neuroscience*, 144(1), 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2006.08.076>
- Cavicchioli, M., Rugi, C., & Maffei, C. (2015). Inability to withstand present-moment experiences in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(4), 101-110. <https://doi.org/10.1037/t27764-000>
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 35-52. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Chegin, M., Delavar, A., & Garrahi, B. (2013). psychometric characteristics of millon clinical multiaxial inventory-iii. *journal of psychology*, 8(29), 135-162. <https://sid.ir/paper/120293/en>
- Clarke, P. D., & Mortimer, G. (2013). Self-gifting guilt: an examination of self-gifting motivations and post-purchase regret. *Journal of Consumer Marketing*. <https://doi.org/10.1108/JCM-05-2013-0566>
- Dabaghi, P., Asgharnejad, F., Atef, A., Kazem, V., & Bolhari, J. (2007). The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness observational thinking and activation of spiritual schemas in preventing relapse of opioid use. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13, 366-375. (In Persian)
- Ekhtiari, H. (2013). Length of Methamphetamine Abuse and Sustained Attention Disorders among Methamphetamine Abusers. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 17. (In Persian)
- Feiz, D., Bagheri G. h., & radfar, S. (2018). Examining the factors affecting on customer complaint behavior: with the mediator role of post-purchase regret in the fashion clothing Industry. *New Marketing Research Journal*, 8(2), 199-216. <https://doi.org/10.22108/nmrj.2018.109676.1613> (In Persian)
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35. [https://doi.org/0005-7894/06/025-035\\$1.00/0](https://doi.org/0005-7894/06/025-035$1.00/0)
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2003). *Abnormal Psychology, Clinical Perspectives on Psychological Disorders* (4th ed.).
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Second addition, the process and practice of mindful change*. . Guilford. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 415. <https://doi.org/10.1037/a0023703>
- Khaja Moghi, N. (1993). Preliminary preparation of Persian form of clinical of Milon's Multiaxial Clinical Questionnaire questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*(2), 68-69. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/125510>
- Khosravi, Z., & Rahmatinejad, P. (2014). The relationship between Borderline Personality Disorder and bipolar disorder type II based on Borderline Personality Organization. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 9(32), 37-46. (In Persian)
- Manzari Tavakoli, f. (2015). Evaluation of the effectiveness of self-compassion-focused group on anxiety and depression in students of Islamic Azad University, Baft Branch. *World Conference on Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the beginning of the third millennium*. (In Persian)
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004>
- Millon, T., & Davis, R. (1994). Millon's evolutionary model of normal and abnormal personality: theory and measures. . *Differentiating normal and abnormal personality*, 79-113. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055751>
- Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- Narenjiha, H., Nouri, R., Akbarian, M., Farahani, M. A., & Mirzamani, M. (2010). The experience of lifetime non-fatal overdose of drugs in Iranian substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), 327-333. (In Persian)
- New, A. S., Triebwasser, J., & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.020>
- Sadok, K. a. (2013). *Summary of Psychiatry, Kaplan and Zadok, based on DSM5* (second edition(2015) ed., Vol. 2). Savalan Publications. .
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2009). Relationships between thought suppression and symptoms of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 48-61. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.48>
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current opinion in psychology*, 2, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.013>
- Sharifi, A. A., & Namdari, K. (2008). The validity of mcmi-iii (millon, 1994) scales. . *knowledge & research in applied psychology*, 9(34), 27-38. <https://sid.ir/paper/163788/en> (In Persian)
- Sharp, C., Kalpakci, A., Mellick, W., Venta, A., & Temple, J. R. (2015). First evidence of a prospective relation between avoidance of internal states and borderline personality disorder features in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 283-290. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0574-3>

- ShoaKazemi, M. A. (2010). Investigating the relationship between attitudes toward addiction and coping strategies in heroin users in Tehran. *Scientific Quarterly of Research on Addiction* 7(2), 79-90. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/953762> (In Persian)
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., & Wickes, W. (2013). *Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.1080/08897071003641578>
- Wijetunga, M., Bhan, R., Lindsay, J., & Karch, S. (2004). Acute coronary syndrome and crystal methamphetamine use: a case series. *Hawaii medical journal*, 63(1). <https://doi.org/10.1592/phco.26.8.1148>.



The Impacts of Self-Compassion Training on Subjective Well-Being and Maternal-Fetal Attachment in Women experiencing Unintended Pregnancy: A Quasi-Experimental Study

Azadeh Salemi Ghomshe

MA Student in Consultancy in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. Email: a.salemighomshe@gmail.com

Marzieh Kaboodi

Assistant Professor in Fertility Health, Department of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author), Email: kaboudim@gmail.com

Ali Akbar Foroghi

Assistant Professor in Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Bijan Kaboodi

General Practitioner, Center of Cardiovascular Research, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Received: 2021-11-20	Revised: 2022-10-02	Accepted: 2023-06-04	Published: 2023-07-22
Citation: Salemi ghomshe, A., Kaboodi, M., Foroghi, A. A., & Kaboodi, B. (2023). The Impacts of Self-Compassion Training on Subjective Well-Being and Maternal-Fetal Attachment in Women experiencing Unintended Pregnancy: A Quasi-Experimental Study. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(1), 174-190. doi: 10.22067/tpccp.2023.73075.1186			

Abstract

Introduction

The maternity process is one of the evolutionary and delightful events in women's lives. Intended pregnancy is generally viewed as a pleasant issue for families, while unintended pregnancy is usually mentioned as an unpleasant and stressful process for the whole family, especially the mother. Unintended pregnancy refers to a pregnancy occurred without couple's intention for having a baby. When mothers encounter with an unintended pregnancy, it can disturb her and cause psychological consequences such as depression and anxiety. Some studies have shown that there is a mutual relationship between mother's anxiety and attachment to the fetus. That is, mothers having unintended pregnancy experience higher levels of depression and anxiety, therefore they cannot make proper bonding with their fetus. Maternal-fetal attachment is defined as a continuous, intimate, and close relationship between the mother and her fetus which is satisfactory for both of them and makes easy the mother-infant relationship after delivery. Mother's attachment to her fetus improves satisfaction and quality of life in mothers. Studies have showed that there is a positive relationship between the dimensions of attachment and subjective well-being. Subjective well-being explores how people evaluate their lives and it includes life satisfaction, marital life satisfaction, mood, positive emotions, lack of depression and anxiety in two cognitive and affective components. Considering the above-mentioned issues, it is expected that when the subjective well-being of mothers improves, the level of their attachment to their fetus increases as well. One way to increase the mother's attachment to the fetus in such a condition is training, and among the relatively new and effective trainings is self-compassion training. This study tried to examine the impacts of self-compassion training on the subjective well-being and maternal-fetal attachment in women experiencing unintended pregnancy.



