



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

شاپا: ۶۳۵۲-۲۲۵۱

شاپا الکترونیک: ۴۲۶۵-۲۴۲۳

دوره ۱۳، شماره ۲، سال ۱۴۰۲

دو فصلنامه علمی

۲۶

- ۵ نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌ناشویی افراد متاهل با میانجی‌گری نشخوار فکری
فائزه سالاری، مجید معینی‌زاده، محمدجواد اصغری‌ابراهیم‌آباد
- ۲۱ نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی
فرزانه طیرانی نجاران، علی مشهدی، ایمان الله بیگدلی، عاطفه سلطانی‌فر
- ۴۷ بررسی اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی از تصویر بدنی ...
علی پاکیزه، صادق حکمتیان‌فرد، مرضیه باقری
- ۵۷ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طر حواره مثبت‌ی‌انگ در جامعه ایران
بگاه مهرطلب، حسین داودی، داود تقوایی
- ۸۱ اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت ...
مژگان صابری‌زاده، محمد زارع نیستانک
- ۱۰۳ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری ...
محدثه پورخیایی، موسی کافی‌ماسوله، عباس ابوالقاسمی
- ۱۲۷ مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی ...
لیلا تیموری، علی اکبر ثمری، مهدی فتحی
- ۱۴۳ مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و ...
سیده‌الناز موسوی، غلامرضا احمدی، وحیده جوادی، لیلا سالک‌ابراهیمی، سوگند قاسم‌زاده
- ۱۶۱ اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی نوجوانان تک‌والد ...
الهام امیریان‌فارسانی، مسعود غلامعلی‌لواسانی، حسین کشاورز افشار
- ۱۷۷ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و ...
یوسف کبری‌نسب، سید عبدالمجید بحرینیان، قاسم آهی، احمد منصوری

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دوفصلنامه علمی

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دوره ۱۳، شماره ۲، 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 برجلی	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:

سید علی کیمیایی، فرزانه طیرانی نجاران، جعفر طالبیان شریف، محمدرضا مظلوم زاده، قاسم آهی، راضیه خرم آبادی، حمید نجات، مسعود خاکپور، زهرا حسین زاده ملکی، شاهد مسعودی، سید روح الله حسینی، کیومرث بشلیده، فرزانه طیرانی نجاران، ابوالفضل بخشی پور، جواد وکیلی، جلیل باباپور، سارا صنعت نگار، آلاله عطاران خراسانی.

مدیر اجرایی و کارشناس مجله: محمد حمیدی

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 نقش کمال گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متأهل با میانجی‌گری نشخوارفکری
فائزه سالاری، مجید معینی‌زاده، محمدجواد اصغری‌ابراهیم‌آباد
- ۲۱ نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی
فرزانه طیرانی‌نجاران، علی مشهدی، ایمان الله بیگدلی، عاطفه سلطانی‌فر
- ۴۷ بررسی اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی از تصویر بدنی ...
علی پاکیزه، صادق حکمتیان‌فرد، مرضیه باقری
- ۵۷ بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه طرحواره مثبت‌یافت در جامعه ایران
پگاه مهرطلب، حسین داودی، داود تقوایی
- ۸۱ اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس ...
مژگان صابری‌زاده، محمد زارع نیستادک
- ۱۰۳ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری ...
محمده پورخیابی، موسی کافی‌ماسوله، عباس ابوالقاسمی
- ۱۲۷ مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی ...
لیلا تیموری، علی اکبر ثمری، مهدی فتحی
- ۱۴۳ مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و ...
سیده الناز موسوی، غلامرضا احمدی، وحیده جوادی، لیلا سالک ابراهیمی، سوگند قاسم‌زاده
- ۱۶۱ اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی نوجوانان تک‌والد ...
الهام امیریان‌فارسانی، مسعود غلامعلی‌لواسانی، حسین کشاورزافشار
- ۱۷۷ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و ...
یوسف کبیری‌نسب، سید عبدالمجید بحرینیان، قاسم آهی، احمد منصوری



The Role of Perfectionism in Predicting Marital Satisfaction of Married People with the Mediation of Rumination

Faezeh Salari

M. A. in General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: fsalari2000@mail.um.ac.ir

Majid Moeenizadeh

Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding author), Email: moeenizadeh@ferdowsi.um.ac.ir

Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: mjasghari@ferdowsi.um.ac.ir

Received: 2023-03-18

Revised: 2023-05-02

Accepted: 2023-08-22

Published: 2024-3-15

Citation: Salari, F., Moeenizadeh, M., & Asghari Ebrahimabad, M. J. (2024). The role of perfectionism in predicting marital satisfaction of married people with the mediation of rumination. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 5-20. doi: 10.22067/tpccp.2024.81682.1477

Abstract

Introduction

According to the World Health Organization (WHO), the family institution has been declared as the most effective social factor in improving human health and well-being (Karami & Alborzi, 2018). A healthy and developed relationship between couples leads to a healthy family and society. The solid foundation of the family will certainly have positive effects not only on the family, but also on the whole society. Marital satisfaction actually shows the strength and efficiency of the family institution. Marital satisfaction is a variable that depends on the level of comfort, pleasure and acceptance that couples feel in their marriage (Rashid, Beiranvand, et al., 2021). Statistics show that the rate of divorce in the world, especially in America, is increasing, so that half of American marriages have ended in divorce in the last two decades (Kennedy & Ruggles, 2014). Iran has also seen an increase in the divorce rate in the past years. According to the population reports of the civil registration organization, the ratio of divorce to marriage in the whole country has increased from 0.12 in 2016 to 0.29 in 2016 (Rowshani et al., 2019). One of the factors affecting marital satisfaction is rumination. Rumination is considered a type of stable cognition that includes repetitive, disturbing and non-functional thoughts on a specific topic (Moulds et al., 2020). This type of thinking makes a person think too much about his personal mistakes and get stuck in them and hardly forget his past mistakes (Flett et al., 2020). Perfectionism is another factor that can affect romantic relationships and marital satisfaction (Tavakol et al., 2017). Perfectionism is a multidimensional personality trait which is characterized by striving for perfection, setting very high-performance standards, and being overly critical of one's own performance (Smith et al., 2016).

Method

This research was developmental in terms of purpose and descriptive-correlational in terms of data collection using structural equations. The current research population included all married men and women living in Iran-Mashhad who voluntarily answered the



questionnaires in 1400-1401. In this research, 384 married men and women who living in Iran-Mashhad city were selected by non-probability sampling method. After collecting the answer sheets, data analysis was done at a descriptive level using descriptive statistics of central and dispersion indicators and at an inferential level using structural equation modeling using SPSS26 and AMOS24 software.

Results

384 married people participated in this research, of which 216 (56.3%) were women and 168 (43.8%) were men. Among the participants, 77.8% were less than 40 years old and 78.4% of them were married for less than 15 years. Examining the path coefficients showed that the direct effect of perfectionism on rumination is positive and significant ($P<0.01$) and on marital satisfaction is negative and significant ($P<0.01$). The direct effect of rumination on marital satisfaction was negative and significant ($P<0.01$).

Discussion and conclusion

The results of the research showed that there is a negative and significant relationship between rumination and marital satisfaction. These findings were consistent with the research results of (Akbari & Dehghani, 2017; Namdarpour et al., 2019). People involved with rumination have difficulty in establishing long-term relationships and having appropriate behaviors towards their partners (Namdarpour et al., 2019). Also, the findings indicated that there is a negative and significant relationship between all dimensions of perfectionism and all dimensions of marital satisfaction (except ideal distortion). In explaining this finding, it can be said that self-centered perfectionists have difficulty in being bold and taking responsibility in interpersonal relationships (Dimaggio et al., 2015). They are self-righteous and devote most of their time to their perfectionist needs, activities, and concerns, and naturally have less time to meet needs, communicate effectively with their spouse, and resolve marital conflicts. Further, the results showed that there is a positive and significant relationship between perfectionism and rumination. In general, the findings of the present study indicate that rumination mediates the relationship between perfectionism and marital satisfaction; In this way, perfectionism reduces marital satisfaction more intensely by increasing rumination.

Keywords: perfectionism, marital satisfaction, rumination, married people

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متاهل با میانجی‌گری نشخوارفکری

فائزه سالاری

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. fsalari2000@mail.um.ac.ir

مجید معینی‌زاده

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول). moeinizadeh@ferdowsi.um.ac.ir

محمدجواد اصغری‌ابراهیم‌آباد

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. mjasghari@ferdowsi.um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: سالاری، فائزه؛ معینی‌زاده، مجید؛ اصغری‌ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۴۰۲). نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متاهل با میانجی‌گری نشخوارفکری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۵-۲۰. doi: 10.22067/tpccp.2024.81682.1477			

چکیده

هدف: برقراری ارتباط رضایت‌بخش در زندگی زناشویی از اهمیت بسزایی برخوردار است، چرا که خانواده و اجتماع سالم از روابط سالم و رشد یافته زوجین تشکیل می‌شود و رضایت‌زناشویی بیانگر استحکام و کارآمدی نهاد خانواده است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متاهل با میانجی‌گری نشخوارفکری بود.

روش: طرح کلی پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی و از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان متاهل شهر مشهد بود که از بین آن‌ها ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS, 1990)، رضایت‌زناشویی انریچ (ENRICH, 1989)، نشخوارفکری هوسما و مورو (RRS, 1993) جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و با استفاده از نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که بین کمال‌گرایی و نشخوارفکری با رضایت‌زناشویی رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0.01$)، درحالی که بین کمال‌گرایی و نشخوارفکری رابطه مثبت معناداری مشاهده گردید ($p < 0.01$). هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که کمال‌گرایی هم بطور مستقیم و هم غیر مستقیم از طریق میانجی نشخوارفکری با رضایت‌زناشویی رابطه منفی و معناداری دارد ($p < 0.01$). کمال‌گرایی هنگامی که با نشخوارفکری همراه شود، با شدت بیش‌تری از رضایت‌زناشویی می‌کاهد. بنابراین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا زوج‌درمانی جهت کاهش کمال‌گرایی و نشخوارفکری و در نتیجه ارتقا رضایت‌زناشویی در متاهلین توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، رضایت‌زناشویی، نشخوارفکری، افراد متاهل

مقدمه

نهاد خانواده از نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان موثرترین عامل اجتماعی در ارتقاء سلامت و بهبود انسان اعلام شده است (Karami & Alborzi, 2018). روابط سالم و رشد یافته زوجین سبب خانواده و اجتماع سالم می‌گردد. بنیان مستحکم خانواده به یقین اثرات مثبتی نه تنها بر خانواده، بلکه بر کل جامعه خواهد داشت. رضایت‌زناشویی در واقع نشان دهنده استحکام و کارآمدی نهاد خانواده است. رضایت‌زناشویی متغیری است که به میزان آسایش، لذت و پذیرشی که زوجین در ازدواج خود احساس می‌کنند، بستگی دارد (Rashid, Delfan Beiranvand, et al., 2021). هم‌چنین رضایت‌زناشویی به معنای وجود یک رابطه صمیمانه مشتمل بر حسن تفاهم و درک متقابل و وجود تعامل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین است. امروزه تضعیف ارتباطات صمیمی بین زوجین و نارضایتی زناشویی به عنوان یکی از عوامل ناپایداری زندگی زناشویی و پیش‌بینی‌کننده طلاق و جدایی محسوب می‌شود (del Mar Sánchez, Fuentes et al., 2014). آمارها حاکی از آن است که میزان طلاق در جهان بخصوص آمریکا در حال افزایش است، به صورتی که نیمی از ازدواج‌های آمریکا در دوده‌های اخیر به طلاق ختم شده است (Kennedy & Ruggles, 2014). کشور ایران نیز در سال‌های گذشته شاهد افزایش میزان طلاق بوده است. براساس گزارش‌های جمعیتی سازمان ثبت احوال، نسبت طلاق به ازدواج در کل کشور از میزان ۰/۱۲ در سال ۱۳۸۶ به ۰/۲۹ در سال ۱۳۹۶ افزایش یافته است (Rowshani et al., 2019). بنابراین به منظور جلوگیری از فروپاشی و ارتقا عملکرد خانواده و جامعه ارزیابی عوامل موثر بر رضایت‌زناشویی از اهمیت بسیاری برخوردار است. یکی از عوامل تاثیرگذار بر رضایت‌زناشویی، نشخوارفکری است. نشخوارفکری نوعی شناخت پایدار محسوب می‌شود که شامل افکار تکراری، مزاحم و غیرکابردی روی یک موضوع خاص است (Moulds et al., 2020). این نوع تفکر باعث می‌شود فرد بیش از حد به اشتباهات شخصی خود فکر کند و در آن گیر بیافتد و به سختی اشتباهات گذشته خود را فراموش کند (Flett et al., 2020). تفکر نشخواری با ایجاد انواع گوناگون اختلالات هیجانی، خلق و عاطفه منفی (Nolen-Hoeksema et al., 1993) و کاهش انگیزه رفع تعارض (Aghagedi et al., 2018) بر تعاملات زناشویی اثر منفی می‌گذارد و از رضایت‌زناشویی می‌کاهد. پژوهش‌های متعددی ارتباط نشخوار فکری و رضایت زناشویی را تایید کرده‌اند؛ از جمله نتایج تحقیقات باقری و همکاران (Bagheri et al., 2021) نشان داد که کیفیت زندگی زناشویی با نشخوارفکری در زنان مبتلا به افسردگی غیربالینی، رابطه منفی و معنادار دارد. هم‌چنین اکبری و دهقانی (Akbari & Dehghani, 2017) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که نشخوارفکری به دلیل تأثیر منفی‌اش بر شاخص خلق

و خو می‌تواند بر رضایت‌زناشویی زوجین تأثیر منفی بگذارد. یافته‌های پژوهش نامدارپور و همکاران (Namdarpour et al., 2017) نیز حاکی از آن است که بین نشخوارفکری با تعارضات زناشویی رابطه معنی داری وجود دارد.

کمال‌گرایی، یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند بر روابط عاشقانه و رضایت‌زناشویی تأثیر بگذارد (Tavakol et al., 2017). کمال‌گرایی یک ویژگی شخصیتی چند بعدی است که با تلاش برای بی‌عیب و نقص بودن، تعیین استانداردهای بسیار بالای عملکرد و انتقاد بیش از حد از عملکرد خود مشخص می‌شود (Smith et al., 2016). هویت و فلت (Hewitt & Flett, 1990) سه بعد کمال‌گرایی شامل کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را معرفی نمودند. در کمال‌گرایی خودمدار افراد میل به کامل بودن، معیارهای بالای غیر منطقی، تلاش اجباری و تفکر دو قطبی (همه یا هیچ) در مورد پیامدها، بصورت موفقیت کامل یا شکست کامل دارند (Hewitt Paul, 1991). آن‌ها بسیار دقیق و جزئی‌نگرند و توانایی پذیرش خطاها و شکست‌های خویش را ندارند. افراد در کمال‌گرایی دیگرمدار انتظارات کمال‌گرایی مهمی از دیگران دارند و عملکرد آن‌ها را شدیداً ارزیابی می‌کنند. افراد در کمال‌گرایی جامعه‌مدار براین باورند که جامعه و دیگران از او خواسته‌های غیرواقع بینانه‌ای دارند (Moayedfar et al., 2018). هر کدام از ابعاد کمال‌گرایی از طریق تشدید ملاک‌های آرمانی غیرقابل دسترس و تقویت انتظارات غیرمنطقی، توان شخص را برای مثبت‌نگری، واقع‌بینی و پذیرش محدودیت‌های زندگی کاهش می‌دهد و با افزایش منفی‌نگری، شکست‌ها و ابتلا به انواع اختلالات روانی موجب تشدید به کارگیری سبک‌های دفاعی ناسازگارانه می‌شود و فرد را از نظر شناختی و هیجانی دچار آشفتگی و اضطراب می‌نماید (Ghasemipoor & Kordmahale & Amirimajd, 2017). در نتیجه این عوامل مخرب می‌تواند منجر به شکل‌گیری تعارضات و نارضایتی زناشویی شود. مطالعات حاکی از یافته‌های متفاوتی در رابطه بین توقعات غیرمنطقی انواع کمال‌گرایی و روابط بین فردی است. به عنوان مثال نتایج تحقیق استوبر و همکاران (Stoeber et al., 2021) نشان داد که فقط کمال‌گرایی جامعه‌مدار با مشکلات بین فردی رابطه دارد. هم‌چنین نتایج تحقیقات فرمن و همکاران (Furman et al., 2017) حاکی از آن است که کمال‌گرایی جامعه‌مدار تأثیر بسزا و معناداری در پیش‌بینی تعارض و رضایت‌زناشویی دارد. درحالی که کاشانکی و همکاران (Kashanaki et al., 2018) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که تمام ابعاد کمال‌گرایی در هر دو جنس با مشکلات بین شخصی رابطه مثبت و معنادار دارد.

در راستای یافته‌های پیشینه پژوهش مبنی بر اثر منفی کمال‌گرایی و نشخوارفکری بر رضایت‌زناشویی،

روان‌شناسان و متخصصان اجتماعی معتقدند که نارضایتی و تعارضات زناشویی به عنوان مشکلی گسترده و جدی، عامل آسیب‌های فردی و اجتماعی، قلمداد می‌شوند (Sarabwe et al., 2018). به عنوان مثال نارضایتی زناشویی به مشکلات عملکرد زناشویی و فرزندپروری منجر می‌شود (Gao et al., 2019; Papp, 2018) و با نفوذ در محیط خانواده، انسجام، گرمی و محبت خانوادگی را کاهش می‌دهد (Rothenberg et al., 2016) و زمانی که عملکرد خانواده مطلوب نباشد دستیابی به جامعه سالم غیرممکن است.

از این رو با توجه به اهمیت بالای مطالعه رضایت‌زناشویی و عوامل موثر بر آن، آمارهای افزایشی طلاق، تناقض‌های موجود در پژوهش‌ها (درخصوص رابطه گوناگون انواع کمال‌گرایی با روابط بین فردی) و شکاف پژوهشی موجود با در نظر داشتن این مهم که تاکنون هیچ پژوهشی نقش واسطه‌ای نشخوارفکری در رابطه بین کمال‌گرایی و رضایت‌زناشویی را نه در خارج و نه در داخل کشور بررسی نکرده است، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متاهل با میانجی‌گری نشخوارفکری است.

روش

این تحقیق از نظر هدف توسعه‌ای و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی با بهره‌گیری از معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان و مردان متاهل ساکن شهر مشهد بودند که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به پرسشنامه‌ها به صورت داوطلبانه پاسخ دادند. با توجه به ضرورت استفاده از نمونه‌ای بیش از ۳۰۰ نفر در روش الگویابی معادلات ساختاری مبتنی بر پیشنهاد گاداگنولی و ولیسر (Guadagnoli & Velicer, 1988)،

در این پژوهش نیز ۳۸۴ نفر زن و مرد متاهل ساکن شهر مشهد به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح‌های لازم در خصوص چگونگی انجام پرسشنامه‌ها و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی توسط پژوهشگر از جمله رعایت حریم خصوصی، رضایت آگاهانه و اختیار قبول و یا رد تکمیل سوالات، پرسشنامه‌ها در اختیار داوطلبین قرار گرفت.

بعد از جمع‌آوری پاسخنامه‌ها، پرسشنامه‌هایی که تک نفری و فقط توسط زن یا شوهر و یا هر دو به طور همزمان و مشترک تکمیل شده بودند، از پژوهش خارج شدند و سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از آماره‌های توصیفی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS26 و AMOS24 انجام شد.

ابزارها

مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران (TMPS): این مقیاس یک آزمون ۳۰ سوالی است که بر اساس

پرسشنامه‌های قبلی فراست و همکاران (Frost et al., 1990)، هویت و فلت (Hewitt & Flett, 1991) توسط بشارت (Beshart, 2016) به فارسی طراحی گردید. این پرسشنامه سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را برطبق طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) می‌سنجد. بشارت (Beshart) اعتبار محتوایی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران را با استفاده از ضرایب توافق کندال برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار ۰/۸، کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۷۲ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۶۹ محاسبه و ضریب بازآزمایی و همبستگی نمره‌های ۵۰۰ آزمودنی برای سه بعد کمال‌گرایی فوق به ترتیب در سطح یک هزارم معنادار بود، که بیانگر پایایی بازآزمایی پرسشنامه است. این نتایج با یافته‌های به دست آمده درباره‌ی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی فراست (Frost, 1990) و هویت و فلت (Hewitt & Flett, 1991) همسو می‌باشد (Besharat, 2007).

مقیاس پاسخ‌نشخوارفکری (RRS): پرسشنامه سبک‌های پاسخ توسط هوکسما و مارو (Nolen-Hoeksema et al., 1993) برای ارزیابی واکنش‌های خلقی منفی تدوین شده است، که شامل دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های پرت‌کننده حواس است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ گویه دارد و شامل ۳ زیر مقیاس بروز دادن، در فکر فرو رفتن و افسردگی است. نمره گذاری این مقیاس با استفاده از لیکرت ۴ درجه (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و همیشه=۴) انجام می‌پذیرد و نمره کلی ماده‌ها، نشخوارفکری را می‌سنجد. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹ گزارش گردید و برای خرده مقیاس‌های آن برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۸ گزارش شده است (Bagheri Nejad et al., 2010). روایی پرسشنامه با استفاده از همبستگی با عقاید فراشناختی ۰/۶۵ در سطح یک هزارم مطرح شد که نشان دهنده روایی ملاکی قابل قبول پرسشنامه است (Khosravi et al., 2014). روایی محتوایی نیز توسط حسن‌وندی و همکاران (Hasanvandi et al., 2013) بررسی شده و دارای اعتبار می‌باشد.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH): نخستین بار فورز و السون (Fowers & Olson, 1989) فرم ۱۱۵ سوالی آن را معرفی کرد و پس از مدتی فرم کوتاه ۳۵ سوالی آن تدوین گردید. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس تحریف‌آرمانی، رضایت‌زناشویی، ارتباطات و حل تعارض بود که مجموعاً دارای ۳۵ ماده است و مطابق طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۳۵ و ۱۷۵ است. نمره گذاری ماده‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و آرونه صورت می‌گیرد. ضریب آلفای این مقیاس توسط دیویدالسون و امی السون برای زیر مقیاس‌های رضایت‌زناشویی، ارتباط، حل تعارض، و تحریف‌آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳

گزارش شده است و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر زیرمقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ به دست آمد. در ایران نخستین بار همبستگی درونی پرسشنامه برای فرم کوتاه ۰/۹۵ به دست آمد. هم‌چنین اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر زیرمقیاس به ترتیب معادل ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و محاسبه شد (Asoodeh et al., 2010).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از دو سطح توصیفی و استنباطی بهره‌گیری شد. در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی همچون میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل همبستگی و تحلیل مسیر استفاده گردید. در این پژوهش ۳۸۴ فرد متاهل شرکت کردند که ۲۱۶ نفر (۵۶/۳ درصد) آن‌ها زن و ۱۶۸ نفر (۴۳/۸ درصد) مرد بودند. از میان شرکت‌کنندگان ۷۷/۸ درصد کمتر از ۴۰ سال سن داشتند و ۷۸/۴ درصد آنان نیز کمتر از ۱۵ سال از ازدواج‌شان می‌گذشت. در ادامه شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
کمال‌گرایی													
۱. خودمدار	-												
۲. دیگرمدار	۰/۵۲	-											
۳. جامعه‌مدار	۰/۴۷	۰/۴۸	-										
۴. نمره کلی	۰/۸۰	۰/۸۲	۰/۸۱	-									
نشخوار فکری													
۵. بروز دادن	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۲۶	۰/۲۶	-								
۶. در فکرفرو رفتن	۰/۲۱	۰/۲۶	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۶۰	-							
۷. افسردگی	۰/۳۰	۰/۲۱	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۶۲	۰/۶۳	-						
۸. نمره کلی	۰/۲۹	۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۳۵	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۹۳	-					
رضایت‌زناشویی													
۹. رضایت از رابطه	-۰/۳۲	-۰/۲۰	-۰/۳۱	-۰/۳۶	-۰/۱۹	-۰/۲۳	-۰/۲۱	-۰/۲۱	-				
۱۰. ارتباطات	-۰/۳۲	-۰/۲۶	-۰/۳۶	-۰/۳۹	-۰/۱۵	-۰/۲۳	-۰/۲۶	-۰/۲۶	۰/۷۶	-			
۱۱. محل تعارض	-۰/۳۲	-۰/۲۱	-۰/۳۰	-۰/۳۵	-۰/۲۱	-۰/۱۸	-۰/۲۵	-۰/۲۵	۰/۵۸	۰/۷۶	-		
۱۲. تعریف آرمایی	۰/۲۶	۰/۱۸	۰/۱۹	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۷۲	-۰/۶۹	-۰/۵۰	-	
۱۳. نمره کلی	-۰/۳۲	-۰/۲۶	-۰/۳۶	-۰/۳۹	-۰/۲۱	-۰/۲۵	-۰/۲۷	-۰/۲۸	۰/۸۸	۰/۹۶	۰/۸۳	-۰/۸۰	-
میانگین	۲۹/۱۳	۳۱/۳۶	۲۸/۰۹	۸۸/۵۵	۱۰/۱۷	۱۰/۶۸	۲۶/۴۷	۳۷/۱۵	۳۷/۱۵	۳۶/۴۳	۳۱/۱۵	۱۱/۲۲	۱۲۱/۵۱
انحراف معیار	۶/۱۷	۶/۴۹	۶/۸۴	۵/۸۱	۳/۱۷	۳/۵۰	۶/۷۹	۱۱/۷۶	۵/۶۰	۷/۱۶	۵/۳۱	۳/۴۵	۱۸/۸۳
کجی	-۰/۰۶	-۰/۰۱	۰/۰۶	-۰/۰۷	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۴۶	۰/۳۳	۰/۱۳	-۰/۰۶	-۰/۰۸	۰/۲۶	۰/۰۵
کشییدگی	-۰/۲۷	-۰/۲۵	-۰/۳۸	-۰/۳۶	-۰/۶۶	-۰/۵۷	-۰/۷۶	-۰/۹۰	-۰/۵۳	-۰/۴۷	-۰/۴۲	-۰/۴۶	-۰/۵۹

نکته: تمامی ضرایب در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار هستند.

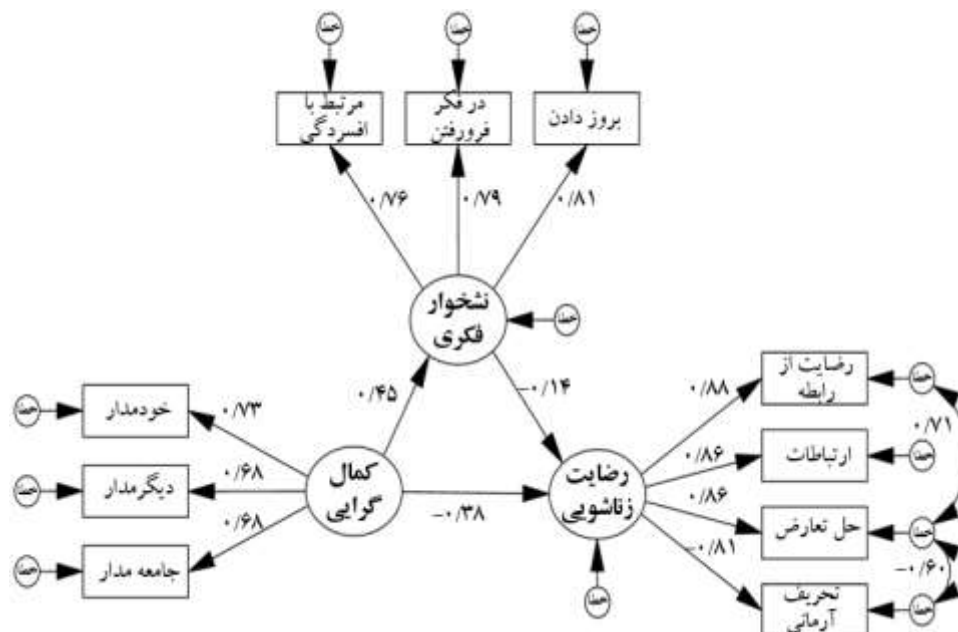
نتایج جدول ۱ نشان داد که ابعاد و نمره کل کمال‌گرایی با ابعاد و نمره کل نشخوارفکری و نیز تحریف آرمانی روابط مثبت و با رضایت از رابطه، ارتباطات، حل تعارض و نمره کل رضایت‌زناشویی رابطه منفی و معناداری دارند. میان ابعاد و نمره کل نشخوارفکری نیز با تحریف آرمانی رابطه مثبت و با رضایت از رابطه، ارتباطات، حل تعارض و نمره کل رضایت‌زناشویی رابطه منفی و معناداری دارد ($p < 0/01$).

در بررسی مفروضات مدلیابی معادلات ساختاری، نرمال بودن تک‌متغیره با در نظر گرفتن کجی ± 2 (Schumacker & Lomax, 2004) و کشیدگی ± 7 (West et al., 1995) محقق شد (جدول ۱). نرمال بودن چند متغیره، با اجرای آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یکراهه بر روی مقادیر باقیمانده‌های استاندارد شده مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که توزیع باقیمانده‌ها نرمال است ($P \geq 0/05$). در بررسی عدم همخطی متغیرهای پیش‌بین مدل، شاخص تحمل (Tolerance) کوچکتر از ۱ و بزرگتر از $0/40$ و شاخص تورم واریانس (VIF) کوچکتر از ۱۰ مطلوب است (Stevens, 2009). نتایج نشان داد که ضرایب تحمل از $0/49$ تا $0/67$ و تورم واریانس از $1/50$ تا $2/04$ در تغییر بودند. در بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره دورین واتسون استفاده شد. ضرایب مابین $1/5$ تا $2/5$ و نزدیک به ۲ برای این آماره نشان از استقلال خطاها دارند (Neter et al., 1996). این ضریب در مدل مسیر پژوهش حاضر برابر با $2/07$ بود. پس از تحقق مفروضات، برآورد مدل با روش بیشینه درست‌نمایی انجام شد. شاخص‌های برازش مدل اولیه نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار نیست (جدول ۲). بررسی شاخص‌های اصلاح (Modification Indexes) پیشنهادی نرم‌افزار نشان داد که با برقراری کوواریانس میان رضایت از رابطه و حل تعارض و نیز حل تعارض با تحریف آرمانی، شاخص‌های برازش مدل بهبود می‌یابند. بنابراین برقراری این رابطه مدنظر قرار گرفت و شاخص‌های برازش مدل اولیه و اصلاح شده که در جدول ۲ ارائه شده است نشان‌دهنده بهبود شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اولیه و اصلاح شده

مدل	χ^2	Df	χ^2/df	P	GFI	AGFI	CFI	NFI	IFI	RMSEA
مدل اولیه	۱۱۵/۰۲	۳۲	۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۰۸
مدل	۶۷/۱۰	۰/۳۰	۲/۲۴	۰/۰۱	۰/۹۷	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۰۶
سطح	-	-	$3 > X > 1$	$> 0/05$	$> 0/95$	$> 0/90$	$> 0/95$	$> 0/95$	$> 0/95$	$< 0/08$

در ادامه نمودار مسیر مدل اصلاح شده در شکل ۱ حاکی از برازش مدل می‌باشد.



شکل ۱. مدل اصلاح شده پیش‌بینی رضایت‌زناشویی

بررسی ضرایب مسیر نشان داد که اثر مستقیم کمال‌گرایی بر نشخوارفکری مثبت و معنادار ($P \leq 0/01$) و بر رضایت‌زناشویی منفی و معنادار است ($P \leq 0/01$). اثر مستقیم نشخوارفکری بر رضایت‌زناشویی نیز منفی و معنادار بود ($P \leq 0/01$). بررسی ضرایب استاندارد شده اثرات غیرمستقیم با روش بوت استرپ (bootstrap) نیز نشان داد که اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر رضایت‌زناشویی با نقش میانجی نشخوارفکری برابر با $-0/06$ و معنادار است ($P < 0/01$). میزان واریانس تبیین شده رضایت‌زناشویی بر حسب کمال‌گرایی و نشخوارفکری برابر با $0/22$ است که بنا به پیشنهاد کوهن نشان از اندازه اثر متوسط متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس دارد (Cohen, 1992).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به دنبال نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی رضایت‌زناشویی افراد متأهل و با میانجی‌گری نشخوارفکری بود، نتایج پژوهش نشان داد بین نشخوار فکری و رضایت زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نامدارپور و همکاران (Namdarpour et al., 2019)، اکبری و دهقانی (Akbari & Dehghani, 2017) همسو بود. افراد درگیر با نشخوارفکری در ایجاد روابط طولانی مدت و همچنین داشتن رفتارهای مناسب نسبت به شریک زندگی خود مشکل دارند (Namdarpour

et al., 2019). به عنوان نمونه، افراد دارای نشخوار فکری، خودکنترلی کمتری دارند و بیشتر پرخاش می‌کنند (Damankeshan & Sheikholeslami, 2019). درواقع نشخوار فکری باعث افزایش و استمرار خلق و خوی منفی، کاهش انگیزه حل تعارض و حل مسئله مختل می‌شود (Topper et al., 2017). هم چنین نشخوارفکری فرد را به مشکلاتی نظیر استرس، نگرانی و اختلالات عاطفی اضطراب، افسردگی و وسواس فکری-عملی (Kazemi & Zanganeh motlagh, 2020) دچار می‌کند که در نتیجه این عوامل منفی، رضایت‌زناشویی زوجین کاهش می‌یابد. از سوی دیگر نشخوارفکری علاوه بر اینکه می‌تواند علت تعارضات زناشویی باشد، پیامد آن نیز محسوب می‌شود. به عبارت دیگر عوامل استرس‌زای ناشی از تعارضات زناشویی مانند حل مسئله ناکارآمد و رفع نشدن تعارضات زناشویی، جرقه زننده‌ی نشخوارفکری هستند (Namdarpour et al., 2017). این امر بیانگر رابطه دو سویه و تداوم ساز تعارضات زناشویی و نشخوارفکری است.

هم چنین یافته‌ها حاکی از آن بود که بین تمام ابعاد کمال‌گرایی و تمام ابعاد رضایت زناشویی (بجز تحریف آرمانی) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کاشانکی و همکاران (Kashanaki et al., 2018)، توکل و همکاران (Tavakol et al., 2017)، فرمن و همکاران (Furman et al., 2017) همسو، اما با نتیجه پژوهش بیکگلو و اجسی (Biyikoglu & Egeci, 2017) که حاکی از وجود رابطه مثبت بین بعضی از ابعاد کمال‌گرایی با رضایت زناشویی است، ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایان خود محور در جرئت ورزی و مسئولیت‌پذیری در روابط بین فردی مشکل دارند (Dimaggio et al., 2015). آن‌ها خودپسند هستند و بیشتر وقت خود را به نیازها، فعالیت‌ها و نگرانی‌های کمال‌گرایانه خود اختصاص می‌دهند، و طبعاً فرصت کمتری برای برطرف کردن نیازها، ارتباط موثر با همسر و حل تعارضات زناشویی دارند. در نتیجه این خصوصیات منفی می‌تواند منجر به ایجاد و تشدید اختلافات زناشویی و سپس کاهش رضایت زناشویی گردد. هم چنین کمال‌گرایان دیگرمدار با ویژگی‌های منفی بین فردی خود مانند کینه‌جویی، خودخواهی، خصومت، سرزنش، تحقیر، انتظارات بالا و ارزیابی شدید رفتار و عملکرد همسر (Stoeber, 2012)، خود را تحت فشار قرار داده و این فشارها به مرور زمان به هیجانات منفی نظیر غم، خشم، نگرانی و استرس تبدیل شده که تعارضات زناشویی را در پی دارد (Mackinnon et al., 2012). هم چنین کمال‌گرایی جامعه‌مدار با باورهای غیرمنطقی نظیر تمایل به سرزنش، نگرانی و اضطراب بیش از حد (Flett et al., 1991) و با برخی از الگوهای مخرب ارتباطی مانند فاصله اجتماعی، مشغول بودن و وسواسی با شریک زندگی، اعتیاد عاطفی به همسر به سازگاری و رضایت کمتر ازدواج منجر می‌شود (Minoosepehr et al., 2022). بنابراین هر کدام از انواع کمال‌گرایی با به همراه

داشتن صفات آسیب‌زای ذکر شده می‌تواند از رضایت‌زناشویی بکاهد.

در ادامه نتایج نشان داد که بین کمال‌گرایی و نشخوارفکری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتیجه پژوهش جین و سینگ (Jain & Singh, 2022) حاکی از آن بود که کمال‌گرایی و نشخوارفکری همبستگی مثبت و معناداری دارند. پژوهش (Flett et al, 1991) نیز نشان داد که نشخوارفکری غلط با صفت کمال‌گرایی مرتبط است. هم‌چنین موید فر و همکاران (Moayedfar et al., 2018) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هر سه نوع کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار با نشخوارفکری و افسردگی همبستگی مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از کمال‌گرایان به عنوان متفکران افراطی مزمن یاد می‌شود که این تفکر بیش از حد به طور قابل توجهی به نشخوارفکری درباره‌ی احتمال شکست‌ها در آینده یا اشتباهات گذشته منجر می‌گردد. هم‌چنین فرد کمال‌گرا ممکن است به دلیل ناتوانی در پذیرش یا جلوگیری از اشتباهات انجام شده توسط خود (در کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار) یا دیگران (در کمال‌گرایی دیگرمدار) و ترس از ارزیابی‌های منفی به نشخوارفکری بپردازد. درواقع ترس‌ها و نگرانی‌های کمال‌گرایانه، باعث فعال شدن اشکال شناختی پایدار مختص کمال‌گرایان مانند نشخوارگری اشتباه، تفکر بیش از حد پس از رویداد و نشخوارفکری درباره ارزیابی اجتماعی می‌شود که استرس و پریشانی کمال‌گرایان را افزایش می‌دهد. بنابراین کمال‌گرایی با ویژگی‌های شناختی خاص خود، بستر مناسبی برای بروز، شیوع و حفظ نشخوارفکری است.

از سوی دیگر، بررسی اثر غیرمستقیم نشخوارفکری با استفاده از روش بوت‌استرپ نشان داد که کمال‌گرایی بر رضایت‌زناشویی از طریق نشخوارفکری اثر منفی و معناداری می‌گذارد. یعنی نشخوارفکری می‌تواند رابطه بین کمال‌گرایی و رضایت‌زناشویی را میانجی‌گری کند. در راستای تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایان آمادگی شناختی برای گوش به زنگ بودن و حساسیت بیش از حد به خطرهایی نظیر اشتباهات احتمالی آینده، دستیابی ناقص به اهداف و قضاوت دیگران دارند؛ در نتیجه مدام در تلاشند تا از خطرهای احتمالی پیش‌رو و حتی خطاهای گذشته خود و دیگران اجتناب کنند. از این رو ممکن است برای اطمینان از عملکرد آینده یا علت‌یابی خطاهای گذشته به نشخوارفکری بپردازند. از طرفی نشخوارفکری از طرق مختلفی از جمله ایجاد اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی، در فکر فرو رفتن و عدم توجه کافی به همسر، ایجاد خلق و هیجان منفی و در نتیجه افزایش پرخاشگری و مختل شدن حل مسئله، می‌تواند بر رضایت‌زناشویی تاثیر منفی بگذارد.

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این است که نشخوارفکری رابطه بین کمال‌گرایی و

رضایت‌زناشویی را میانجی‌گری می‌کند؛ بدین صورت که کمال‌گرایی از طریق افزایش نشخوارفکری، با شدت بیش‌تری از رضایت‌زناشویی می‌کاهد. در نتیجه، با تعدیل سطح کمال‌گرایی متاهلین می‌توان از میزان نشخوارفکری آن‌ها کاست و به رضایت‌زناشویی آن‌ها افزود. نتایج این مطالعه می‌تواند مورد توجه زوجین، زوج درمانگران، مراکز مشاوره خانواده جهت ارتقا رضایت‌زناشویی زوجین قرار گیرد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از جمله خود گزارشی بودن پرسشنامه‌ها، که می‌تواند تا حدودی تحت تاثیر عوامل انسانی قرار گیرد، و هم‌چنین محدود بودن نمونه پژوهش به شهر مشهد که با توجه به تنوع فرهنگی و اجتماعی ملت ایران در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نقش سایر متغیرهای شناختی، هیجانی و رفتاری و دیگر متغیرهای میانجی در رابطه بین کمال‌گرایی و رضایت‌زناشویی و تفاوت‌های بین دو جنس در نظر گرفته شود.

References

- Aghagedi, P., Golparvar, M., Aghaei, A., & Khayatan, F. (2018). The Effects of Forgiveness-Based Mindfulness Therapy and Emotionally Focused Therapy on Depression and Resiliency in Women Affected by Their Husbands' Infidelity. *Community Health Journal*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.22123/CHJ.2018.128517.1127>. In Persian.
- Akbari, F., & Dehghani, M. (2017). Pain in the context of family: A study on factors contributing to marital satisfaction among couples suffering from chronic pain. *Iranian journal of public health*, 46(7), 964. In Persian.
- Asoodeh, M. H., Khalili, S., Daneshpour, M., & Lavasani, M. G. (2010). Factors of successful marriage: Accounts from self described happy couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2042-2046. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.410>. In Persian.
- Bagheri Nejad, M., Salehi Fedredi, J., & Tabatabai, S. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational and psychological studies*, 11(1), 21-38. <https://doi.org/10.22067/IJAP.V11I1.6910>. In Persian.
- Bagheri, s., Kochakentezar, r., Niromanesh, s., & Hassani, f. (2021). The Relationship between Rumination and Experiential Avoidance with Depression during Pregnancy [Research]. *Journal of Nursing Education*, 8(6), 29-36. In Persian.
- Besharat, M. A. (2007). Construction and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychological Research*, 10(1-2), 49-67. In Persian.
- Biyikoglu, E. B., & Egeci, I. S. (2017). Marital adjustment: the role of perfectionism, the ways of coping with stress and gender. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(7), 125-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.18844/prosoc.v4i7.2638>
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>

- Damankeshan, A., & Sheikholeslami, R. (2019). Emotional Regulation and Marital Satisfaction: The Mediating Role of Anger Rumination. *Quarterly Journal of Women Society*, 10(38), 1-18. In Persian.
- del Mar Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 67-75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Calarco, T., Pedone, R., Marsigli, N., Riccardi, I., Sabatelli, B., Carcione, A., & Paviglianiti, A. (2015). Perfectionism and personality disorders as predictors of symptoms and interpersonal problems. *American journal of psychotherapy*, 69(3), 317-330. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.3.317>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Koledin, S. (1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 185-201. <https://doi.org/10.1007/BF01061229>
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., Zaki-Azat, J., Rose, A. L., & Swiderski, K. (2020). The Mistake Rumination Scale: Development, validation, and utility of a measure of cognitive perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 84-98. <https://doi.org/10.1177/0734282919879538>
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital family therapy*, 15(1), 65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Furman, C. R., Luo, S., & Pond Jr, R. S. (2017). A perfect blame: Conflict-promoting attributions mediate the association between perfectionism and forgiveness in romantic relationships. *Personality Individual Differences*, 111, 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.052>
- Gao, M., Du, H., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2019). Marital conflict behaviors and parenting: Dyadic links over time. *Family relations*, 68(1), 135-149. <https://doi.org/10.1111/fare.12322>
- Ghasemipoor Kordmahale, M., & Amirimajd, M. (2017). The Role of Perfectionism Dimensions and Defensive Styles in Depression-Among University Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 18(2), 93-101. In Persian.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*, 103(2), 265. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Hasanvandi, S., valizade, M., & Honarmand, M. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy on the symptoms of depression and rumination. *Principles of mental health*, 15(1), 71-81. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2013.775>. In Persian.
- Hewitt Paul, L. F. G., L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality social psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 98-101. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.98>

- Jain, P., & Singh, S. (2022). relationship among perfectionism, rumination and impostorism in employees of multinational companies. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government Vol*, 28(04).
- Karami, F., & Alborzi, S. (2018). The Study of Social Factors Influencing Divorce Tendency in Shiraz. *Iranian Population Studies Journal*, 4(1), 101-126.
- Kashanaki, H., Besharat, M. A., & Rajabian Tabesh, F. (2018). The mediating role of forgiveness on the relationship between dimensions of perfectionism and interpersonal problems. *Transformational psychology: Iranian psychology*, 15(75), 17-32. In Persian.
- Kazemi, M., & Zanganeh motlagh, F. (2020). Prediction of Marital Dissatisfaction Based on the Resilience, Marital Commitment and Rumination. *International Journal of Applied behavioral Sciences*, 7(4), 1-10. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v7i4.27289>. In Persian.
- Kennedy, S., & Ruggles, S. (2014). Breaking up is hard to count: The rise of divorce in the United States, 1980–2010. *Demography*, 51(2), 587-598. <https://doi.org/10.1007/s13524-013-0270-9>
- Khosravi, M., Ebrahimi, S., & Ghasemian, D. (2014). The Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy on Resilience of Homeless Women with Drug Abuse Experience in Recovery. *International Journal of Psychology and Psychiatry*, 2(1), 19-24. <https://doi.org/10.5958/j.2320-6233.2.1.003>
- Mackinnon, S. P., Sherry, S. B., Antony, M. M., Stewart, S. H., Sherry, D. L., & Hartling, N. (2012). Caught in a bad romance: perfectionism, conflict, and depression in romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 215-225. <https://doi.org/10.1037/a0027402>
- Minoosepehr, S., Karbalaei Mohammad Meyguni, A., Nikoogoftar, M., & Gholamali Lavasani, M. (2022). A Structural Equation Modeling to Explain Marital Burnout: Pornography Consumption and Perfectionism With the Mediating Role of Sexual Self-concept. *Practice in Clinical Psychology*, 10(1), 55-68. <https://doi.org/10.32598/jpcp.10.1.802.1>
- Moayedfar, H., Yaghoubi, H., Hassanabadi, H., & Mahdavian, A. (2018). Correlation between students' perfectionism and depression mediated by rumination. *Health Promotion Management Quarterly*, 7(6), 1-8. In Persian.
- Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 82, 101910. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101910>
- Namdarpour, F., Fatehizade, M., Bahrami, F., & Mohammadi Fesharaki, R. (2019). How Rumination Affects Marital Conflict in Iranian Women: A Qualitative Study. *Journal of Divorce Remarriage*, 60(3), 171-182. <https://doi.org/10.1080/10502556.2018.1488117>
- Namdarpour, F., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., & Mohammadi Fesharaki, R. (2017). Study of effective factors in rumination of women with marital conflicts. *Journal of Behavioral Science Research*, 15(4), 459-466. In Persian.
- Neter, J., Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., & Wasserman, W. (1996). Applied linear statistical models. 4, 318. <https://doi.org/10.4236/crcm.2022.118046>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- Papp, L. M. (2018). Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple Relationship Therapy*, 17(1), 7-24. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302377>

- Rashid, K., Beiranvand, A. D., Fattahi, K., & Maryanajian, H. (2021). Marital satisfaction predictors: The case of Kermanshah and Hamadan cities, west of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(4).
- Rashid, K., Delfan Beiranvand, A., Fattahi, K., & Maryanajian, H. (2021). Marital satisfaction predictors: The case of Kermanshah and Hamadan cities, west of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(4), 251-265. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2021.18993>
- Rothenberg, W. A., Hussong, A. M., & Chassin, L. (2016). Modeling trajectories of adolescent-perceived family conflict: Effects of marital dissatisfaction and parental alcoholism. *Journal of Research on Adolescence*, 27(1), 105-121. <https://doi.org/10.1111/jora.12259>
- Rowshani, S., Tafte, M., & Khosravi, Z. (2019). Meta-analysis of Divorce Researches in Iran in the Last Two Decades (1998-2018) to Reduce Divorce and Its Negative Consequences for Women and Children. *Women in Development & Politics*, 17(4), 653-674. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2020.287279.1007699>
- Sarabwe, E., Richters, A., & Vysma, M. (2018). Marital conflict in the aftermath of genocide in Rwanda: An explorative study within the context of community based sociotherapy. *Intervention*, 16(1), 14-21. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000147>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Sherry, S. B. (2016). The big three perfectionism scale: A new measure of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 670-687. <https://doi.org/10.1177/0734282916651539>
- Stevens, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843130>
- Stoeber, J. (2012). Dyadic perfectionism in romantic relationships: Predicting relationship satisfaction and longterm commitment. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.002>
- Stoeber, J., Smith, M. M., Saklofske, D. H., & Sherry, S. B. (2021). Perfectionism and interpersonal problems revisited. *Personality and Individual Differences*, 169, 110106. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110106>
- Tavakol, Z., Nikbakht Nasrabadi, A., Behboodi Moghadam, Z., Salehiniya, H., & Rezaei, E. (2017). A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3), 197-207. <https://doi.org/10.31661/gmj.v6i3.641>
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour research therapy*, 90, 123-136. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. (pp. 56-75). Sage Publications, Inc.

Impairments in Communication and Function Patterns in Families of Adolescents with Bipolar Disorder¹

Farzaneh Tayarani Najaran 

PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: farzane.tayarani@gmail.com

Ali Mashhadi 

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: mashhadi@um.ac.ir

Imanolah Bigdeli 

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: ibigdeli@um.ac.ir

Atefeh Soltanifar 

Associate professor, Faculty of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Ira. Email: soltanifara@mums.ac.ir

Recived: 2023-05-09	Revised: 2023-10-05	Accepted: 2024-03-04	Published: 2024-03-15
Citation: Tayarani-najaran, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., & Soltanifar, A. (2024). Impairments in Patterns of Communication and Functions in family of Adolescents with Bipolar Disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 21-40. doi: 10.22067/tpccp.2024.81679.1478			

Abstract

Introduction:

The early appearance of bipolar disorder is debilitating. The disorder is characterized by periods of mood disorder (high mood or extreme irritability) and such difficulties as failure in social activities, education, and family issues. Bipolar disorders in children and teens have several causes. In this regard, many researches have mentioned families as sources. Many factors in families have close relationship with the behaviors of people with bipolar disorder. Almost all those with bipolar disorder have difficulties in maintaining their family relationships. Generally, family activities in families having children of this disorder are significantly weaker compared to the activities in normal families. This weakness received the attention of many researchers. Since the families activities are important in creating or continuing the disorder, the problematic issues should be identified to be considered in evaluating, intervening, and treating the patients. This study sought to see whether family activities and communication patterns of teens with bipolar disorder are different from those without the disorder. It tried to do this by conceptualizing the role of family activities among those people with bipolar disorder.

Method:

The population studied in this research consists of all adolescents with bipolar disorders. For having an easy access to the patients, the required evaluation was done in a psychiatric hospital. Accordingly, 52 adolescents aged 9 to 18 suffering from bipolar disorder who were under typical medical treatment were evaluated at Ibn Sina Psychiatric Hospital in Mashhad.

1. Extracted from PhD dissertation defended in psychology Department, Ferdowsi University of Mashhad



The diagnosis of bipolar disorder was first made by two psychiatrists. Then, to confirm the diagnosis, a semi-structured diagnostic interview of mood disorders and schizophrenia for children was used. Since the study is a causal-comparative, the adolescents with bipolar disorder were compared with adolescents without any psychiatric diagnosis. Receiving permission from the Education Organization of Mashhad, two high schools from District 5 were selected using purposeful sampling method. . After completing the consent form for participating in the research, the demographic information of both groups were checked by asking the participants. The data were then collected, using two questionnaires about family functioning and family communication patterns. Multivariate analysis of variance was applied using SPSS 26 for analyzing the data.

Findings:

The results of the multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference between adolescents with and without bipolar disorder in at least one of the subscales of the dependent variables, which is a linear combination of the components of the Family Functioning Scale (problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, behavior control, and overall performance). Moreover, the results showed that there is a significant difference between the two groups of adolescents with and without bipolar disorder in terms of scores of all components of family functioning ($p < 0.001$). The average scores of all components of family functioning (i.e., problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, behavior control, and overall performance) for adolescents with bipolar disorder are significantly higher than the average scores of adolescents without the disorder. The average scores of communication pattern for adolescents with bipolar disorder are significantly lower and the average scores of the conformity pattern for these adolescents are significantly higher than the average scores of adolescents without the disorder ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion:

This study tried to investigate family function of adolescents with bipolar disorder and compare them with the family activities of adolescents without the disorder. The results showed that there are many problems in the activities and communication among the family members of the investigated adolescents. The results showed that all components of family functioning (i.e., problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, and behavior control) among the families of adolescents suffering from bipolar disorder have much higher scores, indicating malfunction. It can be concluded that those with bipolar disorder had significantly weaker family functioning compared to healthy ones. Family functioning is ineffective and requires attention and intervention. Moreover, the scores pertaining to the communication pattern among the patients' families showed a one-way communication between parents and children. The communication pattern forces adolescents to comply with orders, while the communication pattern among the adolescents without the disorder is a two-way pattern; meaning that parents pay attention to adolescents' opinions. It can be said that bipolar disorder among adolescents overlaps highly with general problems and impaired function in families.

Keywords: Bipolar Disorder, Adolescents, Family Functions, Communication Pattern

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی

فرزانه طیرانی نجاران 

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. Farzane.tayarani@gmail.com

علی مشهدی 

استادگروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، mashhadi@um.ac.ir

ایمان الله بیگدلی 

استادگروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ibigdeli@um.ac.ir

عاطفه سلطانی فر 

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. soltanifara@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: طیرانی نجاران، فرزانه؛ مشهدی، علی؛ بیگدلی، ایمان‌الله؛ سلطانی فر، عاطفه. (۱۴۰۲). نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۴۰-۲۱. doi: 10.22067/tpccp.2024.81679.1478			

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی الگوهای ارتباطی و کنش‌وری‌های خانوادگی در نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بود.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی و با روش علی مقایسه‌ای دو گروهی بود. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بودند. تعداد ۵۲ نوجوان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مشهد از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۲ نوجوان داوطلب سالم نیز جهت مقایسه داده‌ها، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق اجرای دو پرسش‌نامه‌ی عملکرد خانواده (FAD) و الگوهای ارتباطی خانواده (FCP) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مورد استفاده قرار گرفت. تمامی فرایندها تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری «SPSS 26» صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه نوجوانان (مبتلا به اختلال دو قطبی و سالم) در مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی) و مؤلفه‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود، هم‌نوایی) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). وجود کنش‌وری‌های خانوادگی مختل در اختلال خلقی دو قطبی نوجوانان باید به عنوان عاملی مهم در درمان و مداخلات مورد توجه ویژه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خلقی دو قطبی، نوجوانان، کنش‌وری خانوادگی، الگوهای ارتباطی

مقدمه

بروز زود هنگام اختلال دوقطبی^۱ (BD) یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که مشخصه اصلی آن دوره‌های بی‌نظمی خلق (خلق بالا یا تحریک‌پذیری شدید) است و با نارسایی‌های بسیاری همچون نارسایی در کنش‌وری‌های اجتماعی، تحصیلی و خانوادگی همراه است (Mash & Wolfe., 2019). اختلال دوقطبی یک اختلال روان‌پزشکی مادام‌العمر و همراه با فراوانی دوره‌ای، همبودی و کاهش کنش‌وری زیاد است (Carvalho, Firth, & Vieta., 2020). اختلال دوقطبی، یکی از ۲۰ بیماری شدید روان‌پزشکی است که ناتوانی‌های زیادی را ایجاد می‌کند. نزدیک به ۶۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی قبل از ۱۸ سالگی و ۲۸ درصد قبل از ۱۳ سالگی مبتلا شده‌اند (Association., 2013). همان‌طور که گفته شد وجه مشخصه اختلال دوقطبی بروز دوره‌های شدیدی همراه با افسردگی است. علائم بیماران با بروز زود هنگام اختلال دوقطبی که به آن اختلال دوقطبی اطفال^۲ نیز گفته می‌شود، می‌تواند با همبودی بالا با سایر اختلال‌ها (افسردگی، اضطراب، اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و ...) رخ دهد که باعث می‌شود تشخیص‌گذاری برای این اختلال در سنین پایین با دشواری‌هایی همراه باشد (Duffy et al., 2010; Goldstein & Birmaher., 2012). بیماران دوقطبی که شروع زود هنگام داشته‌اند در مقایسه با نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ (ODD)، یا نوجوانان بدون هیچ سابقه روان‌پزشکی؛ در حیطه‌های روانی اجتماعی، جسمانی و هیجانی، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (Gomes et al., 2016). علاوه بر موارد ذکر شده مصرف مواد و وجود احتمال بسیار بالای خودکشی که با شروع زود هنگام اختلال دوقطبی همراه است، در بین بیماران وجود دارد (Wilcox et al., 2017). متأسفانه بیماران نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به بیماران دیگر تجربه می‌کنند، که این موضوع با احتمال بالاتر خطر خودکشی همراه می‌شود (De Abreu et al., 2012).