©2022 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

Method

This study was conducted using a pre-test, post-test, follow-up design and a semi-experimental control group of 80 pregnant women who had an unintended pregnancy and visited Kermanshah health centers. The inclusion criteria for the study are: being in the first or second trimester of pregnancy, not having severe midwifery problems in the recent pregnancy such as uterine bleeding or abnormal results in fetal health screening, the age between 18 and 45, not taking psychoactive drugs or neuroleptics, and being consent to participate in this research. The exclusion criteria are: Failure to participate in two or more counseling sessions, pregnancy loss during the study, and unwillingness to participate in or continue the process of this study. Participants were selected through cluster and convenient sampling methods. They were divided randomly into control and experimental groups. For collecting data, the demographic characteristics, subjective well-being, and maternal-fetal attachment questionnaires were used. For the experimental group, eight group sessions, each in 90 minutes, once a week were held to train self-compassion. During this time, the control group was placed on the waiting list. The evaluation of the participants was done in the pre-test stage before the start of the intervention, in the post-test stage immediately after the final session of training, and in the follow-up stage, four weeks after the end of the last training session. The data was analyzed using SPSS version 25. Frequency, frequency percentage, and mean were used to check the descriptive indicators, Fisher's exact test, Chi square, and Mann-Whitney test were used to check the homogeneity of demographic variables, and non-parametric Friedman and Mann-Whitney tests were applied to check the findings.

Results

The results of Friedman test showed that the mean score of subjective well-being and maternal-fetal attachment in the experimental group increased after the intervention (post test), and four weeks after the end of training. These changes were statistically significant ($p < 0.001$). However, in the control group, this trend was decreasing. Therefore, we conclude that there was a significant impact during the intervention in the experimental group. Moreover, the results of the Mann-Whitney test showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in the second and third rounds of measurement.

Discussion and Conclusion

The results showed seemingly self-compassion training can lead to the improvement of the subjective well-being and improvement of maternal-fetal attachment in women experiencing unintended pregnancy. It is suggested, therefore, that an independent midwifery counseling unit be established that provides counselling and self-compassion based training services for women who are experiencing unintended pregnancy. Providing counseling and support services by midwives and health care workers can lead to the women's adaptive behaviors in this period and increase their ability to face the challenges caused by unintended pregnancy. It also can help them deal with this phenomenon better, be able to cope with this, show a more appropriate reaction, and even have more ability to get pregnant again.

Keywords: Maternal-Fetal Attachment, Subjective Well-being, Unintended Pregnancy, Self-Compassion, Training

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر- جنین در زنان با حاملگی ناخواسته: یک مطالعه نیمه تجربی

آزاده سالمی قمشه ^{ID}

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. a.salemighomshe@gmail.com

مرضیه کبودی ^{ID}

استادیار گروه سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول)، kaboudim@gmail.com

علی اکبر فروغی ^{ID}

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

بیژن کبودی ^{ID}

پزشک عمومی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱
استناد: سالمی قمشه، آزاده؛ کبودی، مرضیه؛ فروغی، علی اکبر؛ کبودی، بیژن. (۱۴۰۲). تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر- جنین در زنان با حاملگی ناخواسته: یک مطالعه نیمه تجربی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۱)، ۱۹۰-۱۷۴. doi: 10.22067/tpccp.2023.73075.1186			

چکیده

هدف: بارداری ناخواسته یکی از مسائل مهم مرتبط با سلامت مادران در دوران بارداری است. هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین زنان با حاملگی ناخواسته بود.

روش‌ها: این مطالعه با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و با گروه گواه نیمه تجربی در ۸۰ زن باردار که بارداری ناخواسته داشتند و مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر کرمانشاه انجام شد. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای و در دسترس انتخاب شدند و از طریق تخصیص تصادفی، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناسی، بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین استفاده گردید. برای گروه آزمایش، هشت جلسه گروهی به صورت یک‌بار در هفته در بازه زمانی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شفقت به خود بر اساس الگوی صیدی برگزار شد و در این مدت گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیلی به منظور بررسی شاخص‌های توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و جهت بررسی همسانی متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون‌های دقیق کای‌اسکوئر (آزمون دقیق فیشر)، کای‌اسکوئر و آزمون یومن‌وینتی و به منظور بررسی یافته‌های از آزمون‌های ناپارامتریک فریدمن و یومن‌وینتی استفاده شد. سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتیجه: بر اساس نتایج آزمون فریدمن، در طی زمان مداخله در گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است. همچنین بر اساس نتایج آزمون یومن - ویتنی، بین گروه آزمایش و کنترل در نوبت دوم و سوم سنجش تفاوت معناداری وجود داشت. بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش شفقت به خود موجب ارتقاء بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین در زنان دارای بارداری ناخواسته می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد، در مراکز ارائه‌دهنده خدمات به زنان باردار، از آموزش شفقت به خود استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: دل‌بستگی مادر - جنین، بهزیستی ذهنی، حاملگی ناخواسته، آموزش شفقت به خود

مقدمه

فرآیند مادر شدن از رویدادهای لذت‌بخش و تکاملی در زندگی زنان است. علیرغم آنکه بارداری خواسته فرآیندی خوشایند برای خانواده محسوب می‌شود، اما بارداری ناخواسته^۱ معمولاً فرآیندی ناخوشایند و استرس‌زا برای کل خانواده و به‌خصوص مادر است (Mortazavi et al., 2012). بارداری ناخواسته به بارداری گفته می‌شود که زمان وقوع آن مطابق خواسته‌ی زوج نبوده است و یا زوج قصد بارداری در هیچ زمانی نداشته باشند (Niazi Sadiqah, 2019).

تمامی زنان در سن بارداری در معرض بارداری ناخواسته هستند که می‌تواند بر سلامت جسمانی و روانی مادر و کودک مؤثر باشد (Moeini et al., 2018). در جهان ۴۰ درصد از کل بارداری‌ها ناخواسته هست که در ایران میزان شیوع آن در حدود ۳۰/۶ می‌باشد (Hoseini et al., 2020). مواجهه ناگهانی مادر با بارداری ناخواسته می‌تواند موجب عدم آرامش و بروز اختلالات رفتاری در مادر شود تا آنجا که حتی زندگی وی را تحت تأثیر قرار دهد. افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و پس از زایمان ازجمله شایع‌ترین واکنش مادران در برابر بارداری ناخواسته است (Mortazavi et al., 2012; Rasouli et al., 2016). شبیری و همکاران در مطالعه خود به افزایش مشکلات ناشی از بارداری در زنان با بارداری ناخواسته در مقایسه به زنان با بارداری خواسته اشاره کردند (Shobeiri et al., 2019). مولینا و همکاران در خصوص زنان با بارداری ناخواسته گزارش کردند که این زنان مشکلات روانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (Molina, 2010). سطح بالای اضطراب و استرس مادر موجب بروز زایمان پیش از موعد، تولد نوزاد کم‌وزن، سقط جنین و ناهنجاری‌های رشدی می‌گردد (Sarani et al., 2016). علاوه بر آن، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین اضطراب مادر و دل‌بستگی به جنین رابطه دوسویه‌ای برقرار است. به گونه‌ای که نمره دل‌بستگی مادر به جنین در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده بیشتر از بارداری‌ها ناخواسته می‌باشد (Pakseresht et al., 2018).

و در نتیجه اضطراب موجب واکنش نامناسب مادر به جنین می‌گردد، از سوی دیگر دل‌بستگی پایین به جنین نیز باعث تشدید اضطراب و افسردگی مادر می‌شود (Yarcheski et al., 2009).

پیوند یا دل‌بستگی مادر - جنین به رابطه‌ی گرم، صمیمی و مداوم میان مادر و جنین گفته می‌شود که برای هر دو رضایت‌بخش بوده و موجب تسهیل و پایداری رابطه‌ی مادر - نوزاد پس از زایمان می‌شود (Saastad et al., 2011). دل‌بستگی مادر - جنین موجب شروع به موقع و ادامه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه، خواب، ورزش مناسب، عدم مصرف الکل و مواد مخدر در دوران بارداری می‌گردد (Tork Zahrani et al., 2019). شواهد موجود نشان می‌دهد، مادرانی که دل‌بستگی بالاتری به جنین خود دارند، تعامل آن‌ها با شیرخوار پس از زایمان بیشتر می‌شود که این امر زمینه‌ی رشد و تعامل هیجانی، شناختی و اجتماعی نوزاد را سبب می‌شود (Matthies et al., 2020).

دل‌بستگی مادر به جنین موجب ارتقا و بهبود رضایت و کیفیت زندگی در مادران می‌گردد (Hoseini et al., 2020)، مطالعات نشان داده‌اند بین ابعاد دل‌بستگی و بهزیستی ذهنی^۱ رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد، (Bigdeli et al., 2013; Rajabi & Maghami, 2015). بهزیستی ذهنی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان می‌پردازد و شامل رضایت از زندگی، رضایت از زندگی زناشویی، خلق و خو، هیجان‌های مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب در دو مولفه‌ی عاطفی و شناختی است (Voukelatou et al., 2021). با توجه به مطالب گفته‌شده، انتظار می‌رود با افزایش بهزیستی ذهنی مادران، میزان دل‌بستگی مادر به جنین افزایش یابد. یکی از راه‌های مداخله در جهت افزایش دل‌بستگی مادر به جنین در چنین شرایطی آموزش می‌باشد. آموزش و مشاوره مؤثر در دوران بارداری می‌تواند بسیار راه‌حل مناسبی در این دوران باشد (Parsa et al., 2016). ازجمله آموزش‌های نسبتاً جدید و مؤثر مرتبط با بهزیستی ذهنی، آموزش مبتنی بر شفقت به خود^۲ است (Kurd, 2016; Nazari et al., 2014). از نظر کریستین نف شفقت به خود، دارای سه سازه مهربانی با خود در مقابل خود قضاوتی، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است. مهربانی با خود، به معنای درک خود به جای قضاوت کردن است. اعتراف به اینکه تمام انسان‌ها دارای نقص هستند و مرتکب اشتباه می‌شوند مشخصه‌ی اشتراک‌های انسانی است. سازه سوم به ذهن آگاهی اختصاص دارد. ذهن آگاهی به آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال منجر می‌شود (Neff, 2003). افرادی که خود شفقت ورزی بیشتری دارند، سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند. شفقت به خود منجر به

1. Subjective Well-being

2. Self Compassion Training

پذیرش راحت‌تر وقایع منفی و ناخوشایند، اشتباهات زندگی، خودارزیابی منفی، اضطراب و افسردگی کمتر می‌شود (Saeedi Z, 2013). این رویکرد موجب آشکار شدن محدودیت‌ها، شناسایی رفتارهای ناسالم و قادر ساختن فرد برای ارتقای بهزیستی ذهنی‌اش می‌گردد.

در مطالعه‌ای، افشانی و همکاران درباره آموزش شفقت به خود بر بهزیستی روانشناختی زنان نابارور نشان دادند که آموزش شفقت به خود می‌تواند موجب ارتقا بهزیستی روانشناختی در این زنان نابارور گردد (Afshani et al., 2019). در مطالعه دیگری دیده شده است که آموزش شفقت خود با کمک به برآوردن نیازهای روانشناختی و اطلاعاتی زنان باردار آن‌ها را قادر می‌سازد از خود و جنین‌شان نه تنها طی بارداری، حتی پس از آن نیز مراقبت و محافظت کنند. مداخله شفقت به خودروشی مؤثر در کاهش و پیشگیری از مشکلات رفتاری و روانی در زنان باردار می‌باشد (Daroshi & Khayatan, 2018).

با توجه به اثر مشاوره و آموزش قبل از تولد در بهبود دل‌بستگی مادر به جنین در زنان باردار و به سبب میزان بالای بارداری ناخواسته در ایران که بر سلامت جسمانی و روانی مادران تأثیر می‌گذارد و موجب کاهش دل‌بستگی مادر به جنین می‌شود، لزوم به کار بستن مداخلاتی مؤثر به‌خصوص توسط ماماها به‌عنوان افرادی اثرگذار در فرایند بارداری بارز است، بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر – جنین در زنان با حاملگی ناخواسته انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر، شامل تمامی زنان دارای بارداری ناخواسته بودند که به پایگاه‌های سلامت وابسته به مرکز بهداشت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ مراجعه می‌کردند و از مراقبت‌های رایج ارائه‌شده توسط مراکز ارائه خدمات سلامت برخوردار بودند.

روش نمونه‌گیری اولیه در این پژوهش به‌صورت خوشه‌ای بود، به این صورت که شهر کرمانشاه بر اساس مناطق شهری به هفت منطقه تقسیم گردید و سپس از هر منطقه با استفاده از جدول اعداد تصادفی یک پایگاه سلامت انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج به پژوهش شرکت‌کنندگان در این پژوهش از بین زنان دارای شرایط مراجعه‌کننده به این پایگاه‌ها نمونه‌ی پژوهش انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه به پژوهش‌های مشابه قبلی مراجعه شد. محمدی ریزی و کردی در پژوهش خود، ضریب همبستگی شفقت به خود و دل‌بستگی در دوره بارداری را ۰/۳۰ گزارش کردند (Mohamadirizi & Kordi, 2016) که بر اساس فرمول تبدیل آماری معادل اندازه‌ی اثر