اختلال‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان به عوامل متعدد و مرتبط است. در بررسی علل احتمالی اختلال دوقطبی کودک و نوجوان، پژوهش‌ها از وجود علل خانوادگی حمایت می‌کنند (Miklowitz, Schneck & Walshaw., 2017). از میان عوامل مربوط به خانواده و کنش‌های موجود در آن، چند توانایی اصلی بیشتر از همه مورد توجه قرار گرفته‌اند. در بررسی خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی پژوهش‌ها شامل دو حیطه می‌شوند. برخی مطالعات به بررسی علل خانوادگی تأثیرگذار بر پیدایش اختلال

1 Early onset of Bipolar disorder

2 Pediatric Bipolar Disorder

3 Oppositional defiant disorder

می‌پردازند و برخی نیز تاثیر وجود بیمار بر اعضای خانواده را مورد بررسی قرار می‌دهند. عوامل متعددی در خانواده بیماران وجود دارد که به طور خاص با رفتارهای بیماران دوقطبی مرتبط هستند (Shalev et al., 2019). تعارضات بالا در خانواده یکی از مواردی است که در کنش‌وری خانواده مطرح می‌شود (Geller et al., 2012; Sullivan et al., 2008). علاوه بر آن سازش‌پذیری پایین نیز در خانواده بیماران مبتلا به طور معنادار متفاوت از خانواده‌های با فرزند سالم دیده می‌شود (Algorta et al., 2017). مشکل دیگری که خانواده افراد مبتلا با آن درگیرند، پایین بودن عزت نفس است (Weinstein et al., 2018). ارتباط‌های بین فردی اعضای خانواده، با بی‌ارزش‌سازی خودشان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. ناتوانی و نقص در مهارت‌های ارتباطی و همچنین نارسایی‌های مهارت‌های مقابله‌ای و نظم‌جویی هیجان‌ها از جمله مشکلاتی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود (Miklowitz, Schneck, & Walshaw, 2017). پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنیدگی^۱ خانواده نقش بسیار مهمی در جریان اختلال دوقطبی دارد. عامل اصلی در میزان تنیدگی خانواده، میزان هیجان بروز داده شده آن‌هاست. بنظر می‌رسد میزان هیجان بروز داده شده در خانواده بیماران با احتمال حمله خلقی در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی مرتبط است (Millman, Weintraub, & Miklowitz, 2018; Siegel et al., 2015). تقریباً تمامی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی چالش‌هایی را در نگهداری روابط خانوادگی دارند. نارسا کنش‌وری‌های خانوادگی یکی از اصلی‌ترین کاستی‌ها در این اختلال است و ضعف در کنش‌وری خانواده با کاستی‌هایی در کنش‌وری روانی اجتماعی همراه است (MacPherson et al., 2018). کنش‌وری خانواده مشکلاتی در جذب شدن در اجتماع به همراه دارد که نمی‌توان از آن صرف نظر کرد (Guerrero-Jimenez, Gutierrez, & Cervilla., 2022).

پژوهش در مورد خانواده و کنش‌وری روانی اجتماعی در بیماری‌های روانی جدی علاقه زیادی را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است. بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و خانواده‌هایشان مشخصه بروز هیجانی بسیار زیاد را همراه با فقدان وجود همبستگی بین اعضای خانواده و روابط بین فردی مختل نشان می‌دهند (West & Cosgrove., 2019). نتیجه این پژوهش‌ها بروی خانواده بیماران نشان می‌دهد که حمایت خانوادگی و اجتماعی درک شده از محیط بسیار پایین است و با مشکلاتی در ایجاد روابط بین فردی صمیمی همراه است. همبستگی بین کنش‌وری خانواده و کنش‌وری روانی اجتماعی احتمالاً دو سویه است. بهبود هر کدام از این کنش‌وری‌ها باعث بهبود دیگری می‌شود و ضعف در هر کدام، کنش‌وری دیگر را نیز با نقایصی همراه خواهد کرد (MacPherson et al., 2018). مداخلات کنش‌وری روانی اجتماعی در بهبود

تعارضات خانوادگی مفید واقع می‌شوند (O'Donnell et al., 2020). در پژوهشی با هدف بررسی میزان تنیدگی در والدین افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان، که به صورت مطالعه طولی سه سال به طول انجامید، ۶۲۱ کودک و نوجوان مبتلا با علائم مانیا شدید به همراه خانواده‌هایشان، با ۸۶ بیمار بدون علائم شدید مانیا مورد مقایسه قرار گرفتند. والدین گروه اصلی تنیدگی بالاتر، علائم خلقی بیشتر و تمایلات ضداجتماعی بیشتری از خود نشان دادند (Fristad, Wolfson, & Algorta., 2016). هرچه کمال‌گرایی والدین و کنترل‌گری در پیشرفت درسی کودک بیمار بیشتر باشد، میزان تنیدگی تجربه شده در خانواده بیشتر است و هرچه بهره هوشی کودک یا نوجوان مبتلا بیشتر باشد، میزان تنیدگی تجربه شده والدین بیشتر خواهد بود؛ چراکه فرزندان باهوش در تعارضات خانوادگی نقش پررنگ‌تری دارند (Algorta et al., 2011).

کنان میلر و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که نظارت تمام وقت بر درمان فرزند بیمار، سیستم خانواده را به طور کلی تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به بروز اضطراب در والدین شود (Keenan et al., 2012). در زمینه بررسی کنش‌های خانوادگی بیماران، مک فرسون و همکارانش تعداد ۱۱۶ خانواده دارای فرزند مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان را با ۱۰۸ خانواده دارای فرزند سالم مورد مقایسه قرار دادند. مقایسه داده‌ها نشان داد کنش‌های خانوادگی بیماران به طور کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری ضعیف‌تر است (MacPherson et al., 2016). ضعف در کنش‌وری خانواده در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (Luo et al., 2020).

با توجه به نقش کنش‌وری‌های خانواده در ایجاد و تداوم اختلال، حیطه‌های دارای مشکل باید شناسایی شوند تا در ارزیابی، مداخله و درمان خانواده مورد توجه قرار گیرند. شواهد نشان می‌دهد که مداخلات روانی اجتماعی مبتنی بر خانواده می‌تواند به کاهش تعداد پذیرش در بیمارستان و کاهش خطر عود بیماری بیانجامد (West & Cosgrove., 2019).

کنش‌وری خانواده بر اساس الگوی مک مستر (MC Master, 1983) می‌تواند در شش بعد مورد بررسی قرار گیرد (Mohammadzade et al., 2019). حل مسئله توانایی خانواده در رفع مشکلات است. ارتباطات به تبادل اطلاعات میان اعضای خانواده اشاره داد که می‌تواند کلامی و یا غیر کلامی باشد. نقش‌ها الگوهای تکراری رفتار اعضا هستند. واکنش‌های عاطفی توانایی پاسخ به محرک‌ها با کیفیت و فراوانی مناسب هستند. آمیزش عاطفی مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که افراد علائق و ارزش‌ها را با یکدیگر در میان می‌گذارند. کنترل رفتار به روش مهار رفتار اعضای خانواده اشاره می‌کند که می‌تواند بانظم و منعطف و یا بی‌نظم و همراه با هرج و مرج باشد. هدف مطالعه‌ی حاضر این است که مشخص کند آیا کنش‌وری‌های خانوادگی

و الگوهای ارتباطی نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی متفاوت از نوجوانان فاقد اختلال است و در پاسخ به این سوال، با مفهوم پردازی نقش عوامل خانوادگی در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی، حیطه‌های دارای مشکل را شناسایی کند تا در درمان این بیماران مورد توجه ویژه قرار گیرد.

روش

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی بودند. به دلیل سهولت دسترسی به بیماران، ارزیابی در بیمارستان روانپزشکی انجام شد. در نتیجه نمونه در دسترس بود. با حضور در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد در یک بازه زمانی، تمامی بیماران نوجوان مراجعه کننده در نظر گرفته شدند. با توجه به اینکه مطالعه علی مقایسه ای بود، بیماران نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی با نوجوانان بدون هیچ تشخیص روانپزشکی مورد مقایسه قرار گرفتند. بدین منظور ۵۲ نوجوان ۹ تا ۱۸ ساله با تشخیص روان-پزشکی اختلال خلقی دوقطبی انتخاب شدند. تشخیص اختلال خلقی دوقطبی ابتدا توسط دو روانپزشک انجام شد. سپس برای تایید تشخیص بیماران مبتلا از مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان (K-SADS) که یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است، استفاده شد. با توجه به اینکه همکاری در پاسخ‌دهی به سوالات نیاز به ارتباط مناسب دارد، بیمارانی که به تازگی بستری شده و یا دارای علائم سایکوتیک بودند، به دلیل شدت علائم و نیاز به بررسی دارویی، تحت نظر قرار گرفتند تا پس از ثبات علائم‌شان در پژوهش وارد شوند. بدین ترتیب کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی در دسترس که تحت درمان دارویی معمول^۱ قرار داشتند چه به صورت بستری و چه سرپایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت بررسی مقایسه‌ای، ۵۲ نوجوان بدون هیچ تشخیص روانپزشکی نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور ارزیابی نوجوانان فاقد اختلال، پس از مراجعه به آموزش و پرورش مشهد، دو دبیرستان در ناحیه ۵ انتخاب و به صورت در دسترس، اطلاعات جمع‌آوری شد. بدیهی است پس از تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش، اطلاعات جمعیت شناختی هر دو گروه با استفاده از شرح حال‌گیری به طور کامل بررسی شد.

ابزارها

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

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان^۲: (K-SADS) یک

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی

1 Treatment as usual

2 Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version

در کودکان و نوجوانان ساخته شده است ((Mohammadzade et al., 2019)). شهرپور و همکاران (Shahrivar et al., 2010) برای این مقیاس اعتبار و روایی متوسط تا خوب گزارش نموده‌اند. اختلال‌های دوقطبی در تشخیص‌های اولیه‌ای که به کمک پرسشنامه K-SADS مطرح می‌شود نیز وجود دارد. محمدزاده و همکاران (Mohammadzade et al., 2019) روایی این آزمون در همه گیرشناسی را بالاتر از ۷۵٪ عنوان کردند.

پرسش‌نامه عملکرد خانواده^۱: FAD یک پرسش‌نامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب^۲ با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. مولفه‌های مورد ارزیابی در این پرسشنامه عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی. ابزار سنجش خانواده به منظور تمیز میان خانواده‌های سالم و بیمار، الگوهای تبدیلی میان اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. این آزمون به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که هر چه نمره خانواده بالاتر باشد خانواده ناسالم‌تر است و کارایی پایین‌تری دارد. روایی همزمان پرسشنامه با پرسشنامه ۶۰ آیتمی عملکرد خانواده انجام شده است. اعتبار با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ ذکر شده است (Yousefi., 2012). اعتبار و روایی این ابزار پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش با دامنه‌ی ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ اعلام شد که نشان از همسانی درونی بالای آن دارد. در ایران نیز در پژوهش کرمی و همکاران (Karami et al., 2013) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب حل مشکل ۰/۹۵، ارتباط ۰/۶۳، نقش‌ها ۰/۸۵، همراهی عاطفی ۰/۷۴، آمیزش عاطفی ۰/۷۲، کنترل رفتار ۰/۹۱ و عملکرد کلی ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه الگوی ارتباطات خانواده^۳: که توسط ریچی و فیتزپاتریک^۴ در سال ۱۹۹۰ ارائه شد، یک پرسش‌نامه خودسنجی است که میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را با ۲۶ گویه که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند، در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای، مورد سؤال قرار می‌دهد. نمره ۴ معادل «کاملاً موافقم» و نمره ۰ معادل «کاملاً مخالفم» است. این ابزار به ترتیب شامل خرده‌مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود و خرده‌مقیاس جهت‌گیری همنوایی است. کورش‌نیا و لطیفیان (Koroshnia & Latifian., 2008) روایی و پایایی ابزار

1 Family Assessment Device

2 Epstein, Baldwin, & Bishop,

3 Family Communication Patterns

4 Ritchie & Fitzpatrick

تجدید نظر شده الگوهای ارتباطات خانواده را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داده است که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و می‌تواند به عنوان ابزاری روا و معتبر در ایران به کار برده شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است. این مقیاس هر دو بعد را بر حسب سازه‌های نظری به خوبی می‌سنجد و از روایی محتوای خوبی دارد (Fitzpatrick., 2004). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس گفت و شنود ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس هم‌نوایی ۰/۹۵ به دست آمد.

روش تحلیل

برای تحلیل داده‌های به دست آمده از طریق اجرای پرسش‌نامه‌ها، از روش‌های آماری مقایسه‌ی دو گروه مستقل استفاده شد. با توجه به اینکه متغیرهای مستقل مورد مطالعه دو گروه اصلی با خرده‌مقیاس‌های متفاوت بودند، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای دو گروه مستقل مورد استفاده قرار گرفت. تمامی فرایندهای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری «SPSS 26» صورت گرفت.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۱۰۴ نوجوان بود که ۵۲ نفر از آنان با ارزیابی چندبعدی (چک لیست تشخیصی اختلال دوقطبی کودک و نوجوان و مصاحبه بالینی) تشخیص اختلال دوقطبی دریافت کرده بودند و ۵۲ نفر در گروه غیر مبتلا قرار داشتند. این دو گروه از لحاظ جنسیت هم‌تا شده بودند. به‌طوری‌که در هر یک از گروه‌ها ۴۶ نفر دختر و ۶ نفر پسر حضور داشت. همچنین میانگین سنی دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال دوقطبی ۱۵ بود. برای ارزیابی کنش‌های خانوادگی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش از دو ابزار استفاده شد. علاوه بر بررسی عملکرد خانواده شرکت‌کنندگان، الگوهای ارتباطی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. مقایسه عملکرد گروه‌ها در هر یک از ابزارها جداگانه و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت. در این تحلیل‌ها، گروه (گروه مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه غیر مبتلا) به عنوان متغیر مستقل، و نمرات نوجوانان در مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل‌ها شدند. جدول ۱ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسش‌نامه عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسشنامه عملکرد خانواده

نام آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۳	۷	۹۶	۳۷/۷۴	۰/۷۳۳

نتایج نشان داد پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها برای این مولفه‌ها رعایت شده است. همچنین مقدار M-BOX برای بررسی پیش فرض نرمال بودن و پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$) (جدول ۲) و این به معنای عدم برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود.

جدول ۲: M-BOX برای بررسی پیش فرض نرمال بودن و پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای پرسشنامه عملکرد خانواده

مقدار M-BOX	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۹۳/۴۹۹	۳/۰۹۵	۲۸	۳۶۲۵۳/۵۰۳	۰/۰۰۰

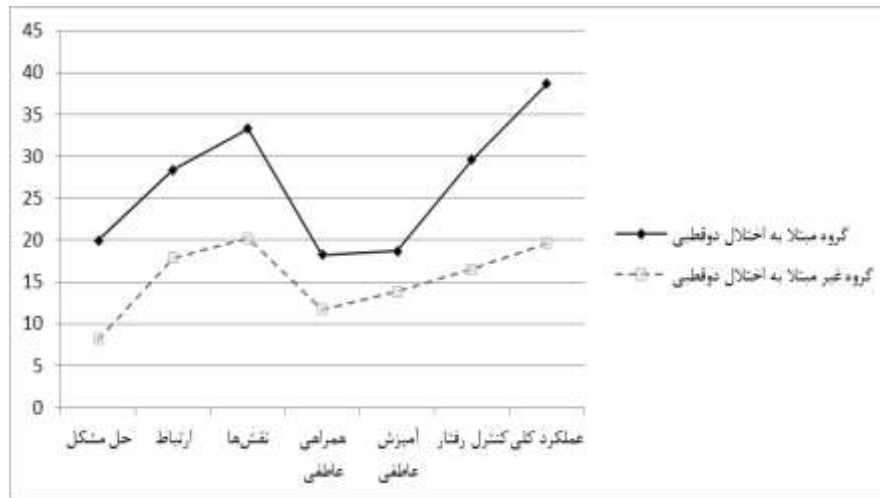
بنابراین از ارزش ویژه V اثر پیلایی برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۱ نشان می‌دهد، بین دو گروه نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های متغیر وابسته که از ترکیب خطی مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی) حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۳ به مقایسه اثرات بین آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه عملکرد خانواده می‌پردازد.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای پرسشنامه عملکرد خانواده

شاخص منابع تغییرات	میانگین (انحراف معیار)		F	مجذور اتا
	گروه مبتلا به اختلال دوقطبی	گروه غیر مبتلا		
حل مشکل	۱۹/۹۸ (۴/۱۹)	۸/۱۷ (۳/۱۴)	۲۶۳/۲۷	۰/۷۲۱
ارتباط	۲۸/۳۸ (۵/۳۱)	۱۷/۸۲ (۵/۸۴)	۹۲/۹۰	۰/۴۷۷
نقش‌ها	۳۳/۲۸ (۵/۵۲)	۲۰/۱۹ (۶/۸۶)	۱۱۴/۸۹	۰/۵۳۰
همراهی عاطفی	۱۸/۲۱ (۳/۸۷)	۱۱/۷۱ (۴/۳۳)	۶۵/۰۹	۰/۳۹۰
آمیزش عاطفی	۱۸/۶۵ (۳/۶۳)	۱۳/۸۰ (۵/۰۷)	۳۱/۳۳	۰/۲۳۵
کنترل رفتار	۲۹/۵۹ (۵/۹۷)	۱۶/۴۸ (۵/۹۴)	۱۲۵/۹۶	۰/۵۵۳
عملکرد کلی	۳۸/۶۹ (۷/۰۸)	۱۹/۶۱ (۵/۹۷)	۲۲۰/۲۸	۰/۶۸۴

به منظور مقایسه دو گروه از جهت میانگین نمرات هر یک از مولفه‌های عملکرد خانواده، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در نمرات هر هفت مولفه کنش‌وری خانواده تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$).

به جهت شفاف‌سازی این تفاوت‌ها، نتایج در قالب نمودار نیز ارائه شده است (شکل ۱).



شکل ۱: نیم‌رخ کنش‌وری خانواده برای نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی

همان گونه که در شکل ۱ قابل مشاهده است، بر اساس اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی این مولفه‌ها در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات تمامی مولفه‌های عملکرد خانواده یعنی حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی برای نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات نوجوانان غیر مبتلا است. الگوهای ارتباطی خانواده نیز یکی دیگر از متغیرهای مورد مطالعه برای کنش‌وری خانواده بود. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسش نامه عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده

نام آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	مجذور تا
اثر پیلایی	۰/۵۴	۲	۱۰۱	۶۰/۱۵	۰/۵۴۴

نتایج نشان داد پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها برای این مولفه‌ها رعایت شده است. همچنین مقدار M-BOX برای پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$) (جدول ۵) و این به معنای عدم برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود.

جدول ۵: آزمون M-BOX برای پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده

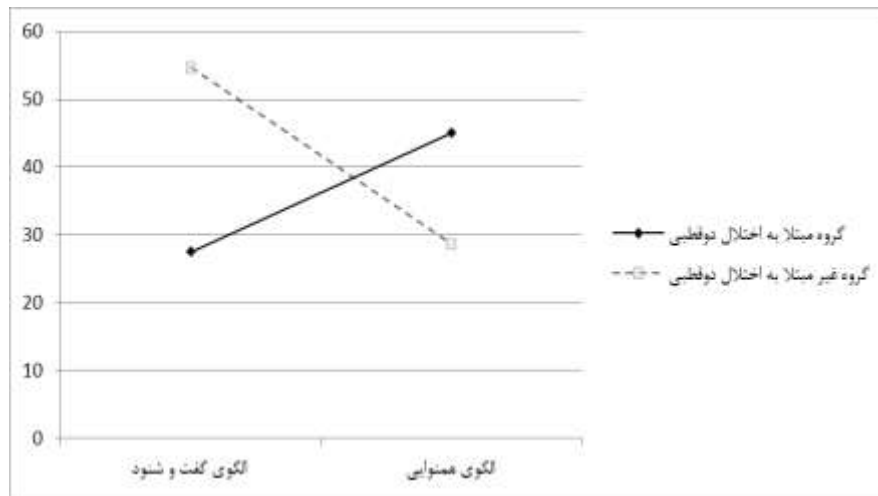
مقدار M-BOX	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۲۰/۳۲۳	۶/۶۳۰	۳	۱۸۷۲۷۲۰	۰/۰۰۰

بنابراین از ارزش ویژه ۷ اثر پیلایی برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین دو گروه نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی مؤلفه‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود و همنوایی) به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶ به مقایسه اثرات بین آزمودنی‌ها در پرسش نامه الگوهای ارتباطی خانواده می‌پردازد.

جدول ۶: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده

شاخص منابع تغییرات	میانگین (انحراف معیار)		F	مجذوراتا
	گروه مبتلا به دوقطبی	گروه غیر مبتلا		
الگوی گفت و شنود	۲۷/۴۸ (۱۱/۱۱)	۵۴/۶۵ (۱۴/۷۲)	۱۱۲/۸۵	۰/۵۲۵
الگوی همنوایی	۴۵/۰۱ (۹/۱۲)	۲۸/۶۹ (۱۱/۰۸)	۶۷/۱۹	۰/۳۹۷

به منظور مقایسه دو گروه از جهت میانگین نمرات هر یک از مولفه‌های الگوهای ارتباطی خانواده، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در نمرات هر دو مولفه الگوهای ارتباطی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). به جهت شفاف‌سازی این تفاوت‌ها، این نتایج نیز در قالب نمودار نیز ارائه شده است (شکل ۲).



شکل ۲: نیمرخ الگوهای ارتباطی خانواده برای نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی

با توجه به شکل ۲ و بر اساس اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی این مولفه‌ها در جدول ۶ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات الگوی گفت و شنود برای نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری کمتر و میانگین نمرات الگوی همبستگی برای این نوجوانان به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات نوجوانان غیر مبتلا است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی کنش‌وری‌های خانوادگی نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی و مقایسه آن با کنش‌وری‌های خانوادگی نوجوانان فاقد تشخیص روان‌پزشکی بود. نتایج نشان داد که مشکلات فراوانی در کنش‌وری و ارتباط خانواده نوجوانان مبتلا وجود دارد. داده‌ها حاکی از این بود که تمامی مولفه‌های عملکرد خانواده یعنی حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار در خانواده مبتلایان به اختلال خلقی دو قطبی نمرات بسیار بالاتری دارند که نشان از کنش‌وری ناسالم است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است که نارسا کنش‌وری‌های خانوادگی بیماران را تایید کرده‌اند (Miklowitz, Schneck., & Walshaw., 2017). همان‌گونه که در پژوهش مک فرسون و همکارانش (MacPherson et al., 2018) دیده می‌شود، کنش‌های خانوادگی بیماران در حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کنش‌های کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بدتر است. داده‌ها نشان می‌دهند که کنش‌های خانوادگی بیماران در مقایسه با گروه

کنترل به طور معناداری ضعیف‌تر است.

یکی از نتایج این پژوهش، ضعف در حل مسئله در خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی است. حل مسئله یکی از مولفه‌های مهم در کنش‌وری خانواده است، که توانایی رفع مشکلات و چالش‌های ایجاد شده در زندگی است و عمدتاً توسط والدین انجام می‌شود. همان‌گونه که در پژوهش‌های گذشته دیده می‌شود، ضعف در رفع مشکلات موجود در خانواده بیماران، بیش‌تر از جمعیت عادی گزارش می‌شود (Algorta et al., 2017) و این خود باعث بروز مشکلات پیچیده‌تر می‌شود (Guerrero-Jimenez, Gutierrez, & Cervilla, 2022). در پژوهش حاضر حل مسئله مختل در خانواده بیماران قابل مشاهده است. یکی دیگر از نتایج این مطالعه نارسایی در مهارت‌های ارتباطی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود. این نتیجه نیز همسو با پژوهش‌های قبلی است (Millman, Weintraub, & Miklowitz, 2018; Siegel et al., 2015; West & Cosgrove, 2019). همان‌گونه که در علائم بیماری دیده می‌شود، نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی مشکلات فراوانی در ارتباط با دیگران به خصوص در دوره‌ی افسردگی از خود نشان می‌دهند. عدم توجه به نشانه‌های اجتماعی و استفاده از راه‌کارهای نادرست در برقراری ارتباط بین فردی در بیماران دیده می‌شود (Mash & Wolfe, 2019). طبق این داده‌ها می‌توان این ضعف را ناشی از وجود ضعف این مهارت در خانواده بیماران دانست. علاوه بر این، ارتباطات بین فردی پر از تنیدگی و سطوح پایین‌تر انطباق‌پذیری و همبستگی در بین افراد خانواده بیماران قابل مشاهده است (Siegel et al., 2015). به همین دلیل است که بهبود تعارضات خانوادگی مفید واقع می‌شوند (O'Donnell et al., 2020). یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معنادار مولفه نقش‌ها در کنش‌وری خانواده است. نقش‌ها که به انجام تعهدات افراد خانواده اشاره دارد و میزان درگیری و آمیزش عاطفی با فرزندان در نظر گرفته می‌شود، در خانواده بیماران با مشکلات قابل توجهی همراه است. افراد خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی؛ گرمی، عاطفه، صمیمیت، همبستگی، بیانگری و هیجان ابراز شده مثبت کمتری را نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017). طبق پژوهش گلر و همکاران (Geller et al., 2008) بالا بودن انتقاد، خشونت و درگیری بیش از اندازه هیجانی و تعارضات خانوادگی بالا عوامل خطر برای عود مجدد هستند. همسو با پیشینه پژوهش‌ها در مطالعه حاضر نیز مولفه‌ی نقش‌ها در کنش‌وری خانواده بیماران مبتلا ضعیف‌تر است (Weinstein et al., 2018; Fristad et al., 2016).

مولفه‌ی دیگر مورد بررسی در این پژوهش کنترل رفتار بود که به نحوه حفظ انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر اشاره دارد. تعجب آور نیست که کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان در خانواده‌ها به مراقبت

بیشتری نیاز دارند و کنترل رفتار بدتر ممکن است باعث افزایش احتمال پرخاشگری خانواده شود. این نیز به نوبه خود احتمال بروز مشکلات هیجانی در کودکان را افزایش می‌دهد (Shalev et al., 2019). تفاوت قابل توجه در کنترل رفتار بین بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی و افراد سالم با تحقیق دو همخوانی ندارد. ممکن است این تفاوت به شرکت کنندگان و اندازه‌گیری‌های مختلف مرتبط باشد (Dou et al., 2021).

به طور کلی می‌توان گفت که بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی در مقایسه با افراد سالم کنش‌وری خانوادگی ضعیف‌تر قابل توجهی داشتند. کنش‌وری خانواده آشکارا ناکارآمد هستند، که نیاز به توجه در اجرای مداخلات دارد. این نتایج تاییدکننده پژوهش‌های پیشین است (Luo et al., 2020; MacPherson et al., 2016). عوامل متعددی در خانواده بیماران وجود دارد که به طور خاص با رفتارهای بیماران اختلال خلقی دو قطبی مرتبط هستند. تعارضات بالا در خانواده یکی از مواردی است که در کنش‌وری خانواده مطرح می‌شود. علاوه بر آن سازش‌پذیری پایین خانواده (Algorta et al., 2011)، نیز در خانواده بیماران مبتلا به طور معنادار متفاوت از خانواده‌های با فرزند سالم دیده می‌شود و این نتایج در پژوهش حاضر مورد تایید قرار گرفته‌اند. ناتوانی و نقص در مهارت‌های ارتباطی و همچنین نارسایی‌های مهارت‌های مقابله‌ای (Brigde, Goldstirn, & Brent., 2006) از جمله مشکلاتی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود. از میان عوامل مربوط به خانواده و کنش‌های موجود در آن، چند توانایی اصلی بیشتر از همه مورد توجه قرار گرفته‌اند. کنش‌های خانوادگی بیماران در حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کنش‌های کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بدتر است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خانواده افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان سطوح بالاتر تعارض، کنترل-گری، پرخاشگری، درگیری، تنبیه اجباری، تنش، تنیدگی و هیجان ابراز شده منفی را از خود نشان می‌دهند. در همین حال گرمی، عاطفه، صمیمیت، همبستگی، بیانگری و هیجان ابراز شده مثبت کمتری را نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017; Reinares et al., 2016). طبق پیشینه پژوهش‌ها اختلال خلقی دو قطبی در خانواده ریشه دارد. مطالعه دوراچر (Du Rocher, 2018) نشان می‌دهد که کاستی در حل مسئله و ارتباطات پیش‌بینی‌کننده تعارضات خانوادگی است که به نوبه خود اختلال دو قطبی دوران کودکی را پیش‌بینی می‌کند (به نقل از Mash & Wolfe., 2019). وجود چنین مشکلاتی در خانواده می‌تواند نوجوان را به بروز دوره‌های بی‌نظمی خلق (تحریک‌پذیری شدید) و نقص در کنش‌وری‌های اجتماعی و تحصیلی که مشخصه اختلال خلقی دو قطبی است، سوق دهد. خانواده اولین محیطی است که فرد در آن تحول می‌یابد. وجود مشکلات فراوان در کنش‌وری خانواده، در تطابق فرد با محیط اجتماعی خدشه وارد می‌کند و مشکلاتی که

نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نشان می‌دهند، می‌تواند نمودی از این نارساکنش‌وری‌ها باشد. علاوه بر این، نمرات کسب شده در الگوی گفت و شنود در خانواده بیماران نشان از سبک ارتباطی یک طرفه والدین دارد که نوجوانان را برای همنوایی با دستورات تحت فشار قرار می‌دهد در حالی که در نوجوانان فاقد تشخیص روان پزشکی، الگوی گفت و شنود و همنوایی، از تعامل دو طرفه و توجه والدین به نظرات نوجوان خبر می‌دهد. وجود تعامل یک طرفه و فشار بر فرزندان برای هم‌نوا شدن با والدین، باعث افزایش تنش در خانواده می‌شود. این خود یکی از عوامل ایجاد کننده تعارض در روابط نوجوان با والدین است. همانگونه که پژوهش‌ها نشان می‌دهند تعارضات بالا از ویژگی‌های بررسی شده در کنش‌وری خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی است (Geller et al., 2008; Sullivan et al., 2012). همسو با نتایج به دست آمده، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خانواده افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان سطوح بالاتر تعارض، کنترل گری، پرخاشگری، درگیری، تنبیه اجباری، تنش، تنیدگی و هیجان ابراز شده منفی را از خود نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017). این علائم مربوط به خانواده، وابسته به بروز و سیر بدتر اختلال در نوجوانان است. ترکیب این عوامل می‌تواند سبب تجربه‌ی کیفیت پایین‌تر در زندگی نوجوانان باشند (Gomes et al., 2016). به طور کلی می‌توان گفت که اختلال خلقی دو قطبی در کودک و نوجوانان همپوشی بالایی با وجود مشکلات کلی در خانواده دارد. کنش‌وری‌های خانواده آشکارا ناکارآمد هستند و نیاز به توجه ویژه در درمان ضروری به نظر می‌رسد.

بدیهی است کنش‌وری خانواده یکی از مولفه‌های اساسی در تشخیص و درمان اختلال است. همان‌طور که میکلوویتز و همکاران (Miklowitz, Peris, & Lord., 2020) می‌نویسند، حضور والدین در درمان و آگاهی آن‌ها از شرایط یکی از اصلی‌ترین نکات درمانی است. فرآیند درگیری خانواده در درمان باید شامل ارائه اطلاعات در مورد بیماری، بررسی پاسخ‌ها و تفسیرهای فردی و فراهم کردن مهارت‌های حل مسئله و حل-مشکل، ارتباط درست و شکل‌گیری نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی در برقراری ارتباط، کنترل رفتار و کمک به خانواده در حل تعارض باشد. در نتیجه انتظار می‌رود با مداخله زودهنگام و مناسب، کنش‌وری خانواده دستخوش تغییر شود که این خود نیز باعث بهبود علائم بیمار خواهد شد. هدف قرار دادن کودک یا نوجوان به تنهایی نمی‌تواند تاثیر معناداری در تغییر علائم اختلال دو قطبی ایجاد کند و تنها ممکن است به کاهش اضطراب کمک کنند. چرا که متغیر خانواده و والدین بر نتایج درمان روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان مبتلا تاثیر بسیار مهمی دارد (Weinstein et al., 2018). توجه به نتایج، ارزیابی جامع خانواده با تاکید بر مولفه‌های ذکر شده و به تبع آن آموزش آن‌ها باید در خانواده بیماران مبتلا به اختلال انجام شود.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر با بررسی نوجوانان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی انجام شده است، نمی‌تواند نمونه کاملی از تمام بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی باشد و بدیهی است این محدودیت می‌تواند در تمایل به وخیم‌تر نشان دادن کنش‌وری‌ها نقش داشته باشد. هرچند می‌تواند منجر به توجه ویژه به این مولفه مهم و در نظر گرفتن آن در درمان اختلال باشد. نمونه بزرگتری که تمام بیماران سرپایی و بستری در جامعه را در نظر بگیرد به شیوه بهتری مشکلات را نشان خواهد داد. این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه فردوسی مشهد، با توجه به تفاهم نامه با دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با شناسه اخلاق IR.UM.REC.1399.138 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی بیماران و خانواده‌هایی که در این مطالعه همکاری داشتند و همچنین روان‌شناس و کادر پرستاری بیمارستان ابن سینا مشهد کمال تشکر را داریم.

References

- Algorta, G. P., MacPherson, H. A., Youngstrom, E. A., Belt, C., , Arnold, L., Frazier, T. W., Taylor, H. G., Birmaher, B., Horwitz, S., Findling, R., & Fristad, M. A. (2017). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Bipolar Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. <https://doi.org/DOI:10.1080/15374416.2017.1280805>
- Algorta, G. P., Youngstrom, E. A., Frazier, T. W., Freeman, A. J., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder :predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord*, 13(1), 76-86. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00886.x>
- Association, A. p. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*.
- Brigde, J. A., Goldstirn, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- De Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B. C., Oquendo, M. A., & Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Compr Psychiatry*, 53(2), 125-129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.003>
- Dou, W., Yu, X., Fang, H., Lu, D., Cai, L., Zhu, C., Zong, K., Zheng, Y., & Lin, X. (2021). Family and Psychosocial Functioning in Bipolar Disorder: The Mediating Effects of Social Support, Resilience and Suicidal Ideation. *Front Psychol*, 12, 807546. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.807546>
- Duffy, A., Alda, M., Hajek, T., Sherry, S. B., & Grof, P. (2010). Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord*, 121(1-2), 127-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.022>
- Fristad, M. A., Wolfson, H., & Algorta, G. P. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder not otherwise specified: fraternal or identical twins? . *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacol*, 26, 138-146 .DOI: 10.1089/cap.2015.0062
- Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimmerman, B. (2008). Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 65(10), 1125-1133. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1125>
- Goldstein, B. I., & Birmaher, B. (2012). Prevalence, clinical presentation and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 49(1), 3-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652925>
- Gomes, B. C., Kleinman, A., Carvalho, A. F., Pereira, T. C., Gurgel, A. P., Lafer, B., Busatto, G. F., Caetano, S. C., & de Almeida Rocca, C. C. (2016). Quality of life in youth with bipolar disorder and unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 202, 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.041>
- Guerrero-Jimenez, M., Gutierrez, B., & Cervilla, J. A. (2022). Psychotic symptoms associate inversely with social support, social autonomy and psychosocial functioning: A community-based study. *Int J Soc Psychiatry*, 68(4), 898-907. <https://doi.org/10.1177/00207640211011198>
- Keenan-Miller, D., Peris, T., Axelson, D., Kowatch, R. A., & Miklowitz, D. J. (2012). Family

- functioning, social impairment, and symptoms among adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(10), 1085-1094. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.005>
- Koroshnia, M., & Latifian, M. (2008). An Investigation on Validity and Reliability of Revised Family Communication Patterns Instrument. *Journal of Family Research*, 3(4), 855-875. <https://sid.ir/paper/122282/en>. (In Persian)
- Luo, X., Zhu, Y., Lu, D., Zong, K., & Lin, X. (2020). Subjective cognitive dysfunction in patients with bipolar disorder: The prevalence, related factors and effects on predicting psychosocial functioning and suicidal ideation. *Psychiatry Res*, 284, 112669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112669>
- MacPherson, H. A., Ruggieri, A. L., Christensen, R. E., Schettini, E., Kim, K. L., Thomas, S. A & , Dickstein, D. P. (2018). Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder. *J Affect Disord*, 235, 574-582. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.078>
- MacPherson, H. A., Weinstein, S. M., Henry, D. B., & West, A. E. (2016). Mediators in the randomized trial of Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for pediatric bipolar disorder. *Behav Res Ther*, 85, 60-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.014>
- Miklowitz, D. J., Peris, T. S., & Lord, C. (2020). Helping Families to Understand and Cope With Psychiatric Disorders in Childhood-Beyond Basic Facts. *JAMA Psychiatry*, 77(4), 433-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4812>
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., & Walshaw, P. D. (2017). Early intervention for youth at high risk for bipolar disorder: A multisite randomized trial of family-focused treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 0, 1-9. <https://doi.org/10.1111/eip.12463>
- Millman, Z. B., Weintraub, M. J., & Miklowitz, D. J. (2018). Expressed emotion, emotional distress, and individual and familial history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Res*, 270, 656-660. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.054>
- Mohammadzade, S., Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Tahazade, s., Yousefi, F., Maleki, B., & hamidi, s. (2019). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents 6 -18 yearsold in Kurdistan province in 2016 [Original Research]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 23(6), 115-127. <https://doi.org/10.52547/sjku.23.6.115> (In Persian)
- O'Donnell, L. A., Weintraub, M. J., Ellis, A. J., Axelson, D. A., Kowatch, R. A., Schneck, C. D., & Miklowitz, D. J. (2020). (A Randomized Comparison of Two Psychosocial Interventions on Family Functioning in Adolescents with Bipolar Disorder. *Fam Process*, 59(2), 376-389. <https://doi.org/10.1111/famp.12521>
- Reinares, M., Bonnin, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., Sole, B., Jimenez, E., Torrent, C., Comes, M., Martinez-Aran, A., Sanchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2016). Family functioning in bipolar disorder: characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates. *Psychiatry Res*, 245, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.010>
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Life-time Version - Persian Version. *Child Adolesc Ment Health*, 15(2. 97-102) <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x> (In Persian)

- Shalev, A., Merranko, J., Goldstein, T., Miklowitz, D. J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Brent, D., Monk, K., Hickey, M. B., Hafeman, D. M., Sakolsky, D., Diler, R., & Birmaher, B. (2019). A Longitudinal Study of Family Functioning in Offspring of Parents Diagnosed With Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(10), 961-970. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.011>
- Siegel, R. S., Hoepfner, B., Yen, S., Stout, R. L., Weinstock, L. M., Hower, H. M., Birmaher, B., Goldstein, T. R., Goldstein, B. I., Hunt, J. I., Strober, M., Axelson, D. A., Gill, M. K., & Keller, M. B. (2015). Longitudinal Associations Between Interpersonal Relationship Functioning and Mood Episode Severity in Youth With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3). https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2015/03000/Longitudinal_Associations_Between_Interpersonal.8.aspx
- Sullivan, A. E., Judd, C. M., Axelson, D. A., & Miklowitz, D. J. (2012). (Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behav Ther*, 43(4), 837-847. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.005>
- Weinstein, S. M., Cruz, R. A., Isaia, A. R., Peters, A. T., & West, A. E. (2018). Child- and Family-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Applications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 48(6), 797-811. <https://doi.org/10.1111/sltb.12416>
- West, A. E., & Cosgrove, V. E. (2019). Editorial: The Impact of Parental Psychopathology on Family Functioning: Prioritizing Transdiagnostic Interventions With Parents and Families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(10), 940-942. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.005>
- Wilcox, H. C., Fullerton, J. M., Glowinski, A. L., Benke, K., Kamali, M., Hulvershorn, L. A., Stapp, E. K., Edenberg, H. J., Roberts, G. M. P., Ghaziuddin, N., Fisher, C., Brucksch, C., Frankland, A., Toma, C., Shaw, A. D., Kastelic, E., Miller, L., McInnis, M. G., Mitchell, P. B., & Nurnberger, J. I., Jr. (2017). (Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to Increase Risk for Suicide Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(12), 1073-1080. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.428>
- Yousefi, N. (2012). An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). *Quarterly of Educational Measurement*, 2(17), 91-120. https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html?lang=en (In Persian)



The Effectiveness of the Modification of Cognitive Bias towards Physical Appearance on Body Image Concerns in College Students

Ali pakizeh

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran. (Corresponding Author), Email: pakizeh@pgu.ac.ir

Sadegh Hekmatiyani Fard

PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran. Email: sadegh.hekmatiyani@gmail.com

Marzieh Bagheri

M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran.

Received: 2022-11-16	Revised: 2023-11-03	Accepted: 2024-03-05	Published: 2024-03-15
Citation: Pakizeh, A., Hekmatiyani fard, S., & Baqeri, M. (2024). Investigating the Effectiveness of Treatment to Correct Cognitive Bias Towards Physical Appearance on Body Image Concerns in College Students. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 41-56. doi: 10.22067/tpccp.2024.79496.1395			

Abstract

Introduction

Physical appearance is an important part of the body image, a part of identity, the first source of information for others in social interactions, and one of the important factors in the formation of personality. Body image plays a critical role in several areas of people's lives. Body image concern can be defined as a person's perception, feelings, and thoughts about his own body, which is usually considered as a combination of body size estimation, body attractiveness evaluation, and various feelings related to body shape and size. Previous studies show the relationship between body image dissatisfaction and such disorders as depression, anxiety, and anorexia nervosa. Dissatisfaction with body image is also a strong factor imposing cosmetic surgery, having an inverse relationship with self-esteem, self-confidence, academic performance, and quality of life. Considering that there is a relationship between negative body image and cognitive biases towards the body and the fact that cognitive bias towards physical appearance is one of the reasons of increasing dissatisfaction with body image, cognitive bias is a useful target for therapeutic intervention. Taking into account the mentioned issues, this study was conducted to examine the effectiveness of correcting cognitive bias towards physical appearance on body image concerns among female university students.

Method

This study relied on a semi-experimental design, using a pre-test, post-test, and control group. The statistical population consisted of female students of Foulad University of Technology (about 700 people), in the academic year of 2018-2019, being 18 to 30 years old. Using purposeful sampling method and executing inclusion criteria including not receiving psychological and psychiatric treatments and not performing cosmetic surgery, this study selected 200 students. All of the students completed the body image questionnaire. Then, among the 45 students who scored higher than the cut-off point (57) in the body image



questionnaire, 30 participants were randomly selected and placed into experimental and control groups (15 participants in each group) using the random assignment method. Absence of more than two sessions in the process of intervention, aimed at correcting cognitive bias, was considered as exclusion criterion.

Body image concern was measured using a questionnaire with the same title that was developed and validated by Littleton, Axsom and Pury (2005). This measure includes two components of a person's dissatisfaction and embarrassment with appearance and the degree of interference of concern about appearance in a person's social performance. Measuring and correcting cognitive bias towards physical appearance were also done using a modified visual version of the Dot-probe task. First, the amount of attention bias towards beautiful faces (the target) was measured, and then, based on the insights of Flakiger et al. (2020) on the number of sessions needed for effective psychological interventions, eight 30-40 minute intervention sessions were conducted for the experimental group members. Finally, using the one-way analysis of covariance statistical test, the effectiveness of the intervention on the degree of participants' bias towards beautiful faces and also their concern about their own body image were analyzed.

Results

The results showed that there is a significant difference between the average scores of cognitive bias towards physical appearance in the experimental and control groups ($F=7.19$, $P<0.005$). Correcting cognitive bias towards physical appearance reduced cognitive bias towards physical appearance. Therefore, the results confirmed the first hypothesis of the research regarding the impact of correcting cognitive bias on reducing cognitive bias towards physical appearance. Moreover, the results showed that there is a significant difference between the average scores of concern about body image in the experimental and control groups. Therefore, the results confirmed the second hypothesis of the research regarding the impact of correcting cognitive bias on reducing concern about body image.

Discussion and conclusion

The results on the effectiveness of an intervention program aimed at correcting cognitive bias on reducing cognitive bias and on reducing the anxiety of female students regarding their body image, opens a new venue for how to implement such cognitive interventions. More research can clarify the details of this impact and lead to intervention programs that reduce the desire for cosmetic surgery among women. Correcting cognitive bias can be used as an effective method to prevent the formation of concern about body image. This research faced such limitations as the difficulty of communicating with students due to the spread of the Covid-19, being satisfied with one gender and a certain stratum of society (students), and using self-report tools to measure the sensitive issue of concern about body image among girls. Despite these limitations, the transparent impact of the intervention program aimed at correcting cognitive bias on reducing cognitive bias and also on reducing the concern of female students about their body image, offers a new perspective for how to implement such cognitive interventions in order to reduce the negative impact of cognitive factors related to body image on mental health.

Keywords: Cognitive Bias Correction, Body Image, Physical Appearance

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

بررسی اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی از تصویر بدنی در دانشجویان دختر

علی پاکیزه 

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)، pakizeh@pgu.ac.ir

صادق حکمتیان فرد 

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. sadegh.hekmatian@gmail.com

مرضیه باقری 

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

zahrabaqeri07@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۵	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: پاکیزه، علی؛ حکمتیان فرد، صادق؛ باقری، مرضیه. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی از تصویر بدنی در دانشجویان دختر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۵۶-۴۱. doi: 10.22067/tpccp.2024.79496.1395			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی اصلاح سوگیری شناختی دختران دانشجو نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی آن‌ها از تصویر بدنی اجرا گردید.

روش: پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه غیر انتفاعی صنعتی فولاد، در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ می‌باشند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه تصویر بدنی را تکمیل نمایند. سپس تعداد ۴۵ نفر از دانشجویان با نمره بالاتر از نقطه برش پرسشنامه، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۲ نفر) و کنترل (۲۳ نفر) قرار داده شدند. به منظور سنجش میزان نگرانی دانشجویان نسبت به تصویر بدنی، از پرسشنامه تصویر بدن لیتلتون و به منظور سنجش و اصلاح سوگیری شناختی دانشجویان نسبت به ظاهر فیزیکی از تکلیف کاوش نقطه (دات پروب) استفاده شد. در ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد و سپس اعضای گروه آزمایش به صورت انفرادی، در ۸ جلسه ۳۰ تا ۴۰ دقیقه‌ای اصلاح سوگیری شناختی شرکت کردند. در این مدت گروه کنترل تحت هیچ آموزشی نبودند. بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند که در قسمت توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در قسمت آمار استنباطی از تحلیل کواریانس یکراه استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی باعث کاهش سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی و کاهش نگرانی نسبت به تصویر بدن در دختران دانشجو می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اصلاح سوگیری شناختی، تصویر بدن، ظاهر فیزیکی

مقدمه

ظاهر فیزیکی بخش مهمی از تصویر بدنی، جزیی از هویت، اولین منبع اطلاعاتی دیگران در تعاملات اجتماعی با فرد، و همچنین یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری شخصیت می‌باشد (Wilhelm et al., 2019). تصویر بدنی نقش حیاتی در چندین زمینه از زندگی افراد دارد (Nicolucci & Maffei, 2022). عبارت "تصویر بدنی" دربرگیرنده چگونگی درک، رفتار، تفکر و احساس فرد نسبت به بدن خود و قرار گرفتن در طیفی از ادراکات مثبت تا منفی است (Sagrer et al., 2022). تصویر منفی از بدن، همان نارضایتی از بدن و ایده‌آل‌پنداری بدن و نیز تلاش برای منطبق کردن خود با قیافه و ظاهری که همخوانی با آن برای بیشتر افراد غیر ممکن است، می‌تواند به نارضایتی از بدن منتهی شود (Leng, Phua, & Yang, 2020). پیامدهای منفی تصویر بدنی در تمام زمینه‌های کلیدی زندگی، از جمله عملکرد روانی و فیزیکی تأثیر می‌گذارد (Cacciottolo, 2021). به عنوان یک ساختار چند بعدی، تصویر بدن به بازنمایی ذهنی خصوصیات فیزیکی خود مانند وزن، شکل، قد و رنگ پوست اشاره دارد (Cash & Smolak, 2011). از منظر روانشناختی، تصویر بدن شامل اجزای ادراکی (مثلاً تخمین اندازه بدن)، شناختی (افکار و باورهای مربوط به بدن)، عاطفی (احساسات بدن) و رفتاری (مثلاً بررسی بدن) است (Grogan, 2021). نگرانی از تصویر بدنی می‌تواند به عنوان ادراک، احساسات و تفکرات فرد درباره بدن خودش تعریف شود که معمولاً به عنوان ترکیبی از برآورد اندازه بدن، ارزیابی جذابیت بدن و نیز احساسات گوناگون مرتبط با شکل و اندازه بدن، در نظر گرفته می‌شود (Grogan, 2021).

یافته‌های پژوهش‌های متعدد بیانگر این است که بسیاری از مردم در هر دو فرهنگ غربی و شرقی از تصویر بدن خود نارضاضی هستند و نگرش‌های منفی را نسبت به ظاهر فیزیکی خود ابراز می‌نمایند (Stojcic, Dong, & Ren, 2020). به عنوان مثال، در یک مطالعه بر روی تعداد ۹۶۶۷ زن غربی، محققان دریافتند که بسیاری از آن‌ها نارضایتی از بدن مبتنی بر وزن را نشان می‌دهند و اکثریت آن‌ها (بیش از ۸۴٪) تمایل به لاغرتر شدن دارند (Swami, Tran, Stieger, Voracek, & Team, 2015). در یک مطالعه دیگر در بزرگسالان، تقریباً ۶۰٪ از زنان و ۴۰٪ از مردان احساس نارضایتی از بدن داشتند و این نرخ‌های نارضایتی در طول عمر ثابت ماندند (Tiggemann, 2004). حتی در سنین قبل از نوجوانی، تقریباً ۴۰ درصد از پسران بدن خود را دوست ندارند (Alharballeh & Dodeen, 2021). نارضایتی بدن و مقایسه‌های اجتماعی نامطلوب از جمله عوامل خطر مهم و زمینه‌ساز برای انواع اختلالات روانی (Bucchianeri, Arikian, Rodgers, Hannan, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013) و شکل‌گیری سوگیری‌های شناختی

(DuBois, 2016) و همچنین اختلال خوردن (Trindade & Ferreira, 2014) می‌باشد.

نارضایتی از تصویر بدن با افسردگی، اضطراب، بی‌اشتهایی عصبی، نگرانی از وزن بدن، کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس و ترس و هراس از صمیمیت، افت تحصیلی، کاهش کیفیت زندگی نیز ارتباط معناداری دارد (Veisy, Ahmadi, Sadeghi, & Rezaee, 2018) و یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای جراحی زیبایی می‌باشد (Sarwer, 2019). نارضایتی از بدن، در نوجوانان نیز با پیامدها و رفتارهای منفی متعددی از جمله دوره‌های افسردگی (Bornioli, Lewis-Smith, Slater, & Bray, 2021) و رفتارهای پرخطر سلامتی مانند سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، آسیب به خود و مصرف الکل همراه است (Bornioli, Lewis-Smith, Smith, Slater, & Bray, 2019). نارضایتی از بدن همچنین یک عامل خطر برای اختلالات خوردن است، از جمله بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، اختلال پرخوری و اختلال پاکسازی (Stice, Gau, Rohde, & Shaw, 2017) و یکی از علائم اصلی تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی است (American Psychiatric Association, 2013). یافته‌ها، همچنین نشان می‌دهد که افرادی که سطوح بالایی از نارضایتی از بدن دارند، در مقایسه با افراد دارای نارضایتی بدنی پایین، به محرک‌های مرتبط با بدن، به ویژه نشانه‌های لاغری، توجه بیشتری می‌نمایند (American Psychiatric Association & Association, 2013, Gao et al., 2014, Gao et al., 2011, Joseph, 2014). با توجه به رابطه بین تصویر بدنی منفی و سوگیری‌های شناختی نسبت به بدن (Rodgers & DuBois, 2016)، و این واقعیت که سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی زمینه‌ساز افزایش نارضایتی نسبت به تصویر بدن می‌باشد، سوگیری شناختی یک هدف مفید برای مداخله درمانی می‌باشد (Pourfarahani et al, 2018).

سوگیری شناختی توجه، نوعی سوگیری است که در آن توجه انتخابی به محرک‌های هیجانی اختصاص می‌یابد و به محرک‌های خنثی توجهی نمی‌شود (Summers, Schwartzberg, & Wilhelm, 2021). اصلاح سوگیری شناختی روشی است که طی آن سوگیری‌ها از طریق شرایط آموزشی طراحی شده برای تغییر پردازش‌های در ارتباط با آسیب روانی تعدیل می‌شود (MacLeod, 2012) و باعث می‌شود که سبک‌های پردازش شناختی خاصی که در ایجاد واکنش‌های هیجانی ناخوشایند یا اختلال‌ها تأثیر دارند، تغییر نمایند (Koster, Fox, & MacLeod, 2009). یافته‌ها بیانگر این است که اصلاح سوگیری شناختی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری گروهی اثربخشی بیشتری دارد، و این اثر گذاری از طریق تغییر الگوی پردازش اطلاعات انتخابی صورت می‌پذیرد (Dalir, Alipour, Zare, & Farzad, 2015). به عبارت دیگر، در روش اصلاح سوگیری شناختی، اگرچه انجام تکلیف اصلاح سوگیری شناختی به صورت ارادی انجام

می پذیرد، اما پردازش‌های مورد هدف این تکلیف معمولاً در شرایط کنترل ارادی انجام نمی‌شود و آزمودنی‌ها از هدف تکلیف این روش آگاهی ندارند (Dalir, Alipour, Zare, & Farzad, 2015). رفتاردرمانی شناختی به بیماران مهارت کنار آمدن با افکار منفی را آموزش می‌دهد، در حالی که اصلاح سوگیری شناختی اساس شکل‌گیری افکار منفی را در مراحل ابتدایی پردازش شناختی و در سطح بیشتر ناهوشیار، مورد آماج قرار می‌دهد و چون که استفاده از این مداخله‌ی شناختی نیاز به هیچ نوع بینش و آگاهی ندارد، استفاده از روش اصلاح سوگیری‌های خودکار سوگیری‌های شناختی برای بیمارانی که موافق رفتاردرمانی شناختی نیستند، گزینه‌ی مناسبی است (Nikbakht, Neshat Doost, & Mehrabi, 2018). نتایج پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که زنان دارای سوگیری شناختی توجه نسبت به ظاهر جسمانی، نارضایتی بیشتری را نسبت به تصویر بدن خود نشان داده و تمایل زیادی به تعدیل سایز بدن داشتند (Uusberg, Peet, Uusberg, & Akkermann, 2018).

با توجه به مواردی همچون؛ نقش مهم تصویر بدن در سلامت روان و عواقب روانی و جسمانی ناشی از نارضایتی از تصویر بدن، شیوع بالای نارضایتی از تصویر بدن، به ویژه در بانوان، و همچنین رابطه بین سوگیری‌های شناختی و تصویر بدن، انجام پژوهش‌های معطوف به اصلاح سوگیری‌های شناختی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر نگرانی از تصویر بدنی در دانشجویان دختر اجرا گردید.

روش

پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دختر دانشگاه غیر انتفاعی صنعتی فولاد، در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ به تعداد حدود ۷۲۰ نفر با دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ می‌باشند که ۲۰۰ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، و بر اساس ملاک‌های ورود شامل عدم دریافت درمان‌های روانشناختی و روانپزشکی و عدم انجام عمل زیبایی، انتخاب و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه تصویر بدنی را تکمیل نمایند. سپس از بین تعداد ۴۵ نفری که در پرسشنامه تصویر بدنی نمره بالاتر از نقطه برش (۵۷) کسب کرده بودند، براساس دیدگاه کوهن، مانیون، موریسون (Cohen, Manion, Morrison, 2007) تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و با استفاده از روش گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. غیبت بیش از دو جلسه در فرایند مداخله معطوف به اصلاح سوگیری شناختی نیز به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد.

ابزارها

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI) یک مقیاس خود گزارشی ۱۹ آیتمی است که توسط لیتلتون، آکسوم و پوری (Littleton, Axsom, & Pury, 2005) ساخته و اعتبار یابی شد. این مقیاس شامل دو مولفه نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، و میزان تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد بوده و پاسخگویی به آیتم بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) با دامنه نمرات از ۱۹ تا ۹۵ می باشد. نتایج پژوهش لیتلتون و آکسوم و پوری (Pury, 2005) و Littleton, Axsom, & Pury (2005) بر روی نمونه‌ای از دانشجویان نشان داد که پایایی این پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۳) و همبستگی ماده با کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ است. در ایران نیز پایایی این پرسش نامه توسط بساک نژاد و غفاری در سال ۱۳۸۶ به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۵ محاسبه گردید و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد. برای محاسبه روایی این پرسش نامه از مقیاس ترس از ارزیابی منفی در مورد ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی استفاده شده بود ضریب همبستگی بین مقیاس ترس از تصویر بدن و مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی، $r=0/55$ بود که در سطح $p<0/001$ معنادار بود (Lundgren, Anderson, & Thompson, 2004). و همچنین ضریب همبستگی مقیاس ترس از تصویر بدنی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی $p=0/43$ نیز در سطح $p<0/001$ معنادار بود. (Bassaknezhad & Ghaffari, 2007).

تکلیف دات - پروب اصلاح شده تصویری

نسخه اصلی تکلیف دات - پروب برای بررسی انتقال توجه بینایی و سنجش سوگیری توجه به وسیله مک لئود و همکاران (MacLeod et al, 1986) ساخته شد. این آزمایش هم برای سنجش سوگیری توجه و هم برای اصلاح آن کاربرد دارد. در این آزمایش ابتدا یک علامت مثبت به مدت نیم ثانیه در وسط صفحه رایانه، جهت ثابت کردن محل توجه آزمودنی ظاهر می‌شود. سپس دو محرک (تصویر یا واژه) که یکی از محرک‌ها، خنثی و دیگری هدف است به صورت تصادفی در سمت راست و چپ مانیتور پدیدار می‌شوند. پس از ۱ ثانیه دو محرک ناپدید شده و یک نقطه به جای یکی از دو محرک پدیدار می‌شود. این که چه محرک‌هایی پدیدار شوند و این که هر کدام در سمت چپ یا راست صفحه نمایش جای گیرند، و اینکه نقطه جانشین کدام محرک شود، به صورت تصادفی مشخص می‌باشد (Chong & Davis, 2017). تکلیف آزمودنی این است که به محض اینکه نقطه را بر روی صفحه نمایش تشخیص داد، با فشار دادن یکی از دکمه‌های جهتی صفحه کلید، مشخص نماید که نقطه به جای کدامیک از تصاویر ظاهر شده است. فاصله‌ی

زمانی نمایش نقطه و فشار دکمه (زمان واکنش) ثبت می‌شود و همه این فرآیند بارها و با جفت محرک‌های متفاوت تکرار می‌شود. میزان توجه گزینشی یا سوگیری به محرک‌های هدف از تفریق زمان واکنش به محرک‌های خنثی از زمان واکنش به محرک‌های هدف به دست می‌آید. در واقع اگر آزمودنی توجه ویژه یا سوگیری‌هایی به محرک هدف داشته باشد، واکنش سریع‌تری هم نسبت به نقاطی که در مکان محرک‌های هدف ظاهر می‌شوند، خواهد داشت. سرافراز، تقوی، گودرزی و کفایتی (Sarafraz, R, Gooderzi, & kafaiti, 2008) برای بررسی پایایی آزمایه، از دو روش تصنیف و آلفای کرونباخ استفاده کردند و یافته‌های آن‌ها نشان داد که بیشتر ضرایب پایایی به دست آمده برای زیر مقیاس‌های سیاهه بیش از ۰/۹ است و فقط در موارد محدودی کمتر از این مقدار است. این نتایج نشان از همسانی درونی و پایایی مناسب آزمایه دارد.

مداخله

در این پژوهش با استفاده از نسخه اصلاح شده تصویری تکلیف کاوش نقطه ابتدا میزان سوگیری توجه نسبت به چهره‌های زیبا (هدف) سنجیده شد و سپس بر اساس نظر فلاکیجر و همکاران (Flückiger) et al., (2020) مبنی بر تعداد جلسات مورد نیاز برای تاثیر گذاری مداخلات روانشناختی، هشت جلسه مداخله ۳۰ تا ۴۰ دقیقه‌ای به منظور اصلاح سوگیری توجه اعضای گروه آزمایشی، اجرا گردید. برای هر جلسه اصلاح سوگیری بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه زمان صرف شد. برای شناسایی محرک‌های هدف (چهره‌های زیبا) و خنثی (چهره‌های معمولی) ابتدا تعداد ۱۸۲ تصویر انتخاب شدند و در اختیار ۲۰ نفر از دانشجویانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، قرار داده شد تا میزان زیبایی هر چهره را با انتخاب عددی بین ۰ تا ۲۰ مشخص نمایند. تصاویر واجد بالاترین نمرات به عنوان چهره‌های زیبا (محرک هدف)، تصاویر با نمرات پایین به عنوان چهره‌های نازیبا، تصاویر با نمرات حول و حوش میانگین به عنوان چهره‌های معمولی (خنثی) انتخاب شدند. برای اصلاح سوگیری توجه، یا به عبارت دقیق‌تر برای اینکه توجه فرد از سمت محرک هدف (چهره زیبا) به سمت نقطه مقابل (چهره معمولی) گرایش پیدا می‌کند و به تدریج سوگیری فرد نسبت به محرک هدف کاهش یابد، برنامه‌طوری تنظیم گردید که در ۸۰٪ موارد نقطه در محل تصویر خنثی ظاهر می‌شد. پس از گردآوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار (SPSS-22) شاخص‌های میانگین و انحراف معیار شاخص‌های مورد مطالعه شامل سوگیری نسبت به ظاهر فیزیکی و نگرانی نسبت به تصویر بدنی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل و همچنین پیش‌آزمون-پس‌آزمون، محاسبه گردیده و با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس یکراهه تاثیر گذاری برنامه مداخله‌ای بر میزان سوگیری شرکت کنندگان در پژوهش نسبت به چهره‌های زیبا و همچنین نگرانی آن‌ها نسبت به تصویر بدنشان مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نفر دانشجوی سن بین ۱۸ تا ۴۰ سالگی شرکت داشتند. ۲۲ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۲۳ نفر به عنوان گروه کنترل بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
سوگیری نسبت به ظاهر فیزیکی	میانگین	-۳۰/۸۵	-۷/۲۰	-۲۸/۴۵	-۲۶/۸۰
	انحراف معیار	۱۴/۷۹	۳/۳۹	۱۲/۳۸	۱۳/۱۴
نگرانی نسبت به تصویر بدنی	میانگین	۲۶/۰۵	۱۲/۴۵	۲۵/۱۴	۲۴/۴۵
	انحراف معیار	۱۱/۰۶	۸/۴۱	۸/۸۶	۷/۱۱

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای سوگیری نسبت به ظاهر فیزیکی، نگرانی نسبت به تصویر بدنی از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی در دو گروه آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی	۳۰۶	۱	۳۰۶	۲/۱۷	۰/۱۵	۰/۰۹۱
گروه	سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی	۲۴۹۷	۱	۲۴۹۷	۷/۱۹	۰/۰۰۵	۰/۴۵۹

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۵$, $F = ۷/۱۹$). به عبارت دیگر، اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی باعث کاهش سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی گردیده است. بنابراین، یافته‌ها فرضیه اول پژوهش مبنی بر تاثیر اصلاح سوگیری شناختی بر کاهش سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی را تایید نمود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه روی نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون نگرانی نسبت به تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	نگرانی نسبت به تصویر بدنی	۲۶۱	۱	۲۶۱	۰/۶۵۳	۰/۴۲	۰/۰۱۶
گروه	نگرانی نسبت به تصویر بدنی	۱۶۱۲	۱	۱۶۱۲	۴/۲۳	۰/۰۵	۰/۳۶۷

نتایج ارائه شده در جدول ۳ بیانگر این است که بین میانگین نمرات نگرانی نسبت به تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$, $F = ۴/۲۳$). به عبارت دیگر، اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی باعث کاهش نگرانی نسبت به تصویر بدنی گردیده است. بنابراین، یافته‌ها فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر اصلاح سوگیری شناختی بر کاهش نگرانی نسبت به تصویر بدنی را تایید نمود.

نتیجه

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر میزان سوگیری شناختی و همچنین نگرانی دانشجویان دختر از تصویر بدنی خود بود که یافته‌ها نشان دادند، اجرای برنامه مداخله‌ای معطوف به اصلاح سوگیری شناختی نسبت به چهره‌های زیبا همزمان با کاهش این سوگیری، میزان نگرانی دانشجویان دختر نسبت به تصویر بدنی‌شان را نیز کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر که بیانگر تأثیر مداخله معطوف به اصلاح سوگیری شناختی بر میزان این سوگیری می‌باشد با یافته‌های ماتسون، واد و ییند (Matheson, Wade, & Yiend, 2018)، آلن، آراد، پاین و بارهیم (Alon, Arad, Pine, & Bar-Haim, 2019)، استیس، گائو، روهده و شاو (Stice, Gau, Rohde, & Shaw, 2017) و هاشمیان، افلاکسیر، گودرزی و رحیمی (Hashemian, Aflakseir, Goudarzi, & Rahimi, 2021) همسو می‌باشند. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت تبلیغ الگوهای زیبایی در رسانه‌ها باعث ارتقاء استانداردهای مربوط به ظاهر جسمانی شده و در نتیجه مردم، به ویژه خانم‌ها، نسبت به ظاهر جسمانی خود حساس می‌شوند. در فرایند اصلاح سوگیری شناختی، از طریق شرایط مداخله‌ای طراحی شده، توجه انتخابی به محرک‌های هدف (در اینجا چهره‌های زیبا) تعدیل می‌شود (MacLeod, 2012) و بتدریج در طی جلسات متعدد از طریق قرار گرفتن نقطه در محل محرک خنثی (در اینجا چهره‌های معمولی) حساسیت فرد نسبت به چهره‌های زیبا

کاهش یافته و موجب می‌شود به چهره‌های معمولی توجه نمایند و آن‌ها را به عنوان الگوهای استاندارد ببینند. در نتیجه چنین فرایندی، بتدریج حساسیت افراد نسبت به چهره‌های زیبا کاهش می‌یابد و این کاهش حساسیت خود را در زمان مورد نیاز برای تشخیص نقطه‌ای که جایگزین تصاویر می‌شود نشان می‌دهد و میانگین زمان واکنش برای هر دو گروه از تصاویر (چهره‌های زیبا و چهره‌های معمولی) به هم نزدیک می‌شود (Koster, Fox, & MacLeod, 2009).

این یافته پژوهش که بیانگر تاثیر اصلاح سوگیری شناختی نسبت به ظاهر فیزیکی بر کاهش نگرانی نسبت به تصویر بدن دختران دانشجو می‌باشد، با یافته‌های الن، مولگری، رن و الن (Allen, Mulgrew, Rune, 2018)؛ ذویسی، احمدی، صادقی و رضایی (Veisy, Ahmadi, Sadeghi, & Rezaee, 2018)؛ بورنیولی، لوئیس اسمیت، اسلیتر و بری (Bornioli, Lewis-Smith, Slater, & Bray, 2021) و براون، تاگمن (Brown & Tiggemann, 2016) همخوانی دارد. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان عنوان نمود که از آنجا که خانم‌ها عموماً به مقایسه ظاهر جسمانی خود با الگوهای تبلیغ شده در جامعه می‌پردازند و این مراجع شناختی پنهان آنان بر میزان رضایت آن‌ها از ظاهر جسمانی شان تاثیرگذار است (Stojic, Dong, & Ren, 2020). این پیام‌ها توسط تبلیغات، محصولات زیبایی، کاهش وزن، برنامه‌های متمرکز بر ظاهر و همچنین کم بودن تنوع تیپ‌های بدنی مختلف در رسانه‌ها، به مردم منتقل می‌شوند بنابراین شیوع این قبیل محرک‌های مربوط به ظاهر افراد را مستعد سوگیری و نارضایتی از تصویر بدن می‌نماید (Rodgers, DuBois, 2016). آنچه در برنامه مداخله‌ای اصلاح سوگیری شناختی انجام می‌پذیرد، تغییر مرجع مقایسه یا الگوهای استاندارد خانم‌ها از چهره‌های زیبا به چهره‌های معمولی می‌باشد. این تغییر مرجع و تمرکز بر چهره‌های معمولی به عنوان چهره‌هایی طبیعی و استاندارد، باعث می‌شود که تفاوت کمتری بین میزان زیبایی خود با چهره‌های مرجع ببینند و در نتیجه میزان نگرانی آن‌ها نسبت به تصویر بدنی شان کاهش یابد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون دشواری برای ارتباط با دانشجویان به دلیل شیوع بیماری کرونا، بسنده نمودن به یک جنسیت و قشر خاصی از جامعه (دانشجو)، و همچنین به کارگیری ابزارهای خود گزارشی برای سنجش موضوع حساس نگرانی نسبت به تصویر بدن در دختران، مواجه بود. علیرغم محدودیت‌های مذکور، تاثیرگذاری واضح و شفاف برنامه مداخله‌ای معطوف به اصلاح سوگیری شناختی بر کاهش سوگیری شناختی و همچنین بر کاهش نگرانی دانشجویان دختر نسبت به تصویر بدنی شان چشم انداز جدیدی را برای چگونگی اجرای این گونه مداخله‌های شناختی در جهت کاهش تاثیر منفی عوامل شناختی مرتبط با تصویر بدنی بر سلامت روان می‌گشاید. پژوهش‌های بیشتر می‌تواند جزئیات این

تأثیرگذاری را روشن تر نماید و منتج به برنامه‌های مداخله‌ای شود که تمایل به جراحی زیبایی را در بین خانم‌ها کاهش دهد. بررسی میزان پایداری این تغییرات در شناخت و نگرانی با اجرای برنامه‌های پیگیری در فواصل زمانی چندماهه می‌تواند بر غنای یافته‌های پژوهش بیافزاید.

در پایان از همه شرکت کنندگان پژوهش که سخاوتمندانه و صبورانه یاریگر ما در انجام این پژوهش بودند، صمیمانه کمال تشکر و قدردانی را داریم. ضمناً هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.BPUMS.REC.1402.114 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

References

- Alon, Y., Arad, G., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2019). Statistical learning as a predictor of attention bias modification outcome: A preliminary study among socially anxious patients. *Behaviour research and therapy*, 112, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.013>.
- Allen, L., Mulgrew, K. E., Rune, K., & Allen, A. (2018). Attention bias for appearance words can be reduced in women: results from a single-session attention bias modification task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.012>.
- Alharballeh, S., & Dodeen, H. (2021). Prevalence of body image dissatisfaction among youth in the United Arab Emirates: gender, age, and body mass index differences. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01551-8>.
- American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189>.
- Bornioli, A., Lewis-Smith, H., Slater, A., & Bray, I. (2021). Body dissatisfaction predicts the onset of depression among adolescent females and males: A prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(4), 343-348. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-213033>.
- Bornioli, A., Lewis-Smith, H., Smith, A., Slater, A., & Bray, I. (2019). Adolescent body dissatisfaction and disordered eating: Predictors of later risky health behaviours. *Social Science & Medicine*, 238, Article 112458. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112458>.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.001>.
- Bassaknezhad, S., & Ghaffari, M. (2007). Relationship between fear of physical malformation and psychological disorders in students. *Journal of Behavioral Sciences*, 1(2), 179-187. magiran.com/p586762 (In Persian).
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.007>.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press.
- Chong S. & Davis R. (2017). Can't take my eyes off me: Attentional bias of the vulnerable narcissist. *Personality and Individual Differences*. 106. 308-311. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.044>.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. Routledge, Taylor & Francis Group, USA and Canada.
- Cacciottolo, J. M. (2021). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.60060>.
- Dalir, M., Alipour, A., Zare, H., & Farzad, V. (2015). The Comparative Efficacy of Cognitive Bias Modification-Interpretation and its Combination with Group Cognitive Behavior

- Therapy in Reducing the Severity of Symptoms, Beliefs, and Obsessional Behaviors. *Journal of Psychological Achievements*, 22(1), 1-24. https://psychac.scu.ac.ir/article_11178.html (In Persian).
- Fluckiger, C., Wampold, B.E., Delgadillo, J., Rubel, J., Vîsla, A., & Lutz, W. (2020). Is There an Evidence-Based Number of Sessions in Outpatient Psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(5), 333-335. doi: 10.1159/000507793.
- Gao, X., Deng, X., Yang, J., Liang, S., Liu, J., & Chen, H. (2014). Eyes on the bodies: An eye tracking study on deployment of visual attention among females with body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 15(4), 540-549. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.001>.
- Gao, X., Wang, Q., Jackson, T., Zhao, G., Liang, Y., & Chen, H. (2011). Biases in orienting and maintenance of attention among weight dissatisfied women: An eye-movement study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 252-259. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.009>.
- Grogan, S. (2021). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge.
- Hashemian, M., Aflakseir, A., Goudarzi, M., & Rahimi, C. (2021). The Relationship between Attachment Styles and Attitudes toward body image in High School Girl Students: The Mediating Role of Socio-cultural attitudes toward appearance and Self-acceptance. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 11(2), 1-26. 10.22108/CBS.2022.131524.1598 (In Persian).
- Joseph, C. (2014). *The impacts of attentional biases and implicit attitudes on body dissatisfaction: applications of the tripartite influence model of body image* (Doctoral dissertation, Rutgers University-Graduate School-Newark). <https://doi.org/doi:10.7282/T3125QWB>
- Koster, E. H., Fox, E., & MacLeod, C. (2009). Introduction to the special section on cognitive bias modification in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 118(1), 1. <https://doi.org/10.1037/a0014379>.
- Leng, H. K., Phua, Y. X. P., & Yang, Y. (2020). Body image, physical activity and sport involvement: A study on gender differences. *Physical Culture and Sport*, 85(1), 40-49. DOI: <https://doi.org/10.2478/pcssr-2020-0005>.
- 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>.
- Lundgren, J. D., Anderson, D. A., & Thompson, J. K. (2004). Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders. *Eating behaviors*, 5(1), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00055-2](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00055-2).
- Matheson, E., Wade, T. D., & Yiend, J. (2018). A new cognitive bias modification technique to influence risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 959-967. <https://doi.org/10.1002/eat.22938>.
- MacLeod, C. (2012). Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 114-120. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32834fda4a.
- Macleod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15- 20. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.1.15>

- Nikbakht, A., Neshat Doost, H. T., & Mehrabi, H. (2018). Effect of positive imagery-based interpretation bias modification, interpretation bias modification based self-generation and computerized cognitive-behaviour training on depressed students. *Clinical Psychology Studies*, 8(29), 45-67. https://jcps.atu.ac.ir/article_8314_en.html (In Persian).
- Nicolucci, A., & Maffeis, C. (2022). The adolescent with obesity: what perspectives for treatment?. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 1-9. doi: 10.1186/s13052-022-01205-w.
- Pourfarahani, M; Zamani Nia, F; Arin Moghadam, Z and Agha Mohammadian Shearbaf, H (2018). The effectiveness of the eight-stage cognitive behavioral therapy group on self-concept and commitment to adultery. *Pathology, counseling and family enrichment*. 4 (7). 63-76. <https://fpcej.ir/article-1-193-fa.html> (In Persian).
- Rodgers, R. F., & DuBois, R. H. (2016). Cognitive biases to appearance-related stimuli in body dissatisfaction: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 46, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.006>.
- Summers, B. J., Schwartzberg, A. C., & Wilhelm, S. (2021). A virtual reality study of cognitive biases in body dysmorphic disorder. *Journal of abnormal psychology*, 130(1), 26. <https://doi.org/10.1037/abn0000563>
- Sarafraz, M. r., R, T., Gooderzi, M. A., & kafaiti, M. H. (2008). Theoretical foundations and how to make a computerized test of probe-dot attention bias using real emotional images for patients with social anxiety. *Psychological Health Research Quarterly*, 2(1), 71-83. <https://www.sid.ir/paper/133985/fa> (In Persian).
- Sarwer, D. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image*, 31, 302- 308. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>.
- Sagrera, C. E., Magner, J., Temple, J., Lawrence, R., Magner, T. J., Avila-Quintero, V., ... & Murnane, K. S. (2022). Social media use and body image issues among adolescents in a vulnerable Louisiana community. *Frontiers in Psychiatry*, 2456. DOI 10.3389/fpsyt.2022.1001336.
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>.
- Stojcic, I., Dong, X., & Ren, X. (2020). Body image and sociocultural predictors of body image dissatisfaction in Croatian and Chinese women. *Frontiers in psychology*, 11, 731. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00731>.
- Swami, V., Tran, U. S., Stieger, S., Voracek, M., & YouBeauty. com Team. (2015). Associations between women's body image and happiness: Results of the YouBeauty. com Body Image Survey (YBIS). *Journal of Happiness Studies*, 16, 705-718. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9530-7>.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0).
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating behaviors*, 15(1), 72-75. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.014>.
- Uusberg, H., Peet, K., Uusberg, A., & Akkermann, K. (2018). Attention biases in preoccupation with body image: An ERP study of the role of social comparison and automaticity when processing body size. *Biological Psychology*, 135, 136-148. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.03.007>.

- Veisy, F., Ahmadi, M., Sadeghi, K. & Rezaee, M. (2018). The Psychometric Properties of Body Shape Questionnaire 8C in Women With Eating Disorders. *Psychiatry and clinical psychology*, 23(4), 480-493. https://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2391&sid=1&slc_lang=fa&html=1 (In Persian).
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., O'Keefe, S. M., Hoepfner, S. S., Keshaviah, A., . . . Schoenfeld, D. A. (2019). Efficacy and Posttreatment Effects of Therapist-Delivered Cognitive Behavioral Therapy vs Supportive Psychotherapy for Adults With Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 76(4), 363-373. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4156.

Investigation of Psychometric Properties of Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) in Iranian Society

Pegah Mehrtalab 

Ph.D Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: pe.mehrtalab@gmail.com

Hossein Davudi 

Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran (Corresponding author). Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir.

Davud Taghvaei 

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: davoodtaghvaei@yahoo.com

Recived: 2023-05-14	Revised: 2023-09-11	Accepted: 2024-03-05	Published: 2024-03-15
Citation: Mehrtalab, P., Davudi, H., & taghvaei, D. (2024). Investigation of Psychometric Properties of Young Positive Schema Questionnaire(YPSQ) in Iranian Society. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 57-80. doi: 10.22067/tpccp.2024.82249.1494			

Abstract

Introduction

Lockwood and Perris (2012) introduced positive schema or early adaptive schema as the positive counterpart of early maladaptive schemas. Just like the early maladaptive schemas, positive schemas contain memories, cognitions, beliefs, physical feelings, and neurobiological reactions. The difference is that they perform positively and may result in adaptive behavioral tendencies. These schemas appear when children's basic emotional needs are appropriately satisfied by their parents and other caregivers. People simultaneously have adaptive and maladaptive schemas. Though the existence and intensity of an early maladaptive schema negatively predicts the intensity of its corresponding early adaptive schema, the decrease in intensity of an early maladaptive schema does not necessarily result in the increase of the intensity of the corresponding early adaptive schema. Therefore, every early adaptive schema indicates a different dimension and is not merely the exact opposite point of its corresponding early adaptive schema. Louis et al. (2018), designed Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) as a complement to the Young Schema Questionnaire-3 Short Form (YSQ-S3) and reported its psychometric properties. The final version of this questionnaire measures fourteen factors as positive schemas through 56 items. Taking into account the significance of early adaptive schemas and their evaluating and treating role in schema therapy, this study focused on examining the psychometric properties of the Persian version of YPSQ in Iranian population.

Method

This descriptive correlational study tried to measure the validity and reliability of YPSQ. After translating the items of the questionnaire into Persian language and confirming its translation, we prepared an electronic form of the questionnaire and shared it through several virtual networks. The statistical population consisted of all men and women of Iran in 2021. The sample was selected in two stages: in the first stage, cluster sampling method was used, and in the second stage, accessibility sampling method was utilized. The questionnaires was answered



by 318 participants (208 female and 110 male). Among them, seven questionnaires were omitted as the respondents did not answer more than 15% of the questions. Accordingly, 311 questionnaires were analyzed. Factor analysis was run for analyzing the data. The content validity of the questionnaire was confirmed by 10 members of the faculty members of Psychology Department. To confirm the validity of the questionnaire, two retest methods were applied in one-month interval. Cronbach's alpha was also used on 60 participants to assess the internal consistency. To examine the divergent validity, the final version of YPSQ as well as YSQ-S3 were answered by 60 respondents (28 male and 30 female) and then the correlation between the scores of the two questionnaires was measured.

Results

Exploratory factor analysis was applied to confirm the construct validity of the questionnaire. The results of this analysis showed that there are nine distinctive main components. The first factor explained 6% of the total variance. The whole nine factors explained 24% of the total variance. The data obtained on the exploratory factor analysis showed that out of the initial 95 items, 50 items showed high factor loading; so they were confirmed. To confirm the obtained construct, first order confirmatory factor analysis model (ignoring the higher level component) and second order confirmatory factor analysis model (taking into account the higher level component) were performed. The results of measuring fit indexes in the two modes suggested the good fit of the model with the data and all the questions in the model had a high factor loading with their underlying variable. However, since the fit indices of second order confirmatory factor analysis model showed more adequate values than first order confirmatory factor analysis model, it was chosen as the optimal model. Moreover, the results of the statistical test as well as the significance of the questionnaire items on the underlying dependent variable showed that all the questions have a high and significant factor loading on the related factor. Therefore, the construct obtained for YPSQ in the exploratory factor analysis phase was confirmed in the confirmatory phase. Moreover, the Cronbach's alpha coefficient was 0.81 and retest coefficient was 0.72 for the whole questionnaire. Cronbach's alpha coefficient for the obtained factors was between 0.63 and 0.89, which is in a good range. The divergent validity of this questionnaire with YSQ-S3 was -0.64 ($P < 0.10$), indicating a negative significant correlation between the two questionnaires, and consequently the good validity of YPSQ. Therefore, the results showed that in the Persian version of this questionnaire, nine factors were identified as positive schemas in nine fields, measured through 50 items of the questionnaire.

Discussion and conclusion

This study tried to validate and to examine the psychometric features and factor structure of the Persian version of Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) in an Iranian population. Out of the 18 initial adaptive schemas introduced by Bach et al. (2018), 14 positive schemas identified by Louis et al. (2018) and Paetsch et al. (2022), only nine factors were identified to be positive schemas. In this research, empathetic attention, self-control, and purposefulness were categorized into the first factor, self-care, realistic expectations, and self-compassion were categorized into the second factor, and stable attachment and assertiveness were decided to be in the sixth factor. Examining the structure of the higher order field also showed that positive schemas are in four fields (or basic needs), including: logical limitations; realistic standards; communication and acceptance; and healthy autonomy. Accordingly, YPSQ can be utilized as an appropriate evaluating means in clinical situations to correctly evaluate positive schemas at the beginning and over treatment period.

Keywords: Positive Schema Questionnaire, Psychometric Properties, Validation

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ در جامعه ایران

پگاه مهرطلب^Dدانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران. pe.mehrtaab@gmail.comحسین داودی^Dاستادیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران (نویسنده مسئول) davudi30@iaukhomein.ac.irداود تقوایی^Dدانشیار روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران. davoodtaghvaei@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۲۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: مهرطلب، پگاه؛ داودی، حسین؛ تقوایی، داود. (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ در جامعه ایران. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۵۷-۸۰. doi: 10.22067/tpccp.2024.82249.1494			

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ در جامعه ایرانی انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از دید هدف، کاربردی و از دید شیوه اجرا یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش همه افراد ایرانی در سال ۱۴۰۰ بودند و نمونه پژوهش ۳۱۱ نفر از این افراد (شامل ۲۰۶ زن و ۱۰۵ مرد) بود که به ۹۵ سوال اولیه پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ (Louis et al., 2018) پاسخ دادند. روش‌های مورد استفاده جهت تحلیل داده‌های پژوهش عبارت بودند از: تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تاییدی، روش بازآزمایی، ضریب آلفای کرونباخ و روایی واگرا.

یافته‌ها: در این پژوهش براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و با استفاده از چرخش واریماکس ۹ عامل شناسایی شد که مقدار ویژه هر عامل بالاتر از یک بود. از ۵۰ گویه باقیمانده، برای تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که در نهایت مدل ساختاری ۹ عاملی تایید گردید. همچنین روایی واگرایی این سنج با فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ، ۶۴/۰- به دست آمد. ضریب پایایی این پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و براساس روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه، ۰/۷۲ محاسبه گردید. بنابراین نتایج این پژوهش حاکی از آن است که پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ، در جامعه ایرانی، با ۹ عامل اصلی در ۴ دامنه، از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه طرحواره مثبت، ویژگی‌های روان‌سنجی، اعتباریابی

مقدمه

اصطلاح طرحواره^۱ از نظر لغوی به معنای ساختار، قالب یا چهارچوب می‌باشد. در روانشناسی اگرچه این اصطلاح بیشتر با کارهای پیازه تداعی می‌شود (Rafaeli, Bernstein, & Young., 2011)، اما در واقع این اصطلاح اولین بار توسط آدلر در سال ۱۹۲۹ به کار برده شد (Adler., 1929). از نظر وی، طرحواره‌ها زیربنای سبک زندگی به‌شمار می‌روند و آسیب‌شناسی روانی بازتاب طرحواره‌های ناسالم و روان‌نژند است (Young., 2020).

در حوزه روانشناسی شناختی، بارلو (Barlow., 2021) طرحواره را یک ساختار شناختی تعریف می‌کند که به منظور غریبال، کدگذاری و ارزیابی محرک‌هایی که ارگانیسم در معرض آن قرار می‌گیرد؛ به کار می‌رود و معتقد است ماتریکس طرحواره‌ها فرد را قادر می‌سازد که خود را در ارتباط با زمان و فضا جهت‌یابی کند و تجربیات خود را به روش معناداری طبقه‌بندی و تفسیر نماید (Shaban, Peyvastegar, & Khosravi., 2021). فری (Free., 2007) نیز طرحواره را یک ساختار حافظه‌ای به هم پیوسته از گره‌ها^۲ می‌داند که اطلاعات موضوعی را ذخیره می‌کند؛ هنگامی که یک گره فعال می‌شود سایر گره‌های مرتبط با آن نیز فعال می‌شوند. براین اساس، طرحواره‌های منفی، در صورتی که از شدت بالایی برخوردار باشند، در برابر شواهد ناهمخوان بسیار انعطاف‌ناپذیر و غیر قابل نفوذ به نظر می‌رسند، زیرا از گره‌هایی با ارتباطات بسیار محکم تشکیل یافته‌اند و فعال شدن یک گره منجر به فعال شدن سریع کل طرحواره می‌گردد. سپس طرحواره منفی فعال شده از طریق توجه‌گزینشی، رمزگردانی محرک و بازیابی انتخابی اطلاعات مرتبط با طرحواره، تفسیرهای فرد از دنیای بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Louis, Wood, Lockwood, Ho, & Ferguson., 2018). در حوزه روانشناسی بالینی، بک اصطلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ را برای توضیح سازوکارهای شناختی زیربنایی افسردگی به کار برد (Bakhshipour, Mahmoud Aliloo, & fahimi., 2022)؛ از نظر وی طرحواره‌ها، باورهای بنیادینی هستند که دربرگیرنده دیدگاه فرد درباره خود، جهان اطراف و دیگران می‌باشند و عنصری ضروری برای درک تجارب زندگی فرد محسوب می‌شوند (Young., 2020).

یانگ، کلووسکو و ویشار (Young, Klosko & Weishaar., 2003)، طرحواره درمانی را بر اساس توسعه مفاهیم و روش‌های شناختی-رفتاری کلاسیک، برای درمان اختلالات شخصیت و سایر تظاهرات بالینی مزمن و پیچیده طراحی کردند (Younesi, Hatami, & Salahyan., 2021) و با وام‌گیری از دیدگاه

1. Schema

2. Nodes

3. Early maladaptive schema(EMS)

پیاژه و متعاقب آن، نظریه‌های شناختی، اصطلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان قدیمی‌ترین مولفه - های شناختی مطرح نمودند (Abasi, Ramzifard, Lotfi Sarjini, & Ghezelseflo., 2019). به اعتقاد یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای مقاوم و فراگیر پردازش اطلاعات، افکار، هیجانات، خاطرات و اولویت توجه (Videler, Van Royen, Legra, & Ouwens., 2020) درباره خود و رابطه با دیگران هستند، این الگوها در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند، در طول زندگی تداوم دارند، به شدت ناکارآمدند (Rafaeli et al., 2011) و اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه هوشیاری اعمال می‌کنند (Young., 2020). یانگ و همکاران (Young et al., 2003) معتقدند انسان‌ها ۵ نیاز بنیادین روانی دارند که عبارتند از: نیاز به ارتباط و پذیرش، نیاز به خودگردانی، کفایت و احساس هویت، نیاز به آزادی در بیان نیازها و هیجانات معتبر، نیاز به خودانگیختگی و تفریح و نیاز به محدودیت‌های واقع‌بینانه و خودکنترلی (Masoumi, Hajebi, Rabi'ei, & Zarghami., 2022). این نیازها، جهان‌شمول هستند، اگرچه شدت آنها در افراد مختلف متفاوت است (Young, Klosko, & Weishaar., 2021). افرادی برخوردار از سلامت روان، می‌توانند نیازهای هیجانی اساسی خود را به‌طور سازگارانه‌ای برآورده نمایند (Ghaderi, 2022)، اما هنگامی که تعامل بین خلق و خوی فطری کودک و محیط اولیه، به‌جای ارضای نیازها، منجر به ناکامی آن‌ها گردد، طرحواره‌های ناسازگار شکل می‌گیرند (Farrell & Shaw., 2017). اگرچه در رویکرد طرحواره‌درمانی، تمرکز اصلی بر طرحواره‌های منفی یا طرحواره‌های ناسازگار اولیه است، یانگ و همکاران معتقدند که طرحواره‌ها می‌توانند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشند. علاوه بر این به اعتقاد الیوت و لاسن (Elliot & Lassen., 1977) نیز، برای هر یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یک طرحواره سازگار وجود دارد؛ هم‌چنین براساس دیدگاه اریکسون و با توجه به مراحل رشد روانی - اجتماعی مطرح شده توسط وی، می‌توان چنین استدلال کرد که حل موفقیت‌آمیز هر یک از مراحل رشد روانی - اجتماعی، منجر به شکل‌گیری یک طرحواره سازگار و شکست در آن مرحله، منجر به ایجاد یک طرحواره ناسازگار می‌گردد (Young et al., 2021).

براین اساس لاک وود و پریس (Lockwood & Perris., 2012)، مفهوم طرحواره مثبت یا طرحواره سازگار اولیه را به عنوان مکمل^۱ (همتای) مثبت طرحواره ناسازگار اولیه مطرح نمودند. این طرحواره‌ها نیز همانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شامل خاطرات، شناخت‌ها، باورها، احساسات بدنی و واکنش‌های نورویولوژیکی هستند؛ با این تفاوت که عملکرد مثبتی دارند و منجر به گرایش‌های رفتاری سازگارانه می‌شوند.

1. Counterpart

طرحواره‌های مثبت نیز در خلال دوران کودکی و نوجوانی در صورتی که نیازهای هیجانی اساسی کودک به نحو مناسبی توسط والدین و سایر مراقبین اولیه تامین گردد، آشکار می‌شوند (Louis et al., 2018).

لاک‌وود و پریس (Lockwood & Perris., 2012) معتقدند از آنجایی که طرحواره‌ها توسط محتواهای متمایزی تعریف می‌شوند می‌توان فرض کرد که طرحواره‌های مثبت و منفی، سازه‌های جداگانه-ای هستند که توسط انواع مختلفی از تجارب فعال می‌شوند. افراد، هر دو دسته طرحواره‌های سازگار و ناسازگار را به صورت همزمان تجربه می‌کنند. اگر چه حضور و شدت یک طرحواره ناسازگار اولیه، به صورت منفی، شدت طرحواره سازگار اولیه متناظرش را پیش‌بینی می‌کند؛ اما کاهش شدت یک طرحواره ناسازگار اولیه همیشه منجر به افزایش شدت طرحواره سازگار اولیه متناظرش نخواهد شد. بنابراین هر طرحواره سازگار اولیه نمایانگر یک بعد متفاوت است و صرفاً قطب مخالف طرحواره ناسازگار اولیه متناظرش نمی‌باشد (Louis et al., 2018; Videler et al., 2020).

بر این اساس باخ، لاک‌وود و یانگ (Bach, Lockwood, & Young., 2018)، ۱۸ طرحواره سازگار اولیه را به عنوان همتهای متناظر ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در ۴ حوزه ارتباط و پذیرش، خودگردانی و عملکرد سالم، مسئولیت‌پذیری و استانداردهای متعادل و محدودیت‌های کافی مطرح نمودند (جدول یک). آنها معتقدند این حوزه‌ها و طرحواره‌های انطباقی، زمانی به وجود می‌آیند که نیازهای هیجانی اساسی به درستی تامین گردند.

از آنجایی که در طرحواره‌درمانی تلاش می‌گردد که با ایجاد پیوندها و روابط مراقبت‌کننده و انجام خویشن‌نگری، تجارب منفی اولیه ترمیم شود تا بیماران راه‌های سازگارانه‌تری را برای ارضای نیازهای هیجانی بنیادین خود بیابند و طرحواره‌های سالم‌تر را جایگزین طرحواره‌های ناسازگار نمایند؛ درمانگران می‌بایست به جای توجه صرف به کاهش طرحواره‌های بیمارگون درصدد پیدایش و ایجاد طرحواره‌های سالم نیز باشند (Bannink., 2020). بنابراین مفهوم طرحواره‌های سازگار اولیه برای ارزیابی صحیح این که آیا این نیازها واقعا "ارضا شده‌اند یا نه ضروری به نظر می‌رسد (Paetsch et al., 2022)؛ علاوه بر این با توجه به تحولاتی که در زمینه روانشناسی بالینی مثبت^۱ در طی سال‌های اخیر صورت گرفته است و تاکید آن بر اهمیت در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت به موازات جنبه‌های منفی و اینکه مداخلات متمرکز بر افزایش جنبه‌های مثبت می‌تواند به اندازه مداخلات مبتنی بر کاهش جنبه‌های منفی، در بهبود آسیب روانی موفقیت‌آمیز باشند (Louis et al., 2018)، معرفی ابزاری برای ارزیابی طرحواره‌های مثبت، می‌تواند از یکسو رویکرد

1 Positive clinical psychology

یکپارچه‌تر و همه‌جانبه‌تری را در فرایند ارزیابی و درمان در طرحواره‌درمانی ایجاد کند و از سوی دیگر، مانع از ارسال این پیام ناخواسته و اشتباه گردد که طرحواره‌های منفی، نقطه تمرکز منحصر به فرد در طرحواره‌درمانی هستند. علاوه بر این برای پژوهشگران حوزه روانشناسی مثبت‌نگر نیز، فرصت بررسی نحوه تعامل منحصر به فرد طرحواره‌های مثبت و منفی بر آسیب‌شناسی روانی و بهزیستی روانشناختی را فراهم می‌آورد.

جدول ۱: سازماندهی پیشنهادی طرحواره‌های سازگار اولیه: باخ و همکاران (Bach et al., 2018)

ارتباط و پذیرش	خودگردانی و عملکرد سالم	مسئولیت‌پذیری و استانداردهای متعادل	محدودیت‌های کافی
کامروایی هیجانی	کفایت و خودانگیزی سالم	علاقه شخصی سالم و خودمراقبتی	توجه همدلانه و احترام به دیگران
تعلق اجتماعی	موفقیت/اعتماد به نفس	استانداردها و انتظارات واقع‌بینانه	خود جهت‌مندی
گشودگی هیجانی/خودانگیزگی	جراتمندی/خودابرازی	بخشش و شفقت به خود	خویشترداری و خودانضباطی سالم
پذیرش/خودارزشمندی	دلبستگی پایدار		
اعتماد اساسی	مرزهای سالم و خود تحول یافته		
خوش بینی	ایمنی اساسی		

اگرچه پرسشنامه طرحواره یانگ^۱، به عنوان ابزار اندازه‌گیری طرحواره‌های منفی، به صورت گسترده در طرحواره‌درمانی به منظور کمک به مفهوم‌پردازی اولیه و نظارت بر روند درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ اما تا قبل از سال ۲۰۱۸، ابزار معتبر متناظری برای اندازه‌گیری طرحواره‌های مثبت وجود نداشت. در سال ۲۰۱۸ لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018)، پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ^۲ را به عنوان مکمل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^۳، تدوین و ویژگی‌های روانسنجی آن را گزارش نمودند. نسخه نهایی این پرسشنامه با ۵۶ سوال، ۱۴ عامل را به عنوان طرحواره‌های مثبت اندازه‌گیری می‌کند. در واقع از ۱۸ طرحواره‌ی سازگار اولیه مطرح شده توسط باخ و همکاران تنها ۱۴ مورد (جدول ۲) در پژوهش لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) معتبر شناخته شدند. آنها معتقدند این طرحواره‌های مثبت با سلامت روان مرتبطند و نقش حفاظتی در برابر آسیب روانی دارند.

1. Young Schema Questionnaire(YSQ)

2. Young Positive Schema Questionnaire(YPSQ)

3. Young Schema Questionnaire-3 Short Form(YSQ-S3)

جدول ۲: فهرست طرحواره‌های سازگار اولیه؛ لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018)

۱- کامیابی هیجانی	۸- تعلق اجتماعی
۲- موفقیت	۹- خودگردانی سالم / خویشن داری
۳- توجه همدلانه	۱۰- انتظارات واقع بینانه
۴- سلامت و ایمنی اساسی/خوش بینی	۱۱- هدفمندی خود
۵- گشودگی هیجانی و خودانگیختگی	۱۲- نفع شخصی سالم/خودمراقبتی
۶- شفقت به خود	۱۳- دلبستگی پایدار و ثابت
۷- مرزهای سالم	۱۴- اعتماد به نفس سالم/کارایی و کفایت

لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) گزارش می‌کنند این پرسشنامه اعتبار عاملی خوب، ثبات بین فرهنگی و روایی بالایی را نشان داده است. از آنجایی که در این پژوهش طرحواره‌های مثبت اعتبار افزایشی بالایی را با خرده مقیاس‌های طرحواره‌های منفی نشان دادند، نویسندگان نتیجه‌گیری می‌کنند که طرحواره‌های سازگار و ناسازگار اولیه، سازه‌های جداگانه‌ای هستند که به روش‌های منحصر به فردی با سلامت روان مرتبطند و صرفاً دو قطب مخالف یک پیوستار محسوب نمی‌شوند.

پیتچ و همکاران (Paetsch et al., 2022)؛ این پرسشنامه را به زبان آلمانی ترجمه و آن را بر روی یک نمونه ترکیبی از بیماران روانپزشکی و گروه کنترل هنجاریابی نمودند. آنها نیز گزارش می‌کنند که این پرسشنامه اعتبار فاکتوریل رضایت بخش، اعتبار سازه و افزایشی و سازگاری درونی بالایی را نشان داده است. با توجه به اهمیت طرحواره‌های سازگار اولیه و نقشی که می‌تواند در فرایند ارزیابی و درمان در طرحواره‌درمانی ایفا نمایند و همچنین نقش آن در روانشناسی مثبت‌نگر، مقاله حاضر درصدد است ضمن هنجاریابی نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره مثبت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جامعه ایرانی، به سوالات زیر پاسخ دهد:

۱) مولفه‌های طرحواره مثبت در جامعه‌ی ایرانی کدام است؟

۲) آیا پرسشنامه طرحواره مثبت از ساختار عاملی مناسبی برخوردار است؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است که به منظور تعیین روایی و اعتبار پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ انجام شد. از آنجایی که به اعتقاد لاک وود و پریس (Lockwood & Perris., 2012) هر یک از ۱۸ خرده مقیاس طرحواره منفی در فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ دارای یک طرحواره

همتای مثبت می‌باشد، لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) در مرحله اول تدوین سوالات پرسشنامه، یک مجموعه ۹۵ سوالی برای اندازه‌گیری ۱۸ طرحواره مثبت که همتای نظری ۱۸ طرحواره منفی در فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ بودند، تهیه نمودند، که در پژوهش حاضر نیز، این مجموعه سوالات مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش ابتدا سوالات پرسشنامه به صورت همزمان توسط دو نفر از اساتید رشته‌های روانشناسی و مشاوره، که مسلط به زبان انگلیسی و طرحواره‌درمانی بودند، به فارسی برگردانده شد. سپس ترجمه‌ها در یک گروه تخصصی، مطرح و بهترین و گویاترین ترجمه‌ها انتخاب شدند. در مرحله بعد این ترجمه توسط یکی از اساتید رشته مترجمی زبان انگلیسی مجدد به انگلیسی ترجمه گردید و پس از تایید سوالات نهایی، فرم الکترونیکی پرسشنامه با استفاده از برنامه "گوگل فرم" تهیه و لینک مربوطه به همراه توضیح مختصری در مورد اهداف پژوهش و با تاکید بر رعایت اصل رازداری، در شبکه‌های اجتماعی منتشر و از طریق گروه‌های مجازی مختلف به اشتراک گذاشته شد.

در این پژوهش، برای بررسی روایی سازه پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد، محسن آبادی، فتحی آشتیانی و احمدی‌زاده (Mohsenabadi, Fathi-Ashtiani, & Ahmadizadeh., 2021) حجم نمونه ۳۰۰ نفری را برای اعتبار سازه و تحلیل عاملی مناسب می‌دانند. جامعه آماری پژوهش همه زنان و مردان جامعه ایرانی در سال ۱۴۰۰ بودند. در این مطالعه، انتخاب نمونه طی دو مرحله صورت گرفت: در مرحله اول از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد، به این ترتیب که ابتدا استان‌های کشور به ۵ خوشه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شدند و سپس از هر خوشه، ۳ استان و در کل ۱۵ استان، به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله دوم، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، در این مرحله، لینک پرسشنامه در اختیار تعدادی از کارشناسان و مشاوران سازمان بهزیستی استان‌های منتخب قرار گرفت و از آنان درخواست شد لینک و توضیحات پرسشنامه را در شبکه‌های مجازی استانی منتشر نمایند. در نهایت، پرسشنامه توسط ۳۱۸ نفر (شامل ۲۰۸ زن و ۱۱۰ مرد) تکمیل شد که از این تعداد، ۷ نفر به دلیل اینکه به بیش از ۱۵ درصد سوالات پاسخ نداده بودند از حجم نمونه کنار گذاشته شدند؛ در نتیجه ۳۱۱ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، به منظور کاهش خطا در برآوردها و نتیجه‌گیری‌ها، اطلاعات به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار spss-16 و Amos-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از تجزیه و تحلیل اولیه سوالات و استخراج سوالات نهایی، ابتدا ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه‌ها که مسلط به رویکرد طرحواره درمانی بودند، روایی محتوای پرسشنامه را تایید نمودند و سپس به منظور بررسی اعتبار

پرسشنامه از دو روش بازآزمایی با فاصله زمانی یکماه با هدف ارزیابی ثبات پرسشنامه و آلفای کرونباخ به منظور ارزیابی همسانی درونی بر روی نمونه‌ای متشکل از ۶۰ نفر استفاده گردید. به منظور بررسی روایی واگرا، نسخه نهایی پرسشنامه طرحواره مثبت به همراه فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ توسط نمونه‌ای ۶۰ نفری (۲۸ مرد و ۳۰ زن) تکمیل و همبستگی نمرات دو مقیاس محاسبه گردید.

ابزارها

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر می‌باشند:

الف: پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ: این پرسشنامه خودگزارشی توسط لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) به عنوان مکمل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ طراحی شده است. لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) ابتدا یک مجموعه ۹۵ سوالی اولیه را به عنوان مکمل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، برای اندازه‌گیری ۱۸ طرحواره سازگار اولیه متناظر با ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه یانگ تدوین نمودند که در نسخه نهایی آن ۵۶ سوال، ۱۴ طرحواره سازگار اولیه را اندازه‌گیری می‌کند. در نمره-گذاری سوالات این پرسشنامه از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای استفاده شده است که از ۰ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً در مورد من صادق است) نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) برای سنجش همسانی درونی این پرسشنامه بر روی سه نمونه شامل ۶۲۸ نفر از سنگاپور، ۲۲۹ نفر از کوالالامپور و ۲۱۴ نفر از امریکای شرقی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای زیرمقیاس‌های مختلف از ۰/۶۸ تا ۰/۹۳ به دست آمد. پیچ و همکاران (Paetsch et al., 2018) این پرسشنامه را به زبان آلمانی ترجمه و آن را بر روی یک نمونه ترکیبی از بیماران روانپزشکی (۱۲۸ نفر) و گروه کنترل (۲۵۶ نفر) هنجاریابی نمودند. در این پژوهش نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مختلف از ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ محاسبه گردید.

ب: فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه: این پرسشنامه که یک ابزار خودگزارش‌دهی است توسط یانگ (Young., 2003) برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه، تهیه شده و شامل ۷۵ عبارت است که در مقیاس لیکرت ۶ نقطه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. نمره فرد در هر یک از طرحواره‌ها با جمع نمرات ۵ سوال مربوط به آن طرحواره به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات فرد در هر طرحواره، بین ۶ تا ۳۶ می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر در فرد است (Yousefi, Cheraghi, & Panaghi., 2021). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش خراسانی‌زاده و همکاران (khorasanizade et. al., 2019) برای زیرمقیاس‌های مختلف از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ و در پژوهش صابونچی، دوکانه‌ای فرد و بهبودی (Sabounchi, Dokaneifard, & Behbodi., 2020) از ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است.

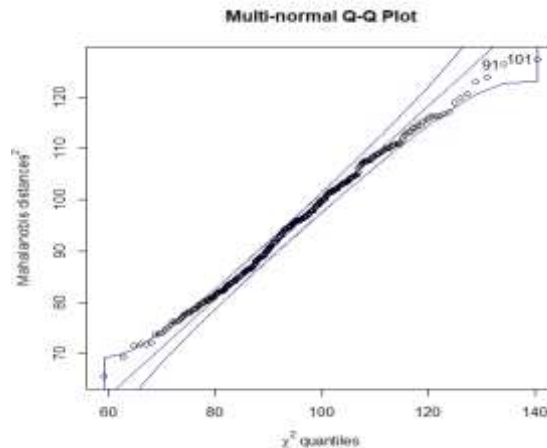
یافته‌ها

نمونه این پژوهش شامل ۳۱۱ نفر (۱۰۵ مرد و ۲۰۶ زن) بود که از این تعداد ۳۸ نفر کمتر از ۲۰ سال (۱۲/۲ درصد)، ۸۳ نفر در دامنه سنی بین ۲۰-۳۰ سال (۲۷/۷ درصد)، ۸۲ نفر در دامنه سنی بین ۳۰-۴۰ سال (۲۶/۴ درصد)، ۷۵ نفر در دامنه سنی بین ۴۰-۵۰ سال (۲۴/۱ درصد) و ۳۳ نفر بیشتر از ۵۰ سال (۱۰/۶ درصد) بودند. تحصیلات ۲۲ نفر از آنها (۷/۱ درصد) سیکل، ۱۲۰ نفر (۳۸/۶ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۸۱ نفر (۲۶ درصد) کارشناسی، ۷۵ نفر (۲۴/۱ درصد) کارشناسی ارشد و ۱۳ نفر (۴/۲ درصد) دکتری بود. هم-چنین ۱۸۰ نفر (۵۷/۹ درصد) متأهل، ۱۲۵ نفر (۴۰/۲ درصد) مجرد و ۶ نفر (۱/۹ درصد) سایر موارد بودند.

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، روش تحلیل عاملی بود. استفاده از روش‌های پارامتری چندمتغیری از جمله تحلیل عاملی، مستلزم تحقق دو مفروضه مهم می‌باشد که عبارتند از: نرمال بودن شکل توزیع داده‌ها و عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیره (Shultz, Whitney, & Zickar., 2020). شاخص فاصله ماکهالانوبیس^۱ به منظور بررسی این دو مفروضه به صورت همزمان، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش قرار گرفتن داده‌ها بر روی نمودار Q-Q، بر روی خط ۴۵ درجه با حداقل پراکندگی، نرمال بودن چندمتغیری و به تبع آن، عدم وجود داده‌های پرت را تایید می‌نماید. همانگونه که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، قرار گرفتن نقاط بر روی خط ۴۵ درجه و نیز پراکندگی پایین پیرامون این خط، حاکی از عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری در مجموعه داده‌ها و به تبع آن نرمال بودن چندمتغیری است؛ در نتیجه مانعی جهت استفاده از روش تحلیل عاملی از نوع مدل‌های کواریانس محور وجود ندارد. شایان ذکر است که روش برآورد مورد استفاده در تحلیل حاضر، روش بیشینه درست‌نمایی^۲ می‌باشد.