تقریباً ۰/۶۰ هست؛ بنابراین؛ با مراجعه به جدول استاندارد برآورد حجم نمونه و با درگرفتن حدود اطمینان ۰/۹۵ و توان آماری ۰/۸۵ حجم نمونه‌ی موردنیاز برای هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل، ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. لذا کل نمونه‌ی این پژوهش ۸۰ نفر بودند و شرکت کنندگان در نهایت به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه قرار داشتن در سه ماهه اول یا دوم بارداری، نداشتن مشکلات شدید مامایی در بارداری اخیر از قبیل خونریزی رحمی و یا نتیجه مختل در غربالگری سلامت جنین، معیارهای ورود به مطالعه قرار داشتن در سه ماهه اول یا دوم بارداری، نداشتن مشکلات شدید مامایی در بارداری اخیر از قبیل خونریزی رحمی و یا نتیجه مختل در غربالگری سلامت جنین، قرار داشتن در سن ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و یا داروهای اعصاب و روان و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در دو جلسه یا بیشتر از جلسه‌های مشاوره، از دست دادن بارداری در طول مطالعه و عدم تمایل مشارکت کنندگان جهت ادامه شرکت در پژوهش بود. به منظور گردآوری اطلاعات موردنیاز از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه‌ی بهزیستی ذهنی^۱ و پرسشنامه دل‌بستگی مادر - جنین کرانلی^۲ استفاده شد.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه به صورت محقق ساخته بود و شامل هفت سؤال درمورد سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، جنسیت فرزندان، سن بارداری و میزان درآمد ماهیانه خانواده بود.

پرسشنامه‌ی بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه توسط به منظور ارزیابی بهزیستی ذهنی بزرگسالان با ۴۵ گویه طراحی گردید (کی‌یز و ماگیارمو، ۲۰۰۳). در این ابزار برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید و نمره بالاتر به معنای بهزیستی ذهنی بیشتر است. در پژوهش که محرابی و صالحی در سال ۱۳۹۶ انجام دادند، همسانی درونی (پایایی) به روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی ذهنی ۰/۶۵ گزارش شد (Mehrabi S & A, 2017). در پژوهشی دیگر، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی ذهنی ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های بهزیستی هیجانی ۰/۷۶، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۴ و بهزیستی اجتماعی ۰/۷۶ گزارش شد (Diener et al., 1985).

پرسشنامه‌ی دل‌بستگی مادر - جنین کرانلی: این پرسشنامه توسط کرانلی در سال ۱۹۸۱ با ۲۴ گویه

1. subjective well-being scale

2. cranley's maternal-fetal attachment scale

معرفی شد. تمامی گویه‌های این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱=قطعاً خیر تا ۵=قطعاً بلی نمره‌گذاری می‌شوند. فقط گویه ۲۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب، دامنه‌ی نمره‌ها از ۲۴ تا ۱۲۰ متغیر است. در این پرسشنامه کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی دل‌بستگی بالاتر است برای اولین بار کرانلی، پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۵ و اعتبار آن را ۰/۸۳ گزارش کرد (Cranley, 1981). در پژوهشی که در ایران انجام شد، پایایی این پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش شد و اعتبار آن با استفاده از روایی محتوایی مورد تایید قرار گرفت (Kharaghani et al., 2021).

بسته آموزش شفقت به خود: این آموزش در هشت جلسه و به صورت هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اجرا گردید. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و کنترل از مراقبت‌های رایج دوران بارداری بهره‌مند بودند. ارزیابی شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله، در مرحله‌ی پس‌آزمون بلافاصله بعد از آموزش و در مرحله‌ی پیگیری چهار هفته پس از اتمام آخرین جلسه آموزش انجام شد. محتوای آموزش شفقت به خود به تفکیک هر جلسه در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای آموزش شفقت به خود به واحدهای پژوهش به تفکیک هر جلسه

جلسه‌ی اول	آشناسازی اعضای گروه باهم، اتحاد درمانی، معرفی رویکرد شفقت به خود
جلسه‌ی دوم	گفتگوی تعاملی و تمرین زندگی در لحظه (ذهن آگاهی) در زندگی روزمره
جلسه‌ی سوم و چهارم	آموزش مهربانی با خود در برابر قضاوت خود
جلسه‌ی پنجم و ششم	مرور دو جلسه‌ی قبل و تمرین در کسب مهارت خود شفقت ورزی
جلسه‌ی هفتم:	حس تجربه‌ی مشترک بشری
جلسه‌ی هشتم	مرور جلسه‌ی قبل و تمرین در کسب مهارت خود شفقت ورزی و جمع‌بندی نهایی

در این پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان، هنگام ورود به پژوهش رضایت آگاهانه و کتبی گرفته شد و به منظور حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید. این پژوهش با شناسه‌ی اخلاق IR.KUMS.REC.1398.133 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد. به منظور بررسی شاخص‌های توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و همچنین به دلیل دقت بیشتر از خطای معیار بجای انحراف معیار (Altman & Bland, 2005; Garg & Mohanty, 2013) استفاده گردید. جهت بررسی همسانی متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون‌های دقیق کای اسکوتر (آزمون دقیق فیشر)، کای اسکوتر و

آزمون یومن-ویتنی و جهت بررسی وضعیت نرمالیتی توزیع متغیرهای بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. سطح معنی‌داری برای تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در نهایت به منظور بررسی یافته‌های اصلی از آزمون‌های ناپارامتریک فریدمن و یومن-ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۸۰ زن باردار واجد شرایط مطالعه در قالب دو گروه آزمایش و کنترل شرکت کردند. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، سن بارداری، تعداد و جنسیت فرزندان و میزان درآمد خانوار در جدول دو مشاهده می‌شود.

جدول ۲- بررسی همسانی متغیرهای کمی جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش (۴۰ نفر)			گروه کنترل (۴۰ نفر)			نتیجه آزمون*	
	میانگین	خطای معیار	دامنه	میانگین	خطای معیار	دامنه	آماره آزمون	P-value
سن (سال)	۳۰/۴	۰/۷۵	۱۸-۳۵	۳۰/۶	۰/۷۷	-۳۸-۱۷	۷۸۵/۵	۰/۸۸۷
سن بارداری (هفته)	۱۷/۴۸	۰/۸۵	۸-۲۷	۱۹/۲۵	۰/۹۴	۷-۲۸	۶۴۴/۵	۰/۱۳۳
تعداد فرزند دختر	۰/۷	۰/۱	۰-۳	۰/۶۳	۰/۱	۰-۲	۷۵۴/۵	۰/۶۲۶
تعداد فرزند پسر	۰/۵۸	۰/۱	۰-۳	۰/۷۷	۰/۱۱	۰-۲	۶۶۸	۰/۱۶۰
درآمد خانوار (میلیون تومان)	۲/۰۶	۰/۱۲	۱-۳/۵	۱/۹۶	۰/۱۱	۱-۵/۳	۷۴۶	۰/۵۹۷
*آزمون یومن-ویتنی								

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان داد که سن، سن بارداری، تعداد فرزندان و میزان درآمد خانوار از توزیع نرمال پیروی نمی‌کند. لذا برای مقایسه این متغیرها در دو گروه، از آزمون یومن-ویتنی استفاده شد.