1. Mahalanobis Distance Index

2. Maximum Likelihood



شکل ۱: شاخص فاصله ماحالانوبیس جهت بررسی نرمال بودن و عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری

به منظور پاسخگویی به این سوال که "مولفه‌های طرحواره مثبت در جامعه ایرانی کدام است؟" از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده شد تا میزان مناسب بودن معیارهای پیشنهادی، بررسی گردد. ابتدا با استفاده از شاخص لوپ (اعتبار در صورت حذف سوال) میزان مناسب بودن سوال‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده، شاخص لوپ سوالات ۱۱ و ۵۰، ۰/۷۶، سوالات ۲۷، ۴۰، ۴۴، ۷۶، ۸۱، ۸۷ و ۹۱، ۰/۷۸ و بقیه سوالات ۰/۷۷ محاسبه گردید؛ اعتبار کل داده‌های گردآوری شده نیز برابر با ۰/۷۷ است که نشان‌دهنده اعتبار مناسب داده‌ها می‌باشد. در نتیجه تمامی سوالات از نظر شاخص لوپ در وضعیت مناسبی قرار دارند و در صورت حذف هر یک از سوالات، اعتبار افزایش نمی‌یابد.

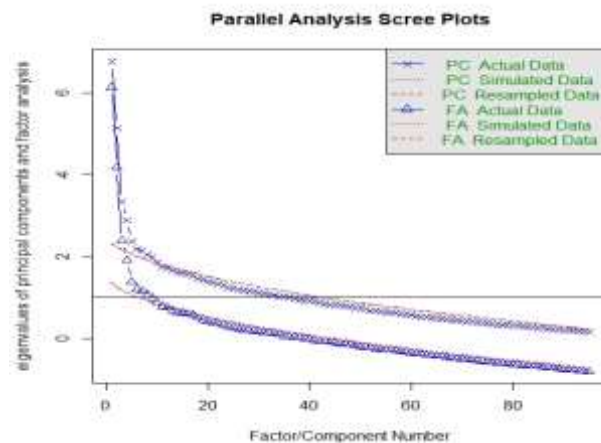
در ادامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی، روایی پرسشنامه براساس اهداف پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت. استفاده از روش تحلیل عاملی مستلزم بررسی دو مفروضه اساسی، یعنی شاخص‌های کیسز مایرز الکین^۱ و کرویت بارتلت^۲ است. در این پژوهش، مقدار به دست آمده در آزمون شاخص کفایت نمونه‌گیری کیسز مایرز الکین، ۰/۶۵ می‌باشد، که مقادیر بالای ۰/۶ شایسته و بیانگر کفایت حجم نمونه است. همچنین مقدار خی دو آزمون کرویت بارتلت برابر با ۸۲۳۳/۰۶، با درجه آزادی ۴۴۶۵، معنی‌داری (۰/۰۰۱) است. معنی‌داری این شاخص نیز حاکی از آن است که در ماتریس گویه‌ها به اندازه کافی همبستگی وجود

1. Kaiser-Meyers-Olkin(KMO)

2. Bartlett's Test of Sphericity

دارد و مقیاس توانایی لازم جهت تشکیل عامل‌ها را دارا می‌باشد.

به منظور تعیین تعداد عامل‌های پیشنهادی پرسشنامه از روش‌های نمودار اسکری تحلیل موازی^۱، مقدار ویژه و واریانس تبیین شده توسط هر عامل استفاده گردید. همانطور که در شکل ۲ نشان داده می‌شود شیب منحنی اسکری تحلیل موازی حاکی از وجود نه عامل است.



شکل ۲: نتایج آزمون اسکری تحلیل موازی

در مرحله بعد نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش برآورد بیشینه درست‌نمایی و روش چرخش وریماکس^۲، در حالت مدل ۹ عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت. در جدول شماره ۳، مقادیر ویژه، میزان واریانس تبیین شده و میزان واریانس تجمعی ارائه شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که عامل اول با مقدار ویژه ۵/۷۹ مقدار ۶ درصد از واریانس کل را به خود اختصاص داده است. در کل نه عامل به دست آمده ۲۴ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمایند.

نتایج حاصل از محاسبه بار عاملی هر یک از گویه‌های پرسشنامه بر روی عوامل به دست آمده از روش تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از آن است که ۱۲ گویه بر عامل اول، ۱۰ گویه بر عامل دوم، ۵ گویه بر عامل سوم، ۵ گویه بر عامل چهارم، ۴ گویه بر عامل پنجم، ۵ گویه بر عامل ششم و ۳ گویه بر هر یک از عامل‌های هفتم، هشتم و نهم بار عاملی بالایی (بیش از ۰/۴۰) داشتند. در نتیجه ۵۰ سوال در این مرحله مورد تایید قرار گرفتند و بقیه گویه‌ها (۴۵ گویه) به دلیل اینکه بر روی هیچ یک از عامل‌های نه گانه بار عاملی بالایی نداشتند، از مجموعه گویه‌های پرسشنامه کنار گذاشته شدند.

1 . Parallel analysis Scree Plots

2 . Varimax rotation

جدول ۳: اطلاعات عوامل استخراج شده

مؤلفه	مقدار ویژه بعد از چرخش	میزان واریانس مقدار ویژه	میزان تجمعی واریانس
اول	۵.۷۹	۰.۰۶	۰.۰۶
دوم	۴.۴۷	۰.۰۵	۰.۱۱
سوم	۲.۱۹	۰.۰۳	۰.۱۳
چهارم	۲.۱۷	۰.۰۳	۰.۱۵
پنجم	۱.۹۰	۰.۰۲	۰.۱۷
ششم	۱.۷۹	۰.۰۲	۰.۱۹
هفتم	۱.۷۱	۰.۰۲	۰.۲۱
هشتم	۱.۶۵	۰.۰۲	۰.۲۲
نهم	۱.۴۲	۰.۰۲	۰.۲۴

پس از حذف سوالات نامناسب، به منظور پاسخگویی به این سوال که "آیا پرسشنامه طر حواره مثبت از ساختار عاملی مناسبی برخوردار است؟" از روش تحلیل عاملی تاییدی جهت تایید ساختار به دست آمده استفاده شد. در این مرحله با بررسی ساختار اصلی پرسشنامه و عامل‌های به دست آمده، مدل تحلیل عاملی تاییدی در دو حالت مدل اولیه (بدون در نظر گرفتن مؤلفه سطح بالاتر) و مدل ثانویه (با در نظر گرفتن مؤلفه سطح بالاتر براساس تطابق با نسخه اصلی پرسشنامه)، طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است براساس مبنای نظری و نسخه اصلی پرسشنامه عامل‌های ۳، ۵ و ۹ و مؤلفه‌های ۴، ۶، ۷ و ۸ ذیل مؤلفه‌های کلی‌تر قرار گرفتند.

سنجش نیکویی برازش یک مدل، با استفاده از چندین شاخص آماری انجام می‌شود. برازش مدل، مشخص‌کننده این است که داده‌های واریانس-کوواریانس تا چه اندازه نمونه مدل تحلیل عاملی را حمایت می‌کنند. یکی از این شاخص‌ها، نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی است که مقدار قابل قبول برای این شاخص بین ۱ تا ۳ در نظر گرفته می‌شود. یکی دیگر از شاخص‌های مهم که به منظور بررسی مناسب بودن مدل مورد استفاده قرار می‌گیرد، ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد (RMSEA) می‌باشد. اگر این شاخص، کمتر از ۰/۰۸ باشد مدل از برازش خوب و در صورتی که کمتر از ۰/۰۵ باشد، از برازش بسیار خوبی برخوردار است. سایر شاخص‌های نیکویی برازش عبارتند از: شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI)، شاخص نیکویی برازندگی (GFI) و شاخص برازش هنجار شده (NNFI). در صورتی که مقدار این شاخص‌ها بیشتر از ۰/۹ باشد، مدل نهایی پذیرفته می‌شود (Mohammadali,

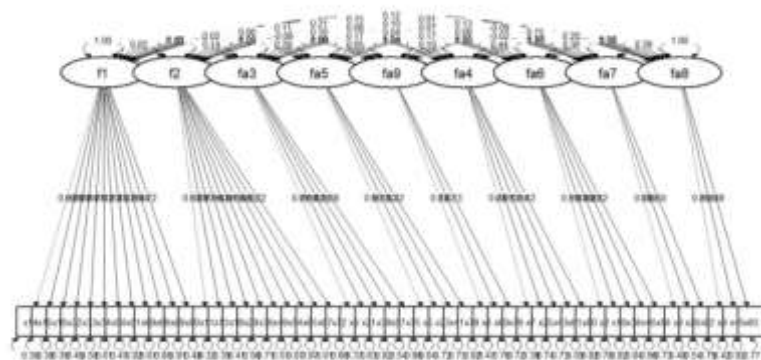
مدل ثانویه در جدول شماره ۴ ارائه شده است. (Manavipour, & Sedaghatifard., 2020). شاخص‌های برازش به‌دست آمده در دو حالت مدل اولیه و

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تاییدی

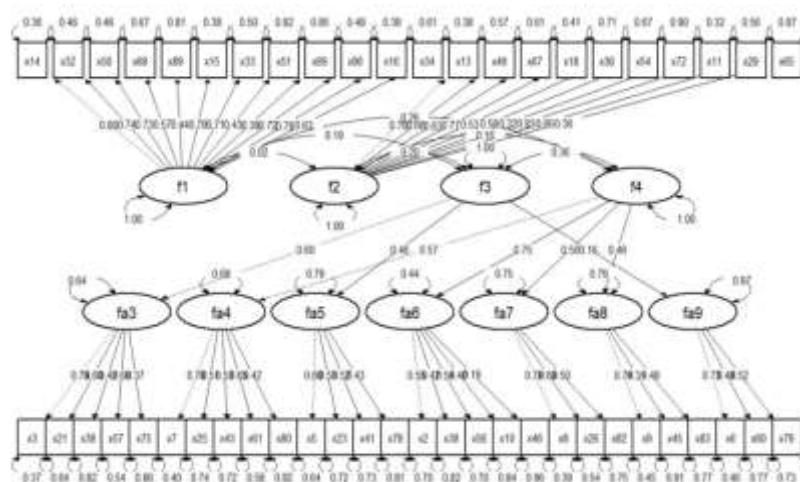
نام شاخص	شاخص‌های برازش		
	مقدار	مدل اولیه	مدل ثانویه
χ^2/df	کمتر از ۳	۱/۱۵	۱/۱۰
RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۰۱
CFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	۰/۹۶
IFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۶	۰/۹۶
GFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۸۷	۰/۸۹
NNFI	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۶	۰/۹۷

نکته قابل توجه در مورد شاخص‌های برازش مدل این است که این شاخص‌ها باید در کنار هم تفسیر گردند، زیرا هیچ‌یک از شاخص‌های به دست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند. بر این اساس در پژوهش حاضر، نتایج بررسی شاخص‌های برازش حاصل از هر دو مدل اولیه و ثانویه بیانگر کفایت و برازش مناسب مدل با داده‌ها بود، زیرا همه گویه‌های وارد شده در مدل، بار عاملی بالایی با متغیر مکنون خود داشتند. با توجه به این که شاخص‌های برازش به‌دست آمده در مدل ثانویه نسبت به مدل اولیه مقادیر مطلوب‌تری داشت؛ به عنوان مدل بهینه در نظر گرفته شد. در ادامه مدل استاندارد شده در دو حالت مدل اولیه (بدون در نظر گرفتن مولفه کلی‌تر) و مدل ثانویه (با در نظر گرفتن مولفه‌های کلی‌تر) در شکل‌های شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

همانگونه که در شکل ۴ مشاهده می‌شود، عامل ۳ و ۴ به ترتیب دارای ۳ و ۴ زیرمولفه هستند.



شکل ۳: مدل عاملی تاییدی اولیه با ضرایب استاندارد شده



شکل ۴: مدل عاملی تاییدی ثانویه با ضرایب استاندارد شده

در مرحله بعد به منظور تعیین معناداری رابطه بین متغیرها، از آماره آزمون، و مدل اعداد معناداری (P-Value) استفاده گردید، که در جدول ۵ بارعاملی، آماره آزمون و معنی‌داری مربوط به سوال‌های پرسشنامه بر متغیر مکنون مربوط به آن آورده شده است. اطلاعات این جدول بیانگر آن است که تمامی سوال‌های وارد شده در تحلیل، بر عامل مربوط به خود دارای بارعاملی بالا و معنی‌داری هستند ($P < 0.001$) و در نتیجه ساختار به‌دست آمده پرسشنامه طرحواره مثبت در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی در مرحله تاییدی نیز مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۵: نقش گویه‌ها در متغیرهای مکنون

مولفه	زیر مولفه	گویه	بارعاملی	آماره Z	p		
(نیازهای هیجانی)	(طرحواره‌های مثبت)						
محدودیت های منطقی	خویش‌داری و توجه همدلانه	۱۴	۰.۸۰	-	-		
		۱۵	۰.۷۸	۱۵.۲۴	۰.۰۰۱		
		۱۶	۰.۷۸	۱۵.۱۱	۰.۰۰۱		
		۳۲	۰.۷۴	۱۴.۰۸	۰.۰۰۱		
		۳۳	۰.۷۱	۱۳.۳۳	۰.۰۰۱		
		۳۴	۰.۶۳	۱۱.۵۴	۰.۰۰۱		
		۵۰	۰.۷۳	۱۳.۹۴	۰.۰۰۱		
		۵۱	۰.۴۳	۷.۴۷	۰.۰۰۱		
		۶۸	۰.۵۷	۱۰.۴۲	۰.۰۰۱		
		۶۹	۰.۳۸	۶.۶۹	۰.۰۰۱		
		۸۹	۰.۴۴	۷.۷۰	۰.۰۰۱		
		۹۰	۰.۷۲	۱۳.۶۶	۰.۰۰۱		
استانداردهای واقع‌بینانه	شفقت خود	۱۱	۰.۸۳	-	-		
		۱۳	۰.۷۸	۱۵.۳۸	۰.۰۰۱		
		۱۸	۰.۷۷	۱۴.۹۴	۰.۰۰۱		
		۲۹	۰.۶۶	۱۲.۳۴	۰.۰۰۱		
		۳۶	۰.۵۳	۹.۵۶	۰.۰۰۱		
		۴۹	۰.۶۶	۱۲.۲۳	۰.۰۰۱		
		۵۴	۰.۵۸	۱۰.۴۸	۰.۰۰۱		
		۶۵	۰.۳۶	۶.۱۶	۰.۰۰۱		
		۶۷	۰.۶۳	۱۱.۵۸	۰.۰۰۱		
		۷۲	۰.۳۲	۵.۴۰	۰.۰۰۱		
		ارتباط و پذیرش	اعتماد اساسی	۳	۰.۷۹	-	-
				۲۱	۰.۶۰	۸.۸۵	۰.۰۰۱
۳۹	۰.۴۲			۶.۴۲	۰.۰۰۱		
۵۷	۰.۶۸			۹.۵۷	۰.۰۰۱		
۷۵	۰.۳۷			۵.۷۱	۰.۰۰۱		
پذیرش خود	۵		۰.۶۰	-	-		

۰.۰۰۱	۵.۳۷	۰.۵۳	۲۳		
۰.۰۰۱	۵.۳۴	۰.۵۲	۴۱		
۰.۰۰۱	۴.۸۹	۰.۴۳	۷۸		
-	-	۰.۷۳	۶	موفقیت	
۰.۰۰۱	۴.۵۱	۰.۴۸	۶۰		
۰.۰۰۱	۴.۵۳	۰.۵۲	۷۹		
-	-	۰.۷۸	۷	اعتماد به نفس/کفایت	خودمختاری سالم
۰.۰۰۱	۷.۵۶	۰.۵۱	۲۵		
۰.۰۰۱	۷.۷۷	۰.۵۳	۴۳		
۰.۰۰۱	۹.۰۷	۰.۶۵	۶۱		
۰.۰۰۱	۶.۳۴	۰.۴۲	۸۰		
-	-	۰.۵۵	۲	دلبستگی پایدار و	
۰.۰۰۱	۴.۵۹	۰.۴۰	۱۰	جراتمندی	
۰.۰۰۱	۴.۷۳	۰.۴۲	۳۸		
۰.۰۰۱	۲.۴۹	۰.۱۹	۴۶		
۰.۰۰۱	۵.۳۷	۰.۵۴	۵۶		
-	-	۰.۷۸	۸	سلامت و ایمنی	
۰.۰۰۱	۷.۴۷	۰.۶۸	۲۶		
۰.۰۰۱	۶.۷۰	۰.۵۰	۸۲		
-	-	۰.۷۴	۹	مرزهای سالم	
۰.۰۰۱	۳.۳۴	۰.۳۱	۴۵		
۰.۰۰۱	۳.۸۸	۰.۴۸	۸۳		

تعداد سوالات هر عامل، میانگین، میانه، نما، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه و ضریب آلفای کرونباخ عامل‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶: یافته‌های توصیفی و بررسی اعتبار کل و خرده عامل‌های پرسشنامه

عامل‌ها	تعداد سوال	میانگین	میان	نما	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	ضریب آلفای کرونباخ	بازآزمایی
اول	۱۲	۳۹.۷۱	۴۰	۳۵	۸.۲۱	۱۴	۶۳	۰/۸۹	۰/۸۲
دوم	۱۰	۳۳.۸۳	۳۳	۳۳	۷.۱۹	۱۴	۵۳	۰/۸۵	۰/۷۸
سوم	۵	۱۷.۵۶	۱۸	۱۹	۳.۶۹	۵	۲۸	۰/۷۰	۰/۶۶
چهارم	۵	۱۷.۷۲	۱۸	۱۹	۳.۶۵	۸	۲۷	۰/۷۱	۰/۶۹
پنجم	۴	۱۳.۳۸	۱۳	۱۵	۲.۸۹	۶	۲۲	۰/۶۰	۰/۶۴
ششم	۵	۱۸.۴۱	۱۸	۲۰	۳.۰۲	۹	۲۸	۰/۶۵	۰/۶۹
هفتم	۳	۱۰.۴۶	۱۰	۱۰	۲.۶۱	۴	۱۸	۰/۶۸	۰/۷۱
هشتم	۳	۹.۴۰	۹	۹	۲.۱۸	۴	۱۶	۰/۶۵	۰/۷۰
نهم	۳	۱۰.۶۴	۱۱	۹	۲.۵۵	۳	۱۷	۰/۶۳	۰/۶۶
کل	۵۰	۱۶۷.۶۶	۱۶۸	۱۷۱	۱۶.۱۸	۱۲۰	۲۰۶	۰/۸۱	۰/۷۲

برای بررسی اعتبار پرسشنامه از دو روش ثبات و همسانی درونی استفاده می‌گردد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی ثبات، از روش بازآزمایی و از روش آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه استفاده گردید، که نتایج حاصل از دو روش در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. با توجه به نتایج این جدول، اعتبار نمره کل در روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و در روش بازآزمایی ۰/۷۲ است، ضریب آلفای کرونباخ برای نه عامل استخراج شده نیز بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۹ به دست آمد که ضرایب اعتبار مناسبی محسوب می‌شوند.

به منظور بررسی روایی و اگرایی این سنج، همبستگی پیرسون این مقیاس با فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ محاسبه شد و مقدار آن $0/64 - (P < 0/10)$ به دست آمد که حاکی از همبستگی منفی و معنادار بین دو پرسشنامه و در نتیجه روایی مطلوب پرسشنامه طرحواره مثبت است.

بحث و نتیجه گیری

سلیگمن (Seligman., 2005) به عنوان یکی از پایه‌گذاران روان‌شناسی مثبت‌نگر، معتقد است که موضوع علم روان‌شناسی صرفاً مطالعه بیماری، ضعف‌ها و کاستی‌ها نیست؛ بلکه مطالعه و بررسی نقاط قوت و جنبه‌های مثبت نیز یکی دیگر از مباحث حائز اهمیت در این علم محسوب می‌گردد. بر این اساس از نظر وی، درمانگر علاوه بر ترمیم خطاها و کاستی‌ها، می‌بایست درصدد بنا نهادن ویژگی‌های درست نیز

باشد (Bannink., 2020). براین اساس و از آنجایی که یکی از اهداف طرحواره‌درمانی جایگزین کردن طرحواره‌های سالم‌تر به جای طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد و درمانگران می‌بایست به جای توجه صرف به کاهش طرحواره‌های بیمارگون درصدد پیدایش و ایجاد طرحواره‌های سالم نیز باشند (Bannink., 2020)؛ مفهوم طرحواره‌های مثبت به منظور ارزیابی صحیح این که آیا نیازهای هیجانی اساسی در جریان طرحواره-درمانی واقعا "برآورده شده‌اند یا نه ضروری می‌باشد و وجود ابزاری برای اندازه‌گیری طرحواره‌های مثبت در رویکرد طرحواره‌درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است. براین اساس پژوهش حاضر با هدف هنجاریابی، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره مثبت یانگ در جامعه ایرانی انجام گرفت. هدف از بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه بررسی اعتبار و روایی سازه پرسشنامه بود.

در این پژوهش، روش مورد استفاده جهت بررسی روایی سازه پرسشنامه، روش تحلیل عاملی اکتشافی بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود ۹ مولفه اصلی مجزا بر اساس روش تحلیل عاملی و تحلیل مولفه اصلی بود، که عامل اول ۶ درصد از واریانس کل و در کل نه عامل به دست آمده ۲۴ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین نمودند. با توجه به اطلاعات حاصل از روش تحلیل عاملی اکتشافی ۵۰ گویه که بار عاملی بالایی (بیش از ۰/۴۰) داشتند، مورد تایید قرار گرفتند و بقیه گویه‌ها (۴۵ گویه) به دلیل این که بر روی هیچ‌یک از عامل‌های نه‌گانه بار عاملی بالایی نداشتند، از مجموعه گویه‌های پرسشنامه کنار گذاشته شدند. پس از حذف سوالات نامناسب، به منظور تایید ساختار به دست آمده، روش تحلیل عاملی تاییدی در دو حالت مدل اولیه (بدون در نظر گرفتن مولفه سطح بالاتر) و مدل ثانویه (با در نظر گرفتن مولفه سطح بالاتر) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بررسی شاخص‌های برازش حاصل از هر دو مدل اولیه و ثانویه حاکی از کفایت و برازش مناسب مدل با داده‌ها بود و تمامی سوالات وارد شده در مدل، بار عاملی بالایی با متغیر مکنون خود داشتند؛ اما با توجه به این که شاخص‌های برازش به دست آمده در مدل ثانویه نسبت به مدل اولیه مقادیر مطلوب‌تری داشت، به عنوان مدل بهینه در نظر گرفته شد. علاوه بر این نتایج حاصل از آماره آزمون و معنی‌داری مربوط به گویه‌های پرسشنامه بر متغیر مکنون مربوط به خود، حاکی از آن است که تمامی سوال‌های وارد شده در تحلیل، بر عامل مربوطه، دارای بار عاملی بالا و معنی‌داری هستند بنابراین ساختار به دست آمده برای پرسشنامه طرحواره مثبت در مرحله تحلیل عاملی اکتشافی، در مرحله تاییدی نیز مورد تایید قرار گرفت. یافته‌ها در زمینه بررسی اعتبار پرسشنامه نیز نشان داد که کل پرسشنامه طرحواره مثبت دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و بازآزمایی ۰/۷۲ است. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل استخراج

شده نیز بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۹ به دست آمد که در محدوده مناسب قرار دارند. بنابراین، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، در نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره مثبت، ۹ عامل به عنوان طرحواره‌های مثبت در ۴ دامنه شناسایی شد که از طریق ۵۰ سوال این پرسشنامه مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند.

اگرچه باخ و همکاران (Bach et al., 2018)، ۱۸ طرحواره سازگار اولیه را به عنوان متناظرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ در ۴ دامنه معرفی نمودند اما در پژوهش‌های لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) و پیچ و همکاران (Paetsch et al., 2022)، فقط ۱۴ مورد از این ۱۸ طرحواره سازگار اولیه معتبر تشخیص داده شد. در حالی که در پژوهش حاضر فقط ۹ عامل به عنوان طرحواره‌های سازگار اولیه شناسایی گردید و توجه همدلانه، خویش‌داری و هدفمندی خود زیرمجموعه عامل اول، خودمراقبتی، انتظارات واقع‌بینانه و شفقت خود زیرمجموعه عامل دوم و دلبستگی پایدار و جراتمندی نیز زیرمجموعه عامل ششم قرار گرفتند.

به اعتقاد پیچ و همکاران (Paetsch et al., 2022)، یکی از نکات حائز اهمیت در بحث طرحواره-درمانی، که اغلب در پژوهش‌ها و فعالیت‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ساختار دامنه مرتبه بالاتر طرحواره‌هاست؛ در حالی که در مطالعه لوئیس و همکاران (Louis et al., 2018) ساختار دامنه مرتبه بالاتر طرحواره‌های سازگار اولیه مورد بررسی قرار نگرفته است، پیچ و همکاران (Paetsch et al., 2022) در پژوهش خود به بررسی ساختار دامنه مرتبه بالاتر^۱ طرحواره‌های سازگار پرداختند و در نهایت ساختار سه دامنه‌ای طرحواره‌های مثبت را پیشنهاد دادند که عبارتند از: ارتباط و پذیرش (شامل گشودگی هیجانی و خودانگیختگی، کامروایی هیجانی، تعلق اجتماعی و دلبستگی پایدار)، استقلال و عملکرد سالم (شامل اعتماد به نفس، موفقیت، سلامتی اساسی/خوش‌بینی، خویش‌داری و خودانضباطی سالم، مرزهای سالم و خود تحول یافته) و استانداردها و محدودیت‌های واقع‌بینانه (شامل توجه همدلانه، انتظارات واقع‌بینانه، خود جهت دهی، شفقت به خود، علاقه شخصی سالم/خودمراقبتی). در پژوهش حاضر بررسی ساختار دامنه مرتبه بالاتر، حاکی از قرار گرفتن طرحواره‌های مثبت در ۴ حوزه یا دامنه نیازهای اساسی می‌باشد که عبارتند از: محدودیت‌های منطقی، استانداردهای واقع‌بینانه، ارتباط و پذیرش و خودمختاری سالم.

مقایسه طرحواره‌های مثبت شناسایی شده و ساختار سلسله مراتبی آن، حاکی از است که هر یک از طرحواره‌های مثبت پیشنهاد شده توسط باخ و همکاران (Bach et al., 2018) در جوامع مختلف، از اهمیت متفاوتی برخوردار هستند. بنابراین به نظر می‌رسد همان‌طور که یانگ و همکاران عوامل مختلفی از جمله

خلق و خوی فطری کودک، فرهنگ و محیط اولیه زندگی کودک را در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه موثر می‌دانند؛ عواملی همچون تفاوت‌های فرهنگی نیز می‌تواند در شکل‌گیری طرحواره‌های سازگار اولیه نیز نقش بسزایی را ایفا کنند.

اگرچه نتایج پژوهش‌هایی که تاکنون انجام گرفته، حاکی از آن است که پرسشنامه طرحواره مثبت‌یانگ این پتانسیل را دارد که به عنوان یک ابزار ارزیابی ارزشمند در موقعیت‌های بالینی برای ارزیابی دقیق طرحواره‌های مثبت در ابتدا و در طول درمان مورد استفاده قرار گیرد و به عنوان یک راهنما برای تنظیم اهداف درمانی ملموس و جذابی عمل کند که نقاط قوت و ضعف افراد را با موفقیت متعادل نماید؛ اما از آنجایی که بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی یک ابزار، فرایندی مستمر است؛ انجام پژوهش‌های متعدد با نمونه‌های مختلف بالینی و غیربالینی، به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره مثبت‌یانگ و حتی تکرار برخی پژوهش‌ها برای پشتیبانی یافته‌های کنونی به عنوان یک ضرورت مهم پیشنهاد می‌گردد.

References

- Abasi, M., Ramzifard, M., Lotfi Sarjini, A., & Ghezelseflo, M. (2019). The Effect of Schema Therapy on Marriage Values and the Marriage Tendency in Single Girls in Tehran. *Community health journal*, 13(2), 45-55. <https://doi.org/10.22123/chj.2019.176519.1266>. (In Persian)
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>.
- Bakhshipour, A., Mahmoud Aliloo, M., & fahimi, s. (2022). Schema therapy for patients with Symptoms Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD): A single case series study. *Journal of Psychological Science*, 21(112), 677-692. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.112.677>. (In Persian)
- Bannink, F. (2020). *Practicing positive CBT: From reducing distress to building success* (A. Khamseh, Trans.): Arjmand. (In Persian)
- Barlow, D. H. (2021). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*: Guilford publications.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2017). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*: Guilford Publications.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*: John Wiley & Sons.
- Ghaderi, D., Mojtabei, M., & Hatami, M. (2022). Construction and validation of the early emotional needs scale based on Yang's schema therapy theory. *Journal of Applied Psychology*, 16(1), 112-193. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.222985.1106>. (In Persian)

- khorasanizade, A., Poursharifi, H., Ranjbari pour, T., Bagheri, F., & Poya manesh, J. (2019). Structural pattern of the relationship between parent-child relation patterns and early maladaptive schemas with the mediating role of attachment styles. *Journal of Applied Psychology*, 13(1), 55-76. <https://doi.org/10.29252/apsy.13.1.55>. (In Persian)
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 41-66.
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M.-H. R., & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*, 30(9), 1199. <https://doi.org/10.1037/pas0000567>.
- Masoumi, M., Hajebi, M. Z., Rabi'ei, M., & Zarghami, M. H. (2022). Network Analysis of Young's Early Maladaptive Schemas: A Research Critique. *Journal of Psychology*, 3(26), 252-260. <http://www.iranapsy.ir/fa/Article/36444>. (In Persian)
- Mohammadali, S., Manavipour, D., & Sedaghatifard, M. (2020). Investigating the psychometric characteristics (validity and reliability) of the self-compassion scale: Finding empirical evidence for using the total score and defining the concept of self-compassion. *Journal of Applied Psychology*, 14(2), 50-29. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.215591.0>. (In Persian)
- Mohsenabadi, H., Fathi-Ashtiani, A., & Ahmadizadeh, M. J. (2021). Psychometric properties of the Persian Version of the Psychological Capital Questionnaire-24 (PCQ-24) in a military unit. *Journal of Military Medicine*, 23(9), 738-749. <https://doi.org/10.30491/JMM.23.9.738>. (In Persian)
- Paetsch, A., Moultrie, J., Kappelmann, N., Fietz, J., Bernstein, D. P., & Kopf-Beck, J. (2022). Psychometric properties of the german version of the young positive schema questionnaire (YPSQ) in the general population and psychiatric patients. *Journal of Personality Assessment*, 104(4), 522-531. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1966020>. (In Persian)
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features* (M. Faraji, Trans.): Routledge.
- Saboonchi, F., Dokaneifard, F., & Behbodi, M. (2020). Structural model of marital satisfaction based on attachment styles and early maladaptive schemas with mediation of sensation seeking. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(1), 119-138. <https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.119>. (In Persian)
- Shaban, M., Peyvastegar, M., & Khosravi, Z. (2021). The effectiveness of the localized model of schema therapy on changing the schema of therapists. *Journal of psychologicalscience*, 20(100), 511-520. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.100.2.5>. (In Persian)
- Shultz, K. S., Whitney, D. J., & Zickar, M. J. (2020). *Measurement theory in action: Case studies and exercises*: Routledge.
- Videler, A. C., Van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwers, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 48(4), 481-491. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000077>.
- Younesi, s., Hatami, M., & Salahyan, A. (2021). Effectiveness schema therapy based on parenting styles on educational stress perception of female students. *Journal of*

- Psychological Science*, 20(100), 521-532.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.100.5.8>. (In Persian)
- Young, J. E. (2020). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (A. sahebi & H. Hamidpoor, Trans.): Arjmand. (In Persian)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2021). *Schema therapy: A practitioner's guide* (H. Hamidpoor & Z. Andooz, Trans.): Arjmand. (In Persian)
- Yousefi, M., Cheraghi, M., & Panaghi, L. (2021). Predicting sides of Family Triad Model by spouses' early maladaptive schemas. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 19-38.
<https://doi.org/10.52547/ijfp.7.1.19>. (In Persian)

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Intolerance of Uncertainty, Hyper-Responsibility, and Thought-Action Fusion among Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Mojhgan Saberizadeh 

MA, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran. Email: mzhgansabryzadh@gmail.com

Mohammad Zare Neyestanak 

Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran. (Corresponding author), Email: zarehneyestanak@yahoo.com

Recived: 2022-05-22	Revised: 2023-08-17	Accepted: 2024-03-11	Published: 2024-03-15
Citation: Saberizadeh, M., & Zarehneyestanak, M. (2024). The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy therapy on intolerance of uncertainty, , extreme responsibility and thought fusion in obsessive-compulsive women in Arak. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 81-102. doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293			

Abstract

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a severe and debilitating psychological disease that affects patients' and their family members' quality of life and general performance. As the consequences, this disorder creates personal and interpersonal problems, feelings of helplessness and despair among the patients. As the result of the high prevalence of this disorder and its psychological and social effects, finding an effective fast-acting treatment is an important and necessary matter. Considering this importance, this study endeavored to examine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion among women with OCD. The study specifically tried to answer the question: Is mindfulness-based cognitive therapy is significantly effective on intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion among women with obsessive-compulsive disorder in Arak?

Method

The statistical population of this semi-experimental research included all women with OCD in Arak city in July and August of 2021. Following the research design and using purposeful sampling method, 30 women with OCD were selected from several counseling centers of Arak city. Among the issues considered in this selection were their psychiatric records, clinical interviews, and scores obtained in the Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) designed by Foa et al. (2000). The participants were randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group). Eight sessions (90 minutes each, once a week) were held for the members of experimental group. MBCT of Segal and et al. (2013) was applied to design the intervention program. The inclusion criteria were: willingness to participate in the research, being 25 to 45 years old, having at least middle-school degree, not participating in any other psychological interventions over the treatment period, being diagnosed with OCD based on their consultation profile, the psychiatric examination and clinical interview, recording the minimum score of 40 in OCI scale, and not suffering from any psychotic disorder. The exclusion criteria were undergoing other treatments, not participating in more than two sessions, and avoiding cooperation during the research process. To collect the



©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.

required data, Salkovskis' Responsibility Attitude, Shafran's Thought-Action Fusion (TAF), and Friston's Intolerance of Uncertainty were used.

Results

Covariance analysis showed that there is a significant difference between the scores of experimental and control groups regarding the intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion. The results suggested that MBCT is effective in treating intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion. ANCOVA analysis was run to see that the effect of MBCT on which variables is significant. Before applying the test, the normal distribution of the scores of the group with the scores of sample group in the society were checked using the Kolmogorov-Smirnoff test. Moreover, Levine's test was applied to check the equality of variances. This way, the researchers assured that participants' differences of post-test scores regarding intolerance of uncertainty, hyper-responsibility, and thought-action fusion are the result of the intervention.

Discussion and conclusion

The results showed that the techniques of MBCT intervention made women with obsessive symptoms aware of all kinds of perceived stress and anxiety and help them cope with them. Receiving the treatment, they learned to accept the feelings without analyzing, suppressing, or stimulating them. Although this manner seems to be scary at the beginning, they soon learn that if they recognize and feel these worries, anxiety, painful memories, and other disturbing thoughts and emotions, they will accept them as thought without judgement instead of mixing with them. Indeed, through MBCT, people with OCD learn how to fight against stressors and show more adaptive behavior, depending on their negative and positive emotions. This leads to ambiguity reduction in various situations of life. Through undertaking this intervention, people learn how to communicate with ineffective and unreasonable thoughts such as over-responsibility and negative emotions like anxiety. Over MBCT sessions, therapists emphasize that thoughts are only thoughts, not real issues. Using such techniques as body check, observing breathing, and attention to thoughts that emphasize the presence of patient in the present time, makes the ground for putting aside the negative thoughts and not judging painful thoughts and feelings. Moreover, this kind of treatment helps the individual to decentralize his thoughts. Through the treatment, people learn to see their thoughts and feelings without judging and to see them as ordinary mental issues, and not to consider their thoughts and feelings as a part of themselves or a reflection of the reality. This way, when disturbing thoughts and feelings occur, they will not be intensified or intermingled with actions.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Intolerance of uncertainty, Responsibility, Thought-action Fusion, Obsessive-Compulsive Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک

مژگان صابری زاده

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، نایین، ایران. mzhgansabryzadh@gmail.com

محمد زارع نیستانک

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، نایین، ایران. (نویسنده مسئول)، Zarehneyestanak@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۲۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: صابری زاده، مژگان؛ زارع نیستانک، محمد. (۱۴۰۲). اثر بخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۸۱-۱۰۲. doi: 10.22067/tpccp.2024.76834.1293			

چکیده

هدف: هدف پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر و عمل در زنان مبتلا به اختلال وسواس بود.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به وسواس شهر اراک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره در سال ۱۴۰۰ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس بر اساس پرونده روانپزشکی و انجام مصاحبه بالینی انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه بازنگری شده وسواسی-اجباری فوآ و همکاران (Foa, 2000)، مقیاس عدم تحمل تردید فریستون و همکاران (Freeston et al., 1994) پرسشنامه مسئولیت‌پذیری سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) و مقیاس آمیختگی فکر-عمل شفران و همکاران (Shafran et al., 1996) بود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته برگزار شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر و عمل در بیماران دارای اختلال وسواس تاثیر معنی داری دارد ($P < 0.001$).

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی، آمیختگی فکر و عمل و اختلال وسواس

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی یکی از اختلالات رفتاری ناتوان کننده‌ای است که با افکار مزاحم، تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرورفتن در اعماق افکار ناراحت کننده وادار می‌کند. این افکار گرچه باعث کاهش ناراحتی فرد می‌گردد، اما لذت بخش نیستند. به طور کلی وسواس‌ها، افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم، غیرارادی و توأم با افزایش اضطراب هستند؛ در حالی که رفتارهای بی‌اثر ساز (آشکار یا پنهان)، رفتارهای ارادی هستند که بیمار به منظور کاهش اضطراب آن را انجام می‌دهد. میزان شیوع مادام العمر اختلال وسواس فکری- عملی در جمعیت عمومی نسبتاً ثابت و حدود دو تا سه درصد است (American Psychiatric Association & Association., 2013). بررسی پیشینه نشان می‌دهد شواهد مسلمی درباره نقش عقاید کژکار^۱ (باورهای ناکارآمد) در ایجاد و حفظ اختلال وسواسی- اجباری وجود دارد. عقاید کژکار به عنوان فرضیات غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد درباره خود فرد، دنیای خارج او و افکاری که در طول موقعیت‌ها ثابت هستند، تعریف می‌شوند (Lam et al., 2005). در این رابطه مطالعات مختلف بر نقش عقاید کژکار و باورهای وسواسی در ایجاد و تداوم اختلال وسواس فکری- عملی تأکید داشته‌اند (Conley & Wu., 2017)، (Wolters et al., 2018)، (Hansmeier et al., 2016)، (Kim et al., 2016)، (Cheie & Miu., 2016). مدل‌های شناختی نشان می‌دهند در سبب‌شناسی و حفظ علایم اختلال وسواس فکری- عملی احساس مسئولیت افراطی نقش موثری را دارد (Mantz & Abbott., 2017)، (Arntz et al., 2017)، (Luppino et al., 2018)، (Pugh et al., 2018). بر پایه دیدگاه سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000) احساس مسئولیت پذیری افراطی مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است. موضوع اصلی در الگوی شناختی سالکوسکیس، ارزیابی نادرستی است که باعث می‌شود مسئولیت شخصی اغراق آمیزی از رویدادهایی که به خود شخص یا دیگران آسیب می‌رساند به وجود آید، تصور می‌شود این ارزیابی‌های نادرست از فرض‌های ناکارآمدی ناشی می‌شوند که در طی زندگی فراگرفته شده‌اند (Rhéaume et al., 2020). در مقابل راجمن (Rachman., 1997) در نظریه خود در مورد اختلال وسواس فکری- عملی، بر نقش جداگانه و مهم‌تر سازه آمیختگی فکر- کنش^۲ تأکید دارد. این سازه به پدیده‌های روانشناختی اشاره می‌کند که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل در نظر گرفته می‌شوند. تحقیقات اولیه نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر- کنش دارای دو بعد اصلی آمیختگی فکر- کنش احتمالاتی و آمیختگی فکر- کنش اخلاقی است. منظور از آمیختگی فکر- کنش

1. Dysfunctional beliefs

2. Thought-action fusion

احتمالاتی، باور فراشناختی فرد به این است که فکر کردن به رویدادی ناگوار یا غیرقابل قبول احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. آمیختگی فکر - کنش اخلاقی به این باور فراشناختی اشاره دارد که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع شده و انجام دادن واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگرند (Rachman., 1997). در این زمینه نتایج تحقیقات نشان می‌دهد آمیختگی فکر - کنش در شکل‌گیری وسواس و افسردگی نقش موثری دارد (Pourfaraj Omran et al., 2013). به نظر می‌رسد در قبال جلوگیری از آسیب، آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی در مقایسه با آمیختگی فکر - کنش اخلاقی ارتباط نزدیک‌تری با احساس مسئولیت داشته باشد. رفتارهای اجباری به منظور جلوگیری از آسیب ممکن است به وسیله آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی برانگیخته شوند (حالا که من چنین فکری دارم، برای جلوگیری از آن باید کاری بکنم، وگرنه باید پاسخگو باشم). به نظر نمی‌رسد همجوشی فکر و عمل اخلاقی مستقیماً با عقاید مسئولانه درباره جلوگیری از آسیب رابطه داشته باشد، زیرا در جلوگیری از آسیب وارد شدن به دیگران، هیچ گونه لطمه‌ای به خودپنداره شخصی وارد نمی‌شود (Nayebaghayee et al., 2019). غیر از احساس مسئولیت در قبال جلوگیری از وقایع آسیب‌زا، نوع دومی از احساس مسئولیت، که در OCD مشاهده می‌شود، احساس مسئولیت در برابر داشتن افکار مزاحم است. وقتی شخص اهمیت زیادی به افکار مزاحم (به خصوص افکار مزاحم دارای ماهیت پرخاشگرایانه یا جنسی) می‌دهد، این اهمیت دادن معمولاً با این احساس که شخص به خاطر داشتن این افکار از لحاظ اخلاقی مسئول است ارتباط پیدا می‌کند. در اینجا آمیختگی فکر - کنش اخلاقی بیش از آمیختگی فکر - کنش احتمالاتی با این نوع احساس مسئولیت رابطه دارد (Rachman & Shafran., 1999). هر دو نوع احساس مسئولیت و هر دو نوع آمیختگی فکر - کنش ممکن است در موقعیتی با هم تداخل داشته باشند. نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که گرچه آمیختگی فکر - کنش ارتباط نزدیکی با احساس مسئولیت افراطی دارد، اما سازه‌ای مجزا از آن است (Amir et al., 2001). راجمن (Rachman., 1997) مطرح می‌کند که احساس مسئولیت افراطی می‌تواند هم ایجادکننده و هم پیامد آمیختگی فکر - کنش باشد. گرچه سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2017) آمیختگی فکر - کنش را به عنوان یک مؤلفه احساس مسئولیت افراطی معرفی کرده‌اند، اما شواهد تجربی برای حمایت از چنین ادعایی اندک است (Bassak Nejad et al., 2013).

در خصوص اختلال وسواس مفهوم عدم تحمل تردید؛ از جمله متغیرهایی است که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است و به عنوان گرایش فرد برای نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است. عدم تحمل تردید، نقش اصلی

را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می کند. عدم تحمل تردید به معنای تمایل به اجتناب از شرایط مبهم و در نظر گرفتن خود به عنوان موجودی ناتوان در مقابله با تردید است و یک آسیب اساسی برای اختلال وسواس فکری-عملی به حساب می آید (Faleer et al., 2017). پیشینه پژوهش نشان می دهد بیماران مبتلا به اختلال وسواس نیاز شدیدی به تحمل تردید دارند (Gillett et al., 2018)، (Counsell et al., 2017) و ممکن است اضطراب شدیدی را تا زمانی که قطعیت به دست آورند تجربه کنند. ساموئلز و همکاران (Samuels et al., 2017) نتیجه گرفتند که شک و تردید در اختلال وسواس فکری-عملی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و به درمان های رفتاری و شناختی به خوبی پاسخ می دهد اما تاکنون در روانپزشکی جهت درمان اختلال وسواسی جبری به آن توجه نشده است.

در زمینه درمان وسواس درمان های روانشناختی بسیاری به کار گرفته شده است. یکی از نوآوری های جدید در درمان های رفتاری شناختی، تلفیق سنت های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه، ذهن آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق تحت عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می شود. سگال و همکاران (Segal et al., 2013) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اساس دیدگاه کابات-زین توسعه دادند، کابات-زین ذهن آگاهی را توجه به شیوه ای خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون قضاوت تعریف کرده است. ذهن آگاهی به عنوان فرآیند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و همچنین به عنوان ترکیب خودتنظیمی توجه با نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن و پذیرش تجارب فرد توصیف شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک برنامه آموزشی مهارت های مبتنی بر پروتکل می باشد که بر اساس کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری ایجاد شده است (۴). تحقیقات نشان داده اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می دهد. هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای فرد است تا از واکنش های خودکار، اندیشه ها، احساسات و حوادث رهایی یابد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار و احساسات بدون قضاوت تأکید دارد (Rahmani Fard et al., 2018).

ذهن آگاهی بر توجه فرد به تجربیاتی که در اکنون اتفاق می افتد تأکید می کند و به افراد آموزش داده می شود تا رویدادها را به همان صورت که هست، ببینند و بپذیرند و از قضاوت کردن و انتظارات در مورد آن خوداری کنند. از این رو ذهن آگاهی را می توان به عنوان ویژگی فردی، کیفیت آگاهی، و همچنین به عنوان یک مهارت قابل آموزش شناخت (Baer et al., 2006; Nyklíček et al., 2016). بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد اگر چه تا کنون اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان باورهای

غیرمنطقی و اضطراب (Barghi Irani & Dehghan Saber., 2021)؛ اضطراب و افسردگی (Hofmann & Gómez., 2017)؛ باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی (Salehpour et al., 2019)؛ اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی (Eslami et al., 2017)؛ کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان (Taimory et al., 2015)؛ کیفیت زندگی، علائم افسردگی و اضطراب (Trombka et al., 2021)؛ مشکلات هیجانی و عاطفی بیماران (Van Son et al., 2019) و آمیختگی فکرعمل، سرکوب افکار و احساس گناه (Bassak Nejad et al., 2013) مورد تایید قرار گرفته است اما تا کنون تحقیق چندانی در رابطه با اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با متغیرهای پژوهش صورت پذیرفته است. لذا با توجه به آنچه گفته شد هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک بود.

روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. جامعه آماری عبارت از کلیه زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی شهر اراک در تیرماه و مردادماه سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به طرح پژوهش تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی به شیوه هدفمند از مراکز مشاوره شهر اراک بر اساس پرونده روانپزشکی آنان و انجام مصاحبه بالینی و نمره پرسشنامه وسواسی- اجباری فوآ و همکاران (Foa et al., 2000) انتخاب شدند. بدین ترتیب تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال وسواس فکری- عملی شهر اراک انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش عبارت بودند از: تمایل برای انجام پژوهش، سن ۲۵ تا ۴۵ سال، تحصیلات حداقل سیکل، عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی، دریافت تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس پرونده مشاوره‌ای، معاینه روانپزشک و مصاحبه بالینی انجام شده، کسب نمره حداقل ۴۰ از پرسشنامه وسواس جبری فوآ و همکاران (Foa et al., 2000) و عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک که مانع از حضور وی در پژوهش گردد. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از شرکت در سایر برنامه‌های درمانی، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در طول پژوهش.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه بازنگری شده وسواسی - اجباری فوآ و همکاران (OCI-R)

این پرسشنامه توسط فوآ و همکاران در سال ۲۰۰۲ با هدف سنجش علائم اختلال وسواسی - اجباری

ساخته شده است. این پرسشنامه‌ی خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است که علائم OCD را می‌سنجند. نسخه‌ی بازنگری شده، شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد. در این پرسشنامه از پاسخ دهندگان خواسته شده است تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها، موافقت خود را با میزان ناراحتی که هر یک از عبارت‌ها برای آنها در یک ماه گذشته ایجاد کرده، در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ = هیچ وقت تا ۴ = بیش از حد) اعلام کنند. برای ارزیابی پایایی نسخه‌ی فارسی OCI-R، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب OCI-R برای مقیاس کلی برابر با ۰/۸۵، برای زیرمقیاس واری ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شستشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آمد. همبستگی بین ماده‌ها محاسبه شد که برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، میزان اثر متوسط به شیوه‌ی کوهن (Cohen., 1988) به شرح زیر بدست آمد: شستشو: $r = 0/43$ ، وسواس فکری: $r = 0/46$ ، انباشت: $r = 0/37$ ، نظم: $r = 0/43$ ، واری: $r = 0/40$ ، خنثی‌سازی: $r = 0/25$. بین زیرمقیاس‌ها و نمره کل همبستگی پیرسون محاسبه شد. همانند نسخه‌ی انگلیسی، همبستگی‌ها بین زیرمقیاس‌ها در نسخه‌ی فارسی نیز معنادارند ($r = 0/57$ تا $r = 0/25$) این در حالی است که همبستگی‌های بین زیرمقیاس‌ها و مقیاس کل بالاترند ($r = 0/61$ تا $r = 0/80$) به طور کلی، همبستگی‌های بدست آمده در پژوهش حاضر با پژوهش اصلی همخوان هستند (Mohammadi et al., 2008). اعتبار بازآزمایی آن با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه کنترل بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی برای کل مقیاس، ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های واری، نظم، شستشو و خنثی‌سازی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۶۳ و ۰/۷۱ بود. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله دو هفته برابر ۰/۸۱ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (Rajabi et al., 2019).

مقیاس عدم تحمل تردید

این مقیاس توسط فریستون رهیوما، لیتراتی، دوگاس و لادوکر در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سؤال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. جملات این پرسشنامه نوع واکنش افراد در برابر تردیدهای زندگی را توضیح می‌دهند. این آزمون با یک مقیاس لیکرتری پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. این پرسشنامه دارای چهار مولفه ناتوانی برای انجام عمل (۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰ و ۲۲)، استرس آمیز بودن تردید (۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴ و ۲۶)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها (۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹ و ۲۱) تردید در مورد آینده (۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۲۷) است. نمره کل این پرسشنامه از جمع کردن نمرات

مولفه‌ها بدست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره کل حاصل از این پرسشنامه به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ می‌باشد و نمرات بالاتر به منزله داشتن تحمل‌ناپذیری تردید بیشتر است. اعتبار این آزمون را فریستون و همکاران (Freeston et al., 1994) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ($a=0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته ($r=0/78$) به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (Freeston et al., 1994). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۴ توسط باهر و دوگاس (Buhr & Dugas., 2004) مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r=0/60$)، افسردگی بک ($r=0/59$) و اضطراب بک ($r=0/55$) معنادار به دست آمده است ($P<0/01$) (Asadi et al., 2012). در ایران نیز اسدی مجره و همکاران (Asadi et al., 2012) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه را ۰/۶۹ به دست آوردند.

پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری

این پرسش نامه ۲۶ گویه ای را که بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (نمره ۱=کاملاً موافقم تا نمره ۷=کاملاً مخالفم) سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) ابداع کردند. پرسشنامه نگرش مسئولیت‌پذیری، نگرش‌های کلی، باورها و خصوصیات زمینه‌ساز مسئولیت‌پذیری و نگرانی از آسیب در OCD را می‌سنجد. همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (Salkovskis et al., 2000). ضریب همبستگی پرسشنامه با مقیاس وسواس - اجباری مادزلی ۰/۵۷ و با پرسشنامه وسواس اجباری (OCI) ۰/۵۴ به دست آمد. همبستگی‌ها در هر دو مورد حتماً بعد از کنترل همزمان افسردگی و اضطراب همچنان ثابت ماند. مانسینی و همکاران (Mancini et al., 2001) ضریب ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۹ و ضرایب پایایی به روش باز آزمایی برای کل مقیاس را ۰/۶۲ گزارش کردند. صلواتی (Salavati., 2002)، خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه را در ایران بررسی کرده است. برای تعیین روایی محتوا، پرسشنامه به دو متخصص روان پزشکی و پنج دکترای روان‌شناسی بالینی ارائه و از آنها خواسته شد تا نظرشان را در مورد ترجمه و محتوای سؤال‌ها بدهند. پس از جمع آوری آرای آنها و اطلاعات حاصل از روایی صوری فرم اولیه تهیه شد و برای تعیین روایی صوری و اعتبار مقدماتی پرسش نامه برای ۱۰ بیمار OCD و ۱۰ فرد سالم اجرا شد. اعتبار کل پرسشنامه از طریق دونیمه‌سازی و با استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن - پروان به دست آمد. نتایج نشان داد که همبستگی سؤال‌ها در نیمه اول ۰/۸۴ و در نیمه دوم ۰/۸۵ است. اعتبار برآورد شده برای کل آزمون ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود (Nayebaghaee et al., 2019).

مقیاس آمیختگی فکر - عمل

مقیاس آمیختگی فکر و عمل نوعی ابزار خود گزارشی است که توسط شفران و همکاران (Shafraan et al., 1996)، طراحی و ساخته شده و دارای ۱۹ گویه است. ۱۲ گویه این مقیاس مربوط به اخلاق آمیختگی فکر - عمل (۱-۱۲) و ۷ گویه بعدی مربوط به احتمال آمیختگی فکر - عمل است. این ابزار در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) توسط آزمودنی‌ها، درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس از ۰-۷۶ است و نمرات بالاتر، بیانگر آمیختگی فکر - عمل شدیدتر در فرد است. شفران و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس و زیرمقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. یورولماز و همکاران (Yorulmaz et al., 2004) ضریب آلفای کرونباخ احتمال آمیختگی فکر - عمل را ۰/۹۲، اخلاق آمیختگی فکر - عمل را ۰/۸۵، و همسانی درونی برای مقیاس کلی را ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین ضریب اعتبار دونیمه‌ای گاتمن برای مقیاس کلی ۰/۹۲، برای ۷ گویه احتمال آمیختگی فکر - عمل ۰/۹۲، و برای ۱۲ گویه اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی محتوایی پرسشنامه حاضر را مطلوب گزارش کرده‌اند. اعتبار پرسشنامه در پژوهش مسلمی آزاد و همکاران (Asli Azad et al., 2020) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۰، برای اخلاق آمیختگی فکر - عمل ۰/۸۹ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد.

روش اجرا

در این پژوهش آزمودنی‌ها به صورت نمونه هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در هر گروه ۱۵ نفر آزمودنی حضور داشتند که در اولین جلسه (معارفه) به پرسشنامه‌های پژوهش به صورت انفرادی پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام می‌باشد. جلسات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت یک بار در هفته برگزار گردید. گروه کنترل پس از اجرای پیش‌آزمون در انتظار درمان بعد از پایان دوره‌ی مداخله، قرار گرفتند و در این دوره تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفتند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه‌ها توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. شیوه‌ی درمانی مورد استفاده در این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (Segal et al., 2013) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	تمرکز	خوش آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تمرین خوردن کشمش با ذهن آگاهی، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و تمرین واریسی بدنی و تمرین تمرکز با مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل
دوم	آگاهی/حضور ذهن از افکار، هیجان‌ها، احساسات و حس‌های بدنی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف و اهمیت ذهن آگاهی و تمرین نزدیکی به آگاهی‌های احساسی، حسی، هیجانی تمرین واریسی بدنی، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیه‌های ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و تکلیف خانگی در منزل
سوم	حضور در لحظه	بررسی تکلیف قبلی، تمرین حضور در حال و مراقبه، واریسی بدن، ذهن آگاهی بر روی تنفس، حرکت به شیوه ذهن آگاهی، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه ذهن آگاهی و تمرین سه دقیقه ای تنفس و تکلیف خانگی در منزل
چهارم	تمرکززدایی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف و اهمیت تمرکز زدایی به همراه تمرین (تمرین مولفه‌هایی است که بیماران را در جهت تمرکززدایی سوق می‌دهد. بیماران افکار و هیجان‌ها را هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند. بودن در زمان حال، پنج دقیقه ذهن - آگاهی دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در هنگام تجربه احساسات ناخوشایند و مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل
پنجم	پذیرش، عدم بی‌زاری، عدم دلبستگی، آگاهی توأم با پذیرش	بررسی تکلیف قبلی، تعریف مفاهیم پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند» و ارزش‌ها به همراه پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساس‌ها و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس و تکلیف خانگی در منزل
ششم	رهاسازی	بررسی تکلیف قبلی، تعریف رهاسازی، مراحل انجام کار به همراه مراقبه و تنفس آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون

		قضاوت و توجه عمیق به آنها. تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی روزانه بدون قضاوت در مورد آنها، مراقبه نشسته، واریسی بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
هفتم	حضور داشتن و هدفمند نبودن	بررسی تکلیف قبلی، بررسی مفاهیم حضور داشتن به جای دست به کار شدن، هدفمند نبودن و دنبال یک حالت خاصی نبودن (آرمیدگی، شادی، آرامش و...)، به همراه مراقبه و تنفس، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و احساس ها. و تکلیف خانگی شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین های دوره برای انجام بعد از اتمام دوره.
هشتم	آگاهی از مشکلات جسمانی و بیزاری ها، استرس ها	بررسی تکلیف قبلی، بررسی آگاهی از مشکلاتی که به صورت جسمانی تظاهر می کنند، همزمان با جستجوی بیزاری ها، استرس ها، به همراه مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی در منزل و اختتام جلسه

یافته ها

بیشترین فراوانی افراد در گروه آزمایش و کنترل با ۴۶/۶۶ درصد بین گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار دارند. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: مقادیر توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت و آمیختگی فکر – عمل

متغیرها	آزمون	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم تحمل تردید	پیش آزمون	۹۵/۵۳	۳/۱۷	۹۶/۴۵	۳/۲۵
	پس آزمون	۹۶/۲۹	۳/۵۴	۷۳/۶	۳/۸۱
احساس مسئولیت افراطی	پیش آزمون	۱۱۳/۷۶	۳/۸۱	۱۱۲/۹۷	۵/۲۶
	پس آزمون	۱۱۲/۴۵	۳/۲۸	۹۰/۷۲	۵/۳۸
آمیختگی فکر – عمل	پیش آزمون	۵۰/۲۹	۴/۶۸	۴۹/۷۸	۴/۲۶
	پس آزمون	۴۹/۲۲	۳/۴۲	۳۷/۵۳	۵/۳۲

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین میانگین های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد. برای بررسی معناداری تفاوت میانگین های گروه های آزمایش

و کنترل از روش تحلیل کواریانس استفاده شده است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات گروه با گروه‌های نمونه در جامعه با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنف بررسی شد. همچنین آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد که کلیه پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس رعایت شده است. لذا جهت آزمون فرضیه کلی تحقیق از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون باکس در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: آزمون ام باکس برای بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کواریانس

شاخص‌های آماری				
ام باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
۲/۱۸۹	۲۸	۱۲/۴۱۱	۰/۳۶۳	۰/۷۸۰

با توجه به اینکه با معنادار بودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد می‌شود، می‌توان گفت که با معنادار نبودن این آزمون در سطح ۰/۰۵ ماتریس‌های واریانس- کواریانس همگن می‌باشد. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی نمرات پس‌آزمون عدم تحمل ابهام، مسئولیت‌پذیری افراطی و آمیختگی فکر و عمل در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه آزمودنی در متغیرهای پژوهش

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	ضریب ایتا
اثر پیلایی	۰/۶۳۴	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۵	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
اثر هوتلینگ	۳/۴۳۱	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
بزرگترین ریشه روی	۳/۴۳۱	۳۱/۲۹۱	۳	۲۳	۰/۰۰۰۰۱	۰/۶۸

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل را نشان می‌دهد که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$ و $F = ۳۱/۲۹۱$)؛ یعنی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار بوده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل مربوط به

روش مداخله است. برای اینکه مشخص شود اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کدام یک از متغیرها معنی دار بوده است از تحلیل آنکوا استفاده شد.

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل تاثیر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر روی متغیر وابسته، بین دو گروه آزمایش و کنترل در عدم تحمل تردید ($p < 0/01$ و $F = 14/39$)، احساس مسئولیت افراطی ($p < 0/01$ و $F = 21/19$) آمیختگی فکر عمل ($p < 0/01$ و $F = 80/21$) اختلاف معنی داری وجود دارد میزان تأثیر یا تفاوت در عدم تحمل تردید $0/57$ ، احساس مسئولیت افراطی $0/66$ ، آمیختگی فکر عمل $0/61$ است، به عبارت دیگر، به ترتیب 57 ، 66 و 61 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل مربوط به روش مداخله است.

جدول ۵: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا در عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و آمیختگی فکر عمل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
عدم تحمل تردید	پیش آزمون	۲۷۶/۳۵	۱	۲۷۶/۳۵	۱۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۱۴۲/۳۰۷	۱	۱۴۲/۳۰۷	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
مسئولیت افراطی	پیش آزمون	۲۰۲/۶۵	۱	۲۰۲/۶۵	۲۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۱۱۲/۴۱	۱	۱۱۲/۴۱	۲۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
آمیختگی فکر عمل	پیش آزمون	۳۷۰/۳۷	۱	۳۷۰/۳۷	۴۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	گروه	۱۶۰/۴۲	۱	۱۶۰/۴۲	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم تحمل تردید اثربخش بوده است. این نتایج با بخش هایی از یافته های پژوهش برقی ایرانی و دهقان صابر (Barghi Irani & Dehghan Saber., 2021) در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در خصوص باورهای غیرمنطقی زمینه ساز عدم تحمل تردید؛ هافمن و گومز (Hofmann & Gómez., 2017) در خصوص اثر بخشی آن بر اضطراب و افسردگی ناشی از ابهام در موقعیت؛ اسلامی و همکاران (Eslami et al., 2017) در زمینه اضطراب و عدم تحمل تردید مرتبط و همسو است.

در تبیین این یافته می توان گفت عدم تحمل بلا تکلیفی از عوامل شناختی مهمی است که در بروز اختلال وسواس نقش دارد. در این رابطه تکنیک های برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

به زنان دارای علایم وسواس کمک کرد تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آنها اجازه بدهند که باشند. این به این معنی است که بدون تحلیل کردن، سرکوب کردن، و یا تحریک کردن، با این احساسات همراه باشند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، و به جای آمیختگی با این افکار آنان را بدون قضاوت به عنوان یک فکر بپذیرند و به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. و به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با "آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این، فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناراحت‌کننده به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آنها است. لذا تکنیک‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس زا رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند (Segal et al., 2013).

در واقع برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به افراد دارای وسواس توانایی مقابله با استرس‌های زندگی را آموزش می‌دهد و آنها می‌توانند عملکرد انطباقی بیشتری را با توجه به عواطف منفی و مثبتشان از خود نشان‌دهند و از ابهام موقعیت‌های زندگی کاسته می‌گردد. این سازگاری مثبت بر پاسخ‌های استرس تأثیر می‌گذارد و این مسئله، در بلندمدت بر سلامت روانی و جسمی فرد در مقابل فشارهای روانی اثر دارد. همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی معنی‌داری بر احساس مسئولیت افراطی مبتلایان به وسواس دارد. از آنجا که بر اساس دیدگاه شناخت درمانی احساس مسئولیت افراطی زمینه‌ساز بروز اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در بیماران دارای علایم وسواس است این نتایج همسو با بخش‌هایی از تحقیقات ترومبکا و همکاران (Trombka et al., 2021) در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش بیش‌مسئولتی، علایم افسردگی و اضطراب بیماران؛ صالح پور و همکاران (Salehpour et al., 2019) در زمینه کاهش باورهای غیرمنطقی مسئولیت‌پذیری افراطی و کمال‌خواهانه و تیموری و همکاران (Taimory et al., 2015) در مورد کاهش نشخوار فکری و افسردگی افراد دارای وسواس است.

در این رابطه سالکوسکیس معتقد است زمانی که افکار نافذ (مزاحم)، عقاید ناکارآمد درباره میزان

مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می سازند، شدت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. او معتقد است این عقاید نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند. در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال وسواس اهمیت دادن و احساس مسئولیت ادراکی مفرط در مورد این افکار موجب رفتارهای ایمنی‌جویی مانند تلاش جهت فرونشانی افکار می‌شود (Kobori & Salkovskis., 2013). در این رابطه به نظر می‌رسد در افراد دارای وسواس بین احساس مسئولیت ادراک شده و کارکرد سوگیری‌های شناختی همچون آمیختگی فکر-عمل و عدم قطعیت نوعی ارتباط و پیوستگی وجود داشته باشد.

با توجه به آنچه گفته شد در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش‌گیرنده عمل می‌کند. این برنامه شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس و تنظیم رفتاری ایفا کند. در این مداخله افراد یاد می‌گیرند که چگونه به شکلی متفاوت با افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و هیجانات و احساسات منفی خود مانند اضطراب ارتباط برقرار کنند. در مجموع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خود کنترلی توجه باشد. این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی و هدف آن ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیرقضاوتی از آنچه که هرلحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، است. این موضوع به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا کمتر از قبل به خاطرات گذشته رجوع کنند. تمرینات ذهن آگاهی این فرصت را برای افراد فراهم کرد که باورها و افکار ناکارآمد خود را در هر لحظه شناسایی کنند. همچنین ذهن آگاهی به آزمودنی‌ها یاد می‌دهد که افکار خود را بدون داوری بپذیرند (Farhadi et al., 2018).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر آمیختگی فکر عمل در مبتلایان به وسواس بود. پیشینه پژوهش نشان داده سوگیری‌های شناختی خاصی در بیماران وسواس فکری-عملی وجود دارد. راجمن و شافران (Rachman & shafraan., 1999) دریافتند که افراد دارای مشکلات وسواسی، تصور می‌کنند تفکر آن‌ها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می‌دهد و آن‌ها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آن‌ها هستند و بایستی وقوع آن‌ها را کنترل کنند. این درهم آمیختگی فکر و عمل، مسئولیت ادراک شده فرد را برای وقوع مشکلات افزایش

داده و همین امر سبب افزایش احساس گناه در فرد می‌شود (Bassak Nejad et al., 2013). لذا آمیخته شدن با افکار و باورهای غیرمنطقی و تهدیدکننده در بروز وسواس، اختلالات اضطرابی و خلقی نقش غیرقابل انکاری دارد. با توجه به آنچه گفته شد یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های برقی ایرانی و دهقان صابر (Barghi et al., 2021) در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب؛ صالح پور و همکاران (Salehpour et al., 2019) در خصوص باورهای غیرمنطقی؛ تیموری و همکاران (Taimory et al., 2015) در مورد نشخوار فکری و افسردگی افراد دارای وسواس و بساک نژاد و همکاران (Bassak Nejad et al., 2013) در زمینه آمیختگی فکر و عمل است.

در این رابطه در تبیین این یافته می‌توان گفت در طی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمانگر بر غیرواقعی بودن افکار تاکید می‌کند. لینهان (Linehan, 2014) خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه واقعی نیستند. در درمان ذهن آگاهی، ناظر بر ارتباط با رویدادها به شیوه‌ای است که در آن قضاوتی در مورد آن‌ها اتفاق نمی‌افتد و این ارتباط به اینجا و اکنون معطوف می‌شود. در فرآیند درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بکارگیری فنون «وارسی بدن»، مشاهده تنفس و نظاره‌گری افکار که زمینه‌ساز حضور یافتن فرد در زمان حال و اکنون است، زمینه برای گسلش از افکار منفی و عدم قضاوت در مورد افکار و احساسات رنج آور مهیا می‌شود. این روش درمانی، زمینه را برای تمرکز زدایی افکار فرد مهیا می‌کند؛ به این شیوه که به افراد آموزش داده می‌شود افکار و احساساتشان را بدون قضاوت مشاهده کرده و آن‌ها را به عنوان وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند و از طرفی افکار و احساسات خود را به عنوان بخشی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر نگیرند. از این رو با چنین مواجهه‌ای با افکار و احساسات، از تشدید افکار منفی و آمیختگی با آن‌ها جلوگیری می‌شود. از این رو در جلسات درمانی غیرواقعی بودن افکار مربوط به اضطراب‌های آزمودنی‌ها مورد آزمایش و بحث قرار گرفت. افکار وسواسی و اضطرابی و علائم اضطراب منجر به بروز اجتناب‌های متعددی در زندگی آزمودنی‌ها شده بود که در جلسات درمانی با مشاهده افکار و هیجانات فعلی، آزمودنی‌ها تلاش کردند از موقعیت‌های مختلف زندگی خود اجتناب نکنند. این مساله باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی شده، آمیختگی فکر و عمل کاهش می‌یابد.

انجام هر پژوهشی قاعدتاً با محدودیت‌هایی در اجرای آن پژوهش مواجه است از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به همگن نبودن زنان دارای وسواس فکری و عملی شرکت‌کننده در مداخله از جهات

مختلف مثل طبقه اجتماعی - اقتصادی، سطح فرهنگی، میزان تحصیلات اشاره کرد. اگرچه گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از نظر ویژگی‌ها تا حدودی به واسطه انتصاب تصادفی به گروه آزمایش و کنترل به هم شبیه بوده و کنترل‌های آماری امکان مقایسه دو گروه را فراهم ساخته است اما محدود شدن نمونه به زنان دارای وسواس فکری و عملی شهر اراک، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و نبود مرحله پیگیری از محدودیت‌های مهم این پژوهش است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله کارآمد، انتخابی، کم هزینه و قابل اجرا برای کاهش عدم تحمل تردید، احساس مسئولیت افراطی و درهم آمیختگی فکر، در افراد دارای وسواس فکری و عملی مورد استفاده قرار گیرد.

در پایان از کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را می‌نمایم.

References

- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour research and therapy*, 39(7), 765-776.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2017). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 425-435.
- Asadi, S., Abedini, M., Poursharifi, H., & Nikokar, M. (2012). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Rumination with Worry on Student Population. *Journal of Clinical Psychology*, 4(4), 83-92. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2110> (In Persian)
- Asli Azad, M., Aanshaee, G. R., & Ghamarani, A. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Intolerance of uncertainty of The Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(36), 33-53. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027> (In Persian)
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women. *Aging Psychology*, 6(4), 339-321. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5945.1492> (In Persian)
- Bassak Nejad, S., Zargar, Y., & Hatami Sarbarzeh, M. (2013). The effectiveness of cognitive behavior group therapy on thought- action fusion, thought suppression and guilty feeling of university students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 3(1), 23-32. https://cbs.ui.ac.ir/article_17302_5141962934d3038b14eaebf0bc2dcb58.pdf (In Persian)
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2004). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.
- Cheie, L., & Miu, A. C. (2016). Functional and dysfunctional beliefs in relation to adolescent health-related quality of life. *Personality and Individual Differences*, 97, 173-177.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis Jbr the behavioral. *Sciences. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates*, 18-74.
- Conley, S. L., & Wu, K. D. (2017). Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 59, 56-64.
- Counsell, A., Furtado, M., Iorio, C., Anand, L., Canzonieri, A., Fine, A., Fotinos, K., Epstein, I., & Katzman, M. A. (2017). Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. *Psychiatry research*, 252, 63-69.
- Eslami, A., Barimani, P., & Doost-Mohammad, S. (2017). Determining the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and lack of tolerance of uncertainty in patients with hypertension. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(special issue), 314-319. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.10085> (In Persian)
- Faleer, H. E., Fergus, T. A., Bailey, B. E., & Wu, K. D. (2017). Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 64-73.
- Farhadi, T., Asli Azad, M., & Shokrkhodaei, N. S. (2018). Effectiveness of mindfulness therapy

- on executive functions and cognitive fusion of adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Empowering Exceptional Children*, 9(4), 81-92. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2018.91194> (In Persian)
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2000). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), 485.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical psychology review*, 60, 100-108.
- Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., & Glombiewski, J. (2016). A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 42-48.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749.
- Kim, S.-K., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K., & Abramowitz, J. (2016). The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *Journal of anxiety disorders*, 38, 79-87.
- Kobori, O., & Salkovskis, P. M. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 1-23.
- Lam, D. C., Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". *Journal of Mental Health*, 14(5), 453-464.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(09), 2261.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & D'Ercole, S. (2001). Responsibility attitude, obsession and compulsion: further support in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(4), 274-281.
- Mantz, S. C., & Abbott, M. J. (2017). The relationship between responsibility beliefs and symptoms and processes in obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 13-26.
- Mohammadi, A., Zamani, R., & Fati, L. (2008). Validation of the Persian version of the obsessive-compulsory revised questionnaire in the student population. *Psychological Research*, 11(2), 66-78. (In Persian)
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H., & Davoodi, H. (2019). Exposure and Response Prevention therapy on Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty, in Patients with Obsessive Compulsive Disorder [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 9(0), 1-1. <http://jdisabilstud.org/article-1-1396-fa.html> (In Persian)
- Nykliček, I., van Son, J., Pop, V. J., Denollet, J., & Pouwer, F. (2016). Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy benefit all people with diabetes and comorbid emotional complaints

- equally? Moderators in the DiaMind trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 40-47.
- Pourfaraj Omran, M., Hashemi, T., & Khanjani, Z. (2013). A Comparison Between the Sense of Responsibility and Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive and Generalized Anxiety Disorders [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 14(4), 49-56. <http://icssjournal.ir/article-1-513-fa.html> (In Persian)
- Pugh, K., Luzon, O., & Ellett, L. (2018). Responsibility beliefs and persecutory delusions. *Psychiatry research*, 259, 340-344.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 80-85.
- Rahmani Fard, T., Kalantarkousheh, M., & Faramarzi, M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 476-481. (In Persian)
- Rajabi, F., Hasani, F., Keshavarzi Arshadi, F., & Emamipour, S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Guilt Feeling in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder [Research]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6(2), 140-147. <http://ijrn.ir/article-1-521-fa.html> (In Persian)
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (2020). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, 33(7), 785-794.
- Salehpour, P., Ahghar, G., & Navabi Nejad, S. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Irrational Beliefs and Emotional Divorce in Married Women Referred to Tehran Counseling Centers. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 169-178. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.14314> (In Persian)
- Salkovskis, P. M., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (2017). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour research and therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372.
- Samuels, J., Bienvenu, O. J., Krasnow, J., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B., ... & Nestadt, G. (2017). An investigation of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 75, 117-124.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guildford Press.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 10(5), 379-391.
- Taimory, S., Ramezani, F., & Mahjob, N. (2015). The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment [Research]. *Research on Addiction*, 9(34), 145-159. <http://etiadjohi.ir/article-1-313-fa.html> (In Persian)
- Trombka, M., Demarzo, M., Campos, D., Antonio, S. B., Cicuto, K., Walcher, A. L., García-

- Campayo, J., Schuman-Olivier, Z., & Rocha, N. S. (2021). Mindfulness training improves quality of life and reduces depression and anxiety symptoms among police officers: results From the POLICE study—a multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 112.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2019). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 36(4), 823-830.
- Wolters, L., Prins, P. J., Garst, G., Hogendoorn, S. M., Boer, F., Vervoort, L., & de Haan, E. (2018). Mediating mechanisms in cognitive behavioral therapy for childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 173-185.
- Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought–Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1203-1214.

Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) on Excessive Responsibility and Irritability among Young-Adult Girls with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohaddeseh Pourkhiyabi 

M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Guilan University, Rasht, Iran. Email: m.pourkhiyabi265@gmail.com.

Mousa Kafie Masouleh 

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran. Email: mosakafie@guilan.ac.ir.

Abbas Abolghasemi 

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran. Email: Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

Received: 2022-11-22	Revised: 2023-10-30	Accepted: 2024-03-04	Published: 2024-03-15
Citation: Pourkhiyabi, M., Kafie, M., & Abolghasemi, A. (2024). The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy on extreme responsibility and irritability of adolescent girls with symptoms of obsessive-compulsive disorder. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 103-126. doi: 10.22067/tpccp.2024.79513.1397			

Abstract

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is viewed to be one the most prevalent psychiatric disorders among children and young adults, leading to harmful impacts on their normal growth and other problems in their adulthood. Based on some cognitive models, there are six kinds of dysfunctional cognitive problem among people suffering obsession, including excessive responsibility, threat overestimation, uncertainty intolerance, perfectionism, excessive attention to thoughts, and the need of controlling thoughts (Group, 1997). Salkovskis believes that exaggerated sense of responsibility plays a fundamental role in OCD and those with obsessive problems perceive the intrusive thoughts or normal impulses occurring in all people responsible of harming them and others. Therefore, they see themselves responsible for these issues and try to prevent the actions. Moreover, underestimating control over thoughts and excessive perfectionism in those with OCD will result in irritable behaviors when they fail to achieve their desired goals. In this regard, Guzick et al. (2021) estimated that irritability increases 22% among those with OCD. Some studies have utilized Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (including uncontrolled, semi-controlled, and controlled) for various mental disorders. Therefore, its effectiveness has been confirmed. This method, however, has not been applied to the Iranian context, this research aimed to examine the effectiveness of Internet-based Cognitive Behavioral Therapy in excessive responsibility and irritability among young-adult girls with OCD symptoms.

Method

Taking quasi-experimental method and using pre-test, post-test, and control group, this study examined excessive responsibility and irritability among young-adult girls. The statistical population consisted all young-adult girls with obsessive-compulsive disorder symptoms in grades 5 and 6 of two elementary schools in the academic year 2021-2022 in Rasht, Iran. The participants were selected, using clustering sampling, to be students of 5th and 6th grades of



©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.

Shahid Siadati and Hamrah elementary schools (shift 2), located in District 1 of Rasht. Necessary permissions were received from Rasht Education Organization for including the students. From among 487 students, 24 students were diagnosed to have obsessive-compulsive disorder symptoms and were divided evenly and randomly into experimental and control groups. The inclusion criteria were minimum score of 16 in the Yale-Brown questionnaire, being 11 to 12 years old, not having other physical and mental illness, voluntary participating, having access to the Internet and a personal computer. Moreover, a short telephone diagnostic interview (average 15 minutes for each person) was conducted to help select the participants. The treatment group received the necessary interventions online in eight sessions. The tools were Yale-Brown's (1989) ten-item Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), a structured diagnostic clinical interview, Salkovskis' (2000) 26-item responsibility attitude scale, and Stringers et al. (2012) six-item emotional reactivity questionnaire for measuring stimulation acceptability of children. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics and Mann-Whitney U test.

Results

The results of Yeoman-Whitney test on the difference in ratings of excessive responsibility and irritability of pre-test and post-test of the two experimental and control groups indicated that the impact of intervention on responsibility ($U=4.500$, $P=0.001$, $r=18.2$) and irritability ($U=10.000$, $P=0.007$, $r=1.04$) was significant from pre-test to post-test. Internet-based cognitive-behavioral therapy, excessive responsibility and irritability of the participants were improved to a relatively good extent.

Discussion and conclusion

This research aimed to explore the effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy (ICBT) on excessive responsibility and irritability among young-adult girls with OCD. The results showed that this method improved participants' excessive responsibility and irritability. Therefore, using pictures, therapy manuals and therapist guidance, ICBT may be applied as a training-oriented and self-help treatment method to remarkably reduce the problems of face-to-face treatments among children and young adults, including clinics' unfamiliar and strange environment, long-lasting waiting lists, and lack of necessary facilities. This way the method can improve the services needed for those suffering obsessive issues.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Irritability, Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy, Responsibility, Young Adults

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی - جبری

محدثه پورخیایی

دانش آموخته گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)، m.pourkhiyabi265@gmail.com

موسی کافی ماسوله

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. mosakafie@guilan.ac.ir

عباس ابوالقاسمی

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: پورخیایی، محدثه؛ کافی ماسوله، موسی؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی - جبری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۰۳-۱۲۶. doi: 10.22067/tpccp.2024.79513.1397			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی-جبری شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر پایه‌های پنجم و ششم دارای اختلال وسواس فکری - جبری دبستان‌های ابتدایی شهر رشت در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از میان آنان، ۲۸ نفر به‌عنوان نمونه شناسایی شدند و پس از غربالگری بر اساس ملاک‌های ورود، ۲۴ نفر آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (انفرادی) درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت را دریافت کردند. در این پژوهش از مقیاس وسواسی - جبری ییل براون، برای غربالگری، مصاحبه بالینی برای تشخیص، نگرش مسئولیت‌پذیری سالکوسکیس و پرسش‌نامه واکنش‌پذیری عاطفی استرینگز برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون یومان ویتی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت در کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری دختران نوجوان مؤثر بوده است. این نتایج حاکی از آن است که استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت، می‌تواند به‌عنوان یک خط درمانی منجر به ارتقا خدمات درمانی برای بیماران مبتلا به وسواس گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - جبری، تحریک‌پذیری، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت، مسئولیت‌پذیری، نوجوانان

مقدمه

امروزه مشکلات مربوط به سلامت روان کودکان و نوجوانان از موضوعات مهم اجتماعی محسوب می‌شود؛ و در این میان، اختلال وسواسی-جبری (OCD)^۱ جز شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی و نوجوانی به حساب می‌آید و وسواس‌های فکری و عملی قریب به ۳٪ کودکان و نوجوانان را مبتلا ساخته و در حدود ۸۴٪ این کودکان و نوجوانان پایدار می‌ماند (Kakhi & Soomro., 2015). میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در طول عمر ۲ تا ۳ درصد، در جمعیت بالینی ۱/۸۹ درصد و در جمعیت غیر بالینی ۲/۷۷ درصد گزارش شده است (Politis et al., 2017). در جمعیت ایرانی نیز میزان شیوع کلی این اختلال بین ۱/۵ تا ۲/۳ درصد برآورد گردیده است (Hajebi et al., 2018) و در پژوهشی مروری که در خصوص شیوع اختلالات اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان ایرانی انجام شده، نتایج برگرفته از ۲۹ مطالعه، نشان داده است که اختلال وسواسی-جبری دومین اختلال شایع (۱ درصد تا ۱۱/۹ درصد به تفکیک شهر) از این گروه در میان کودکان و نوجوانان ایرانی محسوب می‌شود (Zarafshan et al., 2015) و به طور کلی ۲۱ تا ۲۵ درصد از جمعیت عمومی ممکن است علائم و نشانه‌های این اختلال را در بازه‌ای از زندگی خود بروز دهند (Farrell et al., 2016).

اختلال وسواس فکری - عملی می‌تواند از سنین کودکی آغاز شود و در برخی موارد حتی در سن ۲ سالگی نیز مشاهده شده است. وسواس در دوران کودکی می‌تواند بر رشد طبیعی کودک اثرات زیان‌بار بگذارد و اغلب زمینه‌ساز بروز این اختلال در دوران بزرگسالی شود. وسواس کودکان و نوجوان، تنها زمانی تشخیص داده می‌شود که اختلال بسیار شدید بوده و کودک یا نوجوان پس از سال‌ها رنج برای کمک به دنیای بیرونی رو می‌آورد (Halvaiepour et al., 2013). این اختلال، شامل دو مشخصه اصلی از جمله افکار و اعمال وسواسی، تکرارشونده و مزاحم می‌باشد که ناراحتی قابل ملاحظه‌ای را برای فرد مبتلا به بار می‌آورند. افکار وسواسی به طور مشخص، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، عود کننده، مداوم و مزاحم بوده که کنترل آن‌ها برای فرد مبتلا بسیار دشوار می‌باشد. در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار واقف است، اما وجود این افکار برای فرد ایجاد آشفتگی روانشناختی و هیجانی می‌کند. همچنین اعمال وسواسی، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد تا بتواند از رنج و آشفتگی روانشناختی و هیجانی این افکار بکاهد (Amerio et al., 2019).

در بحث سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری - عملی، مدل‌های شناختی OCD بر ارزیابی‌ها و باورهای

ناکارآمد در ایجاد و حفظ این اختلال تأکید می‌کنند و این باورها یا تفسیر افکار مزاحم (عادی) به روش‌های غیرمفید را عامل ایجاد اضطراب در این افراد در نظر می‌گیرند (Rachman et al., 2006; Salkovskis, 1985). اگرچه مدل‌های شناختی مختلفی برای OCD وجود دارد، اما اجماع گسترده‌ای در مورد شش نوع ارزیابی شناختی ناکارآمدی که در آن اهمیت حیاتی دارند، وجود دارد، که این شش عامل شامل مسئولیت افراطی، بیش برآورد تهدید، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، کمال‌گرایی، اهمیت بیش از حد افکار و نیاز به کنترل فکر می‌باشد (Group, 1997).

در میان مدل‌های شناختی مختلف که هریک به یک نقص بارز در اختلال وسواس فکری - عملی می‌پردازند، سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000) تحلیل شناختی گسترده‌ای از اختلال وسواس ارائه داده است که در آن حس افراطی مسئولیت‌پذیری مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است و ادراک مبالغه آمیز مسئولیت‌پذیری در اختلال وسواسی - جبری نقش مرکزی را داراست. بر پایه این مدل، افرادی که مشکلات وسواسی دارند، افکار مزاحم و یا تکانه‌های عادی را که در سایر افراد هم رخ می‌دهد مسئول صدمه زدن به خود و دیگران تفسیر می‌کنند، و خود را در قبال آن‌ها مسئول می‌دانند و تلاش می‌کنند برای پیشگیری از آن اقدامی انجام دهند، همین امر منجر به مسئولیت‌پذیری افراطی این افراد برای جلوگیری از وقوع آسیب و خطر و تجربه‌ی ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد آن‌ها می‌شود (Niemeyer et al., 2013). به عبارت دیگر، این باور در این افراد به گونه‌ای تعریف می‌شود که شخص در خود قدرتی می‌بیند که برای ایجاد یا جلوگیری از نتایج منفی ذهنی حیاتی است (Salkovskis et al., 2000) و اگرچه تحقیقات کمی در حوزه‌ی باورهای فراشناختی به خصوص باورهای مربوط به مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به OCD صورت گرفته است اما در دسته‌ای از تحقیقات آزمایشی و پیمایشی موجود شواهد حاکی از وجود این نوع مدل مسئولیت‌پذیری اغراق شده هم در گروه‌های سنی بزرگسالان و هم کودکان و نوجوانان بوده است (Arntz et al., 2007; Luppino et al., 2018; Nayeabaghayee et al., 2019).

برای مثال ریورز و همکاران (Reeves et al., 2010) در پژوهش خود با هدف اینکه آیا مدل مسئولیت‌پذیری افراطی سالکویس برای کودکان نیز قابل تعمیم است اقدام به دستکاری تجربی مسئولیت در کودکان غیربالینی کردند؛ در این پژوهش که متشکل از ۳ گروه از کودکان (سن ۹-۱۲ سال) بود، به دنبال این بودند که آیا مسئولیت‌پذیری افراطی در بروز رفتارهای وسواسی نقش علی را بازی می‌کند یا خیر. نتایج این پژوهش نشان داد که در گروهی با القای مسئولیت‌پذیری افراطی، انجام اعمال وسواسی بیشتر از گروه‌هایی با مسئولیت متوسط و کم بود، این نتیجه با یافته‌ی پژوهش آرتنز و همکاران (Arntz et al., 2007) که به

بررسی باورهای مسئولیت پذیری در گروهی از دانش آموزان مبتلا به OCD پرداخته بودند، همسو بوده و با نتایج پژوهش لادوسر و همکاران (Ladouceur et al., 1997) که تحقیقی در همین راستا در گروه سنی بزرگسال انجام داده‌اند غیر همسو بوده است.

با توجه به این نتایج، می‌توان این فرضیه را مطرح نمود که جمعیت جوان نسبت به افزایش مسئولیت پذیری افراطی، آسیب پذیرند و فاکتور سن می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به این باور شناختی در کودکان مبتلا به OCD در نظر گرفته شود.

از طرفی دیگر، در کنار ارزیابی نادرست فرد از مسئولیت خود در قبال این حوادث، نواقص شناختی دیگر فرد، از جمله کم برآورد کنترل بر افکار و کمال گرایی افراطی آن‌ها منجر به بروز رفتارهای تحریک پذیرانه این افراد در موقعیت‌هایی می‌شود که به نتایج مطلوب مورد انتظار خود دست نمی‌یابند. به طور کلی تحریک پذیری به عنوان یک واکنش بیش از حد حساس به تهدید مطرح شده است. عدم وجود نتیجه مطلوب یا پاداش امیدوارکننده با وجود درگیر شدن در رفتارهایی که برای دستیابی به آن نتیجه در نظر گرفته شده است، منجر به بروز رفتارهای پرخاشگرانه و ناکام کننده می‌شود. OCD همپوشانی پدیدارشناختی با نیاز به کمال و تحریک پذیری دارد، زیرا چیزهایی که کامل یا درست نیستند ممکن است برای بسیاری از کودکان مبتلا به OCD ناامیدکننده تلقی شده و بر این اساس، کمال گرایی با خشم، افسردگی و اضطراب در این کودکان ارتباط دارد (Hewitt et al., 2002). علاوه بر این تجزیه و تحلیل‌های اخیر ارائه شده، از ارتباط میانجی بین تحریک پذیری، اضطراب، عدم تحمل قطعیت و آسیب پذیری شناختی در OCD و اختلالات اضطرابی حمایت کرده‌اند (Evans et al., 2020) در پژوهش استورج و همکاران (Storch et al., 2012). نشان داده شده است که بیش از نیمی از کودکان مبتلا به OCD حملات خشم را تجربه می‌کنند. همچنین کربز و همکاران (Krebs et al., 2018) نیز مطرح کرده‌اند که یک سوم جوانان مبتلا به OCD طغیان‌های خشم را از خود بروز می‌دهند و گازیگ و همکاران (Guzick et al., 2021) نیز تخمین زده‌اند که در افراد مبتلا به OCD، تحریک پذیری تا ۲۲ درصد قابل افزایش است.

همان‌طور که ذکر گردید بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری درجات گوناگونی از نقص در عملکرد را در ابعاد مختلف شناختی، رفتاری و عصب شناختی تجربه می‌کنند که لزوم به کارگیری شیوه‌های درمانی گوناگونی از جمله درمان‌های دارویی و غیردارویی را برای بهبود علائم این اختلال پررنگ می‌کنند. در حوزه درمان‌های دارویی، پژوهشگران نشان داده‌اند که این درمان‌ها به تنهایی برای بهبود علائم این اختلال مؤثر نخواهد بود و نگرش منفی افراد نسبت به این درمان، هزینه و عوارض بالا و ترس و اضطرابی که افراد

به‌ویژه کودکان و نوجوانان نسبت به این درمان دارند، موجب می‌شود که درمانگران در استفاده از آن‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو شوند. در بین درمان‌های غیردارویی نیز، رایج‌ترین درمانی که برای OCD مورد استفاده قرار می‌گیرد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ است که به طور معمول در محیط‌های کلینیکی اجرا می‌شوند (Eddy et al., 2004) و اگرچه در پژوهش‌های مختلف اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است (Blanco et al., 2006)، اما نتایج نشان داده است که تنها ۱۰ درصد از افراد مبتلا به OCD به این درمان دسترسی دارند، و میزان بهبود بیماران در این روش درمانی بین ۴۰ تا ۶۵ درصد متغیر است (O'Kearney et al., 2007). عواملی مانند هزینه‌ی بالای درمان، فقدان درمانگران آموزش دیده، مسائل مربوط به برجسب خوردن و لیست‌های انتظار طولانی از موانعی هستند که منجر به بدتر شدن علائم و کاهش انگیزه برای این نوع درمان می‌شوند (Krebs et al., 2018; Saleminik et al., 2015).

در چند سال اخیر پژوهشگران روش‌های نوینی را در جهت برطرف کردن موانع پیشرو روش‌های درمانی موجود مورد آزمایش قرار داده‌اند که از جمله این روش‌ها، درمان‌های مبتنی بر اینترنت هستند که هم راستا با اهداف ویژه سازمان بهداشت جهانی (Organization., 2019) مبنی بر افزایش مداخلات و خدمات در محیط‌های مبتنی بر جامعه و فراهم آوردن پوشش بهداشت عمومی برای اکثریت افراد جامعه محسوب می‌شوند. این نوع روش‌های درمانی، ۲۰ برابر مقرون به صرفه‌تر از درمان شناختی-رفتاری سنتی و ۵۰ بار به صرفه‌تر از دارودرمانی هستند (Cheng et al., 2019). یکی از پرکاربردترین این نوع درمان‌های اینترنتی، درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت (ICBT)^۱ است که در آن CBT از طریق اینترنت ارائه می‌گردد و یک درمانگر به صورت همزمان (از طریق تماس تلفنی، مشاوره‌ی تصویری) و یا غیرهمزمان (از طریق ایمیل و یا چت متنی) به مشاوره و راهنمایی می‌پردازد. این روش امکان ارائه خدمات مبتنی بر محتوای جلسات حضوری CBT را در محیط‌های غیرکلینیکی فراهم می‌آورد. ICBT بسیار شبیه به یک دوره‌ی آنلاین آموزش الکترونیکی ارائه می‌شود. درمان به طور معمول توسط درمانگر پشتیبانی می‌شود، که به طور همزمان به پیام‌ها پاسخ می‌دهد و یا تکالیف خانه را از طریق ایمیل در داخل ICBT Online Platform دریافت می‌کند. این روش بر پایه‌ی همان محتوای CBT استاندارد رو در رو است، اما این محتوا از طریق یک پورتال امن اینترنتی، ارائه داده می‌شود (Hedman et al., 2012; Lenhard et al., 2017). در این درمان برنامه‌های دیگری از جمله صدا، فیلم و انیمیشن نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیماران این امکان را دارند تا مطالب را با سرعت دلخواه خود بخوانند، تمرین کنند و از تکنیک‌های مواجهه در زندگی روزمره نیز

1. Internet based Cognitive-Behavior Therapy (ICBT)

استفاده کنند. این روش درمانی، بسته به میزان مشارکت درمانگر به سه دسته تقسیم می‌شود، برنامه‌های بدون راهنما، که شبیه به یک برنامه خودیاری می‌باشند و به صورت آنلاین ارائه می‌شوند، برنامه‌هایی با حضور یک دستیار درمانگر که در آن‌ها مشارکت درمانگر به میزان حداقل است و ویدیو کنفرانس‌های آنلاین که درمانگر به صورت کامل در آن‌ها ایفای نقش می‌کنند (Karyotaki et al., 2019). طبق بررسی‌های انجام شده اثربخشی هر سه روش درمانی ICBT برای اختلال وسواسی - جبری در نوجوانان در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بوده است (Conzelmann et al., 2022; Hollmann et al., 2021; Imai et al., 2022; Lenhard et al., 2020; Lenhard et al., 2017; Lenhard et al., 2014; Lundström et al., 2022; Schröder et al., 2020; Wootton et al., 2015; Wootton et al., 2021; Wootton et al., 2019) اما تاکنون در ایران در رابطه با اثربخشی این روش درمانی تحقیقی انجام نشده است. بنابراین پژوهش حاضر با توجه به خلا پژوهشی موجود در این زمینه، به دنبال بررسی اثربخشی این روش درمانی بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای اختلال وسواسی - جبری می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح توسعه یافته پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر دارای نشانه‌های اختلال وسواس فکری - جبری پایه‌های پنجم و ششم دبستان، در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر رشت بود. جهت جمع آوری نمونه در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید و ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر رشت، ناحیه یک آن به صورت تصادفی انتخاب و پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش این ناحیه، مجوز فعالیت پژوهشی در ۲ دبستان دخترانه شهید سیادت و همراه (شیفت ۲) صادر گردید (طبق گزارش‌های ارائه شده، این دو مدرسه شامل ۲۳۴ دانش‌آموز کلاس پنجم و ۲۵۳ دانش‌آموز کلاس ششم بودند).

همچنین جهت شناسایی افراد دارای اختلال وسواس فکری - جبری، لینک پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری - عملی (بیل - براون)، بین گروه‌های درسی پایه‌های پنجم و ششم این دو مدرسه توزیع گردید که ۲۶۸ نفر از ۴۸۷ دانش‌آموز این پرسش‌نامه را تکمیل کردند و ۲۸ نفر آن‌ها بر اساس نمره ۱۶ به عنوان افراد دارای اختلال وسواس فکری - جبری شناسایی شدند. سپس پس از بررسی ملاک‌های ورود (از جمله، دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی دیگر، رضایت داوطلبانه، دسترسی به اینترنت و

رایانه شخصی) و پس از مصاحبه تشخیصی تلفنی کوتاه (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر فرد) جهت اطمینان از وجود علائم اختلال وسواسی - جبری در این افراد، ۲۴ نفر از آن‌ها غربال گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جای‌دهی شدند. ملاک‌های خروج این پژوهش نیز عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان و عدم رضایت فرد جهت ادامه همکاری.

ابزار

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون کودکان^۱: این مقیاس توسط گودمن و همکاران (Goodman et al., 1989) طراحی شده است؛ و دارای ۱۰ گویه در طیف لیکرت و دو بخش می‌باشد که میزان و شدت وسواس‌ها و اجبارها را در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و مهار نشانه‌ها می‌سنجد. در این مقیاس ۳ نمره شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و نمره کل که در برگیرنده تمام گویه‌هاست به دست می‌آید و افراد بر اساس نمراتشان در طبقات بسیار خفیف (۰ تا ۷) خفیف (۸ تا ۱۵) متوسط (۱۶ تا ۲۳) شدید (۲۴ تا ۳۱) و بسیار شدید (۳۲ تا ۴۰) جای می‌گیرند. همچنین نقطه برش این پرسش‌نامه برای کودکان و نوجوانان نیز ۱۶ در نظر گرفته شده است. ضابط و همکاران (Zabet et al., 2021) در پژوهش خود ثبات درونی این پرسش‌نامه را برای سیاهه نشانه ۰/۹۲ و مقیاس شدت، ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

مصاحبه بالینی تشخیصی ساختاریافته^۲: ابزار جامع استاندارد شده‌ای است که توسط فرست و همکاران (First & Gibbon., 2004) برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس معیارهای DSM-IV طراحی شده است. روایی نسخه فارسی این مصاحبه در ایران توسط شریفی و همکاران (Sharifi et al., 2004)، در مطالعه‌ای متشکل از ۲۲۹ مراجعه کننده ۱۸ تا ۶۵ ساله، بررسی شد، که نتایج این مطالعه حاکی از توافق تشخیصی نسبتاً خوب برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) بود. همچنین توافق کلی این ابزار نیز (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای تشخیص‌های کل طول عمر ۵۵ درصد) گزارش گردید.

مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری^۳: مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (Salkovskis et al., 2000)، یک ابزار خود گزارشی است که باورهای فرد را درباره‌ی مسئولیت‌پذیری می‌سنجد، این مقیاس ۲۶ گویه دارد که آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱- کاملاً مخالفم تا ۷-

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

3. Responsibility Attitudes Scale(RAS)

کاملاً موافقم) بیان می‌کنند که هر چه نمره فرد در مجموع بیشتر باشد، نشان دهنده‌ی مسئولیت‌پذیری بیشتر در فرد می‌باشد. همچنین سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره‌ی چهار هفته‌ای برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در جامعه‌ی ایران نیز شریفی و همکاران (Kabirmezahad et al., 2010) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی در فاصله‌ی یک هفته از آزمایش اول ۰/۸۴، به روش دونیمه کردن ۰/۶۱ و به روش همبستگی ماده‌های زوج و فرد ۰/۹۲ و ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آورده‌اند.

پرسش‌نامه واکنش‌پذیری عاطفی ۱: این پرسش‌نامه توسط استرینگرز و همکاران (Stringaris et al., 2012) برای بررسی تحریک‌پذیری کودکان و نوجوانان به دوشویه‌ی خودگزارشی و سوال از والدین طراحی شده است. در نسخه‌ی والد محور آن، والدین باید به ۶ سوال پرسش‌نامه بر اساس این که در ۶ ماهه گذشته کودکشان در مقایسه با سایر کودکان هم سن چگونه رفتار می‌کردند، پاسخ دهند. در نسخه‌ی خودگزارشی نیز از کودکان و نوجوانان می‌خواستند که به جملات حاوی توصیف رفتارشان پاسخ دهند. این پاسخ‌ها در یک طیف ۳ درجه‌ای ۰= نادرست، ۱= تا حدی درست و ۲= مطمئناً درست می‌باشد که نمره فرد را در یک دامنه ۰ تا ۱۲ گزارش می‌دهند. همچنین سوال مجزای دیگری که آیا تحریک‌پذیری موجب مشکلاتی در من یا او شده است نیز به عنوان شاخص آسیب به دلیل تحریک‌پذیری در آن در نظر گرفته شده است. مولرانی و همکاران (Mulraney et al., 2014) با استفاده از تحلیل (ROC: Receiver Operating Characteristic) نمره برش ۴ را برای تحریک‌پذیری در حالت خودگزارشی و نمره ۳ را هنگامی که والدین به آن پاسخ می‌دهند برآورد کرده‌اند. سازندگان این مقیاس پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه‌ی آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش شیبانی و همکاران (Sheybani et al., 2018) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

روش مداخله:

پایه و مبنای مداخله مبتنی بر اینترنت مورد استفاده در پژوهش حاضر بر اساس مدل مداخله مبتنی بر اینترنتی که توسط واحد روان‌شناسی بالینی گروه روانپزشکی و روان‌درمانی در مرکز پزشکی دانشگاه هامبورگ آلمان ایجاد شده است و شرودر و همکاران (Schröder et al., 2020) در پژوهش خود از آن استفاده کرده‌اند، بود اما به دلیل همسان سازی آن با اهداف پژوهش حاضر این مدل با پروتکل درمانی که کلارک (Clark., 2006) برای اصلاح ارزیابی‌های ثانویه و سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000)

برای اصلاح باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی تدوین کرده‌اند؛ و ایزدخواست و همکاران (Izadi et al., 2013) از آن‌ها در پژوهش خود استفاده کرده‌اند، ترکیب شده است.

جدول شماره ۱: پروتکل درمانی استفاده شده

۱	معارفه	در این جلسه ویژگی‌های مداخله، هدف پژوهش، نحوه انجام تمرینات در منزل، تعداد جلسات، مدت‌زمان هر جلسه توضیح داده می‌شود و شرکت کنندگان آزمون‌های لازم را انجام می‌دهند، و فرم رضایت آگاهانه را نیز پر می‌کنند.
۲	آموزش روانی	در آموزش روانی به ویژگی‌های اصلی OCD، وسواس‌ها و اجبارها، تفاوت افکار وسواسی با افکار بهنجار، مدل‌های مختلف استرس پرداخته می‌شود.
۳	شناختی	افزایش آگاهی و اصلاح سه حوزه اعتقادی ناکارآمد در OCD (بیش‌برآورد تهدید، عدم تحمل قطعیت، مسئولیت افراطی)، مقابله با سوگیری‌های شناختی و شبکه‌های اسنادی و ارائه آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار
۴	فراشناختی	اصلاح دو حوزه باورهای ناکارآمد ویژه OCD (اهمیت بیش از حد افکار، اهمیت کنترل افکار)، ناکارآمدی نشخوار فکری، ذهن آگاهی، مهارت حل مسئله کارآمدتر
۵	کنترل تکانه	شناخت هیجانات مثبت و منفی، آشنایی با فواید کنترل تکانه، استفاده از روش ABC و مهارت حل مسئله در برخورد با موقعیت تحریک‌کننده، آموزش مهارت‌های مهار تکانه
۶	ذهن آگاهی	تأثیر توجه به زمان حال به جای تلاش برای خنثی‌سازی تجربیات داخلی، تلاش برای درک اینکه افکار یک سری واحد هستند که می‌توان آن‌ها را بدون تهدید در نظر گرفت.
۷	مواجهه تجسمی	تهیه لیست موقعیت‌های وسواسی، آموزش تکنیک‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله‌مراتب اضطراب، تمرین و تکرار مواجهه تجسمی و واقعی و ثبت و کنترل موانع بازداری از پاسخ
۸	مواجهه واقعی	انجام تمرینات مواجهه واقعی، چالش‌های شجاعانه و قرار گرفتن در موقعیت‌های اضطراب‌زا
۹	پس‌آزمون	ارزیابی میزان اثربخشی درمان با استفاده از پس‌آزمون، ارائه توصیه‌هایی جهت حفظ بهبودی در ادامه روند زندگی

نحوه جمع‌آوری اطلاعات

بعد از دریافت معرفی‌نامه از سوی دانشکده، برای جمع‌آوری نمونه پژوهش ابتدا به اداره کل آموزش و پرورش استان گیلان مراجع نموده و پس از بررسی‌های لازم از سوی پژوهشکده اداره مربوطه و

حذف تعدادی از سؤالات مربوط به وسواس جنسی از پرسش‌نامه تشخیصی به دلیل نامناسب بودن سؤالات بر حسب گروه سنی مورد هدف، مجوز لازم از سمت این اداره دریافت شد و جهت بازبینی به حراست و مدیریت آموزش پرورش ناحیه ۱ رشت ارجاع داده شد. پس از بررسی‌های لازم از سوی حراست این اداره مجوز انجام این پژوهش را در ۳ مدرسه (شهید سیادت ۲، همراه ۲، شاهد ۲) صادر نمودند، سپس با مدیران و معلمان ۲ مدرسه شهید سیادت ۲ و همراه ۲ هماهنگی‌های لازم صورت گرفت و پس از آن پرسش‌نامه آنلاین اختلال وسواسی - جبری ییل براون جهت غربالگری دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری در گروه‌های درسی تحت وب دانش‌آموزان کلاس پنجم و ششم دبستان این دو مدرسه قرار داده شد که از بین ۴۸۷ دانش‌آموز در حال تحصیل در این دو پایه در این مدارس، ۲۶۸ نفر از آن‌ها این پرسش‌نامه را تکمیل نمودند که از بین آن‌ها ۲۸ نفر (با نمره ۱۶) به عنوان افراد دارای اختلال وسواسی - جبری شناسایی شدند و از این میان پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (از جمله، دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی دیگر، رضایت داوطلبانه، دسترسی به اینترنت و رایانه شخصی) و مصاحبه تشخیصی تلفنی کوتاه (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر فرد) جهت اطمینان از وجود علائم اختلال وسواسی - جبری در این افراد، ۲۴ نفر انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جای‌دهی شدند و پیش‌آزمون‌ها را تکمیل کردند و گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت آنلاین (غیرحضوری)، هفته‌ای یک‌بار مداخلات لازم را در قالب پاورپوینت‌های آموزشی، صدا، کاربرگ‌های تمرینی و جلسات هفتگی ویدئوکنفرانس انفرادی کوتاه مدت (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر نفر) دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. به علت عدم همکاری، مشغله تحصیلی به وجود آمده به دلیل حضوری شدن مدارس و تداخل جلسات پایانی با زمان امتحانات میان‌ترم مدارس و نقص در تکمیل داده‌ها، سه نفر از گروه آزمایش انصراف دارند که پیرو آن نیز سه نفر به صورت تصادفی از گروه کنترل (به علت مساوی‌سازی تعداد گروه‌ها) حذف شدند. مجدد از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین با گروه کنترل بعد از مداخله هماهنگ گردید که در صورت تمایل می‌توانند این آموزش را در ۸ جلسه دریافت نمایند. قابل ذکر است که در پژوهش حاضر جهت جلوگیری از افت آزمودنی‌ها سعی گردید که مطالب با زبانی کاملاً صمیمی، کودکانه و متناسب‌سازی شده با گروه سنی هدف ارائه شود و همچنین در جلسات ابتدایی تمریناتی برای افزایش انگیزه شرکت‌کنندگان برای مشارکت در روند درمان در نظر گرفته شده بود.

روش تحلیل

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی و در بخش استنباطی از آزمون

یومان ویتنی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر در مراحل دوگانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS – 24 انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، یافته‌های جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس سن، ترتیب تولد، معدل، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر در جدول ۱ ذکر شده است. همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، تمام شرکت کنندگان در پژوهش حاضر در بازه‌ی سنی ۱۱-۱۲ سال بودند و بیشترین فراوانی علائم و سواسی - جبری در شرکت کنندگان پژوهش حاضر، بر اساس ترتیب تولد در فرزندان دوم خانواده قابل رویت است، همچنین تمام شرکت کنندگان این پژوهش دارای معدل خوب تا خیلی خوب بودند و به جز ۲ نفر تحصیلات پدر و مادرشان، سیکل یا دیپلم بوده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۳.۳	۳	۷۷.۷	۷	۱۱ سال	سن
۶۶.۶	۶	۲۲.۲	۲	۱۲ سال	
۲۲.۲	۲	۳۳.۳	۳	فرزند اول	ترتیب تولد
۴۴.۴	۴	۲۲.۲	۲	فرزند دوم	
۱۱.۱	۱	۱۱.۱	۱	فرزند سوم و چهارم	
۲۲.۲	۲	۳۳.۳	۳	تک فرزندی	
۷۷.۷	۷	۸۸.۸	۸	خیلی خوب	معدل
۲۲.۲	۲	۱۱.۱	۱	خوب	
۰	۰	۰	۰	قابل قبول	
۳۳.۳	۳	۵۵.۶	۵	سیکل	تحصیلات پدر
۵۵.۵	۵	۲۲.۲	۲	دیپلم	
۰	۰	۱۱.۱	۱	لیسانس	
۱۱.۱	۱	۱۱.۱	۱	فوق لیسانس	
۴۴.۴	۴	۳۳.۳	۳	سیکل	تحصیلات مادر
۵۵.۵	۵	۴۴.۴	۴	دیپلم	
۰	۰	۲۲.۲	۲	لیسانس	
۰	۰	۰	۰	فوق لیسانس	

جهت بررسی فرض بهنجار بودن توزیع دو متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پژوهش حاضر، از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده گردید که مقدار آن حاکی از آن است که توزیع هر دو متغیر به تفکیک گروه‌ها نرمال است ($P > 0/05$). در جدول ۲ نیز میانگین و انحراف معیار متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری ارائه شده است.