همانطور که در جدول دو مشاهده می‌شود دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای سن، سن بارداری، تعداد فرزندان و درآمد ماهیانه خانواده تفاوت معناداری به لحاظ آماری با یکدیگر نداشتند ($P > 0/05$).

افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر بیشترین فراوانی را داشتند به طوری که در گروه آزمایش و کنترل به

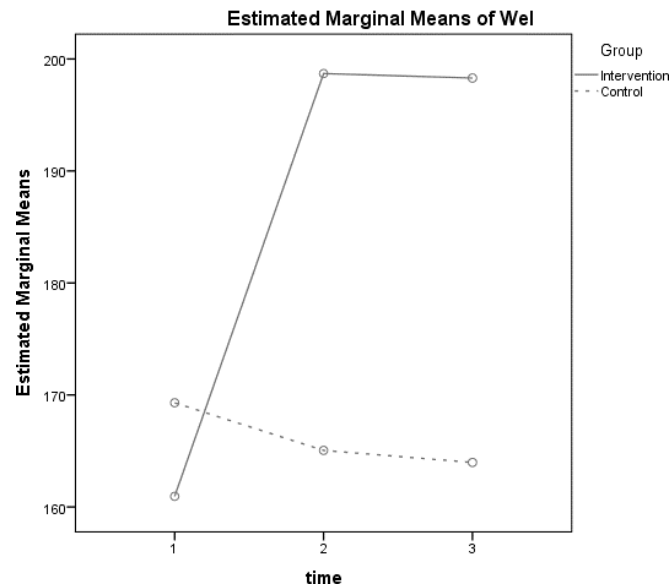
ترتیب ۸۲/۵٪ (۳۳ تن) و ۸۵/۰٪ (۳۴ تن) از مشارکت کنندگان تحصیلاتی در این مقطع داشتند. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۹۵٪ (۳۸ تن) از گروه آزمایش و ۹۲/۵٪ (۳۷ تن) از گروه کنترل خانه‌دار بودند. نتایج آزمون اگزکت کای اسکویر نشان‌دهنده همگونی متغیرهای سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بین دو گروه آزمایش و کنترل بود ($P > 0.05$).

بر اساس نتایج آزمون فریدمن، میانگین نمره بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش بلافاصله پس از مداخله و چهار هفته پس از مداخله، نسبت به قبل از مطالعه افزایش یافت. این تغییرات به لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.001$)؛ اما در گروه کنترل، این روند کاهشی بود. این تغییرات به لحاظ آماری نیز معنادار بود ($P < 0.001$) (جدول سه).

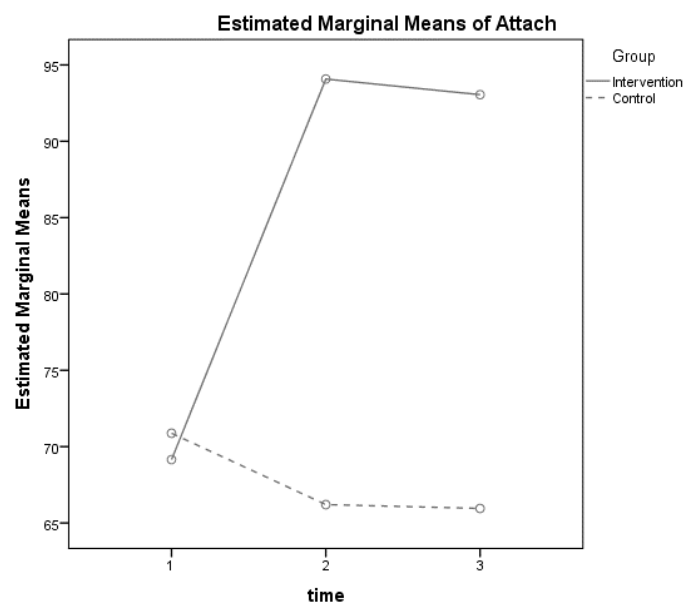
جدول ۳: مقایسه میانگین نمره بهزیستی روانی واحدهای پژوهش در قبل، بلافاصله بعد و چهار هفته پس از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		آزمون فریدمن	
		میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	آماره	P-value
بهزیستی روانی	آزمایش	۱۶۰/۹۵	۲/۸۶	۱۹۸/۷	۲/۴۸	۱۹۸/۳	۲/۳۷	۵۰/۵۹	<0/001
	کنترل	۱۶۹/۳	۲	۱۶۵/۰۵	۱/۹۶	۱۶۳/۹۷	۲/۰۳	۲۲/۷۵	<0/001
	آزمون	آماره	۵۶۹	۴۹		۶۰/۵			
	یومن ویتنی	P-value	۰/۰۲۶	<0/001		<0/001			

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده، بر اساس نتایج آزمون یومن - ویتنی در نوبت اول سنجش (قبل از انجام مداخله) میانگین نمره‌های بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش به صورت معناداری از گروه کنترل پایین تر بود ($P < 0.05$)؛ اما در نوبت دوم و سوم سنجش (بلافاصله و چهار هفته پس از مداخله) میانگین نمره‌های بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش از گروه کنترل بالاتر بود. این افزایش نظر آماری نیز معنادار بود ($P < 0.001$) (نمودار یک).



نمودار ۱: تغییرات میانگین نمره‌های بهزیستی ذهنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله‌ی
سنجش و تقابل بهزیستی ذهنی



نمودار ۲: تغییرات میانگین نمره‌های دل‌بستگی مادر جنین شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل در سه
مرحله‌ی سنجش و تقابل دل‌بستگی مادر - جنین

همان‌گونه که در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج آزمون فریدمن نمره‌ی دل‌بستگی مادر - جنین شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در بازه زمانی طی سه نوبت سنجش (قبل، بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله) افزایش یافت و این تغییر از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/001$)؛ اما طی همین بازه زمانی، نمره‌ی دل‌بستگی مادر - جنین شرکت‌کنندگان در گروه کنترل، کاهش معناداری داشت و این کاهش نیز از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/001$).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره دل‌بستگی مادر-جنین واحدهای پژوهش در قبل، بلافاصله بعد و چهار هفته بعد از

مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		آزمون فریدمن	
		میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	آماره	P-value
دل‌بستگی	آزمایش	۶۹/۱۵	۱/۹	۹۴/۰۷	۰/۸۶	۹۳/۰۵	۰/۸۸	۵۲	$< 0/001$
مادر-جنین	کنترل	۷۰/۸۷	۱/۸۵	۶۶/۲	۱/۵۷	۶۵/۹۵	۱/۵۸	۳۱/۸۳	$< 0/001$
آزمون		۷۱۰/۵		۲۸		۶۲			
یومن		۰/۳۸۹		$< 0/001$		$< 0/001$			
ویتی		P-value							

نتایج آزمون یومن - ویتی حاکی از آن بود که در نوبت اول سنجش میانگین نمره‌های دل‌بستگی مادر - جنین در بین گروه آزمایش و شاهد تفاوت معناداری نداشت و از نظر دل‌بستگی مادر - جنین همسان بودند ($P > 0/05$)؛ اما در نوبت دوم و سوم سنجش (بلافاصله و چهار هفته پس از مداخله) میانگین نمره‌های دل‌بستگی مادر - جنین در گروه آزمایش از گروه کنترل بالاتر بود. این اختلاف از نظر آماری نیز معنادار بود ($P < 0/001$).