دول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

مؤلفه‌ها	موقعیت	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئولیت پذیری افراطی	پیش‌آزمون	۱۲۱/۶۷	۲۹/۲۲	۱۰۱/۱۱	۸/۱۱
	پس‌آزمون	۱۱۵/۶۷	۲۶/۹۸	۶۹/۲۲	۱۵/۸۶
تحریک پذیری	پیش‌آزمون	۶/۶۷	۲/۳۹	۸/۱۱	۱/۹۰
	پس‌آزمون	۷/۱۱	۲/۶۱۹	۵/۰۰	۱/۱۸۰

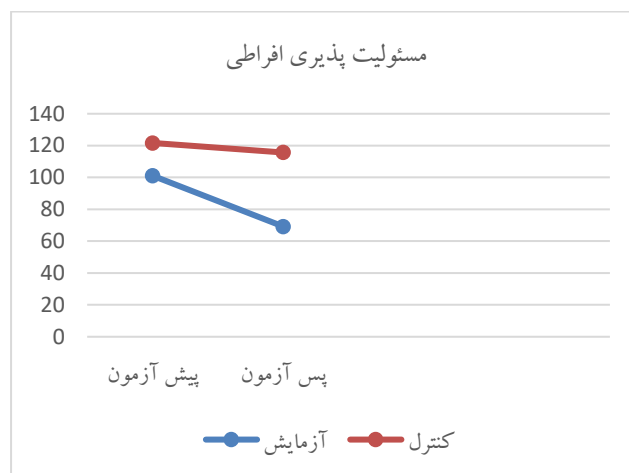
به منظور بررسی اثربخشی مداخله به کار رفته در پژوهش حاضر، به دلیل تعداد کم نمونه، تفاضل بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش با استفاده از تحلیل آماری یومان ویتنی، مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مسئولیت

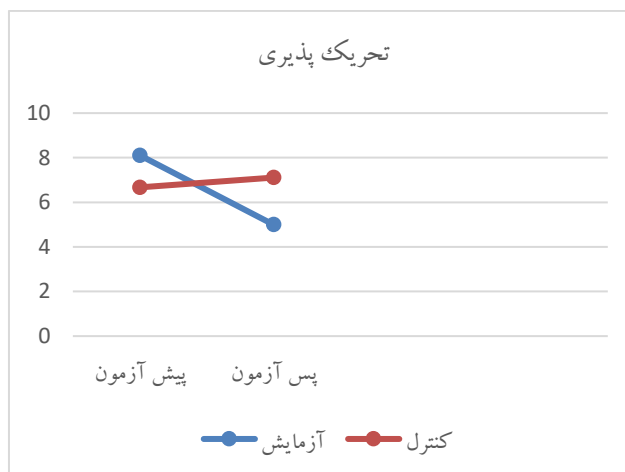
پذیری افراطی و تحریک پذیری

متغیر	گروه	میانگین رتبه	مقدار یومان - ویتنی	مقدار نمره Z	P	اندازه اثر	توان آماری
مسئولیت پذیری افراطی	آزمایش	۱۳/۵۰	۴/۵۰۰	-۳/۱۸۲	۰/۰۰۱	۲/۱۸	۰/۹۹
	کنترل	۵/۵۰					
تحریک پذیری	آزمایش	۱۲/۸۹	۱۰/۰۰۰	-۲/۷۰۷	۰/۰۰۷	۱/۰۴	۰/۷۷
	کنترل	۶/۱۱					

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پس‌آزمون و پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده است که اثر مداخله برای متغیرهای مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون معنادار بوده است.



نمودار ۱: میانگین مسئولیت پذیری افراطی در پیش آزمون - پس آزمون گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۲: میانگین تحریک پذیری در پیش آزمون - پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

نتیجه

پژوهش حاضر، باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری دختران نوجوان دارای نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این روش درمانی منجر به کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای نشانه‌های این اختلال می‌گردد ($p < 0/001$). این یافته‌ها هم راستا با نتایج پژوهش‌های

پیشین که به بررسی اثربخشی این روش درمانی پرداخته‌اند، است (Conzelmann et al., 2022; Hollmann et al., 2021; Imai et al., 2022; Lenhard et al., 2020; Lenhard et al., 2017; Lenhard et al., 2014; Lundström et al., 2022; Schröder et al., 2020; Wootton et al., 2015; Wootton et al., 2021; Wootton et al., 2019).

مدل‌های شناختی اخیر در رابطه با اختلال وسواسی - جبری، نقش علی را برای مسئولیت و احساس گناه در ایجاد و حفظ این اختلال در نظر می‌گیرند. این دیدگاه‌ها بر این باور هستند که افراد مبتلا به OCD احساس مسئولیت افراطی دارند و می‌ترسند مرتکب اشتباهاتی شوند که مورد سرزنش قرار بگیرند (Mancini & Gangemi., 2004; Rachman et al., 2006; Salkovskis., 1985; Salkovskis & Wahl., 2003) اگر فرض کنیم که مسئولیت‌پذیری افراطی در واقع یک عامل سببی در OCD باشد، می‌توان به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به OCD، در مواقعی که در آن مسئولیت شخصی‌ای برای جلوگیری از یک تهدید را در خود حس می‌کنند، بیش از سایر افراد، دست به انواع مختلفی از رفتارها می‌زنند تا از خطر مرتکب شدن به یک اشتباه جبران ناپذیر و یا نادیده گرفتن موارد ضروری مصمون بمانند، همان طور که آن‌ها برای کاهش این خطرات تلاش می‌کنند، تعدد رفتارهای آن‌ها ممکن است منجر به ایجاد تشریفات اجباری شود، و عدم اطمینان در مورد اینکه آیا رفتار خاص به کار برده شده، واقعا موثر خواهد بود، منجر به بروز مجدد آن رفتار جهت برطرف کردن نگرانی آن‌ها خواهد شد (Van den Heuvel et al., 2022). در تایید این موضوع نیز راجمن (Rachman., 2002) اخیراً یک نظریه شناختی ویژه‌ای را در مورد اختلال وسواسی - جبری فرموله کرده است، که در آن استدلال می‌کند که حاصل ضرب مسئولیت درک شده، احتمال آسیب درک شده و میزان جدیت آسیب درک شده، شدت و مدت زمان بروز رفتارهای اجباری را تعیین می‌کند. راجمن (Rachman., 2002) در این نظریه به سه بیانیه می‌پردازد، اول اینکه او بر این اعتقاد است که مسئولیت و خطر درک شده نقش اساسی در بررسی رفتار دارند، دوم اینکه مسئولیت بالا منجر به افزایش ادراک خطر می‌شود و سوم رفتارهای اجباری طولانی مدت منجر به مسئولیت‌پذیری بیشتر این افراد می‌گردد. به عبارت دیگر، احساس مسئولیت افراطی، هم می‌تواند از عوامل زمینه‌ای و هم تداوم بخش اختلال وسواس فکری - جبری در نظر گرفته شود.

طبق مفاهیم نظری توضیح داده شده، برای کاهش تعدد رفتارهای اجباری و افکار تحریف‌شده فرد مبتنی بر مسئولیت‌پذیری شخصی خود در موقعیت‌های تهدید برانگیز لازم است تا پ باورهای شناختی نادرست این افراد تغییر یابد؛ بنابراین در پژوهش حاضر در جلسات ابتدایی درمان سعی گردید تا با آموزش روانی که یکی از تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری محسوب می‌شود، شرکت‌کنندگان را با ارائه مثال‌های متعدد ساده‌سازی شده متناسب با سن آن‌ها با ماهیت این افکار تحریف شده و اثرات آن‌ها آگاه کنیم، و پس از آن

در جلسات بعدی، هر فرد با شناسایی افکار بیش برآورد مسئولیت خود در موقعیت‌ها و ارزیابی مجدد آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های پرسشگری سقراطی توانست این افکار را به چالش بکشد، و این کار موجب گردید تا میزان اعتماد شرکت‌کنندگان به این افکار تحریف شده کاهش یابد، به عبارت دیگر با انجام این تکالیف، شرکت‌کنندگان توانستند دید واقع‌بینانه‌تری در مورد میزان مسئولیت خود، احتمال و جدیت آسیب و خطری که با آن مواجه خواهند شد، داشته باشند. در پروتکل درمانی پژوهش حاضر با توجه به اینکه درمان به صورت اینترنتی ارائه می‌گردد، در جلسات درمانی بر بعد شناختی درمان ICBT تمرکز بیشتری شد، و جلسات درمانی بر اساس این اصل که با اصلاح باورها و تحریف‌های شناختی افراد وسواسی می‌توان رفتارهای اجباری آن‌ها را کاهش داد، طراحی گردیدند، چرا که همان‌طور که در توضیح اختلال وسواسی - جبری نیز به آن اشاره شد افکار وسواسی به خودی خود می‌توانند از عوامل ایجادکننده و تداوم‌بخش این اختلال در نظر گرفته شوند، و فرد جهت اجتناب از تکرار این افکار و تسکین اضطراب ناشی از آن‌ها، دست به انجام فعالیت‌های تکراری (رفتارهای اجباری) می‌زند، بنابراین با درهم شکستن این افکار و کاهش اعتبار آن‌ها، می‌توانیم چرخه باطلی که این افکار ایجاد می‌کنند را بشکنیم و فرد را به درک و واکنش بهتری از موقعیت‌ها برسانیم. همان‌طور نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که این شیوه درمانی اثربخشی قابل قبولی در بهبود مسئولیت‌پذیری افراطی و علائم اختلال وسواسی - جبری شرکت‌کنندگان داشته است.

از طرف دیگر تحریک‌پذیری شدید نیز، یک نگرانی رایج درمانی در میان کودکان و نوجوانانی است که برای خدمات بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، اگرچه درجاتی از تحریک‌پذیری در طول رشد، بهنجار محسوب می‌شود، اما تحریک‌پذیری شدید به عنوان یک اختلال در تنظیم هیجانات که با تمایل شدید خشم مشخص می‌شود، تعریف شده و به عنوان یک علامت فرا تشخیصی و ضروری مرتبط با بسیاری از مقوله‌های تشخیصی مختلف (مانند اختلالات خلق مخرب^۱، افسردگی^۲، اختلالات اضطرابی^۳، اختلالات شخصیت^۴، و اختلالات مرتبط با استرس^۵) شناخته شده است (Stringaris et al., 2018). به طور کلی نظریه پردازان بر این باور هستند که اختلال در تنظیم هیجانات، به یک الگوی ناسازگار در مدیریت و ابزار هیجان اشاره دارد و دسته‌ای از پژوهشگران معتقدند که اختلال در تنظیم هیجان ناشی از اختلال در فرایندهایی است که احساسات را ایجاد می‌کنند (اختلالات آگاهی و درک عاطفی) و دسته‌ای دیگر آن را ناشی از اشکالاتی در

1. Disruptive mood dysregulation disorder

2. Depression

3. Anxiety Disorders

4. Personality Disorders

5. Stress-related disorders

فرایندهای تنظیم کننده هیجانات مانند توانایی اجرای استراتژی‌های تنظیم هیجان در نظر می‌گیرند. در واقع دو مؤلفه بی‌نظمی هیجان - تولید و تنظیم - در توسعه و حفظ مشکلات درونی و برونی سازی نوجوانان تحریک پذیر دخیل هستند و در میان نوجوانان مبتلا به اختلالات علائم اضطرابی از جمله وسواس فراوانی بیشتر تجارب عاطفی منفی، مشکلات استفاده از ارزیابی مجدد شناختی موثر و نقص در درک و مدیریت احساسات و هیجانات خود وجود دارد (Biederman & Jellinek., 1998). الگوهای استفاده از استراتژی تنظیم هیجان در مشکلات و اختلالات برونی سازی جوانان نیز دخیل است، و با نشخوار خشم که رفتار پرخاشگرانه را پیش بینی می‌کند، واکنش عاطفی بالا، نقص در درک عاطفی، و مشکل در مدیریت احساسات منفی مرتبط است (Adleman et al., 2012) و بسیاری از کاستی‌های تنظیم کننده هیجان که در سایر زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی ناسازگار هستند نیز در تحریک‌پذیری نقش دارند (Leibluft & Stoddard., 2013). بنابراین می‌توان چنین استنتاج کرد که تحریک‌پذیری، عموماً به دلیل اختلال در فرایندهای تنظیم هیجان، از جمله تولید و فرایند آن ایجاد می‌شود.

همچنین همان‌طور که ذکر گردید، افراد مبتلا به OCD اغلب تمایلات کمال‌گرایانه‌ای دارند که چنین تمایلاتی دستیابی آن‌ها به اهداف مورد انتظار آن‌ها را سخت می‌کند، و زمانی که آن‌ها انتظار دریافت پاداشی را دارند؛ اما آن را دریافت نمی‌کنند، به دلیل بی‌نظمی‌های هیجانی و پاسخ نابهنجاری که به این ناامیدی ناشی از عدم دریافت پاداش مورد انتظار دارند، از خود رفتارهای پرخاشگرانه را بروز می‌دهند. از طرف دیگر، افراد مبتلا به OCD عموماً، باورهای مربوط به آمیختگی فکر و عمل، بیش برآورد خطر و اهمیت زیاد افکار را دارند، بنابراین در ارزیابی میزان پتانسیل خطر بالقوه، دچار مشکل هستند و ممکن است هرگونه فکر بهنجار و یا رویداد طبیعی را نیز بسیار مهلک و ترسناک برآورد کنند، نتیجه این پردازش نابهنجار محرک‌های تهدیدزا، ممکن است منجر به بروز واکنش پرخاشگرانه ناسازگار در آن‌ها شود. همچنین قابل ذکر است که دسته‌ای از افراد مبتلا به OCD که درگیر افکار وسواسی هستند، دائماً با نشخوارهای خشم خصوصاً در وسواس‌های فکری پرخاشگرانه، مواجه می‌شوند که این نشخوار خشم، و تلاش برای سرکوب خشم بیرونی به جهت اینکه منجر به ایجاد ویژگی منفور در آن‌ها می‌گردد، منجر به بروز خشم متوجه خود و رفتارهای پرخاشگرانه انفجاری در این افراد می‌گردد.

بنابراین، همان‌طور که در مفاهیم نظری تحریک‌پذیری ذکر گردید این مؤلفه در افراد دارای اختلال وسواسی - جبری را می‌توان ناشی از دو عامل در نظر گرفت، در عامل اول، فرض بر این است که رفتارهای تحریک پذیرانه به دلیل باورهای نادرست افراد وسواسی - جبری است؛ این باورها که شامل باورهای

کمال‌گرایانه، آمیختگی فکر و عمل، بیش برآورد تهدید و عدم توانایی کنترل بر افکار است، منجر می‌شود تا فرد برآورد غیرواقعی و تحریف شده‌ای از موقعیت‌ها و نقش خود در آن داشته باشد و در نتیجه در این موقعیت‌ها واکنش‌های افراطی و نامتناسب از خود بروز دهد؛ بنابراین یکی از مواردی که در پروتکل درمانی پژوهش حاضر در نظر گرفته شد، افکار پایه‌ای زمینه‌ساز این واکنش‌ها بود؛ به این صورت که در جلسات درمانی با آگاهی، ارزیابی و تغییر این افکار و جایگزینی افکار واقع‌بینانه‌تر تلاش گردید تا حدی این عوامل زمینه‌ساز خنثی گردند که به سبب آن نیز این رفتارهای تحریک پذیرانه کاهش یافت. از طرفی دیگر عامل زمینه‌ساز دوم در بروز تحریک‌پذیری افراد دارای OCD، اختلالات در تنظیم هیجانات (نحوه پردازش و بیان هیجانات) می‌باشد که در رابطه با این عامل نیز، در پروتکل درمانی حاضر با اختصاص دادن جلسات آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان صحیح، مهارت‌های حل مسئله (نحوه یافتن مشکل اصلی، اولویت‌بندی کردن، پاسخ‌دهی صحیح) و روش‌های مقابله در شرایط استرس‌زا، تلاش گردید تا این نقص مهارتی نوجوانان نیز اصلاح گردد.

در مجموع قابل‌ذکر است که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت، می‌تواند یک روش کارآمد در بهبود اختلالات روانی به‌خصوص اختلالات خود - ناهمخوان برای رده سنی کودکان و نوجوانان باشد، چرا که این روش درمانی یک شیوه درمانی آموزش‌محور و خودیاری را در قالب کتابچه‌های آموزشی، با همراهی مربی یا مشاور، برای دانش‌آموزان فراهم می‌آورد که تا حد بسیار زیادی شبیه به آموزش‌های مدرسه‌ای است و همین امر موجب می‌شود که دانش‌آموزان چندان در این روش درمانی، احساس ناآشنایی و غریبگی نداشته باشند. از طرف دیگر، انتقال پروتکل‌های درمانی نوجوانان از محیط‌های کلینیکی به محیط‌هایی مثل خانه که آن‌ها احساس امنیت بیشتری در آن‌ها می‌کنند موجب می‌شود که نوجوانان با فشار و ترس کمتر ناشی از حضور در مراکز درمانی و برچسب خوردن بتوانند روند درمانی خود را اتمام ببخشند. در این بین اما ساده‌سازی مفاهیم درمانی و ارائه مثال‌های متعدد متناسب با رده سنی کودکان و نوجوانان که بتوانند به‌صورت خودمحور روند درمان خود را طی کنند از سختی‌های کار ICBT محسوب می‌شود که لازم است در آینده، مطالعات و اقدامات بیشتری جهت تسهیل این روش درمانی نوین صورت گیرد.

References

- Adleman, N. E., Fromm, S. J., Razdan, V., Kayser, R., Dickstein, D. P., Brotman, M. A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2012). Cross-sectional and longitudinal abnormalities in brain structure in children with severe mood dysregulation or bipolar disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1149-1156. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02568.x
- Amerio, A., Maina, G., & Ghaemi, S. (2019). Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 256, 433-440. DOI:10.1016/j.jad.2019.06.015
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 425-435. DOI: 10.1016/j.brat.2006.03.016
- Biederman, J., & Jellinek, M. S. (1998). Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1091-1099. DOI: 10.1097/00004583-199810000-00020
- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Gameroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by US psychiatrists. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 946-951. DOI: 10.4088/jcp.v67n0611
- Cheng, Y.-F., Chen, V. C.-H., Yang, Y.-H., Chen, K.-J., Lee, Y.-C., & Lu, M.-L. (2019). Risk of schizophrenia among people with obsessive-compulsive disorder: A nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 209, 58-63. DOI: 10.1016/j.schres.2019.05.024
- Clark, D. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.[Book].
- Conzelmann, A., Hollmann, K., Haigis, A., Lautenbacher, H., Bizu, V., App, R., Nickola, M., Wewetzer, G., Wewetzer, C., & Ivarsson, T. (2022). Internet-based psychotherapy in children with obsessive-compulsive disorder (OCD): protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-12. DOI: 10.1186/s13063-022-06062-w
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.004
- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K., & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 255. DOI: 10.1037/ccp0000456.
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharan, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy maintenance. *Journal of anxiety disorders*, 42, 85-94. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.06.005.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). DOI: 10.1007/978-0-387-79948-3_2011
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007.
- Group, O. C. C. W. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder.

- Behaviour research and therapy*, 35(7), 667-681.
- Guzick, A. G., Geller, D. A., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2021). Irritability in children and adolescents with OCD. *Behavior Therapy*, 52(4), 883-896. DOI: 10.1016/j.beth.2020.11.001.
- Hajebi, A., Motevalian, S. A., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Radgoodarzi, R., & Hefazi, M. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8. DOI 10.1186/s12888-018-1828-2. (In Persian)
- Halvaeipour, Z., Khormaei, F., Khanzadeh, M., & Nosratabadi, M. (2013). Validation of the persian version of obsessive beliefs questionnaire-child and teenager version in group of Iranian adolescents. *SSU_Journals*, 21(3), 319-329. DOI: 20.1001.1.17353165.1393.13.5.2.1. (In Persian)
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(6), 745-764. DOI: 10.1586/erp.12.67.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and individual Differences*, 32(6), 1049-1061. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00109-X.
- Hollmann, K., Allgaier, K., Hohnacker, C. S., Lautenbacher, H., Bizu, V., Nickola, M., Wewetzer, G., Wewetzer, C., Ivarsson, T., & Skokauskas, N. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1445-1459. DOI: 10.1007/s00702-021-02409-w.
- Imai, H., Tajika, A., Narita, H., Yoshinaga, N., Kimura, K., Nakamura, H., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Ogawa, Y., & Furukawa, T. (2022). Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(4), e35940. DOI: 10.2196/35940.
- Izadi, R., & ABEDI, M. (2013). Comparison of the Effectiveness of Treatment based on Correcting of Secondary Control Appraisals and Treatment based on Correcting of Inflated Responsibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. DOI: 10.22075/JCP.2017.2113. (In Persian).
- Kabirnezhad, S., M, A. M., & Sharifi, M. A. (2010). Validity and Reliability of the Responsibility Attitude Scale (RAS). DOI: 10.22054/jcps.2019.35742.1969. (In Persian).
- Kakhi, S., & Soomro, G. M. (2015). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: duration of maintenance drug treatment. *BMJ Clinical Evidence*, 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26046809/>.
- Karyotaki, E., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Riper, H., & Cuijpers, P. (2019). Guided or self-guided internet-based cognitive-behavioural therapy (iCBT) for depression? Study protocol of an individual participant data network meta-analysis. *BMJ open*, 9(6), e026820. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026820.
- Krebs, G., Pile, V., Grant, S., Degli Esposti, M., Montgomery, P., & Lau, J. Y. (2018). Research review: Cognitive bias modification of interpretations in youth and its effect on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 831-

844. DOI: 10.1111/jcpp.12809.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: A fine-grained experimental analysis. *Behaviour research and therapy*, 35(5), 423-427. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00117-9.
- Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability. *Development and psychopathology*, 25(4pt2), 1473-1487. DOI: 10.1017/S0954579413000722.
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Aspvall, K., & Serlachius, E. (2020). Long-term outcomes of therapist-guided Internet-delivered cognitive behavior therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *NPJ digital medicine*, 3(1), 1-5. DOI: 10.1038/s41746-020-00327-x.
- Lenhard, F., Ssegona, R., Andersson, E., Feldman, I., Rück, C., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2017). Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: results from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 7(5), e015246. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015246.
- Lenhard, F., Vigerland, S., Andersson, E., Rueck, C., Mataix-Cols, D., Thulin, U., Ljotsson, B., & Serlachius, E. (2014). Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *PloS one*, 9(6), e100773. DOI: 10.1371/journal.pone.0100773.
- Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., Boberg, J., Pascal, D., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022). Effect of internet-based vs face-to-face cognitive behavioral therapy for adults with obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221967-e221967. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.1967.
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(09), 2261. DOI: 10.4236/psych.2018.99130.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109-120. DOI:10.1016/j.jbtep.2004.04.003.
- Mulraney, M. A., Melvin, G. A., & Tonge, B. J. (2014). Psychometric properties of the affective reactivity index in Australian adults and adolescents. *Psychological assessment*, 26(1), 148. DOI: 10.1037/a0034891.
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H., & Davodi, H. (2019). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Dysfunctional Beliefs, Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of clinical psychology studies*, 9(33), 1-24. DOI:10.22054/jcps.2019.35742.1969. (In Persian).
- Niemeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 119-129. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.01.001.
- O'Kearney, R., Anstey, K., & von Sanden, C. (2007). Cochrane review: Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 2(4), 1283-1313. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.

- Organization, W. H. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*.
- Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017). Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of psychiatry in clinical practice*, 21(3), 188-194. DOI: 10.1080/13651501.2017.1324038.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625-639. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00028-6.
- Rachman, S. J., Shafran, R., & Riskind, J. H. (2006). Cognitive vulnerability to obsessive-compulsive disorders. In *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 245-260). Routledge. [Book].
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., & Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 228-233. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.01.007.
- Salemink, E., Wolters, L., & de Haan, E. (2015). Augmentation of treatment as usual with online cognitive bias modification of interpretation training in adolescents with obsessive compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 112-119. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.02.003.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583. DOI:10.1016/0005-7967(85)90105-6.
- Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. *Cognitive therapy across the lifespan: Theory, research and practice*, 138-171. DOI:10.1017/CBO9781139087094.008.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00071-6.
- Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1208-1220. DOI: 10.1002/da.23105.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., DAVARI, A. R., & HAKIM, S. M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). <https://www.sid.ir/paper/82756/fa>. (In Persian).
- Sheybani, H., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2018). The efficacy of emotion regulation training on stress, anxiety, depression and irritability of the students with disruptive mood dysregulation disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(6), 37-44. DOI:10.21859/ijpn-05066. (In Persian).
- Storch, E. A., Jones, A. M., Lack, C. W., Ale, C. M., Sulkowski, M. L., Lewin, A. B., De Nadai, A. S., & Murphy, T. K. (2012). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(6), 582-592. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.02.016.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., &

- Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1109-1117. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x.
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018). Practitioner review: definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 721-739. DOI: 10.1111/jcpp.12823
- Van den Heuvel, O. A., Boedhoe, P. S., Bertolin, S., Bruin, W. B., Francks, C., Ivanov, I., Jahanshad, N., Kong, X. Z., Kwon, J. S., & O'Neill, J. (2022). An overview of the first 5 years of the ENIGMA obsessive-compulsive disorder working group: The power of worldwide collaboration. *Human Brain Mapping*, 43(1), 23-36. DOI: 10.1002/hbm.24972.
- Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2015). Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (iCBT) for obsessive-compulsive disorder: 12 month follow-up. *Internet Interventions*, 2(3), 243-247. DOI: 10.1016/j.invent.2015.05.003.
- Wootton, B. M., Karin, E., Dear, B. F., Staples, L., Nielssen, O., Kayrouz, R., & Titov, N. (2021). Internet-delivered cognitive-behaviour therapy (ICBT) for obsessive-compulsive disorder when delivered as routine clinical care: A phase IV clinical trial. *Journal of anxiety disorders*, 82, 102444. DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102444.
- Wootton, B. M., Karin, E., Titov, N., & Dear, B. F. (2019). Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for obsessive-compulsive symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 66, 102111. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102111.
- Zabet, M., Karami, J., & Yazdanbakhsh, K. (2021). The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation Training on Experiential Avoidance of Women with Obsessive-Compulsive Disorder. DOI: 10.22051/PSY.2021.32049.2267.
- Zarafshan, H., Mohammadi, M.-R., & Salmanian, M. (2015). Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry*, 10(1), 1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26005473/>. (In Persian).

Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress relief group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy on work-family conflict

Leila Teimouri 

PhD student in psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
Email: teimouri125@gmail.com

Ali Akbar Samari 

Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmir Branch, Islamic Azad University, Kashmir, Iran. Email: aasamari87@gmail.com

Mehdi Fathi 

Associate Professor of Anesthesia Department, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Email: mandala_110@yahoo.com

Recived: 2022-11-29	Revised: 2023-06-10	Accepted: 2024-03-04	Published: 2024-03-15
Citation: Teimouri, L., Samari, A. A., & Fathi, M. (2024). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress relief group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy on work-family conflict. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 127-142. doi: 10.22067/tpccp.2024.79133.1382			

Abstract

Introduction

Over the recent years, a huge bulk of investigations have been done on the conflict between employees' work and family roles, known as work-family conflict. Work-family conflict is defined as a kind of inter-role conflict, where some work and family roles are not compatible with each other and destructively impact upon employees' work. A fundamental assumption of work-family conflict is that most often the demands and expectations of work are incompatible with the demands of the family.

Various approaches have been taken so far in work environments to mitigate employees' work-family conflict. One of the methods is Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) therapy. According to MBSR approach, people are trained to pay attention to their thoughts, feelings, and emotions and to accept them without judgment. Patients are trained to pay attention to themselves and the moment they live in, and to broaden their attitudes. When people get to know their feelings and thoughts and find them in the present moment, they experience calmness and concentration. Patients can control their thoughts and emotions by exercising that results in positive feelings in diverse work and life situations. Consequently, work-family conflicts will be mitigated. Among other treatments that employees can benefit to recognize their own negative and distorted thinking patterns is cognitive-behavioral hypnotherapy. The hypnotherapy focuses on emotions, cognitions, and behaviors taking place at the same time. Both of the methods drastically mitigate work-family conflicts and improve adaptive coping skills.

Employees of refineries suffer from job pressure because of their hard condition. The pressure has negative impacts on quality of their life and their interpersonal interactions. Their intra-personal and interpersonal issues in these conditions should be improved to reduce probable occupational damages. Helping and supporting the employees in these situations will lead to their awareness of problems and, consequently, the improvement of



their situation and having a better life.

Considering the issues, this research was done to compare the effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy regarding work-family conflict among the employees of Shahid Hasheminejad Gas Refinery of Sarkhes.

Method

This quasi-experimental study was done on the employees of Shahid Hasheminejad Gas Refinery of Sarakhs in 2021. The statistical population constitutes 553 employees. Using the purposeful sampling and considering the inclusion and exclusion criteria, 45 employees were selected as members of the sample and were randomly divided into two experimental groups and one control group (15 participants for the treatment group receiving Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) therapy, and 15 participants for the treatment group receiving cognitive-behavioral hypnotherapy, and 15 participants for the control group). The control group did not receive any interventions. The treatments pertaining to each of the two methods were performed in eight 90-minute sessions.

Kabat-Zinn and Hanh's (2009) protocol was used for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) group therapy, Wilhelm et al.'s (2013) protocol was used for cognitive-behavioral hypnotherapy, and Carlson et al.'s (2000) multidimensional work-family conflict questionnaire was used for measuring work-family conflict. The questionnaires were filled by the participants in pre-test, post-test, and two-month follow-up stages. The findings were evaluated using descriptive statistics (mean, standard deviation, and standard error) and inferential statistics tests (including covariance and LSD pairwise comparison). These were done using SPSS 24.

Results

The average scores among all groups (two treatment groups and one control group) for MBSR therapy in pre-test and post-test were 53.400 and 40.400, respectively and the average scores for hypnotherapy in pre-test and post-test were 53.102 and 41.066 ($P < 0.01$), respectively. Significant changes and differences can be seen between pre-test scores and post-test scores regarding work-family conflict. As the scores are statistically significant, it can be concluded that MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy significantly reduced work-family conflict among the employees of Shahid Hasheminejad Gas Refinery of Sarakhs.

The results of the LSD pairwise comparison showed that there is no significant difference between the effectiveness of MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy in terms of impacting on the dependent variable (i.e., work-family conflict). Generally speaking, the results showed that both MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy significantly reduced work-family conflict in the treatment groups, but there was not a significant difference between the two treatment groups regarding the reduction of work-family conflict.

Discussion and conclusion

This study aimed to see the effectiveness of MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy in work-family conflict among employees of Shahid Hasheminejad Gas Refinery of Sarakhs. The results showed that both MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy reduced the employees' work-family conflict. The other purpose of this study was comparing the effectiveness of the two methods in work-family conflict among the employees. This study showed that though there is a difference between the effectiveness of MBSR group therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy, but the difference is not statistically significant.

Keywords: Mindfulness, Cognitive-behavioral Hypnotherapy, Work-family Conflict

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر تعارض کار- خانواده

لیلا تیموری

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران. teimouril25@gmail.com

علی اکبر ثمری

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، کاشمر، ایران. (نویسنده مسئول). aasamari87@gmail.com

مهدی فتحی

دانشیار گروه بیپوشی، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران. mandala_110@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: تیموری، لیلا؛ ثمری، علی اکبر؛ فتحی، مهدی. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر تعارض کار- خانواده. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۴۲-۱۲۷. doi: 10.22067/tpccp.2024.79133.1382			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر کاهش تعارض کار- خانواده بود.

روش: این پژوهش از نوع کاربردی و روش آن از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس در سال ۱۴۰۰ به تعداد ۵۵۳ نفر بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند (۱۵ نفر گروه آزمایشی درمان استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۱۵ نفر گروه آزمایشی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و ۱۵ نفر گروه کنترل). برنامه مداخله‌ای استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری، هر کدام در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی (یک گروه ذهن آگاهی و گروه دیگر هیپنوتراپی) ارائه گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه تعارض کار- خانواده کارلسون و همکاران بود (Carlson et al., 2000). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری کوواریانس در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که روش درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش تعارض کار- خانواده در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت ($P < 0/01$). میانگین نمرات گروه هیپنوتراپی شناختی- رفتاری با گروه کنترل نیز در کاهش تعارض کار- خانواده تفاوت معناداری داشت ($P < 0/01$).

یافته‌ها: بطور کلی نتایج بیانگر آن بود که درمان‌های استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری هر دو به طور معناداری تعارض کار- خانواده را در گروه‌های مداخله کاهش داده‌اند اما تفاوتی معنادار بین این دو درمان در کاهش تعارض کار- خانواده وجود نداشت.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، هیپنوتراپی شناختی رفتاری، تعارض کار- خانواده.

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه زیادی به بررسی تداخل نقش‌های کاری و خانوادگی کارکنان شده است که تحت عنوان تعارض کار- خانواده شناخته می‌شود (Hashemi S. S. et al., 2017). تعارض کار و خانواده از نوع تعارض بین نقشی است که بین خواسته‌های نقش کاری و خانوادگی فرد ایجاد می‌گردد (Naderi et al., 2014). مازرول و همکاران^۱ (Mazerolle et al., 2008) معتقدند که تعارض کار- خانواده به واسطه ناهماهنگی و ناسازگاری پدید آمده بین تقاضاهای کاری با تقاضاهای خانواده ایجاد می‌شود. از دیدگاه آنان این پدیده زمانی رخ می‌دهد که انتظارات، توقعات و محدودیت‌های زمانی وابسته به زندگی حرفه‌ای و شخصی یک فرد با هم سازگاری نداشته باشند، که در این صورت اداره کردن این دو سخت و دشوار می‌شود (Bavi et al., 2009).

در راستای کاهش تعارض کار- خانواده در کارکنان، رویکردهای متعددی در محیط‌های شغلی به کار گرفته شده است. برخی از این رویکردها شامل درمان شناختی- رفتاری^۲ و مداخلات فیزیکی معطوف بر آرامش است (Kyriacou, 2001). در حال حاضر استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری در حوزه سلامت شغلی مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (Salmani et al., 2004). در این بین یکی از کارآمدترین درمان‌ها برای کاهش تعارض کار- خانواده، رویکرد ذهن آگاهی^۳ است (Brown et al., 2007).

ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی به ویژه بودا دارد و اولین بار توسط کابات زین^۴ مطرح شد. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است (Ahmadvand et al., 2012). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (Leigh et al., 2005). تعاریف مختلف از ذهن آگاهی، سه ویژگی اساسی را منعکس می‌کند: الف) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال، ب) قصد یا هدفمندی که مولفه انگیزشی را به توجه و رفتار شخص اضافه می‌کند، و ج) نگرش که نحوه توجه کردن فرد را نشان می‌دهد (Duncan et al., 2010).

آموزش ذهن آگاهی کاهش تنش و اضطراب را به دنبال دارد و همچنین از طریق دستیابی به تمرکز حواس به کاهش تعارض در افراد کمک می‌کند. انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این

1 . Mazerolle, Bruening & Casa

2 . Cognitive behavioral therap

3 . Mindfulness

4 . Kabat-zinn

عامل‌ها خود باعث افزایش توانمندی روانشناختی می‌شود (S. Asmaee et al., 2012).

یکی از انواع روش‌های ذهن‌آگاهی، برنامه استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)^۱ است، که کابا تزین و همکاران (Kabat-Zinn & Hanh, 2009) برای کاهش نشانه‌های درد، کاهش نشانه‌های اضطراب، استرس، فشار روانی، افسردگی و افزایش اعتماد به نفس به کار برده است. استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمک می‌کند تا افراد فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خویش را پردازش کنند. آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و وضعیت‌های فیزیکی باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند، خود را کنترل کنند و خویش را از افکار خودآیند رهایی بخشند (Nejati et al., 2015). همچنین، افراد ذهن‌آگاه، ارزیابی‌های بی‌خطری از استرس می‌سازند و از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی به میزان کمتری استفاده می‌کنند (Weinstein et al., 2009). هر چند که پژوهش‌های تجربی انجام شده در زمینه تاثیر ذهن‌آگاهی در کاهش تعارض کار-خانواده محدود است، با این حال، پژوهش‌های صورت گرفته در این حیطه دال بر اهمیت آموزش و اثربخش بودن ذهن‌آگاهی در کاهش تعارض کار-خانواده کارکنان دارد (Winzelberg & Luskin, 1999) و برنامه استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از لحاظ تأکید بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهانه فشرده و انجام تکالیف خانگی برای مقابله با فشارهای زندگی روزانه، منحصر به فرد می‌باشد (Reynolds, 2016).

از طرفی دیگر، میزان فشار روزانه‌ای که اکثر کارکنان با آن مواجه می‌شوند، امکان دارد زمینه‌های بروز تفکر منفی را در آنان فراهم نماید و احساس آنان نسبت به انجام وظایف شغلی را تحت تاثیر قرار دهد (Brunero et al., 2016). یکی از درمان‌هایی که می‌تواند به کارکنان کمک کند تا الگوهای تفکر منفی و تحریف شده خود را تشخیص دهند، هیپنوتراپی شناختی رفتاری^۲ است. هیپنوتراپی شناختی رفتاری، ترکیب هیپنوتراپی با روش‌ها و مفاهیم درمان شناختی و رفتاری است (Roberston, 2013). هیپنوتراپی شناختی رفتاری متمرکز بر عاطفه، شناخت و رفتار است و هر سه حوزه را همزمان در نظر می‌گیرد (Etemady). کریچ و همکاران^۳ (Kirsch et al. (1995) اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری را در ۱۷ مطالعه مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند، افرادی که هیپنوتراپی شناختی رفتاری را دریافت کرده بودند حداقل ۷۰ درصد نسبت به مراجعینی که درمان هیپنوتیزی دریافت نکرده بودند بهبودی بیشتری نشان دادند.

در مجموع، هر دو روش درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری به میزان چشم‌گیری تعارضات بین شغل و خانواده را کاهش می‌دهند و مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی

1 . Mindfulness based stress reduction

2 . Cognitive behavioral hypnotherapy

3 . Kirsch et al

را افزایش می‌دهند (Takahashi, 2016) و چون کارکنان پالایشگاه‌ها بنابر ضرورت شغلی خود فشارهای زیادی را متحمل می‌شوند و این فشارهای شغلی بر کیفیت زندگی و تعاملات بین فردی آنان تأثیرات منفی فراوانی می‌گذارند؛ به منظور کاهش صدمات شغلی به پرسنل پالایشگاه‌ها باید در زمینه بهبود شرایط حاکم بر سازمان از بعد درون‌فردی و بین‌فردی کوشا بود؛ لذا ارائه کمک و پشتیبانی در برخورد با این وضعیت می‌تواند به آگاهی کارکنان از مشکلات خود منجر شود و در نهایت آنان را در راستای بهبود وضعیت خود و فراهم کردن یک زندگی مثبت کمک نماید (Gorgi et al., 2021).

همچنین با بازبینی پیشینه‌های پژوهشی مرتبط، تأثیر هر یک از روش‌های درمانی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای اثربخش و کلیدی در زمینه کاهش تعارض کار- خانواده به‌صورت جداگانه مورد تأیید قرار گرفته است. ولی به دلیل کم بودن پژوهش درباره اثربخشی روش‌های مذکور در کشور به‌ویژه روی پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس و مقایسه میزان اثربخشی آنها، این پژوهش انجام گرفته است که از لحاظ نظری می‌تواند به معرفی و توسعه بیشتر ادبیات موجود پیرامون «استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» و «هیپنوتراپی شناختی- رفتاری» کمک نماید و از لحاظ کاربردی نیز، به مدیران و مسئولان در شناخت بیشتر و تعیین راه‌کارهای مورد نیاز برای کاهش تعارض کار- خانواده کمک نماید. بر این اساس، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر کاهش تعارض کار- خانواده در پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس انجام گرفته است.

روش

این پژوهش به‌صورت نیمه‌آزمایشی بر روی پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس در سال ۱۴۰۰ انجام گرفته است. جامعه آماری، ۵۵۳ نفر بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند (تعداد ۱۵ نفر گروه آزمایشی درمان استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تعداد ۱۵ نفر گروه آزمایشی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و تعداد ۱۵ نفر گروه کنترل). در پژوهش‌های آزمایشی حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه می‌باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت شرکت‌کنندگان برای ورود به طرح، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه تعارض کار- خانواده، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان با انجام پژوهش و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان و عدم تمایل به

ادامه همکاری بود. عمل آزمایش بر روی گروه‌های آزمایشی انجام شد و گروه کنترل در آموزش شرکت نداشت. پس از انجام عمل آزمایشی، از هر سه گروه پس از آزمون گرفته شد و در پایان کار میانگین نمرات پس از آزمون گروه‌ها مقایسه شد تا مشخص شود که عمل آزمایشی موثر بوده است یا خیر. جهت رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام آموزش، جلسات آموزشی ارائه گردید.

برنامه مداخله‌ای استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری (هر کدام) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی (یک گروه ذهن آگاهی و گروه دیگر هیپنوتراپی) ارائه گردید. جلسات بصورت بحث گروهی و توسط رهبر هدایت شد و در پایان هر جلسه از اعضا بازخورد گرفته می‌شد. لازم به ذکر است که درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مبنای پروتکل کابات زین وهانه و (Kabat-Zinn & Hanh, 2009) طراحی و تدوین گردیده است. این برنامه طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده است.

جدول ۱. شرح مداخلات درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مبنای پروتکل (Kabat-Zinn & Hanh, 2009)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط، دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود، تعریف و مفهوم-سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد سیستم هدایت خودکار
جلسه دوم	آشنایی با نحوه تن آرامی، آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلات پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها و پیشانی
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه، آرواره‌ها، پیشانی و لب‌ها و تکالیف خانگی تن آرامی
جلسه چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه
جلسه پنجم	آموزش تکنیک پویش بدن: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...)، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)
جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها
جلسه هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار و آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه.
جلسه هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبلی و اجرای پس آزمون.

همچنین درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر مبنای پروتکل. (Wilhelm et al., 2013) طراحی و تدوین گردیده است. این برنامه نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده است.

جدول ۲. شرح مداخلات هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر مبنای پروتکل (Wilhelm et al., 2013)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، توصیف قوانین گروه، بیان اهداف گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری و وظایف اعضا
جلسه دوم	بیان قواعد گروه، آموزش علل و درمان اختلال، اصلاح برخی باورهای نادرست در مورد هیپنوتراپی شناختی رفتاری، اجرای برخی از تکنیک‌های هیپنوتراپی شناختی رفتاری، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزی
جلسه سوم	آموزش کاهش درد و تنظیم احساسات شامل، کاهش برانگیختگی شدید، بی‌قراری و عواطف مخدوش از حادثه، آموزش آرامش به کمک و تلقینات هیپنوتیزی، رویارویی با رفتارها و عواطف آزاردهنده و خودهیپنوتیزی منفی
جلسه چهارم	اجرای مداخلات شناختی رفتاری شامل، آموزش بازسازی شناختی به منظور بررسی تاثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی و مدیریت استرس
جلسه پنجم	ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزی، پردازش احساسی تصویرسازی ذهنی و پردازش خاطرات آسیب‌زا، غرقه‌سازی تصویری، تعیین سطح هیپنوتیزی، القای خودهیپنوتیزی، خودآرامی و خودپروری، بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضای گروه و تحلیل کارآمد
جلسه ششم	افزایش هویت و عملکرد رابطه‌ای، ایجاد امنیت، حمایت از اعتبار خود، به چالش کشیدن ادراکات و اعتقادات بیمار، تشویق به خودکاوی
جلسه هفتم	بررسی نیاز درمانجویان به مداخلات دارویی و ارجاع آنها در صورت لزوم.
جلسه هشتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده‌سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه و اجرای پس‌آزمون

برای سنجش تعارض کار- خانواده از پرسشنامه ۱۸ ماده‌ای چندبعدی تعارض کار- خانواده کارلسون و همکاران (Carlson et al., 2000) استفاده شد. این مقیاس ابعاد سه گانه تعارض کار- خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دامنه پاسخ‌ها از گزینه یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) با استفاده از مقیاس لیکرتی ترتیب یافته است. نمره بالاتر در این آزمون، نشان دهنده تعارض کار- خانواده بیشتر خواهد بود. ماده‌های این پرسشنامه هجده ماده‌ای، به سه مقوله شش ماده‌ای تقسیم شده است. به این صورت که شش

ماده اول، تعارض کار خانواده مبتنی بر زمان، شش ماده دوم، تعارض کار- خانواده بر مبنای توان فرسایی، شش ماده سوم، تعارض کار- خانواده مبتنی بر رفتار را می‌سنجد. در مطالعه (Mothsharai & Nisei, 2010) روایی هر یک از خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۲۰ تا ۰/۸۱ برآورد گردیده و در نهایت به لحاظ روایی محتوا به تائید متخصصان روانشناسی صنعتی قرار گرفته است.

پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها توسط سه گروه آزمودنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، در نهایت نتایج با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد) و آزمون‌های آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس و مقایسه‌های زوجی LSD با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ بررسی شد و نتایج آن مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، با توجه به این که مقیاس اندازه‌گیری داده‌ها از نوع فاصله‌ای بود، مفروضه‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس بررسی گردید. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های شاپیروویلک و کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد که مقدار P بیشتر از ۰/۰۵ بود و توزیع داده‌ها نرمال بودند. همچنین، نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه تایید گردید و این بدین معنا است که می‌توان آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۳. نتایج کوواریانس؛ مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در تعارض کار- خانواده

مجدور اتا	F	گروه کنترل		گروه هیپوترایی		گروه ذهن آگاهی		
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۶۳۶	۳۵/۸۲۳	۶/۷۱۷	۵۶/۵۳۳	۲/۶۳۴	۵۳/۱۰۲	۷/۹۴۴	۵۳/۴۰۰	پیش آزمون
		۸/۴۰۹	۵۲/۰۰۰	۴/۳۵۰	۴۱/۰۶۶	۶/۸۶۳	۴۰/۴۰۰	پس آزمون

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد در هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) از نمرات پیش آزمون تا نمرات پس آزمون تغییرات و تفاوت‌های محسوسی در متغیر تعارض کار- خانواده وجود دارد که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$) و می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپوترایی شناختی- رفتاری بر کاهش تعارض کار- خانواده در پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس تاثیر دارند.

جدول ۴. نتایج کوواریانس تک متغیره؛ مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در تعارض کار- خانواده

گروه تعارض کار و خانواده	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مبتنی بر زمان	کنترل	۱۰۶/۵۹۲	۲	۵۳/۲۹۲	۱۲/۰۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱
	آزمایش	۵۰/۷۹۹	۲	۳۶/۳۹۹	۷/۴۶۱	۰/۰۰۲	۰/۲۹۳
مبتنی بر توان‌فرسایی	کنترل	۱۰۲/۶۴۷	۲	۵۱/۳۲۳	۱۲/۴۲۹	۰/۰۰۰	۰/۴۰۸
	آزمایش	۳۷/۳۸۴	۲	۳۸/۶۹۲	۶/۸۵۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۶
مبتنی بر رفتار	کنترل	۶۳/۲۹۲	۲	۳۱/۶۴۶	۱۲/۷۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱۵
	آزمایش	۷۳/۲۲۸	۲	۳۶/۶۱۴	۱۶/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱

جدول ۴ نتایج کوواریانس تک متغیره، مقایسه نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در تعارض کار- خانواده را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر تعارض کار - خانواده تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، میزان تعارض کار - خانواده در شرکت‌کننده‌های دو گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کننده‌های گروه کنترل کاهش یافته است و می‌توان نتیجه گرفت که با ۹۹ درصد اطمینان درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر مولفه‌های تعارض کار- خانواده در پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس تاثیر دارند.

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی LSD میانگین نمرات آزمودنی‌های سه گروه (ذهن آگاهی، هیپنوتراپی و کنترل) در پرسشنامه تعارض کار- خانواده

تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
ذهن آگاهی	هیپنوتراپی	-۰/۶۶۷
	کنترل	-۱۶/۱۳۳
هیپنوتراپی	ذهن آگاهی	۰/۶۶۷
	کنترل	-۱۵/۴۶۷
کنترل	ذهن آگاهی	۱۶/۱۳۳
	هیپنوتراپی	۱۵/۴۶۷

جدول ۵ نتایج مقایسه زوجی LSD نشان داد که بین گروه آزمایش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد، بین گروه آزمایش هیپنوتراپی شناختی- رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد، اما بین دو گروه آزمایش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری از لحاظ اثرگذاری بر متغیر وابسته (تعارض کار- خانواده) تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر تعارض کار- خانواده در پرسنل پالایشگاه گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش تعارض کار و خانواده در کارکنان پالایشگاه می‌گردد. این یافته منطبق با یافته‌های پژوهش مزینانی و همکاران (Mazinani et al., 2022) است که در پژوهش خود نتیجه گرفتند آموزش ذهن‌آگاهی بر تعارض کار- خانواده کارکنان مؤثر بوده است. پژوهش شفیع‌آبادی و همکاران (Shafiabadi et al., 2019) با عنوان اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تعارض کار و خانواده در پرستاران متأهل حاکی از آن بود که آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری موجب کاهش تعارض کار و خانواده در پرستاران متأهل شده است. یافته‌های مطالعه کبیرز (Kiburz, 2012) نیز نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری باعث کاهش تعارض کار- خانواده در افراد شاغل می‌شود. همچنین، میشل و همکاران (Michel et al., 2014) در مطالعه‌شان نشان دادند، آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش تعارض کار و خانواده می‌شود و به تبع آن کیفیت زندگی کاری و بهزیستی روانشناختی کارکنان را ارتقاء می‌دهد.

در روش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به فرد یاد داده می‌شود که نسبت به افکار، احساسات و هیجانات خود، آگاهی و توجه داشته باشد و آنها را بدون قضاوت بپذیرد و به افراد گسترش دید و توجه به خود و لحظه حال آموزش داده می‌شود. زمانی که فرد بتواند با احساسات و افکار خود آشنایی پیدا کند و خود را در لحظه حال دریابد، آرامش و تمرکز را تجربه می‌کند و با انجام تمرینات توانایی مهارگری افکار و هیجانات خود را پیدا می‌کند و در نتیجه حال خوب را در شرایط مختلف کاری و زندگی تجربه می‌کند و این امر باعث کاهش تعارضات افراد در محیط کار و محیط خانوادگی افراد می‌شود. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی اثربخشی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارض کار و خانواده این است که آموزش ذهن‌آگاهی از طریق تأثیری که بر استرس و فرسودگی شغلی می‌گذارد، میزان تعارض کار و خانواده را نیز به‌طور معنادار کاهش می‌دهد. در واقع تعارض کار و خانواده پدیده‌ای نیست که خیلی سریع رخ دهد، بلکه استرس‌ها و تنش‌های روزمره زندگی کاری به مرور انباشته می‌شود و فرد شاغل اقدام موثری برای مدیریت این تنش‌ها از خود بروز نمی‌دهد، چون فاقد ویژگی‌ها و مهارت لازم است. در نتیجه این تنش‌های حل نشده زندگی کاری به شکل مخرب‌تری بروز پیدا می‌کند و زندگی شغلی و خانوادگی فرد را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (Bagherzadeh et al., 2016). افراد شاغل که برخوردار از مهارت

ذهن آگاهی هستند، می‌توانند نسبت به نشانه‌های تعارض کار و خانواده که به صورت تنش‌های مختلف و گذرا در افکار، احساسات، هیجانات و رفتارهایشان بروز پیدا می‌کنند، آگاهی غیرقضاوت‌گونه را پرورش دهند. آگاهی لحظه به لحظه و غیرقضاوت‌گونه از تنش‌هایی که به صورت مداوم ظاهر شده و ناپدید می‌شوند، باعث می‌شود که افراد اسیر این احساسات و هیجانات ناخوشایند نشوند و به جای برخورد واکنشی به صورت کنشگرانه، اقدام مؤثر و سازنده برای حل آن انجام دهند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هیپنوتراپی شناختی رفتاری منجر به کاهش تعارض کار-خانواده در کارکنان پالایشگاه می‌گردد. این یافته همسو با نتایج پژوهش (Sadat Madani & Tavallaii, 2019) است که در پژوهش خود نتیجه گرفتند روش درمانی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و تعارض بیماران مؤثر است. پورحمیدی و همکاران، (Pourhamidi et al., 2019) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان تاثیر دارد. ضیایی سانچ و صادق‌پور، (Ziaei Sanich & Sadegh Pour, 2020) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت نفس و هیجان‌خواهی تاثیر معنادار دارد. همچنین، بهاروند و همکاران (Baharvand et al., 2020) در پژوهش خود نشان دادند که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر کاهش استرس تاثیر معناداری دارد. استرس شغلی یکی از منابع مهم شکل‌گیری تعارض کار و خانواده می‌باشد. استرس شغلی در صورتی که مدیریت نشود، به صورت مزمن در می‌آید و تبدیل به فرسودگی شغلی می‌شود. در نتیجه فرد شاغل نه تنها عملکرد مطلوبی در محیط کار از خود نشان نمی‌دهد، بلکه در زندگی خانوادگی نیز دچار سرخوردگی و تعارض می‌گردد (Huang et al., 2015) و این تعارض می‌تواند منجر به مسائل و مشکلات خاصی در امر مدیریت و امور کاری نظیر افزایش غیبت از کار، کاهش بهره‌وری، افت استانداردهای کاری، بی‌انگیزگی در محیط کار، کاهش رضایت شغلی، ترک شغل و کمبود نیروی انسانی در هر حرفه‌ای شود. اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. افراد با شرکت در جلسات گروهی آموزشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری تا حدودی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با استفاده از نظرات و راه‌حل‌های دیگران دیدگاه‌های وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه پیدا می‌کنند. همچنین، استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثر رساندن آگاهی طولانی مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل رساندن حواس‌پرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند (Tosi & Baisden, 2008). هیپنوتیزم، چارچوبی ذهنی ارائه می‌کند مبنی بر اینکه توجه می‌تواند به سوی تجاربی گسترده‌تر مانند

احساس صمیمیت، شادی و احساساتی از این قبیل هدایت شود. چنین راهبردهایی می‌تواند سبب کاهش تنش در فرد شود و کاهش تعارض کار-خانواده را موجب گردد (Elkins et al., 2007).

دیگر هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تعارض کار-خانواده در کارکنان بوده است. پس از بررسی نتایج می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین میزان اثربخشی درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری تفاوت وجود دارد، اما از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته از جهت عدم تفاوت در دو گروه درمانی با نتایج پژوهش بادله و همکاران (Badeleh et al., 2013) همخوان است.

انجام هر نوع تحقیق کاربردی به دلیل وجود متغیرهای خارجی و داخلی تاثیرگذار، محدودیت‌هایی را برای پژوهشگر ایجاد می‌کند. مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله اینکه نمونه مورد نظر شامل کارکنان شرکت گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس بود و این مسئله تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. در راستای تعمیم‌پذیری بیشتر پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی در حجم نمونه بیشتر، از کارکنان شرکت گاز سایر مناطق کشور و کارکنان سایر مشاغل انجام شود. همچنین مولفه‌های جمعیت‌شناختی از قبیل جنسیت، سابقه و پست سازمانی در نظر گرفته شود تا بتوان با قدرت بیشتری نتایج را تعمیم داد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش برگزاری جلسات آموزشی توسط خود پژوهشگر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از درمان گروهی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در جهت کاهش سایر مشکلات شغلی و روانی در کارکنان استفاده گردد و مداخلات درمانی بر روی متغیرهای سازمانی از جمله فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی انجام گردد.