بحث

هدف از انجام این پژوهش، تعیین تأثیر آموزش شفقت به خود بر بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین در زنان با حاملگی ناخواسته بود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش بلافاصله و چهار هفته پس از مداخله نسبت به مرحله‌ی قبل از مداخله بهبود یافته است؛ اما طی همین بازه زمانی تغییر مشخصی در وضعیت بهزیستی ذهنی گروه کنترل مشاهده نشد. علاوه بر آن، علیرغم آنکه نمره بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش قبل از انجام مداخله از گروه کنترل پایین‌تر بود، پس از انجام مداخله،

این متغیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه‌ای یافت و بین دو گروه تفاوت معناداری به لحاظ آماری دیده شد. بهبود بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش در مقایسه با وضعیت قبل از مداخله و نیز در مقایسه با گروه کنترل، حاکی از تأثیر مثبت آموزش شفقت به خود بر ارتقاء بهزیستی ذهنی در زنان با حاملگی ناخواسته بود. نتایج این پژوهش با پژوهش شبانی و همکاران (Shabani R, 2015)، زسین و همکاران^۱ (Zessin et al., 2015) و لری و همکاران^۲ (Leary et al., 2007) همسو است.

شبانی و همکاران در ارومیه طی مطالعه‌ای باهدف پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و شفقت به خود، نشان دادند که بین دل‌بستگی ایمن با بهزیستی روان‌شناختی مادران رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد، به این صورت که هر چه مادران دارای سبک دل‌بستگی ایمن و شفقت به خود بالاتر باشند، احتمال بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها بالاتر است. درواقع، مادرانی که نگرش مثبت به خوددارند، احساس رشد مداوم می‌کنند، زندگی‌شان را هدفمند و معنادار می‌دانند، توانایی همدلی و برقراری روابط صمیمی و گرم با دیگران دارند، احساس کنترل محیطی و مدیریت محیط دارند و خود را مستقل و توانمند در برابر اشاره‌ای اجتماعی ارزیابی می‌کنند (Shabani R, 2015).

بر اساس نتایج به‌دست آمده در این مطالعه، می‌توان بیان داشت آموزش شفقت به خود، موجب افزایش میزان دل‌بستگی مادر- جنین در زنان با حاملگی ناخواسته می‌گردد. نتایج این پژوهش با پژوهش سالیس بوری و همکاران^۳ (Salisbury et al., 2003)، طوسی و همکاران (Toosi et al., 2011) و حسینیان و همکاران (Hosseinian et al., 2016) همسو است.

بر اساس پژوهش‌های قبلی، شیوع و شدت رفتارهای دل‌بستگی مادر - جنین متفاوت است و در دوران بارداری طیف گسترده‌ای از این رفتارها بروز می‌کند. میزان و شدت بروز دل‌بستگی مادر - جنین در هر مادری به‌صورت خاص و متفاوتی بروز می‌کند، مثلاً برخی خیلی سریع و برخی به‌تدریج به جنین خود دل‌بستگی پیدا می‌کنند و حتی برخی از مادران به جنین خود دل‌بستگی پیدا نمی‌کنند (Jamshidimanesh et al., 2012). بر اساس دیدگاه پلیتری^۴، دل‌بستگی مادر - جنین از ابتدای بارداری شروع و به‌تدریج افزایش می‌یابد و در سه‌ماهه‌ی سوم بارداری به اوج خود می‌رسد (Pillitteri, 2010). آموزش به مادر و انجام رفتارهای دل‌بستگی موجب کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان مادران می‌گردد (Torshizi, 2013). رفتارهای دل‌بستگی مادر - جنین به صورت‌های متفاوتی بروز می‌کند، مانند صحبت کردن با جنین در دوران

1. Zessin & et al

2. Leary & et al

3. Salisbury & et al

4. Pillitteri

بارداری و لمس و نوازش شکم خود. افزایش دل‌بستگی مادر - جنین موجب افزایش تعامل با جنین و انجام رفتارهایی مانند خوب غذا خوردن و ترک الکل می‌گردد (Toosi et al., 2011). آموزش‌های گوناگون تاثیرهای متفاوتی بر میزان دل‌بستگی مادر - جنین دارد، و این تفاوت‌ها ممکن است به زمان، مکان، نحوه‌ی مشاوره و ماهیت آموزش مربوط باشند (Salisbury et al., 2003). از طرفی زمینه و بافت فرهنگی می‌تواند بر دل‌بستگی مادر - جنین مؤثر باشد (Torshizi, 2013). از مؤثرترین آموزش‌های روانی به مادران در دوران بارداری، آموزش شفقت به خود است ولی این آموزش هنوز جایگاه خود را در مراقبت‌های دوران بارداری و به‌ویژه در مادران نیازمند به آن از قبیل مادران با حاملگی ناخواسته، پیدا نکرده است. تأثیر آموزش شفقت به خود بر دل‌بستگی مادر - جنین را به این صورت می‌توان تبیین کرد که، این آموزش به مادران یاد می‌دهد با خود و جنین خود مهربان باشد، خود و جنین را مورد قضاوت قرار ندهند و مسائل و مشکلات را منحصر به خودشان در نظر نگیرند (Hosseini et al., 2016).

با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر آموزش شفقت به خود بر ارتقاء بهزیستی ذهنی و دل‌بستگی مادر - جنین در زنان دارای بارداری ناخواسته، به نظر می‌رسد که وجود بخش مشاوره در مامایی در مراکز ارائه خدمات سلامت به زنان باردار ضروری است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بر روی پدران منتظر نوزاد نیز انجام شود، چرا که همان‌گونه که قبلاً بیان شده، دل‌بستگی والدین با جنین پایه و اساس روابط آن‌ها با کودک خود را شکل می‌دهد. علاوه بر آن، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی علت ناخواسته بودن بارداری و مواردی از قبیل وجود تعارض زناشویی، مشکلات اقتصادی، ترس از بیماری ژنتیکی و ... به تفکیک مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه

بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود موجب ارتقاء بهزیستی ذهنی و بهبود دل‌بستگی مادر به جنین در زنان دارای بارداری ناخواسته می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش شفقت به خود در مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت به زنان دارای بارداری ناخواسته، با کمک فردی متخصص ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه است که با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1398.133 انجام شد. بدین‌وسیله از مسئولین و کارکنان مرکز

بهداشت شهرستان کرمانشاه و همچنین کلیه زنان بارداری که با سعه صدر با این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشت.