از مسئولان و کارکنان شرکت گاز شهید هاشمی‌نژاد سرخس که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Ahmadvand, Z., Heydarinasab, L., & Shairi, M. R. (2012). Prediction of psychological well-being based on the comonents of mindfulness. 60-69. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_340.html?lang=fa (In Persian)
- Badeleh, M., Fathi, M., Aghamohammadian Sharbaf, H. R., Taghi Badeleh, M., & Ostadi, N. (2013). Compare the effect of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on increasing the self-esteem of adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 15(59), 194-204. <https://core.ac.uk/reader/33099310> (In Persian)
- Bagherzadeh, R., Taghizadeh, Z., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Pourreza, A., & Ebadi, A. (2016). Relationship of work-family conflict with burnout and marital satisfaction: cross-domain or source attribution relations? *Health promotion perspectives*, 6(1), 31. <https://doi.org/10.15171/hpp.2016.05>
- Baharvand, V., Dortaj, F., Nasri, S., & Nasrollahi, B. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with cognitive hypnotherapy and eye movement desensitization (EMDR) and reprocessing on the reduction of traumatic stress symptoms of flooded women [Research]. *Journal of psychological science*, 19(86), 203-212. <http://psychologicalscience.ir/article-1-607-en.html> (In Persian)
- Bavi, S., Karimi, J., Shiralinia, K., & Imani, M. (2009). Investigating the effectiveness of career decision-making skills training on career decision-making self-efficacy and career indecision of students. *New findings in psychology*, 5(13), 53-65. <https://www.sid.ir/paper/174995/fa> (In Persian)
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brunero, S., Wand, A. P., Lamont, S., & John, L. (2016). A point prevalence study of the use of psychotropic medication in an acute general hospital. *Int Psychogeriatr*, 28(6), 967-975. <https://doi.org/10.1017/s104161021500232x>
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational behavior*, 56(2), 249-276. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1999.1713>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/search/advanced?id=05a3d678-cd47-8206-7ff5-11d3f41cd7f8>
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287. <https://doi.org/10.1080/00207140701338621>
- Etemady, Z. (2010). *Effectiveness of group cognitive therapy-Humanistic increase self-esteem and life satisfaction of married women* Ferdowsi University of Mashhad]. Mashhad.
- Gorgi, S., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2021). Comparing the effectiveness of occupational stress educational package with mindfulness-based cognitive therapy on perceived job stress. *Feyz*, 25(2), 866-875. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4265-fa.html> (In Persian)
- Hashemi S. S., S. I., Arshadhi, N., & Bazrafkan, H. (2017). Structural analysis of work-family conflict with job satisfaction and mental health. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1(3), 349-365. https://fcp.uok.ac.ir/article_9475.html?lang=en (In Persian)

- Huang, S.-L., Li, R.-H., Huang, F.-Y., & Tang, F.-C. (2015). The potential for mindfulness-based intervention in workplace mental health promotion: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(9), e0138089. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138089>
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Kiburz, K. M. (2012). *Being Present at Work and at Home: Can a Mindfulness-Based Intervention Reduce Work-Family Conflict?* University of South Florida. Florida. <https://digitalcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5544&context=etd>
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 214. <https://hypnose-vexin.com/wp-content/uploads/2018/09/Hypnosis-as-an-Adjunct-to-CBT-1995.pdf>
- Kyriacou, C. (2001). Teacher Stress: Directions for future research. *Educational Review*, 53(1), 27-35. <https://doi.org/10.1080/00131910120033628> (doi: 10.1080/00131910120033628)
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7), 1335-1341. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.010>
- Mazerolle, S. M., Bruening, J. E., & Casa, D. J. (2008). Work-family conflict, part I: antecedents of work-family conflict in National Collegiate Athletic Association Division IA certified athletic trainers. *Journal of athletic training*, 43(5), 505-512. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.5.505>
- Mazinani, F., Koochakentezar, R., Noori, A., & Salehi, M. (2022). Comparison of the efficacy of mindfulness and emotional intelligence training methods on psychological well-being, work-family conflict, and job stress. *Journal of psychological science*, 21(109), 187-206. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.109.187> (In Persian)
- Michel, A., Bosch, C., & Rexroth, M. (2014). Mindfulness as a cognitive-emotional segmentation strategy: An intervention promoting work-life balance. *Journal of occupational and organizational psychology*, 87(4), 733-754. <https://doi.org/10.1111/joop.12072>
- Mothsharai, M. H., & Nisei, A. (2010). *Testing a theoretical model of work-family conflict in nurses of Shiraz government hospitals* Shahid Chamran University]. Ahvaz. <https://scu.ac.ir/#>
- Naderi, F., Heydari, A., & Meshaalpour, M. (2014). The relationship between action flexibility, positive and negative affect with self-efficacy and job satisfaction in Ahvaz municipality employees. *New findings in psychology*, 3(9), 7-24. <https://www.sid.ir/paper/175092/fa>
- Nejati, S., Zahiroddin, A., Afrookhteh, G., Rahmani, S., & Hoveida, S. (2015). Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension. *Journal of Tehran University Heart Center*, 10(3), 140-148. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685370/pdf/JTHC-10-140.pdf>
- Pourhamidi, M., Sarvghad, S., & Rezaei, A. (2019). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy in reducing anxiety symptoms and improving the quality of life of high school students with exam anxiety.

- Psychological methods and models*, 10(35), 17-39. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_3511_9deac883e6cc78c7cbd9435402b92f66.pdf
- Reynolds, J. W. (2016). *Mechanisms of action in mindfulness-based stress reduction (MBSR), and specific factors mediating the reduction of anxiety* George Mason University]. <https://www.proquest.com/openview/dd3e8d3ba9f8526152b968063742da39/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Roberston, D. (2013). *A Brief introduction hypnotherapy cognitive- bhavioural hypnotherapy*. Routledge. <https://www.amazon.com/Practice-Cognitive-Behavioural-Hypnotherapy-Evidence-Based-Clinical/dp/1855755300>
- S. Asmaee, M., Seghatoleslam, T., Homan, H., Akhvast, A., & Habil, H. (2012). Effect of mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iran J Public Health*, 41(10), 24-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494227/>
- Sadat Madani, S. A., & Tavallaii Zavareh, A. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy in reducing symptoms and treatment of anxiety. *Health Research Journal*, 4(1), 16-22. <https://civilica.com/doc/1516073/>
- Salmani, B. N., Taghavi, L. T., & Sharifi, N. (2004). The method of coping with stress. *Journal of hayat*, 10(23), 21- 27. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-245-fa.html>
- Shafiabadi, A., Zemydani, M. H., & Salimi, H. (2019). Effectiveness of Mindfulness Training on Work-family Conflict in Married Nurses. *Journal of Nursing Education (JNE)*, 7(5), 38-44. <https://doi.org/10.21859/jne-07056> (In Persian)
- Takahashi, A. M. (2016). Job stress in Japanese academia: The role of relative income, time allocation by task, and children. *Journal of Asian Economics*, 43, 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2016.01.004>
- Tosi, D., & Baisden, B. (2008). *Cognitive-experiential therapy and hypnosis. Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. John Wiley & Sons.
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of research in personality*, 43(3), 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>
- Wilhelm, O., Hildebrandt, A., & Oberauer, K. (2013). What is working memory capacity, and how can we measure it? *Frontiers in psychology*, 4, 433.
- Winzelberg, A. J., & Luskin, F. M. (1999). The effect of a meditation training in stress levels in secondary school teachers. *Stress medicine*, 15(2), 69-77. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199904\)15:2%3C69::AID-SMI787%3E3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199904)15:2%3C69::AID-SMI787%3E3.0.CO;2-W)
- Ziaei Sanich, S., & Sadegh Pour, A. (2020). Effectiveness of Cognitive and Behavioral Hypnotherapy on the Self-Esteem and Emotion-Seeking of the Women with Depression Who Refer to Consultation Centers. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(6), 1882-1895. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.15334> (In Persian)

Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Emotion Regulation and Life Quality of Child Workers

Seyedeh Elnaz Mousavi 

Assistant Professor in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. Email: dr.emousavi@zums.ac.ir

Gholamreza Ahmadi 

MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran. Email: mhjavadi1384@gmail.com

Vahideh Javadi 

MA in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan Iran. Email: vjavadi76@gmail.com

Leila Salek Ebrahimi 

Assistant Professor in Clinical Psychology, Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author), Email: leila.saleck@gmail.com

Sogand Ghasemzadeh 

Assistant Professor, Department of Psychology and Exceptional Child Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Recived: 2023-05-11	Revised: 2023-11-07	Accepted: 2024-03-16	Published: 2024-03-16
Citation: Mousavi, S. E., Ahmadi, G., Javadi, V., salek ebrahimi, L., & Ghasemzadeh, S. (2024). Comparison of the effectiveness of Unified Transdiagnostic therapy and cognitive- behavioral therapy on emotion regulation and life quality of child laborers. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 143-160. doi: 10.22067/tpccp.2024.80641.1446			

Abstract

Introduction

The high rate of child labor and terrible conditions of families may force children to become workers for the rest of their lives, and also cause many emotional, physical, and social harms to them. Findings indicate that such issues as childhood injuries and difficulty in emotional regulation can be associated with suicidal thoughts in working children and risk factors for some psychopathologies such as depression and anxiety. Emotion regulation is a process that helps people understand the kind of their emotions, the way they should experience it, and the method of expressing them. Therefore, interventions for regulating emotions and improving life quality of the children are important. Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) are among the interventions that have been proven to be effective in treating and preventing emotional disorders. Transdiagnostic approaches emphasize the commonalities of emotional disorders rather than their differences. They seek to treat comorbid disorders by developing new and unified therapeutic protocols. This study aimed to investigate and compare the effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy with CBT approach on emotion regulation and life quality of child workers.

Method

A quasi-experimental method with a control group, random assignment, and a pretest-posttest and follow-up design was applied to examine the study hypotheses. The statistical population concluded all child workers in Tehran and the sample consisted of 45 children under the auspices of the Empowerment Center for Women and Children in Tehran in 2019. The



©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.

participants were randomly assigned to three groups: unified transdiagnostic therapy (15 participants), CBT (15 participants), and control group (15 participants). Unified transdiagnostic therapy was performed based on Barlow's Unified Protocol for Children (15 sessions) and CBT was performed based on Kendall protocol (18 sessions). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) of Garnefski et al. (2007) and Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) were administered before and after the intervention and three months after the treatment in the follow-up phase. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results

The output of the mixed analysis of variance test indicates that the impact of time factor on emotion regulation ($F=38.99$, $P<0.01$; $F=13.45$; $P<0.01$) as well as time and group interaction on the emotion regulation (partial $\eta^2=0.48$, $F=38.99$; $P<0.000$ partial $\eta^2=0.38$; $F=13.06$, $P<0.000$) are significant. Moreover, comparing the effectiveness of emotion regulation strategies due to the interventions showed that transdiagnostic therapy is more effective than CBT through using less non-adaptive emotion regulation strategies and more adaptive emotion regulation strategies. The intergroup factor had no significant impact on life quality in any of the transdiagnostic and CBT interventions. The non-significance results related to this variable, however, can be attributed to the lack of a suitable tool for evaluating sixteen levels of quality of life among the members of this age group. Furthermore, for a more comprehensive evaluation of life quality in childhood, the children's self-reports, and the information provided by parents or guardians or any adult who has a close relationship with children and aware of the behavioral aspects of children's emotions should be evaluated. The questionnaire was, however, adjusted for children and lacked the information. Therefore, this may have also affected the results.

Discussion and Conclusion

Regarding the effectiveness of transdiagnostic treatment on children's emotion regulation, it can be concluded that the defect in emotional processing is known as an underlying factor in most emotional problems. Increasing emotional awareness makes people master the factors leading to their emotional problems. Considering that labor children may face some psychologically and emotionally stressful conditions and began to ignore or suppress their emotions, making them aware of their emotions can empower adaptive emotional regulation strategies.

Another finding is that none of the interventions had significant impact on increasing the quality of children's lives. The finding contrasts the findings of previous studies. This may be attributed to different tools or specific characteristics of the studied participants. The utilized tool of this research has not been able to target and evaluate sixteen elements and aspects of quality of life. For a more comprehensive assessment of the quality of life of childhood, children's self-reports and the information provided by their parents, their caregivers, and any adult relative of close relationship should also be used.

The finding showed that transdiagnostic protocol for children can be used on vulnerable populations. It is suggested to use a larger sample size, conduct longer-term follow-ups (more than 3 months), study the mechanisms of the effect of transdiagnostic treatment in children during studies, and compare the effectiveness of transdiagnostic treatment with other types of specific and disorder-oriented treatments in children.

Keywords: Child Workers, Transdiagnostic Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Emotion Regulation, Quality of Life

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار

سیده الناز موسوی 

استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. dr.emousavi@zums.ac.ir

غلامرضا احمدی 

دانش آموخته گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. mhjavadi1384@gmail.com

وحیده جوادى 

دانش آموخته گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. vjavadi76@gmail.com

لیلا سالک ابراهیمی 

استادیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

سوگند قاسم زاده 

استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶
استناد: موسوی، سیده الناز؛ احمدی، غلامرضا؛ جوادى، وحیده؛ سالک ابراهیمی، لیلا؛ قاسم زاده، سوگند. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۶۰-۱۴۳. doi: 10.22067/tpccp.2024.80641.1446			

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و مقایسه‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه آماری کلیه کودکان کار شهر تهران بودند که ۴۵ نفر از آنها به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. درمان فراتشخیصی بر اساس نسخه کودک پروتکل یکپارچه‌نگر بارلو و درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل کنдал انجام شد. مقیاس‌های تنظیم هیجان گرانفسکی و همکاران، و مقیاس کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان برای گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر تنظیم هیجان معنی دار است. در حالی که عامل بین گروهی و درون گروهی در هیچ یک از مداخله‌ها تاثیر معنی داری بر سطوح کیفیت زندگی نداشت. مقایسه‌ی میانگین‌ها نشانگر آن است که درمان فراتشخیصی نسبت به درمان شناختی رفتاری در تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است.

کلیدواژه‌ها: کودکان کار، درمان فراتشخیصی، درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی.

مقدمه

هرچند مسئله کودکان کار پدیده‌ای است که می‌تواند در هر جایی قابل مشاهده باشد، با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که این پدیده روانی-اجتماعی معضلی شایع در کشورهای در حال توسعه است (Shendell et al., 2016). بر اساس ماده یک پیمان نامه حقوق کودک و نوجوان، مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، کودکان کار به افراد زیر ۱۸ سالی اطلاق می‌شود که برای ادامه بقا مجبور به کار در خیابان هستند، خیابان منبع معاش آن‌ها بوده و از آنان به طور مطلوب سرپرستی، نگهداری و حمایت کافی صورت نمی‌گیرد. آمار دقیقی از تعداد کودکان کار در ایران و جهان وجود ندارد، هرچند که یونسف تعداد آن‌ها را بیش از ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده است که از این تعداد بیش از ۲۵ میلیون کودک کار در آسیا زندگی می‌کنند (Ebrahimi et al., 2019). سازمان جهانی کار نیز طی آخرین گزارش خود در این زمینه، تعداد تقریبی آنان را در حدود ۱۶۸ میلیون نفر و در دامنه سنی بین ۵ تا ۱۷ سال در سراسر جهان گزارش کرد (حدود ۱۱ درصد جمعیت کل کودکان و نوجوانان جهان). حدود نیمی از این تعداد یعنی ۸۵ میلیون نفر، به طور مستقیم در معرض خطرات روانی و بهداشتی قرار دارند (Organization., 2013).

در کنار شیوع بالای مسئله کودکان کار در جهان امروز، شرایط خانوادگی نامناسبی که می‌تواند کودکان را برای ادامه زندگی به کودک کار تبدیل کند، همزمان می‌تواند آسیب‌های هیجانی، جسمانی و اجتماعی متعددی را بر این کودکان متحمل سازد. از طرفی، موقعیت بسیار دشوار و پر استرسی که در زندگی کار خیابانی وجود دارد، میزان احتمال انواع سوء استفاده‌ها را برای این کودکان دوچندان می‌کند که معضلات هیجانی متعدد نیز از پیامدهای آن شناخته می‌شود (Arshad et al., 2015; Embleton et al., 2016). سطح بالای آسیب در محیط زندگی این کودکان و برانگیختگی ناشی از آن می‌تواند منابع روانی مورد نیاز برای مدیریت مؤثر هیجانات در این کودکان را تقلیل دهد (Ebrahimi et al., 2019). همچنین یافته‌ها نشانگر آن است که آسیب‌های کودکی و دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند با ایده‌پردازی خودکشی در کودکان کار همراه باشد (Mahmoodnejad et al., 2018). مدیریت یا تنظیم هیجانی به عنوان فرایندهای تعریف می‌شوند که افراد می‌توانند بواسطه‌ی آن بر داشتن‌ها و چگونگی هیجان‌ها و نحوه‌ی تجربه و ابراز هیجانی خود تاثیر بگذرانند (Trougakos., 2020). گزارش‌ها حاکی از آن است که کژکاری در تنظیم هیجان در طیف وسیعی از معضلات هیجانی نقش دارد، به طوری که این نقص در بیش از نیمی از اختلال‌های محور یک و تمامی اختلال‌های محور دو قابل مشاهده است (Gross., 2014). بنابراین در کنار نقش تجارب محیطی آسیب‌زا بر نظام هیجانی کودکان کار، کژکاری ایجاد شده در تنظیم هیجانی نیز، اختلال‌های هیجانی

مضاعفی را برای آن به همراه خواهد داشت. در واقع همسو با مدل کابر (Kober., 2014) می‌توان گفت که معضلات هیجانی می‌تواند نتیجه و پیامدی از کژکاری تنظیم هیجانی باشد.

کژکاری تنظیم هیجانی همچنین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (Nedaei et al., 2016). کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌های چند بعدی شناخته می‌شود که در زندگی کودکان کار به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی بصورت ادراک فرد از جایگاهش در جهان، بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند تعریف می‌شود (Group., 1995). این سازه عاملی مرتبط با وضعیت روانی (Berghöfer et al., 2020) و تنظیم هیجان شناخته می‌شود که می‌تواند به عنوان یکی از اهداف اساسی درمانی شناخته شود. با توجه به اینکه کیفیت زندگی شامل "سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط" می‌شود، می‌توان انتظار داشت که اغلب این ابعاد در کودکان خیابانی کاهش پیدا کند، همچنین یافته‌ها نیز نشانگر آن است که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی با اغلب ابعاد کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد، درحالی که استفاده از مکانیزم‌های کژکارکرد تنظیم هیجانی مانند سرکوب اثرات آسیب‌زایی بر بیشتر مولفه‌های کیفیت زندگی دارد (Ciuluvica et al., 2014)، بنابراین با توجه به اهمیت راهبردهای تنظیم هیجان و پیامدهای آن، و همچنین با نظر به آسیب‌پذیری که در زمینه تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار وجود دارد، می‌توان انتظار داشت که مداخله در این سازه‌ها می‌تواند پیامدهای مثبت متعددی را برای کودکان داشته باشد.

یکی از مداخلاتی که در زمینه‌ی درمان و پیشگیری معضلات هیجانی اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته، درمان شناختی رفتاری است. علاوه بر این تحولات جدید در حوزه رفتاردرمانی شناختی و همچنین محدودیت‌های که در زمینه‌ی اثربخشی بعضی از مداخلات موجود وجود دارد (Moses & Barlow., 2006)، به معرفی مدل جدیدی به نام درمان فراتشخیصی یا رویکرد یکپارچه توسط بارلو و همکارانش منجر شده است. رویکرد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند کاربرد داشته باشد (Bastani et al., 2011).

اهنریش می و همکارانش نسخه بزرگسال پروتکل یکپارچه بارلو را برای کودکان و نوجوانان متناسب سازی کرده‌اند (Ehrenreich-May et al., 2017). اهنریش می و بلیک در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی نسخه کودک پروتکل یکپارچه برای درمان اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی در کودکان پرداختند. بیست و دو کودک (۷ تا ۱۲ ساله) با اختلال اضطراب و علائم افسردگی همراه در جلسات درمانی شرکت کردند. نتایج نشان داد که این درمان روشی مناسب و موثر در درمان اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی همراه در کودکان است (Bilek & Ehrenreich-May., 2012). در یک مطالعه دیگر کوین، بارلو و اهنریش

می، نسخه نوجوان پروتکل یکپارچه را برای درمان مورد استفاده قرار دادند که با پیگیری شش ماه اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفت (Queen et al., 2014). گارسیا-اسکالرسا و همکاران نیز در مطالعه که در کشور اسپانیا به بررسی اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر بر کاهش معضلات هیجانی پرداختند، نشان دادند که مداخله صورت گرفته در کاهش اضطراب و افسردگی موثر واقع شده است (García-Escalera et al., 2017) که همسو با بررسی انجام شده در ژاپن می‌باشد (Ito et al., 2016).

علیرغم تایید اثربخشی و محدودیت‌های که در زمینه‌ی درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مطالعات متعدد وجود دارد (Ellard et al., 2010; Sloan et al., 2017; Varkovitzky et al., 2018)، تعیین مداخله‌ای که با بیشترین اثربخشی و پایداری همراه باشد به عنوان یکی از اهداف اساسی بالینگران و پژوهشگران شناخته می‌شود. با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات محدودی در رابطه با مقایسه دو درمان به ویژه در کودکان کار انجام شده است؛ این در حالی است که برخی از درمان‌ها ممکن است با توجه به تفاوت‌های فرهنگی سازگاری بیشتری برای برخی فرهنگ‌ها و افراد داشته باشد. برای مثال لیتو و همکاران (Ito et al., 2022) با تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های هیجانی در کشور ژاپن، گزارش می‌کنند که این درمان انطباق بیشتری در مقایسه با CBT برای فرهنگ ژاپن دارد. همچنین برخی نیز بر این باورند که جلسات درمانی، صرف نظر از نوع درمان می‌تواند تا ۳۰ درصد از تغییرات درمانی را تبیین نماید (Clark., 2009). این در حالی است که فهم بهتر ما از عوامل موثر و چگونگی تغییرات ایجاد شده در فرایند مداخلات، می‌تواند پیامدهای درمانی با اثربخشی و پایداری بالا را به همراه داشته باشد. با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات محدودی در رابطه با مقایسه دو درمان، به ویژه در رابطه با کودکان کار انجام شده است (Arnfred et al., 2017; Mohammadi et al., 2013).

از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار انجام شده است. در واقع مسئله پژوهش حاضر این است که کدام یک از مداخله‌ها اثربخشی و پایداری بالایی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی کودکان کار دارد.

روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دارای سه گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی و پیش آزمون، پس آزمون و نیز یک دوره پیگیری سه ماهه بود. در این پژوهش، درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند و اثربخشی آنها بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی به عنوان

متغیرهای وابسته، بررسی شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان آسیب دیده اجتماعی (کودکان کار) شهر تهران تشکیل می‌دهد. نمونه‌ی آماری ۴۵ نفر از دختران تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول کوهن با توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دوطرفه)، اندازه اثر ۰/۸ در هر گروه ۱۰ نفر و با توجه به احتمال ریزش، ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۴۵ نفر تعیین شد که به شیوه هدفمند از جامعه آماری انتخاب شدند.

جنسیت دختر، دامنه سنی بین ۸ تا ۱۱ سال، عضویت در مراکز تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار، علاقمندی شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش بر اساس مفاد رضایت نامه کتبی، داشتن حداقل یک والد و موافقت وی برای حضور در جلسات، ملیت ایرانی، عدم ابتلا به بیماری طبی مزمن و عدم سابقه سوء استفاده جنسی به عنوان معیارهای ورود به پژوهش، و همچنین دریافت مداخله روانشناختی مشابه دیگر هم زمان با اجرای پژوهش حاضر، دارودرمانی هم زمان با مداخله یا طی یک ماه قبل از شروع مداخله، عدم رضایت به ادامه درمان در حین فرآیند مداخله، تشدید مشکلات فرد در حین مداخله و لزوم ارائه مداخله دیگر و غیبت بیش از دو جلسه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه شناخته می‌شوند.

ابزار جمع آوری داده ها

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیای کودکان سنین مدرسه (K-SADS-PL): این ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای است که توسط کافمن و همکاران (Kaufman et al., 1997) ساخته شده و به منظور ارزیابی دوره‌های فعلی و قبلی علائم و اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان بر اساس معیار DSM- IV طراحی شده است. پنج ضمیمه تشخیصی در K-SADS-PL وجود دارد که عبارتند از: ۱. اختلالات خلقی؛ ۲. اختلالات سایکوتیک؛ ۳. اختلالات اضطرابی؛ ۴. اختلالات رفتاری؛ و ۵. سوء مصرف مواد و سایر اختلالات. زمان لازم برای انجام این مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه برآورد می‌شود که در بیماران این مدت زمان معمولاً به ۹۰ دقیقه نیز افزایش می‌یابد. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار بر روی ۱۱۲ نفر از جمعیت بالینی بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تأیید شده است (RamezaniFarani et al., 2016).

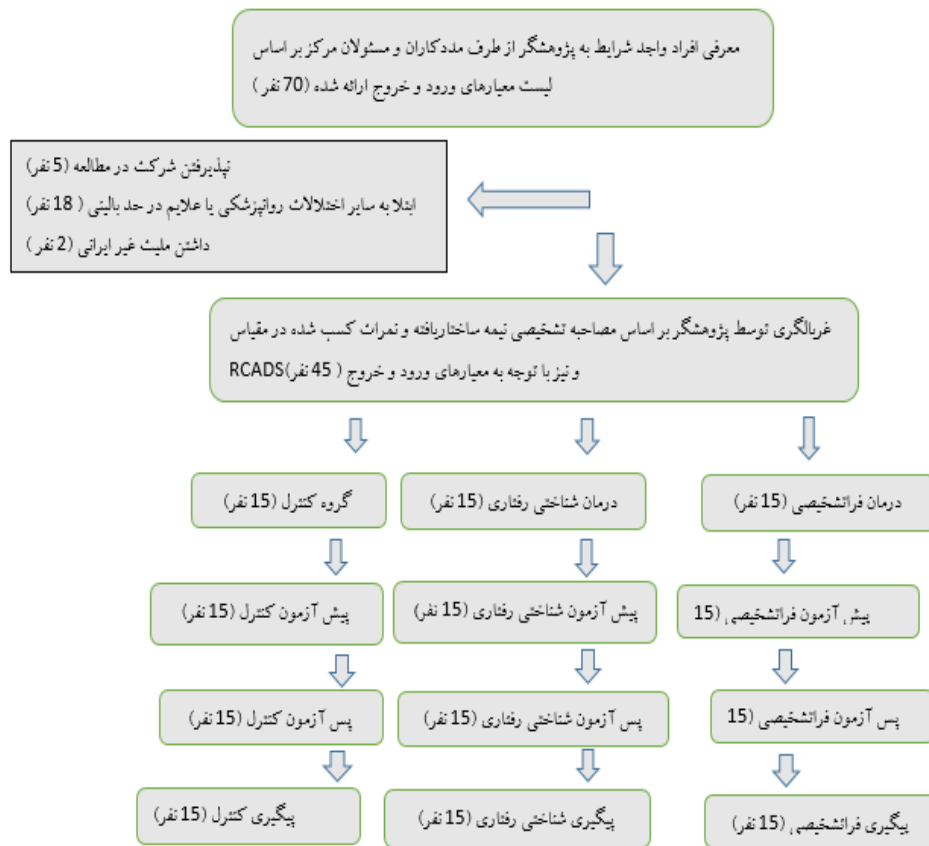
پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان - نسخه کودک (CERQ): نسخه کودک پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی هیجان، یک نسخه تعدیل یافته از فرم بزرگسال است. این نسخه توسط گرانفسکی و همکاران (Garnefski et al., 2007) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و به صورت خود گزارشی است. مطالعه مشهدی و همکاران (Mashhadi et al., 2012) که با هدف بررسی ساختار عاملی و اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران صورت گرفت، نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی در جامعه

ایران برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان: پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله (PedsQL) دارای ۲۳ سؤال است. گزینه‌های پرسشنامه در طیف لیکرت و از هرگز تا همیشه نمره گذاری می‌شود. روایی محتوایی کل ابزار ۰/۸۴ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (Mohamadian., 2014). جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌ها در پژوهش حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. قاعده کلی این است که مقدار آلفای کرونباخ یک مقیاس باید حداقل ۰/۷۰ باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از متغیرهای تحقیق در جدول ۱ مشخص شده است. همانطور که مشاهده می‌شود تمامی متغیرها دارای پایایی قابل قبول هستند.

روش اجرا

در این پژوهش، پس از دریافت مجوزهای لازم، پژوهشگر به یکی از شعب وابسته به شبکه یاری کودکان کار در شهر تهران مراجعه کرد و به صورت حضوری با مسئولان این مرکز درمورد پژوهش حاضر و اهداف آن و نیز معیارهای ورود و خروج افراد به پژوهش صحبت کرد، به منظور انتخاب اعضای نمونه و رعایت معیارهای ورود و خروج مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه به عمل آمد. در نهایت ۴۵ نفر از این کودکان انتخاب شده، طی یک جلسه مقدماتی پیش از شروع مداخله، رضایت نامه شرکت در طرح، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و نیز مقیاس تنظیم هیجان و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند تا نمرات پیش آزمون مربوطه ثبت شوند. در گام بعدی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه جای گرفتند. افراد گروه اول درمان فراتشخیصی و گروه دوم درمان شناختی رفتاری را دریافت کردند. افراد گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله و نیز سه ماه بعد از اتمام، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور تکمیل شدند. لازم به ذکر است در این پژوهش، ۲ جلسه غیبت از جلسات مجاز بود و ۳ جلسه غیبت به عنوان ملاک ریزش تعیین می‌شد که بر اساس این معیار و با توجه به برخی سیاست‌های تشویقی اتخاذ شده از طرف مرکز در قالب ارائه امتیازهایی برای حضور در جلسات که به والدین کودکان اعطا می‌شد، هیچ کدام از نمونه‌ها بیش از دو جلسه غیبت نداشتند و در نتیجه ریزشی در تعداد نمونه‌ها در هیچ یک از جلسات اجرا، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رخ نداد. نحوه چینش و ورود و خروج شرکت کنندگان در نمودار ۱ گزارش شده است.



نمودار ۱: ورود و خروج شرکت کنندگان

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی با میانگین سنی $9/20 \pm 1/07$ و کمینه و بیشینه ۸ تا ۱۱ سال نشانگر آن است که بیش از ۶۰٪ درصد شرکت کنندگان در پایه‌های تحصیلی سوم و چهارم ابتدایی قرار داشتند، به‌طوری که فراوانی‌های مذکور در گروه‌های مختلف (درمان یکپارچه‌نگر، شناختی-رفتاری و گروه کنترل) نیز تقریباً در شرایط یکسانی قرار داشتند.

همچنین با هدف تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل واریانس مختلط مورد آزمون قرار گرفت. آنچنان که در جدول ۱ نیز قابل مشاهده است خروجی آزمون شاپیرو-ویلک ($p > 0/05$) و دامنه کشیدگی و کجی ($+2$ تا -2) داده‌ها بیانگر توزیعی بهنجار می‌باشند.

جدول ۲: خروجی آزمون شاپیرو-ویلک و شاخص‌های توزیع

متغیر	سطح معناداری	کجی	کشیدگی
تنظیم هیجان-راهبردهای مثبت	۰/۲۶۵	۰/۱۴۷	-۰/۸۷۷
تنظیم هیجان-راهبردهای منفی	۰/۵۹۳	-۰/۰۷۰	-۰/۷۳۴
کیفیت زندگی	۰/۲۱۳	-۰/۰۴۳	-۰/۹۶۸

سطح معنی‌داری آزمون باکس نیز نشانگر این است که ماتریس کوواریانس مشاهده شده در سطوح متغیرهای وابسته همسان است ($M=146/98$; $p > 0/05$). همچنین علیرغم یکسان بودن حجم گروه‌های مورد مطالعه خروجی آزمون لوین نیز بیانگر همسانی واریانس در متغیرهای وابسته است، در حالی که سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) آزمون کرویت موجلی بیانگر ناهمگونی ماتریس واریانس کوواریانس می‌باشد، از این رو با هدف تعدیل درجه آزادی در تفسیر F ، از آزمون محافظه کارانه تر گرین-هاوس-گیرز استفاده شد که ابتدا شاخص‌های مرتبط با آمار توصیفی در جدول ۲ ارائه می‌شود که امکان استباط سطحی از یافته‌ها را فراهم می‌سازد.

جدول ۳: شاخص‌های آمار توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش

متغیر	سنجش	گروه‌ها		
		فراتشخیصی	شناختی-رفتاری	کنترل
تنظیم شناختی مثبت	پیش آزمون	$58/00 \pm 6/67$	$57/87 \pm 7/03$	$57/93 \pm 4/10$
	پس آزمون	$63/20 \pm 5/94$	$59/07 \pm 7/35$	$57/33 \pm 4/13$
	پیگیری	$63/27 \pm 5/65$	$59/93 \pm 6/93$	$57/53 \pm 4/03$
تنظیم شناختی منفی	پیش آزمون	$51/06 \pm 5/36$	$52/67 \pm 5/55$	$51/93 \pm 5/56$
	پس آزمون	$46/93 \pm 5/03$	$52/27 \pm 4/98$	$52/73 \pm 5/60$
	پیگیری	$46/87 \pm 4/97$	$51/27 \pm 4/80$	$52/60 \pm 5/37$
کیفیت زندگی	پیش آزمون	$19/07 \pm 4/99$	$19/27 \pm 6/23$	$20/87 \pm 5/14$
	پس آزمون	$19/73 \pm 5/24$	$19/67 \pm 6/43$	$20/00 \pm 5/61$
	پیگیری	$18/33 \pm 4/62$	$19/27 \pm 5/93$	$20/47 \pm 5/59$

پس از تایید پیش‌فرض‌های مرتبط با تحلیل واریانس مختلط دورا، از گروه به عنوان عاملی بین گروهی و از مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عاملی درون گروهی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل واریانس مختلط به روش گرین‌هاوس-گیرز

منبع	متغیر	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	مجدوراتا	F	P
زمان	کیفیت زندگی	۵/۱۷	۱/۵۶	۳/۳۱	۰/۰۲	۰/۹۸	۰/۳۶
گروه*زمان		۱۶/۷۸	۳/۱۲	۵/۳۷	۰/۰۷	۱/۶۰	۰/۱۹
زمان	تنظیم هیجان	۱۳۸/۳۲	۱/۶۴	۸۴/۱۶	۰/۴۸	۳۸/۹۹	۰/۰۰۱
گروه*زمان	مثبت	۱۷۰/۶۹	۳/۲۸	۵۱/۹۳	۰/۵۳	۲۴/۰۶	۰/۰۰۱
زمان	تنظیم هیجان	۶۶/۱۹	۱/۴۷	۴۴/۶۹	۰/۲۴	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱
گروه*زمان	منفی	۱۲۸/۵۶	۲/۹۴	۴۳/۶۶	۰/۳۸	۱۳/۰۶	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۴، می‌توان گفت که اثر عامل زمان بر متغیرهای تنظیم هیجان مثبت ($38/99$) و منفی ($P < 0/001$; $F = 13/45$) معنی‌دار است، در حالی که این عامل در رابطه با کیفیت زندگی معنی‌دار نیست ($P < 0/36$; $F = 0/98$). به عبارتی برخلاف کیفیت زندگی، میزان راهبردهای تنظیم هیجان از پیش آزمون تا پیگیری تغییر چشمگیری داشته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز نشانگر این است که حداقل یکی از مداخله‌های درمانی در عامل زمان تنظیم هیجان اثر بخش واقع شده است ($P < 0/000$; $F = 13/06$; $\text{partial } \eta^2 = 0/38$; $P < 0/000$; $F = 38/99$; $\text{partial } \eta^2 = 0/48$) در حالی که هیچ یک از سطوح کیفیت زندگی از عامل گروه تاثیر نپذیرفته است ($P < 0/05$; $F = 1/60$; $\text{partial } \eta^2 = 0/02$). با هدف روشن کردن ماهیت تفاوت‌های موجود بین گروه‌ها و زمان‌های مختلف از آزمون مقایسه چندگانه بونفرونی استفاده شد، همانگونه که جدول ۴ نیز قابل مشاهده است بین متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد، که این معناداری تفاوت بین هیچ یک از متغیرهای گروه گواه یافت نشد.

جدول ۵. خلاصه ای از آزمون مقایسه چندگانه بونفرونی برای گروه‌ها و متغیرها

گروه	متغیر	ارزیابی (I)	ارزیابی (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنادرای
گروه گواه	کیفیت زندگی	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۶	۰/۳۳	۰/۱۹
		پس آزمون	پیگیری	۱/۴۰	۰/۵۲	۰/۱۵
	تنظیم هیجان مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۲۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۳۵	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۸۷	۴/۱۳	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۱/۰۰	۰/۴۵	۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	منفی	
۰/۹۶	۰/۳۸	-۰/۴۰	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی	تغییرات مثبت
۱/۰۰	۰/۵۵	۰/۴۰	پیگیری	پس آزمون		
۰/۰۱	۰/۴۳۹	-۱/۲۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان مثبت	
۰/۰۴	۰/۴۰۱	-۰/۸۶۷	پیگیری	پس آزمون		
۰/۳۲	۰/۳۸۸	۰/۴۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان منفی	
۰/۰۲	۰/۴۰۲	۱	پیگیری	پس آزمون		
۰/۲۴	۰/۷۱۰	۰/۸۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی	تغییرات منفی
۰/۳۰	۰/۴۳۵	-۰/۴۶۷	پیگیری	پس آزمون		
۰/۱۶	۰/۴۱۲	۰/۶۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان مثبت	
۰/۶۷	۰/۴۶۰	-۰/۲۰	پیگیری	پس آزمون		
۰/۰۶	۰/۳۹۱	-۰/۷۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان منفی	
۰/۶۳	۰/۲۷۴	۰/۱۳۳	پیگیری	پس آزمون		

همچنان که در جدول فوق (۵) قابل مشاهده است، همسو با گروه کنترل هیچ یک از مداخله‌ها اثربخشی و پایداری معنی‌داری در کیفیت زندگی نداشته است، با این حال بررسی درمان یکپارچه‌نگر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز بیانگر آن است که میانگین نمرات تنظیم هیجانی مثبت از پیش آزمون ($M=58/00 \pm 6/67$) تا پس آزمون ($M=63/20 \pm 5/94$) افزایش معنی‌داری داشته و اثربخشی ایجاد شده تا دوره‌ی پی‌گیری ($M=63/27 \pm 5/65$) پایدار بوده است. همچنین مقایسه‌ی زوجی تنظیم هیجانی منفی نشانگر آن است که آموزش درمان یکپارچه‌نگر اثربخشی معنی‌داری در پس آزمون ایجاد کرده است که این مقدار تا دوره پیگیری پایدار نبوده است. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه‌های تنظیم هیجان نیز گویای آن است که اثربخشی این مداخله از پس آزمون ($M=59/07 \pm 7/35$) تا پیگیری ($6/93 \pm 59/93$) برای راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت پایدار بوده است، در حالی که این معنی‌داری در مرحله پس آزمون تنظیم هیجان منفی قابل مشاهده نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراتشخیصی و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار پرداخته است. نتایج حاصل از تحلیل نشانگر اثربخشی درمان

فرا تشخیصی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و نیز کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان بود، ضمن آن که مقایسه نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری را بین درمان فرا تشخیصی و درمان شناختی رفتاری در این متغیر نشان داد. به طور کلی می‌توان به این نتیجه رسید که درمان فرا تشخیصی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل کرده است. بررسی‌ها نشانگر آن است که یافته پژوهش حاضر در راستای مطالعه (Arnfred et al., 2017; Ellard et al., 2010; Mohammadi et al., 2013; Varkovitzky et al., 2018) می‌باشد.

تبیین اثربخشی بالای رویکرد فرا تشخیصی را می‌توان در توجه ویژه این مدل بر ابعاد گوناگون تنظیم هیجان نسبت داد. در واقع بر اساس این مدل نقص در پردازش‌های هیجانی به عنوان عاملی زمینه‌ساز در اغلب معضلات هیجانی شناخته می‌شود (Fairholme et al., 2010). بنابراین همسو با تاکید رویکرد فرا تشخیصی به برخی مودال‌های اصلی، یعنی «آگاهی هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و پیشگیری از اجتناب تجربه‌ای» (Barlow et al., 2010). می‌توان گفت که تاکید اصلی مداخله فرا تشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان است. برای مثال افزایش آگاهی هیجانی موجب می‌شود که فرد با درک هیجانی خود به عوامل راه‌اندار و زمینه‌ساز حالت‌های احساسی خود مسلط شود، بنابراین با شناسایی ماشه‌چکان‌های هیجانی خویش به احتمال قوی‌تری به مقابله و مواجهه با آنها در قالب روش‌های مانند حل مسئله اقدام خواهد کرد. از طرفی با توجه به اینکه کودکان کار ممکن است با برخی شرایط پرتنش روانی و هیجانی مواجه شوند، شروع به نادیده گرفتن عوامل هیجانی کرده و یا سرکوب هیجان‌های خود را به صورت راهبردهای غالب تنظیم هیجانی مورد استفاده قرار دهند. از این رو آگاه کردن آنها از هیجان‌هایشان می‌تواند مقدمه‌ای برای تقویت راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی باشد.

در کل مداخلات مبتنی بر رویکرد فرا تشخیصی نسبت به رویکردهای سنتی‌تر تأثیر بیشتری در بهبود تنظیم هیجانی دارند. چرا که رویکردهای شناختی رفتاری به طور سنتی بر نقش تنظیم هیجان تاکید داشته‌اند، با این تفاوت که درمان شناختی رفتاری معتقد است تنظیم هیجان از طریق دستکاری شناخت‌ها انجام می‌شود. اما رویکردهای اخیر به طور اختصاصی بر نقش تنظیم هیجانی تاکید دارند و در این بین درمان فرا تشخیصی تاکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد و فنون اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برد (Mohammadi et al., 2013) و از این رو اثربخشی این درمان را بالا برده است، به طوری که در یک مطالعه فراتحلیل، پیرل و نورتون (2013) پس از بررسی ۶۷ مقاله، اندازه اثر درمان فرا تشخیصی را ۱/۰۶ بیان کردند (Pearl & Norton., 2017).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هیچ یک از مداخله‌های انجام شده اثربخشی معنی‌داری

بر افزایش کیفیت زندگی کودکان کار نداشته است. بررسی‌های انجام شده در رابطه با پیشینه پژوهشی نشانگر آن است که یافته حاضر در راستای مطالعات قبلی نبوده است (Nedaei et al., 2016) این ناهم‌سوی را شاید بتوان بر ابزارهای متفاوت و یا ویژگی‌های خاص افراد مورد مطالعه نسبت داد. در واقع می‌توان گفت که کیفیت زندگی بر رضایتمندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت، و تا حدی به کیفیت آگاهی یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان بستگی دارد؛ این در حالی است که شادمانی مستمر و رضایتمندی، از عناصر اساسی کیفیت زندگی بوده و در واقع نشان دهنده عملکرد خوب در تحقق بخشیدن به جنبه‌های ارزشمند زندگی است (Frisch., 2005).

کیفیت زندگی، یک مفهوم کاملاً کلی و عمومی بوده و برحسب نوع مطالعه به درد، سطح خستگی، رضایتمندی از زندگی، سلامت ذهنی، شرایط عینی زندگی و محیط می‌تواند اشاره داشته باشد (Fayers & Machin., 2013). این در حالی است که ابزار استفاده شده کیفیت زندگی در پژوهش حاضر نتوانسته است عناصر و حیطه‌های شانزده گانه کیفیت زندگی (شامل سلامت جسمی، احترام به خویش، اهداف و ارزش‌های معنوی، درآمد، شغل حرفه‌ای، سرگرمی و تفریح، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاری رساندن، عشق، دوستان، زندگی با کودک خود، ارتباط با بستگان، خانه، محله و جامعه) را هدف قرار داده و ارزیابی کند. عدم ثبات در اندازه‌گیری و مفهوم‌سازی کیفیت زندگی با بی‌اهمیت جلوه دادن این حیطه، متخصصان سلامت را در تعیین درمان به صرفه و کارآمد، دچار سردرگمی کرده است. از این رو عدم معناداری این متغیر را می‌توان به دلیل نبود پرسشنامه مناسب با ارزیابی سطوح شانزده گانه کیفیت زندگی، برای این گروه سنی در نظر گرفت. نکته مهم دیگر این است که برای ارزیابی جامع‌تر کیفیت زندگی در سنین کودکی می‌بایست علاوه بر گزارش‌های خود کودکان، از والدین یا سرپرست یا هر فرد بزرگسالی که ارتباط نزدیکی با کودک دارد و از جنبه‌های رفتاری هیجانات کودکان که نمود بیرونی داشته و مطلع می‌باشد نیز ارزیابی انجام گیرد. در صورتی که پرسشنامه مذکور فقط برای کودکان بوده است و فاقد اطلاعات مفیدی گفته شده می‌باشد؛ از این رو این امر نیز می‌تواند در نتیجه بدست آمده موثر باشد. از سویی دیگر در نظریه کیفیت زندگی، بر رضایتمندی از زندگی به دلایل عملی، بیشتر از عواطف مثبت و منفی تاکید می‌شود. رضایتمندی از زندگی نسبت به نوسانات خلقی زودگذر و اثرات نامناسب محیطی و زمینه‌ای در مقایسه با عواطف مثبت و منفی، آسیب‌پذیری کمتر دارد (Frisch., 2005) و هیچ کدام از درمان‌های پژوهش حاضر اثرات نامناسب محیطی و ارزشی این کودکان را هدف قرار نداده بود و لذا از این جهت به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در این قشر از کودکان اثرات بسزایی خواهد داشت. همچنین با

توجه به این نظریه، تقویت کنندگی مناسب و منطقی در محیط زندگی، پیش نیاز بهبود کیفیت زندگی است. هنگامی که افراد به درستی درمی‌یابند که شرایط عینی در حیطه‌ای از زندگی برای سلامت و رفاه آن‌ها ضعیف یا مخرب است، تلاش برای تغییر یا دور شدن از محیط، بر تلاش‌های انطباقی کاملاً ذهنی مقدم است (Joseph Sirgy., 2012).

در مجموع می‌توان گفت در پژوهش حاضر، راهبردهای فراتشخیصی برای بهبود بدتنظیمی هیجانی در کودکان کار به‌عنوان یک جمعیت آسیب‌پذیر، اثربخش بود. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که می‌توان نسخه کودک پروتکل فراتشخیصی یکپارچه را بر روی جمعیت آسیب‌پذیر به کار برد. امید می‌رود با شناخت عوامل آسیب‌پذیری و به‌کارگیری رویکرد فراتشخیصی بتوان بر اثربخشی، گسترش و کارایی مداخلات کودک محور افزود. از سویی دیگر به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به دلیل تاکید بر عناصر شانزده گانه این سازه، برای ارتقای کیفیت زندگی این کودکان می‌تواند به عنوان نسخه آزمایشی قابل تامل باشد.

اولین محدودیت پژوهش حاضر، انتخاب نمونه پژوهش از بین کودکان کار منطقه خاصی از تهران (منطقه فرحزاد) و نیز تک جنسیتی بودن نمونه و به تبع آن محدودیت در تعمیم یافته‌های این پژوهش به کودکان کار سایر مناطق تهران و ایران و محدودیت دیگر مشارکت کم والدین کودکان کار در جلسات درمان به دلیل داشتن مشغله‌ها و برخی شرایط خاص این قشر بود.

پیشنهاد می‌شود که از حجم نمونه بیشتر که شامل هر دو جنسیت می‌شود، استفاده گردد. انجام پیگیری‌های طولانی مدت‌تر (بیش‌تر از ۳ ماه)، مطالعه مکانیسم‌های اثر درمان فراتشخیصی در کودکان طی مطالعات فرایندمدار، و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با سایر انواع درمان‌های اختصاصی و اختلال محور در کودکان صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. شرکت افراد به صورت داوطلبانه و با کسب رضایت‌نامه از والدینشان بود. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. کد اخلاق صادر شده از کمیته پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بدین شرح است: (IR.SBMU.MSP.REC.1396.3.22).

References

- Arnfred, S. M., Aharoni, R., Hvenegaard, M., Poulsen, S., Bach, B., Arendt, M., Rosenberg, N. K., & Reinholt, N. (2017). Transdiagnostic group CBT vs. standard group CBT for depression, social anxiety disorder and agoraphobia/panic disorder: Study protocol for a pragmatic, multicenter non-inferiority randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 17, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1175-0>
- Arshad, M., Razzaq, Z., & Mahmood, K. (2015). Anxiety and depression level among child labour. *European Journal of Psychological Research*, 2(1). <http://www.idpublications.org/wpcontent/uploads/2014/12/Anxiety AndDepression-Level-Among-Child-Labour-FullPaper.pdf>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001>
- Bastani, S., Golzari, M., & Rowshani, S. (2011). Emotional divorce and strategies to face it. *Journal of Family Research*, 7(2), 241-257. [in persian] <https://doi.org/10.4135/9781483326573.n443>
- Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*, 29, 2073-2087. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02470-0>
- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior therapy*, 43(4), 887-897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 661-665. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.331>
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive behaviour therapy*, 38(S1), 29-34. <https://doi.org/10.1080/16506070902980745>
- Ebrahimi, L. S., Abasi, I., Ghasemzadeh, S., Mohammadi, A., Isfeedvajani, M. S., & Arani, A. M. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on anxiety-depressive symptoms and emotion regulation in child laborers. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, 24(1), e8-e8. [in persian] <https://theses.sbm.ac.ir/index.php/rbms/article/view/32161>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2017). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780199340989.001.0001>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and behavioral practice*, 17(1), 88-101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Embleton, L., Lee, H., Gunn, J., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2016). Causes of child and youth homelessness in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 170(5), 435-444. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0156>

- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.003.0005>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470024522>
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., & Sandín, B. (2017). The Spanish version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 6(8), e7934. <https://doi.org/10.2196/resprot.7934>
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children: the development of an instrument. *European child & adolescent psychiatry*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. <https://doi.org/10.1037/e515492014-011>
- Group, W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., Hirabayashi, N., Kanie, A., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0779-8>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kober, H. (2013). Emotion regulation in substance use disorders. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 428–446). (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mahmoodnejad, M., Karbalaie Mohammad Meigooni, A., & Sabet, M. (2018). Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *Psychological Achievements*, 25(1), 1-22. [in persian] <https://doi.org/10.22055/psy.2018.21961.1815>
- Mashhadi, A., Hasani, J., & Mirdoraghi, F. (2012). Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-KP). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 14(55), 246-259. [in persian] magiran.com/p1046160
- Mohamadian, H. (2014). akbari H, gilasi H, gharlipour Z, moazami A, aghajani M, et al.

- Validation of Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL) in Kashan city. sjimu*, 22(3), 10-18. [in persian] <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1935-fa.html>
- Mohammadi, A., Birashk, B., & Gharraee, B. (2013). Comparative effectiveness of group transdiagnostic treatment for subclinical symptoms of anxiety and depression; 3 month follow-up. *Psychological Research*. [in persian] magiran.com/p1190310
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146-150. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x>
- Nedaei, A., Paghoosh, A., & Sadeghi-Hosnijeh, A. (2016). Relationship between coping strategies and quality of life: Mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Journal of clinical psychology*, 8(4), 35-48. [in persian] magiran.com/p1605009
- Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 46, 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Queen, A. H., Barlow, D. H., & Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 511-521. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>
- RamezaniFarani, A., Gharraaei, B., & SalekEbrahimi, L. (2016). The effectiveness of a computer-based intervention on improving social skills, face processing and emotion recognition in students with autism spectrum disorder. *Journal of modern psychological researches*, 11(43), 81-104. [in persian] <https://doi.org/10.21742/ijcwpm.2018.2.2.14>
- Shendell, D. G., Noomnual, S., Chishti, S., Sorensen Allacci, M., & Madrigano, J. (2016). Exposures resulting in safety and health concerns for child laborers in less developed countries. *Journal of environmental and public health*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/3985498>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Trougakos, J. P., Chawla, N., & McCarthy, J. M. (2020). Working in a pandemic: Exploring the impact of COVID-19 health anxiety on work, family, and health outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 105(11), 1234. <https://doi.org/10.1037/apl0000739>
- Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Behavior modification*, 42(2), 210-230. <https://doi.org/10.1177/0145445517724539>



The Effectiveness of Reality Therapy on the Psychological Capital and Loneliness of Single-Parent Girl Adolescents

Elham Amirian Farsani

MA in School Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: amiriyanelham18@gmail.com

Masoud Gholamali Lavasani

Associate Professor, Department of Educational and Counseling Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author), Email: lavasani@ut.ac.ir

Hossein Keshavarz Afshar

Assistant Professor, Department of Educational and Counseling Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: Keshavarz1979@ut.ac.ir

Received: 2023-09-30 Revised: 2023-12-16 Accepted: 2024-03-15 Published: 2024-03-16

Citation: Gholamali Lavasani, M., Amirian Farsani, E., & Keshavarz Afshar, H. (2024). The Effectiveness of Reality Therapy on Enhancing Psychological Capital and its Components, as well as Alleviating Loneliness in Single-Parent Adolescent Girls. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 161-176. doi: 10.22067/tpccp.2024.83841.1542

Abstract

Introduction

A single parenthood is usually defined a situation, where a mother or father raises his/her children alone without the help of another partner. Parents are viewed two major pillars of every family. Providing a safe and sound atmosphere, they help children develop mentally and socialize correctly. When one of the parents is absent in doing his/her job in the family, the needed balance is disturbed, the family functioning becomes impaired, and supervision and care quality decrease. The consequences can be childrens' psychosocial problems and behavioral disorders. Moreover, over their adolescence, such boys and girls may experience psychological, emotional, social, behavioral, and family problems. The problems in turn might make adolescents unable to utilize all their abilities and potential. Empowering the children then becomes significant and necessary as it makes their lives more productive and useful by realizing their potentials. One of the main challenges of children in these families is loneliness. Loneliness is distressing and happens in cases when there is a distance between individuals' desired and current interpersonal relationships. This feeling, caused due to disturbance in a person's relationships can be transitory and chronic. Therefore, this experience may result in negative feelings and impacts mental and physical health. Among the effective interventions for treating this group of adolescents is reality therapy. Reality therapy is established on the choice theory. William Glasser believes that all human beings are somehow autonomous. If people rely more on their decisions than the circumstances, they will live with more responsibility and experience a more successful and satisfying life. People can make alternative decisions to change the situation if they are not satisfied with their life. This study was conducted to examine the effectiveness of reality therapy on increasing psychological capital and reducing loneliness among adolescents in single-parent families.

Method

This research used a semi-experimental method and a pre-test, post-test, and follow-up design. The research population consisted of single-parent girl adolescents aged 16-18 years old. They were students of Farsan city (Iran) studying in 2021-2022 school year. Applying available



sampling method, one school was selected from among all schools of this city. Then, out of 31 single-parent students, 20 were selected considering the criteria of this research and were randomly divided into two groups of 10 participants. Luthans et al.'s (2007) Psychological Capital Questionnaire (PCQ) and Russell et al.'s (1980) Loneliness Scale were used as tools for collecting the data. All the questionnaires were answered by the participants in three stages. Psychological Capital Questionnaire, designed by Luthans et al. (2007), includes 24 questions and 4 components. The components are hope, resilience, optimism and self-efficacy. Each component embraces six items. The Loneliness Scale, designed by Russell, Peplau and Cutrona in 1980, includes 20 items; ten negative and ten positive items. Moreover, reality therapy training was done for the experimental group in eight sessions, each lasted for one and a half hours. Then, the collected data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results

The results showed that in the first part, the main effect of the within-subjects factor on psychological capital ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$) as well as self-efficacy ($[F_{(1 \& 18)} = 88.2, P < 0.05, \eta^2 = 0.831]$), hope ($[F_{(1 \& 18)} = 33.923, P < 0.05, \eta^2 = 0.653]$), resilience ($[F_{(1 \& 18)} = 4.445, P < 0.05, \eta^2 = 0.198]$), optimism ($[F_{(1 \& 18)} = 55.125, P < 0.05, \eta^2 = 0.754]$), and loneliness ($[F_{(1 \& 18)} = 384.923, P < 0.05, \eta^2 = 0.951]$) is significant. In the second part, the results showed that effects of the within-subjects factor on psychological capital ($[F_{(1 \& 18)} = 29.145, P < 0.05, \eta^2 = 0.618]$), as well as self-efficacy ($[F_{(1 \& 18)} = 51.66, P < 0.05, \eta^2 = 0.742]$), hope ($[F_{(1 \& 18)} = 7.43, P < 0.05, \eta^2 = 0.292]$), and loneliness ($[F_{(1 \& 18)} = 4.951, P < 0.05, \eta^2 = 0.216]$) are significant, but on resilience ($[F_{(1 \& 18)} = 2.948, P < 0.05, \eta^2 = 0.141]$) and optimism ($[F_{(1 \& 18)} = 1.35, P < 0.05, \eta^2 = 0.07]$) are not significant. In the third part, the results pertaining to the interactive effect of within-subjects and between-subjects factors on the psychological capital ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$), as well as self-efficacy ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$), hope ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$), resilience ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$), optimism ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$), and loneliness ($[F_{(1 \& 18)} = 141.64, P < 0.05, \eta^2 = 0.887]$) are significant. Finally, regarding the Bonferroni Test, comparing the scores of self-efficacy, hope, optimism as well as the overall score of psychological capital and loneliness, there is a significant difference between the average scores of the participants of experimental group in the post-test and follow-up stages with the average scores of the examined groups in the pre-test stage.