References

- Afshani, S. A., Abooei, A., & Abdoli fahadan, A. M. (2019). Self-compassion training and psychological well-being of infertile female [Short Research Reports]. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(10), 757-762. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i10.5300>
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (2005). Standard deviations and standard errors. *Bmj*, 331(7521). <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7521.903>
- Bigdeli, I., Najafy, M., & Rostami, M. (2013). The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iranian journal of medical education*, 13(9), 721-729. <https://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-en.html> (In Persian)
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284. <http://europepmc.org/abstract/MED/6912989>
- Daroshi, S., & Khayatan, F. (2018). Effects of Self-Compassion on the Quality of Life and Happiness of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder [Research]. *Journal of Exceptional Children*, 17(4), 77-86. <http://joec.ir/article-1-431-en.html>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Garg, P. K., & Mohanty, D. (2013). Mean (standard deviation) or mean (standard error of mean): time to ponder. *World journal of surgery*, 37(4), 932-932. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1854-z>
- Hoseini, S., Motaghi, Z., Nazari, A. M., & Goli, S. (2020). Evaluation of Effectiveness Midwifery Counseling with Cognitive-Behavioral Approach to Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women with Unwanted Pregnancy [Original]. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 27(2), 85-93. <https://doi.org/10.29252/ajcm.27.2.85> (In Persian)
- Hosseini, S., Yazdi, S. M., & Alavinezhad, S. (2016). The Effectiveness of fetal attachment training program on maternal-fetal relationship and mental health of pregnant women. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 2(4), 75-87. <http://childmentalhealth.ir/article-1-84-en.html> (In Persian)
- Jamshidimanesh, M., Astaraki, L., Moghadam, Z. B., Taghizadeh, Z., & Haghani, H. (2012). Maternal-Fetal Attachment and its Associated Factors. *Hayat*, 18(5), 33-45. (In Persian)
- Kharaghani, R., Yazdan parast, E., & Arasteh, A. (2021). Evaluation of the Quality OF Marital Relationship and its Relationship with Maternal-Fetal Attachment in Wanted and Unwanted Pregnancies [Research]. *Nursing And Midwifery Journal*, 19(8), 621-632. <https://doi.org/10.52547/unmf.19.8.621> (In Persian)

- Kurd, B. (2016). Prediction of Nursing Students' Subjective Well-being based on Mindfulness and Self-compassion. *Iranian journal of medical education*, 16(78), 272-282. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-4025-en.html> (In Persian)
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Matthies, L. M., Müller, M., Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2020). Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: The mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(1), 107-117. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>
- Mehrabi S, & A, S. (2017). Predictive model of cognitive factors in mental well-being among patients with epilepsy in isfahan city, Iran. *Journal of isfahan medical school (I.U.M.S)*, 35(424), 326-334. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=544271> (In Persian)
- Moeini, M., Mokhtari, N., & Vafaei, Z. (2018). Unwanted pregnancy after earthquake in bam city, Iran. *Pharmacophore*, 9(2), 80-84.
- Mohamadirizi, S., & Kordi, M. (2016). The relationship between multi-dimensional self-compassion and fetal-maternal attachment in prenatal period in referred women to Mashhad Health Center. *Journal of Education and Health Promotion*, 5. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.184550>
- Molina, R. C., Roca, C. G., Zamorano, J. S., & Araya, E. G. (2010). Family planning and adolescent pregnancy. . *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 2(2), 209-222. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.09.008>
- Mortazavi, F., Damghanian, M., Mottaghi, Z., & Shariati, M. (2012). Women's experiences of unwanted pregnancy. *Kermanshah Univ Med Sci*, 15(6), 492-503. <https://brieflands.com/articles/jkums-78904.html> (In Persian)
- Nazari, H., Farhadi, A., Jariayani, M., Hosseinabadi, R., Asgari, S., & Majidimehr, M. (2014). Mental health of pregnant women referred to Khorramabad health centers. *Yafteh*, 16(2), 40-48. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-1667-fa.html> (In Persian)
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1729774>
- Niazi Sadiqah, D. N., Ali, Momeni, Somayeh. (2019). *Comparison of fertility behavior and adjustment in desired and unwanted pregnancies of pregnant women in Kanabad* National Conference on Midwifery and Women's Health (on the occasion of one hundred years of academic midwifery in Iran), <https://civilica.com/doc/997830>
- Pakseresht, S., Rasekh, P., & Leili, E. K. (2018). Physical health and maternal-fetal attachment among women: Planned versus unplanned pregnancy. *INternational Journal of Womens Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 335-341.
- Parsa, P., Saiedzadeh, N., Roshanaii, G., & Masoumi, S. Z. (2016). The effect of training on maternal-fetal attachment (MFA) in nulliparous women: A randomized clinical trial. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 24(1), 24-30. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1458-en.html> (In Persian)
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://books.google.com/books?>
- Rajabi, G., & Maghami, E. (2015). Self-compassion as mediator between attachment dimensions with mental well-being: a path analysis model. *Health Psychol*, 4(16), 79-96.

- https://hpj.journals.pnu.ac.ir/?_action=articleInfo&article=3113&lang=fa&lang=en&lang=fa&lang=en
- Rasouli, P., Shobeiri, F., Cheraghi, F., Rasouli, R., & Ghanbari, V. (2016). Study of the relationship of anxiety and depression in third trimester pregnancy on growth index of neonates and preterm delivery. *Iran J Pediatr*, 2(4), 1-9. (In Persian)
- Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T., Gunnes, N., & Frøen, J. F. (2011). Fetal movement counting—effects on maternal-fetal attachment: A multicenter randomized controlled trial. *Birth*, 38(4), 282-293. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00489.x>
- Saeedi Z, G. N., Sarafraz MR, Sharifian MH. (2013). The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology*, 8(1). <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=323927> (In Persian)
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289(13), 1701-1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Sarani, A., Azhari, S., Mazlom, S., & Aghamohammadian, S. H. (2016). The relationship between coping strategies during pregnancy with perceived stress level in pregnant mothers. 18(7), 7-13. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1063103.html#tabs-2> (In Persian)
- Shabani R, M. G., Ghobari bonab B, Emamipour S, Sepah Mansour M. (2015). Prediction of psychological well-being based on the attachment styles and selfcompassion in mothers of elementary school students in Urmia. *woman & study of family*, 7(27). <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=530228> (In Persian)
- Shobeiri, F., Ahang Poor, P., Parsa, P., & Yazdi-Ravandi, S. (2019). Comparing health condition between wanted and unwanted pregnancy of women in Hamadan city. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 27(2), 82-88. <https://doi.org/10.30699/sjhnmf.27.2.82> (In Persian)
- Toosi, M., Akbarzadeh, M., Zare, N., & Sharif, F. (2011). Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Journal of hayat*, 17(3), 69-79. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-138780> (In Persian)
- Tork Zahrani, S., Haji Rafiei, E., Mohamad Khani Shahri, L., & Alavi Majd, H. (2019). Investigation of maternal-fetal attachment behaviors and its related factors in pregnant women, Qazvin in 2015. *Journal of Inflammatory Diseases*, 23(1), 26-37. <https://doi.org/http://dx.doi.org/%2010.32598/JQUMS.23.1.26> (In Persian)
- Torshizi, M. (2013). Different dimensions of maternal-fetal attachment behaviors and associated factors in pregnant women referred to health centers of Birjand, Iran, 2012. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16(72), 13-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.22038/ijogi.2013.1946> (In Persian)
- Voukelatou, V., Gabrielli, L., Miliou, I., Cresci, S., Sharma, R., Tesconi, M., & Pappalardo, L. (2021). Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. *International Journal of Data Science and Analytics*, 11(4), 279-309. <https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*, 46(5), 708-715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Table of Contents

- 1 **The Effectiveness of Solution-Focused Brief Couple Therapy on Increasing Couples' Marital Self-Regulation and Emotional Distress Tolerance**
Hamid Salimi, Mansour Sodani
- 2 **The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce**
Sakineh Abbasi Bondaragh, Masoumeh Azmoudeh, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi, Seyyed Davoud Hosseininassab
- 3 **The Impact of Forgiveness Therapy on the Mental Health of Mothers with an Abused History in Childhood**
Samira Asghari, Seyed Ali Kimiaee, Hossein Kareshki
- 4 **Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Exercises and Emotion-Focused Group Therapy on Psychological Well-Being of Hospitalized Patients Recovered from Covid-19**
Samaneh Hatami, Masoud Khakpour, Mohammad Reza Saffarian
- 5 **The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Reducing the Components of Cognitive-Behavioral Avoidance in Male Adolescents with Oppositional Defiant Disorder**
Pedram Bahramifar, Azita Delfan Azari, Kamian Khazaei Koohpar
- 6 **Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy based on Acceptance and Commitment on Body Image and Sexual Self-Esteem in Dialysis Women**
Monireh Pourfarahani, Hossein Shareh, Fatemeh Haji Arbabi,
- 7 **Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination among the Physically Disabled People using the Services of the Welfare Organization of Mashhad**
Fatemeh Rahmani Moghaddam, Zahra Bagherzadeh Golmakani, Hasan Touzandehjani, Hamid Nejat
- 8 **The Effectiveness of "New Beginnings Program" on Parental Self-Efficacy of Divorced Mothers and their Children's Social Adjustment**
Zabihollah Abbaspour, Fatemeh Jahanbin, Reza Khojasteh Mehr
- 9 **The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and Methamphetamine Abuse in Patients with Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder**
Asghar Kamran, Maryam Mananipeykani, SeyedReza Mirmahdi
- 10 **The Impacts of Self-Compassion Training on Subjective Well-Being and Maternal-Fetal Attachment in Women experiencing Unintended Pregnancy: A Quasi-Experimental Study**
Azadeh Salemi Ghomshe, Marzieh Kaboodi, Ali Akbar Foroghi, Bijan Kaboodi



Manager in Charge and Chief Editor:

Professor, Bahramali Ghanbari Hashemabadi, Ferdowsi University of Mashhad

Editorial Board:

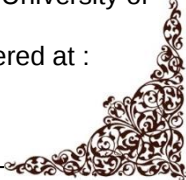
- **Dr. Hamid Reza Aghamohammadian sharbaf**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Amir Aminyazdi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Jalil Babapour kehiroodin**
Professor, University of Tabriz
- **Dr. Noor Mohamad Bakhshani**
Professor, University of Zahedan
- **Ahmad Borjali**
Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Mohammad Ali Besharat**
Professor, University of Tehran
- **Dr. Abdollah Shafiabadi**
Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Javad Salehi Fadardi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Kiumars Farahbakhsh**
Associate Professor, Allameh Tabataba'i University
- **Dr. Bahram Ali Ghanbari Hashemabadi**
Professor, Ferdowsi University of Mashhad
- **Dr. Seyed Ali Kimiaei**
Associate Professor, Ferdowsi University of Mashhad

Excutive Manager : Azm Janatifar

Technical Editor : Shahrbanoo Aali, Abbas Firoozabadi

- This JOURNAL is published biannually by Ferdowsi University of Mashhad, Iran
- The editorial board reserves the right to accept or reject publications, if necessary to make all editorial changes, and to arrange articles in an appropriate order.
- Mailing Address : Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, P.O.Box. 9177948974-1518, Mashhad.
- All submissions and correspondence should be online and Registered at :

<https://tpccp.um.ac.ir>



In the Name of Allah

Ferdowsi University of Mashhad
Faculty of Education and Psychology

**Research in
Clinical Psychology and Counseling**

A Bi-annual Journal

Vol. 13, No. 1, 2023

Print ISSN: 2251-6352
Online ISSN: 2423-4265

This Journal is indexed in
ISC, Magiran, Noormags, SID, Google Scholar



Ferdowsi University of
Mashhad
Faculty of Education and Psychology

Research in Clinical Psychology and Counseling

Vol. 13, No. 1, 2023

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

25

- | | |
|--|------|
| The Effectiveness of Solution-Focused Brief Couple Therapy on Increasing Couples' ...
Hamid Salimi, Mansour Sodani | I |
| The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital ...
Sakineh Abbasi Bondaragh, Masoumeh Azmoudeh, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi, Seyyed Davoud Hosseininiasab | II |
| The Impact of Forgiveness Therapy on the Mental Health of Mothers with an Abused ...
Samira Asghari, Seyed Ali Kimiaee, Hossein Kareshki | III |
| Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Exercises ...
Samaneh Hatami, Masoud Khakpour, Mohammad Reza Saffarian | IV |
| The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction Group Therapy on Reducing the ...
Pedram Bahramifar, Azita Delfan Azari, Kamian Khazaei Koothpar | V |
| Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema ...
Monireh Pourfarahani, Hossein Shareh, Fatemeh Haji Arbabi | VI |
| Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and ...
Fatemeh Rahmani Moghaddam, Zahra Bagherzadeh Golmakani, Hasan Touzandehjani, Hamid Nejat | VII |
| The Effectiveness of "New Beginnings Program" on Parental Self-Efficacy of Divorced ...
Zabihollah Abbaspour, Fatemeh Jahanbin, Reza Khojasteh Mehr | VIII |
| The Impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Extravagance and ...
Asghar Kamran, Maryam Mananipeykani, SeyedReza Mirmahdi | IX |
| The Impacts of Self-Compassion Training on Subjective Well-Being and Maternal-Fetal ...
Azadeh Salemi Ghomshe, Marzieh Kaboodi, Ali Akbar Foroghi, Bijan Kaboodi | X |