Conclusion

This study aimed to examine the effectiveness of reality therapy training on psychological capital and loneliness among single-parent female adolescents. The results showed that reality therapy training increases psychological capital and its self-efficacy, hope, and optimism components. Moreover, the therapy has reducing impacts on loneliness, as this impact remained stable until the follow-up stage. Over the training sessions, the adolescents found more about their needs and came to the conclusion that their thoughts and behaviors are under their own control, so that if a behavior does not result in satisfying their needs, they should change the behaviors for a more efficient ones. The participants tried to direct their thoughts towards more positive and productive ones; therefore their feelings changed. They learned to be responsible and choose internal control instead of external control. The results of this study might be used to help single-parent adolescents boost their psychological capital and reduce their loneliness.

Keywords: Reality Therapy, Psychological Capital, Loneliness, Single Parenthood

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

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

دسترسی آزاد

اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی نوجوانان تک‌والد

الهام امیریان فارسانی

دانش‌آموخته دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. amiriyanelham18@gmail.com

مسعود غلامعلی لواسانی

دانشیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران. lavasani@ut.ac.ir (نویسنده مسئول)

حسین کشاورز افشار

استادیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران. Keshavarz1979@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۸	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶
استناد: غلامعلی لواسانی، مسعود؛ امیریان فارسانی، الهام؛ کشاورز افشار، حسین. (۱۴۰۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های آن و کاهش احساس تنهایی نوجوانان دختر تک‌والد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۷۶-۱۶۱. doi: 10.22067/tpccp.2024.83841.1542			

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی نوجوانان در خانواده‌های تک‌والدی انجام شد.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه پژوهش حاضر نوجوانان دختر تک‌والد ۱۶ تا ۱۸ سال که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس شهرستان فارس مشغول تحصیل بودند، تشکیل دادند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از مدارس این شهرستان، یک مدرسه انتخاب شد. سپس از ۳۱ نفر دانش‌آموز تک‌والد، ۲۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه احساس تنهایی راسل و همکاران (۱۹۸۰)، بود که توسط نوجوانان در سه مرحله تکمیل شد. آموزش واقعیت‌درمانی در هشت جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد اما گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست آمده حاکی از آن بود که آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه خودکارآمدی، امیدواری و خوش‌بینی و همچنین کاهش احساس تنهایی مؤثر بوده و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان جهت یاری رساندن به نوجوانان تک‌والدی در راستای افزایش سرمایه روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی آن‌ها استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، سرمایه روان‌شناختی، احساس تنهایی، تک‌والد

مقدمه

رشد و شکوفایی هر چه بهتر استعدادها و توانایی‌های فرزندان در محیط خانواده با حضور مادی و معنوی هر دو والدین در کنار ایفای نقش آن‌ها در امر مهم والدگری به سهولت امکان‌پذیر می‌شود (Escalante-Barrios et al., 2020). برخلاف اهمیت حضور هر دو والدین برای تربیت و رشد فرزندان، گاهی به دلایل مختلف از جمله طلاق، فوت، ترک خانواده، بارداری خارج از ازدواج و فرزندخواندگی تنها یکی از والدین می‌تواند نقش والدگری را ایفا کند (Lamb, 2017). در واقع تک والد یا تک سرپرست وضعیتی تعریف می‌شود که در آن مادر و یا پدر، فرزندان خود را به تنهایی و بدون دخالت شریک زندگی دیگری بزرگ می‌کنند (Olaleye et al., 2017). والدین دو رکن اصلی خانواده هستند که با فراهم آوردن فضایی امن و سالم، به رشد روانی فرزندان کمک می‌کنند و در اجتماعی شدن آن‌ها نقش بسزایی دارند. غیبت هر یک از والدین در خانواده، تعادل آن را به هم می‌زند؛ عملکرد خانواده را ضعیف می‌کند؛ نظارت و مراقبت را کاهش می‌دهد و در نتیجه احتمال بروز مشکلات روانی، اجتماعی و اختلالات رفتاری در فرزندان را در پی دارد (Eitle, 2006). بنابراین رشد در خانواده‌هایی با والدین مجرد می‌تواند تأثیرات زیادی در زمینه‌های مختلف زندگی فرزندان داشته باشد (Nawaz et al., 2019). علاوه بر این در دوران نوجوانی، تغییرات جسمی، عاطفی، رفتاری، اجتماعی و روانشناختی در پسران و دختران نسبت به دوران کودکی رخ می‌دهد و به دلیل این تغییرات شاهد مشکلات روانشناختی، عاطفی، اجتماعی، رفتاری و خانوادگی بسیاری در دوران نوجوانی هستیم. وجود مشکلات و معضلات متعدد باعث می‌شود که نوجوان نتواند از تمام توانایی‌ها و پتانسل خود استفاده کند (Movahedirad et al., 2021).

بدین ترتیب توانمندسازی آن‌ها بسیار مهم و ضروری است؛ از جمله این توانمندی‌ها سرمایه روان‌شناختی^۱ است. سرمایه روان‌شناختی به معنای بهره‌ورتر و مفیدتر نمودن زندگی انسان‌ها و بروز وانمندی‌های بالقوه آن‌ها می‌باشد (Salles & d'Angelo, 2020). سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای پیچیده و مرتبط با یکدیگر است و این چهار مؤلفه ادراکی - شناختی یعنی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی را شامل می‌شود (Lee & Chu, 2016). خوش‌بینی سبک تفسیری است که رویدادهای مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و رویدادهای منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (Newman et al., 2018). تاب‌آوری، طبقه‌ای از پدیده‌هایی است که با الگویی از سازگاری مثبت در مواجهه با مسائل و مخاطرات قابل ملاحظه، مشخص شده است (Georgiou & Nikolaou, 2019).

1. psychological capital

امیدواری وضعیت مثبت انگیزشی مبتنی بر یک سائق کنش‌گرایانه احساس موفقیت پویایی و احساس موفقیت راهکارهاست (Hargrove et al., 2019). خودکارآمدی به باور و قضاوت در مورد توانایی خود برای انجام رفتارهای خاص برای دستیابی به نتایج مطلوب و موفقیت‌آمیز اشاره دارد (Lamarche et al., 2018). همچنین لازم به ذکر است که یکی از مشکلات فرزندان این خانواده‌ها احساس تنهایی^۱ است. مطالعه معینیان و مولازاده (Moinian & Molazadeh, 2017) نشان داد دانش‌آموزان تک‌والد بیشتر از دانش‌آموزان عادی احساس تنهایی می‌کنند. احساس تنهایی حالت ناراحت‌کننده‌ای است و زمانی رخ می‌دهد که بین روابط بین فردی دلخواه فرد و روابط بین فردی فعلی فرد فاصله وجود داشته باشد (Wongpakaran et al., 2020). این احساس می‌تواند یک تجربه گذرا به دلیل اختلال در روابط فرد یا یک تجربه مزمن باشد که در این صورت منجر به احساسات منفی در فرد می‌شود و بر سلامت روانی و جسمی او تأثیر می‌گذارد (Russell & Pang, 2020). تنهایی در دوران نوجوانی شایع‌تر است به گونه‌ای که بیش از ۷۰ درصد از نوجوانان در سن ۱۸ سالگی احساس تنهایی را تجربه می‌کنند، نرخی که در سنین ۳۵ تا ۴۰ به ۶۰ درصد و برای افراد مسن به ۳۹ درصد کاهش می‌یابد (Verity et al., 2022).

طبق ادبیات پژوهشی در این حوزه، از جمله مداخلات مؤثر در جهت کمک به این قشر از نوجوانان واقعیت‌درمانی است. واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب است. در این نظریه اعتقاد بر این است که هرآنچه از یک شخص سر می‌زند، رفتار است و تقریباً تمام رفتارها انتخاب می‌شوند. این نظریه ادعا می‌کند که افراد می‌توانند با انتخاب آگاهانه رفتار خود، زندگی خود را بهبود بخشند (Glasser, 2013). در این نظریه همه رفتارها هدفمند هستند و هدف همه رفتارها برآورده کردن یکی از این پنج نیاز اساسی است: ۱. بقا ۲. تعلق خاطر و علاقه اجتماعی ۳. پیشرفت و قدرت ۴. آزادی ۵. تفریح. افراد می‌توانند با انتخاب‌های مناسب‌تر برای رسیدن به این پنج نیاز، موقعیت‌های بهتری برای خود خلق کنند (Sweeney & Von Hagen, 2015). ویلیام گلاسر (۱۹۹۸) معتقد است همه انسان‌ها در نهایت خودمختار می‌باشند. چنانچه افراد بیشتر بر تصمیمات خود تکیه کنند تا شرایط، آن وقت با احساس مسئولیت بیشتری زندگی می‌کنند و زندگی موفق و رضایت‌بخش‌تری خواهند داشت و چنانچه از زندگی خود راضی نباشند می‌توانند برای تغییر آن تصمیم دیگری بگیرند (Holland & Walker, 2018). مطالعات نشان می‌دهد آموزش واقعیت‌درمانی برافزایش سرمایه روان‌شناختی نوجوان بی‌سرپرست دختر (Shariatipour et al., 2019)، افزایش سرمایه روان‌شناختی و شادکامی نابینایان (Moin, 2019)، شادکامی و بهبودی امیدواری در فرزندان طلاق (Khayat Nezam & Jamalvandi,

(2016)، ارتقاء مسئولیت‌پذیری و تاب‌آوری در دانش‌آموزان (Soltani et al., 2020)، کاهش احساس تنهایی فرزندان خانواده‌های طلاق (Arzoomand et al., 2018)، کاهش احساس تنهایی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان (Roshanravan, 2021)، خودکارآمدی زنان (Law & Guo, 2015)، تقویت امید در بین زنان (Law & Guo, 2017)، ارتقای عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستان (Rosidi et al., 2018) اثربخش بوده است.

با توجه به مطالب بیان شده در مورد اهمیت حضور هر دو والدین در خانواده و تأثیر آن‌ها بر سلامت جسمی و روانی و عملکرد فردی و اجتماعی فرزندان از یک سو، و از سوی دیگر با توجه به این‌که نوجوانی یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین دوران زندگی افراد و یکی از مؤثرترین دوره‌ها بر مراحل بعدی زندگی است به نظر می‌رسد نوجوانان در خانواده‌های تک والدی در کنار درگیری با مسائل و مشکلات این دوره با مسائل و مشکلات ناشی از نبود یکی از والدین نیز مواجه بوده و این موضوعات تهدیدی برای برآورده کردن نیازها و آینده ایشان به شمار رودند. لذا پژوهش حاضر به بررسی این سؤال می‌پردازد که آیا واقعیت‌درمانی می‌تواند برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی نوجوانان در خانواده‌های تک والدی اثربخش باشد؟

روش

طرح پژوهش حاضر کاربردی، و از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر نوجوانان دختر تک والد ۱۶ تا ۱۸ سال (مقطع متوسطه دوم) بودند که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در مدارس شهرستان فارسان اشتغال به تحصیل داشتند. پس از کسب مجوز از حراست اداره آموزش و پرورش شهرستان فارسان با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از مدارس این شهرستان، یک مدرسه انتخاب شد. پژوهش با معرفی محقق و برنامه آموزشی و اجرای پیش‌آزمون برای آزمودنی‌ها آغاز شد. سپس از ۳۱ نفر دانش‌آموز تک والد، ۲۰ نفر بر اساس ملاک‌های پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. هشت جلسه به مدت یک ساعت و نیم مبتنی بر آموزش واقعیت‌درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد و در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و به آن‌ها گفته شد در لیست انتظار هستند. بعد از پایان جلسات مجدداً به گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌ها داده شد تا پاسخ دهند. همچنین یک ماه بعد، پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه پاسخ داده شد و سپس تغییرات دو گروه با هم مقایسه شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، زندگی با یکی از والدین، رضایت شخص و والد وی برای شرکت در جلسات، کسب نمره احساس تنهایی متوسط تا زیاد و نمره سرمایه روان‌شناختی متوسط تا پایین بود و ملاک‌های خروج از پژوهش عدم تمایل به همکاری و غیبت در جلسات بود.

ابزارها

در این پژوهش از ۲ پرسشنامه استاندارد شده استفاده شد:

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (PCQ^۱): پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی توسط لوتانز و همکاران (Luthans et al., 2007) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است و هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. سؤالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سؤالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سؤالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب‌آوری و سؤالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوش‌بینی می‌باشد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محاسبه شد. لوتانز و همکاران اعتبار پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۹۰ گزارش کردند و در پژوهش محبی نورالدین‌وند و همکاران (Mohabi Nuruddin Vand et al., 2014) پایایی این پرسشنامه به ترتیب برای نمره کل سرمایه روان‌شناختی و ابعاد امیدواری، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۸۶ و ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه احساس تنهایی (UCLA^۲): پرسشنامه احساس تنهایی توسط راسل و همکاران (Russell et al., 1980) ساخته شد. این ابزار شامل ۲۰ گویه می‌باشد که به صورت ده جمله منفی و ده جمله مثبت است که براساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت به ترتیب با گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی و همیشه طراحی و تنظیم و به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده است. ولی امتیازات سؤالات ۱ و ۵ و ۶ و ۹ و ۱۰ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۹ و ۲۰ برعکس است. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ حداقل و ۸۰ حداکثر است؛ بنابراین میانگین نمره ۵۰ است و نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتری است. پژوهش راسل و همکاران (Russell et al., 1980) ضریب پایایی این ابزار را برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند و در پژوهش میردريک‌وند و همکاران (Mirdrikvand et al., 2016) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

برنامه مداخلاتی

بسته آموزشی واقعیت‌درمانی بر اساس فنون مبتنی بر واقعیت‌درمانی و کتاب تئوری انتخاب گلاسر ترجمه صاحبی (Sahebi, 2013) طراحی گردید و توسط چند تن از اساتید متخصص مورد ارزیابی قرار گرفت. این بسته دارای هشت جلسه بود که به صورت گروهی هفته‌ای یک بار به مدت نود دقیقه در مدت

1. psychological capital questionnaire (PCQ)

1. loneliness questionnaire (UCLA)

دوماه به وسیله پژوهشگر آموزش دیده به اجرا درآمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی واقعیت‌درمانی

جلسات	هدف	خلاصه محتوای جلسات
اول	آشنایی مقدماتی	آشنایی اعضای گروه و مشاور با یکدیگر، ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور، بیان قواعد گروه، تشریح چگونگی انجام کار، صحبت در مورد زمان و مکان دقیق جلسات
دوم	آشنایی با رویکرد	آموزش چارچوب کلی تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد
سوم	معرفی نیازها	آشنایی اعضا با پنج نیاز اساسی انسان شامل بقا، تعلق خاطر و علاقه اجتماعی، پیشرفت و قدرت، آزادی و تفریح. نیازها در هر انسانی به شیوه‌ای خاص برآورده می‌شود که ما به آن‌ها خواسته می‌گوییم. افراد هر رفتاری که انجام می‌دهند برای برآورده کردن یکی از خواسته‌هایشان است.
چهارم	معرفی رفتار کلی	معرفی رفتار کلی و آشنا سازی افراد گروه با ۴ مولفه تشکیل دهنده آن شامل: فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی. توضیح ماشین رفتار و تأکید بر کنترل فکر و عمل بطور مستقیم و احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم.
پنجم	معرفی دنیای کیفی و مسئولیت‌پذیری	معرفی دنیای کیفی و شناسایی دنیای مطلوب اعضا. بررسی شکاف بین دنیای کیفی (آنچه می‌خواهم)، دنیای واقعی (آنچه دارم) و پیامدهای اضطرابی، افسردگی، خشم و غیره حاصل از آن. آشنایی اعضا با مسئولیت‌پذیری و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب‌ها.
ششم	آشنایی با منبع کنترل و هفت عادت مخرب و هفت عادت مهرورزی	آشنایی با روانشناسی کنترل بیرونی و درونی. آشنایی با هفت عادت مخرب و جایگزینی آن با هفت عادت مهرورزی.
هفتم	معرفی WDEP	آشنایی اعضا با سیستم WDEP چه چیزی را می‌خواهی؟ W اکنون چه کاری برای خواسته‌ات انجام می‌دهی؟ D آیا آنچه انجام می‌دهی تو را به آنچه می‌خواهی می‌رساند؟ E کمک به اعضا برای شناسایی شیوه‌های تغییر انتخاب‌های نامؤثر به انتخاب‌های مؤثر P
هشتم	مرور و اختتام	جمع بندی از جلسات و مطالب طرح شده، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیر سرمایه روان‌شناختی و زیر

مقیاس‌های آن و احساس تنهایی گزارش شده‌اند. سپس فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن و احساس تنهایی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
خودکارآمدی	آزمایش	۱/۱۶	۲۱/۷	۱/۶۴	۲۸/۷	۱/۳۳	۲۶
	کنترل	۰/۹۴۸	۲۱/۳	۱/۰۳	۲۲/۲	۱/۵۲	۲۱/۹
امیدواری	آزمایش	۱/۳۹	۲۲/۲	۱/۴۲	۲۴/۳	۱/۴۳	۲۳/۴
	کنترل	۱/۰۶	۲۱/۷	۱/۲۳	۲۱/۸	۰/۹۹۴	۲۱/۹
تاب‌آوری	آزمایش	۱/۱۹	۲۰/۹	۱/۱۹	۲۲/۹	۱/۵۵	۲۲/۲
	کنترل	۱/۰۳	۲۱/۲	۱/۴۹	۲۱/۳	۱/۱۹	۲۰/۹
خوش‌بینی	آزمایش	۰/۹۴۸	۲۱/۷	۱/۱۷	۲۳/۶	۰/۹۹۴	۲۲/۹
	کنترل	۱/۱۹	۲۱/۹	۱/۳۵	۲۲/۴	۱/۴۵	۲۲/۱
کل	آزمایش	۳/۳۷	۸۶/۵	۳/۷۵	۹۹/۵	۳/۵۳	۹۴/۵
	کنترل	۱/۲۸	۸۶/۱	۲/۳۱	۸۷/۷	۲/۴۴	۸۶/۸
احساس تنهایی	آزمایش	۷/۴۵	۴۴/۳	۷/۲۸	۳۱/۳	۷/۱۹	۳۶/۶
	کنترل	۵/۵۳	۴۴/۲	۵/۶	۴۳/۶	۵/۱۳	۴۳/۵

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مربوط به سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن و احساس تنهایی را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمرات سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داشته است و نمرات احساس تنهایی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش داشته است. پیش از ارائه نتایج مربوط به فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر؛ پیش فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که آماره موچلی معنادار نیست ($P > 0/05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به‌صورت معناداری متفاوت نیست. بنابراین پیش‌فرض کرویت موچلی رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس و لون از همگنی واریانس‌ها و کواریانس‌ها برای متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی نوجوانان، به‌طور تجربی دفاع می‌کند. برای بررسی نرمال بودن نمرات، نتایج آزمون شاپیرو و ویلک گزارش شد. بر اساس نتایج

چون مقادیر به دست آمده در دو گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس‌های درون‌گروهی و نیز توزیع نرمال بودن داده‌ها برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های مورد مطالعه

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا η^2
خودکارآمدی	۶۰/۰۲۵	۱ و ۱۸	۶۰/۰۲۵	۸۸/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	۲۰۱/۶۶۷	۱ و ۱۸	۲۰۱/۶۶۷	۵۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
	۳۴/۲۲۵	۱ و ۱۸	۳۴/۲۲۵	۵۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
امیدواری	۴/۹	۱ و ۱۸	۴/۹	۳۳/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
	۳۳/۷۵	۱ و ۱۸	۳۳/۷۵	۷/۴۳	۰/۰۱۴	۰/۲۹۲
	۲/۵	۱ و ۱۸	۲/۵	۱۷/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰
تاب آوری	۲/۵	۱ و ۱۸	۲/۵	۴/۴۵۵	۰/۰۴۹	۰/۱۹۸
	۱۱/۲۶۷	۱ و ۱۸	۱۱/۲۶۷	۲/۹۴۸	۰/۰۰۳	۰/۱۴۱
	۶/۴	۱ و ۱۸	۶/۴	۱۱/۴۰۶	۰/۰۰۳	۰/۳۸۸
خوش بینی	۴/۹	۱ و ۱۸	۴/۹	۵۵/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
	۵/۴	۱ و ۱۸	۵/۴	۱/۳۵	۰/۲۶۰	۰/۰۷
	۲/۵	۱ و ۱۸	۲/۵	۲۸/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
کل	۱۸۹/۲۲۵	۱ و ۱۸	۱۸۹/۲۲۵	۱۴۱/۶۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
	۶۶۰/۰۱۷	۱ و ۱۸	۶۶۰/۰۱۷	۲۹/۱۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	۱۳۳/۲۲۵	۱ و ۱۸	۱۳۳/۲۲۵	۹۹/۷۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷
احساس تنهایی	۱۷۶/۴	۱	۱۷۶/۴	۳۸۴/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۱
	۶۰۸/۰۱۷	۱	۶۰۸/۰۱۷	۴/۹۵۱	۰/۰۳۹	۰/۲۱۶
	۱۲۲/۵	۱	۱۲۲/۵	۲۴۲/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است در بخش اول، نتایج نشان داد که اثر اصلی عامل درون‌گروهی (زمان) بر سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در بخش دوم، نتایج مربوط به اثر بین‌گروهی (اثر گروه) نیز بر سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های خودکارآمدی و امیدواری از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و در زیرمقیاس تاب‌آوری و خوش‌بینی از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. در بخش سوم، نتایج مربوط به اثر تعاملی عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی نیز بر سرمایه

روان‌شناختی و زیر مقیاس‌های آن از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. همچنین در بخش اول، نتایج نشان داد که اثر اصلی عامل درون‌گروهی بر احساس تنهایی نوجوانان از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در بخش دوم، نتایج مربوط به اثر بین‌گروهی (اثر گروه) بر احساس تنهایی نوجوانان از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در بخش سوم، نتایج مربوط به اثر تعاملی عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی نیز بر احساس تنهایی نوجوانان از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در نهایت، نتایج آزمون بنفرونی نشان داد که در تمامی مقایسه‌های انجام شده بر اساس خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و نمره کلی سرمایه روان‌شناختی و احساس تنهایی، تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با متوسط نمرات گروه‌های مورد بررسی در مرحله پیش‌آزمون در کل از لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی در نوجوانان تک‌والد انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی به نوجوانان تک‌والد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری موثر است بدین معنی که سرمایه روان‌شناختی آنها در مقایسه با قبل از شروع آموزش واقعیت‌درمانی به طور معناداری افزایش داشته است. این نتایج با یافته‌های خیاط‌نظام و جمالوندی (Khayat Nezam & Jamalvandi, 2016)، معین و کارگر (Moin & kargar, 2019) و لائو و گئو (Law & Guo, 2017) همسو است.

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی می‌توان گفت برآورده شدن نیازهای اساسی بر سرمایه روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد (Purhossein et al., 2018)، نوجوانان در طی جلسات نیازهای خود را شناختند و به این باور رسیدند رفتار هر فرد تحت کنترل خود او می‌باشد و چنانچه رفتاری آنها را در جهت ارضای نیازهایشان سوق نمی‌دهد، رفتار کارآمدتری را که پاسخگوی نیازهایشان می‌باشد، انتخاب و جایگزین کنند. همچنین آنها دریافتند که بر افکار خویش کنترل مستقیم دارند و سعی کردند افکار منفی خود را به سمت افکار مثبت و سازنده سوق دهند و احساسات آنها نیز تغییر پیدا کرد و شرایط زندگی آنها به سوی وضعیتی مطلوب‌تر حرکت کرد و بدین ترتیب سرمایه روان‌شناختی نوجوانان بهبود پیدا کرد. همچنین می‌شود چنین تبیین کرد که خودکارآمدی باور فرد به توانایی خود است. نوجوانان توانستند باور و افکارشان را نسبت به توانایی‌های خود تغییر دهند و به این ترتیب آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند خودکارآمدی آنان را بهبود بخشد. همچنین بین مسئولیت‌پذیری با خودکارآمدی رابطه وجود دارد و

دانش‌آموزانی که مسئولیت‌پذیری بالاتری دارند باورهای مثبت تری درباره خود دارند (Zarei & farzi, 2018). پس در تبیینی دیگر می‌شود چنین نتیجه گرفت به دلیل آن‌که آموزش واقعیت‌درمانی به افراد می‌آموزد که مسئولیت‌پذیر باشند بدین ترتیب خودکارآمدی آنان نیز بهبود پیدا می‌کند. همچنین بین منبع کنترل با امیدواری رابطه وجود دارد (Khanzadeh et al., 2019)، این آموزش به نوجوانان کمک کرد به جای کنترل بیرونی، کنترل درونی را انتخاب کنند.

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر کاهش احساس تنهایی نوجوانان تک‌والد انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که آموزش واقعیت‌درمانی به نوجوانان تک‌والد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بر کاهش احساس تنهایی مؤثر است بدین معنی که احساس تنهایی آن‌ها در مقایسه با قبل از شروع آموزش واقعیت‌درمانی به طور معناداری کاهش داشته است. این نتایج با یافته‌های آرزومند و همکاران (Arzoomand et al., 2018) و روشن‌روان (Roshanravan, 2021) همسو است.

نظریه انتخاب بر این اصل استوار است که چون انسان ذاتاً موجودی اجتماعی است (Corey, 2013). در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی بر احساس تنهایی می‌شود چنین تبیین کرد با توجه به این که واقعیت‌درمانی به نیازهای اساسی انسان به ویژه مبادله عشق و محبت تأکید دارد و تلاش می‌کند در جریان جلسات از طریق بهبود در روابط به این نیاز پردازد لذا در کاهش احساس تنهایی تأثیر معناداری دارد. بعلاوه می‌شود چنین تبیین کرد در این رویکرد آزمودنی‌ها به این نکته توجه می‌کنند که چه می‌خواهند و چه کاری برای تأمین خواسته و نیازهای خود از جمله برقراری روابط رضایت‌بخش با دیگران انجام می‌دهند و بدین صورت به ارزیابی رفتارهای خود و برنامه‌ریزی برای آینده می‌پردازند. در تبیین دیگری در مورد اثربخشی واقعیت‌درمانی بر احساس تنهایی می‌شود چنین مطرح کرد که تئوری انتخاب روانشناسی، کنترل بیرونی را زیر سؤال می‌برد. کسانی که به کنترل درونی اعتقاد دارند بر این باورند که رفتار تحت کنترل خودشان است؛ گرچه گذشته و اطرافیان نقش مهمی دارند اما تعیین کننده رفتار نیستند و فرد هر گاه احساس کند رفتارش او را به سمت خواسته‌اش سوق نمی‌دهد رفتاری دیگری را انتخاب و جایگزین آن می‌کند.

به دلیل محدودیت‌های اجرای تحقیقات در آموزش و پرورش به جای نمونه‌گیری تصادفی از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ لذا می‌بایست تعمیم یافته‌ها با احتیاط انجام شود. همچنین به دلیل عدم امکان جداسازی نوجوانان در خانواده‌های طلاق و نوجوانان در خانواده‌های فوتی، این دو گروه نوجوانان با هم تحت عنوان نوجوانان تک‌والد در جلسات آموزشی شرکت کردند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، به منظور مقایسه نتایج از سایر رویکردها نیز استفاده شود و نوجوانان خانواده‌های طلاق و نوجوانان

خانواده‌های فوتی از هم جدا شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران در مدارس از این رویکرد برای کمک به نوجوانان تک‌والد استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از شرکت کنندگان محترم که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Arzoomand, S., Arzoomand, S., & Demhari, F. (2018). *The effectiveness of reality therapy on feelings of loneliness of divorced children of Mashhad city*. International conference of educational sciences, psychology, counseling, education and research. <https://civilica.com/doc/1010842> (In Persian)
- Corey, G. (2013). *Theory and application of counseling and psychotherapy*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, Tehran: Arsbaran Publishing.
- Eitle, D. (2006). Parental gender, single-parent families, and delinquency: Exploring the moderating influence of race/ethnicity. *Social Science Research*, 35(3), 727-748. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X05000256>
- Escalante-Barrios, E. L., Suarez-Enciso, S. M., Raikes, H., Davis, D., Garcia, A., Gonen, M., Veziroglu-Celik, M., & Hazar, R. G. (2020). Child-parent interactions in American and Turkish families: Examining measurement invariance analysis of child-parent relationship scale. *Plos One*, 15(4), e0230831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230831>
- Georgiou, K., & Nikolaou, I. (2019). The influence and development of psychological capital in the job search context. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 19(3), 391-409. <https://doi.org/10.1007/s10775-018-9385-2>
- Glasser, W. (2013). *Selection theory*. Translated by Ali Sahebi, Tehran: Sayeh Sokhan Publications.
- Hargrove, D., Caza, A., & McCarter, M. W. (2019). Third-Party Effects of Psychological Capital: Observer Attributions and Responses. *Academy of Management Proceedings*, 2019(1), 18119. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2019.18119abstract>
- Holland, C., & Walker, M. (2018). Choice theory and interfaith dialogue: building relationships between faiths and embracing diversity. *International Journal of Choice Theory & Reality Therapy*, 37(2), 17-23. <https://www.proquest.com/openview/9b681a0f83ade4fd4cbdd33a8423961a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1046401>
- Khanzadeh, M., Aminimanesh, S., Hadian, S. A., & Aliasgari, R. (2019). Role of Locus of Control on Students Happiness with the Mediating of Optimism and Hope. *Positive Psychology Research*, 5(3), 29-38. <https://doi.org/10.22108/ppls.2020.113941.1569> (In Persian)
- Khayat Nezam, M., & Jamalvandi, A. N. (2016). The effectiveness of reality therapy on happiness and hope in children of divorce in Ilam city. *Quarterly Journal of Psychology and Educational Sciences*, 2(18), 199-209. <https://civilica.com/doc/1501384> (In Persian)
- Lamarche, L., Tejpal, A., & Mangin, D. (2018). Self-efficacy for medication management: a systematic review of instruments. *Patient Prefer Adherence*, 12, 1279-1287. <https://doi.org/10.2147/ppa.S165749>
- Lamb, G. E. (2017). Fatherlessness: Implications for God's Word, Church, and World. *Christian Education Journal*, 14(1), 99-108. <https://doi.org/10.1177/073989131701400109>
- Law, F. M., & Guo, G. J. (2015). The Impact of Reality Therapy on Self-Efficacy for Substance-Involved Female Offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(6), 631-653. <https://doi.org/10.1177/0306624x13518385>

- Law, F. M., & Guo, G. J. (2017). Choice and Hope: A Preliminary Study of the Effectiveness of Choice-Based Reality Therapy in Strengthening Hope in Recovery for Women Convicted of Drug Offences in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(3), 310-333. <https://doi.org/10.1177/0306624x15596392>
- Lee, C.-h., & Chu, K.-K. (2016). Understanding The Effect Of Positive Psychological Capital On Hospitality Interns' Creativity For Role Performance. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, 8(4), 213-222. <https://www.proquest.com/openview/9f882603cb236abae66ed498277c71a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=55118>
- Mirdrikvand, F., Panahi, H., & Hoseyni Ramaghani, N. S. (2016). Loneliness of The Elderly: The Role of Communication Skills, Social Support and Functional Disability. *Aging Psychology*, 2(2), 113-103. https://jap.razi.ac.ir/article_582.html (In Persian)
- Mohabi Nuruddin Vand, M. H., Shahni Yilaq, M., & Pasha Sharifi, H. (2014). Investigating the simple and multiple relationship between psychological capital dimensions and students' academic performance. *Scientific Journal of Social Psychology*, 11(40), 61-79. https://jsr-e.isfahan.iau.ir/article_534316.html (In Persian)
- Moin, L., & Kargar, F. (2019). The effectiveness of group reality therapy on psychological capital and happiness of the blind. *Iranian Quarterly Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 32(5), 104-116. <https://www.noormags.ir/view/en/articlepage/1821162> (In Persian)
- Moinian, D., & Molazadeh, A. (2017). *Comparison of social skills, feelings of loneliness and adaptation to school in single-parent students with normal students* The second international conference on innovation and research in humanities and social cultural studies. <https://civilica.com/doc/809873> (In Persian)
- Movahedirad, M., Ebrahimi, M. I., & Sahebi, A. (2021). The effect of teaching choice theory on the basic needs satisfaction and level of aggression among high school girls. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 10(9), 137-148. <http://frooyesh.ir/article-1-2844-fa.html> (In Persian)
- Nawaz, S., Ali, U., Najmussaqib, A., Ahmed, M., & Rehna, T. (2019). The relationship between parental rejection and social skills among children of single parents. *European Online Journal of Natural and Social Sciences: Proceedings*, 8(2 (s)), pp. 195-202. https://european-science.com/eojnss_proc/article/view/5789/2677
- Newman, A., Nielsen, I., Smyth, R., & Hirst, G. (2018). Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship between Social Support and Wellbeing of Refugees. *International Migration*, 56(2), 117-132. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/imig.12415>
- Olaleye, F. O., Ajayi, A., Oyebola, O. B., & Ajayi, O. A. (2017). The psycho-social effect of single parenthood on children academic performance among selected secondary school in Ife central local government, Osun state, Nigeria. *International Journal of Higher Education and Research*, 7(1), 81-109.
- Purhossein, R., Ehsani, S., Ensanimehr, N., & Nabizadeh, R. (2018). Investigating the relationship between the satisfaction of basic psychological needs and satisfaction with life: the mediating role of motivation and psychological capital. *Educational Psychology*, 14(50), 71-87. <https://doi.org/10.22054/jep.2019.38898.2548> (In Persian)
- Roshanravan, N. (2021). The Effectiveness of Reality Therapy in Improving Students'

- Loneliness and Academic Achievement. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 3(1), 49-65. <https://www.magiran.com/paper/2290182> (In Persian)
- Rosidi, R., Sutoyo, A., & Purwanto, E. (2018). Effectiveness of Reality Therapy Group Counseling to Increase The Self-Esteem of Students. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 7(1), 12-16. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/21582>
- Russell, D., Peplau, L., & Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Russell, D. W., & Pang, Y. C. (2020). Loneliness. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 2674-2677). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1085
- Salles, F. L. P., & d'Angelo, M. J. (2020). Assessment of psychological capital at work by physiotherapists. *Physiotherapy Research International*, 25(3), e1828. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pri.1828>
- Shariatipour, S., Barabadi, H. A., & Heydarnia, A. (2019). The Effectiveness of Reality Therapy based on Choice Theory on Psychological Capital of Orphan Adolescent Girls. *Journal of Counseling Research*, 71(18), 37-60. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1588656> (in Persian)
- Soltani, Z., Matinfar, B., Bashaar, M., & Khataei, A. (2020). The effectiveness of group reality therapy approach on promoting responsibility and resilience in high school students. *Scientific Journal of Social Psychology*, 8(special letter), 101-112. https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680973.html (In Persian)
- Sweeney, S. M., & Von Hagen, L. A. (2015). Middle School Students' Perceptions of Safety: A Mixed-Methods Study. *Journal of School Health*, 85(10), 688-696. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26331751/>
- Verity, L., Yang, K., Nowland, R., Shankar, A., Turnbull, M., & Qualter, P. (2022). Loneliness From the Adolescent Perspective: A Qualitative Analysis of Conversations About Loneliness Between Adolescents and Childline Counselors. *Journal of Adolescent Research*, 0(0), 0743558422111121. <https://doi.org/10.1177/0743558422111121>
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pinyopornpanish, M., Simcharoen, S., Suradom, C., Varnado, P., & Kuntawong, P. (2020). Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *British journal of health psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12404>
- Zarei, H. A., & farzi, h. (2018). The survey of relationship between responsibility with academic self-efficacy among sixth grad student of Shahindezh in 1393-1394 academic year. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 7(9), 309-324. <http://frooyesh.ir/article-1-769-en.html> (In Persian)

Comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Compassion-Based Therapy on Death Obsession, Body Consciousness and Self-Care Ability in The Elderly

Yusuf Kabiri Nesab 

PhD student in clinical psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Birjand, Iran. Email: bsoton_1354@yahoo.com

Seyyed Abdul Majid Bahrainian 

Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. (Corresponding Author), Email: majid.bahrainian@gmail.com

Qasim Ahi 

Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. Email: aghigh1356@yahoo.com

Ahmed Mansouri 

Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Neyshabor branch, Neyshabor, Iran. Email: Mansoury_m@yahoo.com

Recived: 2023-05-09	Revised: 2023-10-05	Accepted: 2024-03-04	Published: 2024-03-15
Citation: Kabimasb, Y., Bahrainian, SM., Ah, Qasim., & Mansouri, A. (2023). Comparison of acceptance and commitment-based therapy and compassion-based therapy on death obsession, body consciousness and self-care ability in the elderly. <i>Research in Clinical Psychology and Counseling</i> , 13(2), 177-197. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013			

Abstract

Introduction

Old age is a significant phase of life. This period begins when one reaches the age of 65. Elderly may experience problems and threats such as chronic diseases and physical and mental disabilities. One of the problems that elderly may experience is death obsession. Death obsession consists of mental preoccupations, impulses, and resistant ideas on death. Another possible change among this group of people is body awareness that is defined as the beliefs and concerns about the appearance of the body. The issues may appear in various pathological forms including depression, anxiety and mental disorders. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is an intervention that is assumed to impact the reduction of death obsession and body awareness. ACT helps to achieve these goals by increasing individuals' flexibility, leading them to set some effective values and making them committed to these values, and providing a meaningful life. However in the meantime, people have to accept the inevitable suffering that they may experience during the process of achieving goals. Therefore, the elderly would experience a better adaptation against death obsession. Moreover, because of paying more attention to the effective values, increasing psychological flexibility and distinguishing thoughts from the facts, people's distorted beliefs about appearance of their body decrease and the quality of their awareness on their body may improve. Another approach that is assumed to reduce death obsession and body awareness is Compassion-Focused Therapy (CFT). This approach underscores body calmness, mind calmness, self-compassion and mindfulness. It is believed that CFT intervention can play a significant role in boosting mind calmness, alleviating obsessions, and negative spontaneous thoughts about their body consciousness. The elderly are viewed as the capitals of each country and their psychological status cannot be ignored. Therefore, this research tried to measure the effectiveness of ACT and CFT on decreasing death obsession and body awareness among this group of people.

Method

This semi-experimental research relied on a pre-test-post-test design with two experimental and one control group. The sample was selected from the elderly members of the Welfare Organization of Behshahr, Iran. The members voluntarily participated in the research. They were selected using



©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.

purposeful sampling method and were randomly assigned to two experimental groups and one control groups. The members of the first experimental group received CFT in eight 90-minute sessions and the members of the second experimental group received ACT in nine 120-minute sessions. The members of the control group, however, did not receive any treatment. To measure the effectiveness of the intervention programs, a pre-test and a post-test were carried out using the body-awareness questionnaire (2006) and Abdel-Khalek's (1998) death obsession scale. The death obsession scale consists of 15 items that measure death rumination, death dominance and repetitive thoughts related to death. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate covariance analysis) were applied to analyze the data using SPSS 23 software.

Results

The results of multivariate analysis of covariance showed that the two treatment methods significantly reduce death obsession and body awareness among the elderly ($p < 0.05$). The results also showed that there is no significant difference between the effectiveness of ACT and CFT on reducing death obsession body awareness ($p > 0.05$). Considering the results of implementing the two treatment methods that significantly reduced the death obsession and body awareness, we expect that psychologists and therapists can enhance the elderly's quality of life through applying appropriate treatment.

Conclusion: This study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on death obsession and body awareness among the elderly. The results showed that both treatment methods were effective in reducing death obsession and body awareness, and there was not any significant difference in the effectiveness of ACT and CFT on body awareness and death obsession. Although there are fundamental differences between the two methods in the implementation and techniques, both interventions, derived from the third movement of psychotherapy, emphasize that avoiding negative emotions, feelings, thoughts and pains intensifies psychological problems including death obsession and body awareness. Due to employing such techniques as acceptance, mindfulness, living at the moment, cognitive separation from thoughts and examining them, values and committed action through enhancing psychological flexibility, and therapeutic compassion through becoming aware of the inevitability of sufferings and stresses and choosing a soothing and compassionate attitude towards oneself in stressful situations, creates a loving and accepting relationship with himself and his thoughts and reduce the obsession of death and body awareness. Taking the results into consideration, we can conclude that ACT and CFT can be effectively used to treat the elderly with death obsession and body awareness.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, Death Obsession, Body Awareness, Elderly

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

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

دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان

یوسف کبیری نسب ⁱⁱ

دانش آموخته دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران. bsoton_1354@yahoo.com

سید عبدالمجید بحرینیان ⁱⁱⁱ

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)، majid.bahrainian@gmail.com

قاسم آهی ⁱⁱⁱ

استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران. aghigh1356@yahoo.com

احمد منصوری ⁱⁱⁱ

استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. Mansoury_m@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: کبیری نسب، یوسف؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ آهی، قاسم؛ منصوری، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۹۷-۱۷۷. doi: 10.22067/tpccp.2022.68102.1013			

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با دو گروه آزمایش بود. از بین سالمندان بهزیستی شهرستان بهشهر افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به صورت الگوی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارش شدند. گروه اول درمان مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۹ جلسه دریافت نمودند، اما گروه سوم که گروه کنترل بودند تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. جهت تعیین تاثیر برنامه مداخله‌ها، با استفاده از مقیاس هوشیاری بدن (۲۰۰۶) و وسواس مرگ عبدالحق (۱۹۹۸)، پیش آزمون و پس آزمون برگزار شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی، تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار آماری SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن شده بودند. همچنین در اثر بخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی هوشیاری بدن و وسواس مرگ تفاوت معناداری وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، شفقت، وسواس مرگ، هوشیاری بدن، سالمندان

مقدمه

سالمندی یکی از مهم‌ترین مقاطع زندگی انسان است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود. بررسی شاخص‌های آماری در ایران حاکی از رشد و شتاب این قشر است به طوری که بررسی‌ها نشان داده‌اند که تا سال ۱۴۲۰، جمعیت سالمند کشور رو به افزایش بوده و حدود ۱۴ درصد جمعیت فعلی وارد دوره سالمندی خواهند شد. در این دوره افراد در معرض مشکلات و تهدیدهای بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های جسمی و روانی قرار می‌گیرند و تغییرات بسیاری در سالمندان ایجاد می‌شود (Brown et al., 2019).

یکی از تغییراتی که به سراغ سالمندان می‌آید، مسئله مرگ است. مرگ به خاطر ماهیت پرابهامش برای بسیاری از انسان‌ها به خصوص سالمندان به صورت تهدیدآمیز جلوه می‌کند. به دلیل عدم تجربه مرگ در طول حیات شخصی، انسان‌ها به نوعی در مورد آن دچار اضطراب می‌شوند، ولی هر کس درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند. اضطراب مرگ^۱ اصطلاحی است که جهت مفهوم سازی دلهره برخاسته از آگاهی مرگ به کار گرفته می‌شود. تجربه مقداری اضطراب مرگ طبیعی است، اما اضطراب بیش از حد در مورد مرگ می‌تواند مشکلات متعددی به همراه داشته باشد (Menzies & Dar-Nimrod, 2017). یکی از این مشکلات، وسواس مرگ است (Abdel-Khalek, 1998). عبدالخالق (۲۰۱۶) برای اولین بار مفهوم وسواس مرگ را معرفی و ابزاری برای اندازه‌گیری آن درست کرد (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016) وسواس مرگ اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ را شامل می‌شود و در سه بعد نشخوار مرگ، سلطه مرگ، عقاید تکراری مربوط به مرگ قابل بررسی است (Zeighami Mohammadi, 2015).

هوشیاری بدن نیز می‌تواند از جمله تغییرات دیگر دوران سالمندی باشد که نگرانی در مورد ظاهر و باورهای مربوط به آن است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016). افراد با هر جنس و سنی می‌توانند نگرانی‌هایی پیرامون تصویر بدن را تجربه کنند، اما مشخص شده است که سن مقدمه‌ای برای نارضایتی از بدن است (Sandhu & Sandhu, 2021). سالمندان در مورد تصویر کلی بدن ابراز نگرانی می‌کنند، نارضایتی از بدن، بدون توجه به سن یا جنسیت، ارتباط تنگاتنگی با عزت نفس^۲ دارد و سطوح بالاتر این نارضایتی از بدن می‌تواند به اشکال مختلف آسیب شناسی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن بروز پیدا کند؛ بنابراین، نارضایتی از بدن می‌تواند علت زمینه‌ای اختلالات روانی مختلف باشد (Abd El-Hamed et al., 2021). از آنجا که استانداردهای فرهنگی مربوط به بدن، برای بعضی از سالمندان غیرواقعی و دست نیافتنی است، آن‌هایی که این استانداردها را درونی می‌کنند و دستیابی به آن استانداردها را با هویت خود

1 death anxiety

2 self-esteem

مرتبط می‌کنند، ممکن است قربانی شرمساری ناتوانی در دستیابی به آن‌ها شوند، این شرم فقط باعث جهت‌گیری منفی نسبت به بدن نمی‌شود، بلکه به هویت آن‌ها نیز مربوط می‌شود (Menzies & Dar-Nimrod, 2017).

تصویر بدنی^۱ مفهومی چندوجهی است که علاوه بر عوامل درونی زیست‌شناختی و روانشناختی، عوامل بیرونی فرهنگی و اجتماعی را نیز شامل می‌شود. این مقیاس یک اندازه‌گیری از هوشیاری بدن بر اساس گزارش خود شخص می‌باشد. هوشیاری بدن شامل ۳ زیر مقیاس نظارت بدن^۲، شرم بدن^۳ و کنترل بدن^۴ است. نظارت بدن یعنی مشاهده از بیرون به خود به‌عنوان مشاهده‌گر برای مطابقت با استانداردهای فرهنگی و کنترل بدن یعنی تلاش مداوم برای رسیدن به استانداردها و خجالت و شرم بابت نرسیدن به استانداردها است (Menzies & Dar-Nimrod, 2017).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله مداخلاتی است که می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر باشد (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که از سوی استیون هیز و همکاران در دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ شناخته شد (Menzies & Dar-Nimrod, 2017). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی را به منظور کمک به افراد برای خارج شدن از قوانین خشک کلامی و تبدیل شدن به انعطاف‌پذیری روانی به کار می‌برد. انعطاف‌پذیری روانی «توانایی تماس کامل‌تر با لحظه حال به‌عنوان یک انسان آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در زمانی که انجام این کار در خدمت اهداف ارزشمند است» می‌باشد. این درمان شامل شش فرایند پذیرش^۶، گسلش^۷، ارتباط با زمان حال^۸، خود مشاهده‌گر^۹، ارزش‌ها^{۱۰} و عمل متعهدانه^{۱۱} است که هدفشان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است (Swain et al., 2015).

این درمان رابطه میان احساسات و افکار تنش‌زا را تغییر خواهد داد تا از این طریق بتواند ذهنیتی در انسان‌ها ایجاد نماید که شرایط و مشکلات بوجود آمده را بخشی از زندگی عادی خویش بدانند و یا حتی

1 body image

2 Body surveillance

3 Body shame

4 Lonliness

5 Acceptance and commitment therapy

6 acceptance

7 decon

8 contact with present moment

9 self-observer

10 values

11 committed action

آن را بی‌ضرر تلقی نمایند. این مسئله باعث خواهد شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر نشانه‌ها داشته باشند و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی^۱ افراد بگذارد (Akbulut et al., 2021). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیر اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. در واقع رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تمایل بر کاهش اضطراب، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند (Brown et al., 2019). پس از آنجایی که اهداف ACT شامل افزایش انعطاف‌پذیری شخص، هدایت به ارزش‌ها و تعهد به آن‌ها و ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج‌ناپذیر موجود در آن را می‌پذیرد؛ بنابراین سالمندان در مقابل اضطراب و وسواس مرگ سازگاری بهتری دارند (Aboutalebi et al., 2022). همچنین به علت توجه به همین ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روانشناختی و این که افکار فقط افکار هستند و واقعیت نیستند، باورهای تحریف شده در مورد ظاهر بدن تغییر کرده و کیفیت هوشیاری بدن سالمندان بهتر می‌شود.

در راستای این مطالب صفری موسوی و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام‌اس در شهر خرم‌آباد تاثیرگذار است (Sadeghi et al., 2017) همچنین ولی‌زاده و احمدی (۱۴۰۰) ریبخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سالمندان تایید نمودند (Ahmadi & Valizadeh, 2021). در مورد هوشیاری بدن، کبیری نسب و عبدالله‌زاده (۲۰۱۶) در تحقیقات خود نشان دادند که اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش تعهد در سالمندان می‌تواند در بهبود ابراز هیجان و میزان هوشیاری مفید و مؤثر واقع شود (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

رویکرد دیگری که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران در مورد سالمندان قرار گرفته است و می‌تواند بر کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر باشد رویکرد درمان مبتنی بر شفقت است که اولین بار توسط گیلبرت (Abd El-Hamed et al., 2021; Gilbert, 2009) مطرح شده است.

درمان مبتنی بر شفقت شیوه‌ای التقاطی است که از روانشناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی و همچنین از دیگر الگوهای درمانی با مداخله مؤثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روان برآمده است (Tohidifar

(et al., 2021). شفقت به معنی آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود است زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود. آدم‌ها هر چه رشد یافته‌تر باشند، بهتر همدلی می‌کنند، با خود مهربان‌ترند و انسانی‌تر رفتار می‌کنند (Khalatbari, Hemmati Sabet, & Mohammadi, 2018). زمانی که افراد نسبت به افکار خود، آگاه نیستند، تجارب خود را همان‌طور که هست، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هوشیاری و در نهایت ناسازگاری با شرایط موجود نشان دهد. در شفقت درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خود ارزیابی آن‌ها تغییر می‌یابد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود می‌تواند اضطراب^۱، افسردگی^۲ و حس تنهایی^۳ را در سالمندان کاهش دهد (H. Abdollahi et al., 2011). خود شفقتی^۴ به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (Nazemi et al., 2021). این درمان به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (Brown et al., 2019). در تمرین‌های شفقت درمانی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت بر خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش اضطراب مرگ و افکار خودآیند منفی مربوط به هوشیاری بدن خواهد داشت (Irons & Lad, 2017).

بنابراین در درمان مبتنی بر شفقت از احساسات دردناک و ناراحت کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی و درک به آن‌ها نزدیک می‌شود، لذا هیجان‌های منفی به احساس‌های مثبت‌تری تبدیل می‌شود و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را می‌دهد (Brown et al., 2019). در این حالات سالمندان می‌توانند در امور جسمی و روانی خود مراقبتی‌های بیشتری از خود نشان بدهند. مؤلفه بعدی شفقت یعنی اعتراف به ناقص بودن و اشتباه کردن همه انسان‌ها می‌تواند پذیرش را در سالمندان بیشتر و روابط آن‌ها را غنی‌تر کند که همین مسئله باعث کاهش هوشیاری بدن می‌شود (Khalatbari, Hemmati Sabet, & Mohammadi, 2018). در پژوهش توحیدی و کاظمیان مقدم (۱۴۰۰)

1 anxiety

2 depression

3 body control

4 self-compassion

درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش انعطاف پذیری شناختی سالمندان شد (Tohidifar et al., 2021). در پژوهشی دیگر ورعی و پورداد (۱۳۹۸) نشان دادند تقویت شفقت ورزی نسبت به خود به عنوان قدرت داخلی، انعطاف پذیری سالمندان را در برابر خودکشی^۱ افزایش داد و موجب کاهش افکار خودکشی در آنها گردید، در نتیجه اضطراب و وسواس مرگ در سالمندان کمتر می شود (Varaee et al., 2019).

از آنجا که قشر سالمند جزء سرمایه های هر جامعه به شمار می آید و نمی توان نسبت به مشکلات روانی آنها بی اعتنا بود، این پژوهش به دنبال درمان یا آموزشی است که بتواند هر دو متغیر مذکور را بهبود بخشد. با توجه به این که اثر درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن و اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس مرگ و مقایسه دو مداخله بر روی وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان ایرانی تا کنون بررسی نشده یا حداقل چنین موضوعاتی توسط پژوهشگران این مطالعه مشاهده نشده است و از آنجایی که وسواس مرگ می تواند از دغدغه های این سنین باشد و تأثیرات قضاوت دیگران بر روی ظاهر بدن می تواند استرس زا باشد، لذا این پژوهش می تواند وضعیت روانی سالمندان را در ایران تحت تأثیر قرار دهد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف تحقیق کاربردی است و از نظر روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل سالمندان بین ۶۵ تا ۸۰ سال در بهزیستی شهرستان بهشهر است. از بین ۱۵۸ نفر تعداد ۶۰ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک های ورود و خروج از پژوهش، نمونه گیری انجام شد و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. در این روش گروه آزمایش ۱ تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی ۲ درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هر سه گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. ملاک های ورود شامل: تمایل افراد برای شرکت در پژوهش، موافقت برای شرکت در پژوهش براساس رضایت نامه کتبی، عدم اختلالات روانی و نداشتن بیماری، عدم دریافت درمان های روانشناختی و دارویی در طی شش ماه اخیر و حداقل تحصیلات سیکل است. ملاک های خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل و رضایت برای ادامه پژوهش و سابقه شرکت در برنامه های درمانی انفرادی و گروهی همزمان با اجرای پژوهش، ابتلاء به ویروس کرونا، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، وقوع

حوادث پیش‌بینی نشده (بستری، مرگ و...) و عدم برخورداری از شرایط جسمی یا روانی مناسب برای اتمام پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها به گونه‌ای که در نتیجه تأثیر منفی بگذارد. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، ابتدا پرسشنامه‌های وسواس مرگ و هوشیاری بدن توسط هر سه گروه تکمیل شد، سپس بعد از تشریح کامل طرح برای دو گروه آزمایشی، زمان‌بندی کلاس‌ها (مداخله) اعلام و قرارها برای شروع درمان تنظیم شدند. برای گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد (Barzegaran et al., 2021) و برای گروه آزمایشی دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه دو ساعته هفته‌ای یک جلسه به شیوه گروهی توسط پژوهشگر برگزار شد.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. از افراد مورد پژوهش فرم رضایت‌نامه آگاهانه و آزادانه پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید، ۲. اطلاعات مربوط به نحوه‌ی اجرای طرح به افراد مورد پژوهش توضیح داده شد و آن‌ها توانستند با داشتن فرصت کافی تمامی سؤالات خود را بپرسند، ۳. شرکت در این پژوهش اختیاری بود و داوطلب می‌توانست در زمان دلخواه از مطالعه خارج شود، ۴. بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد، ۵. هر گونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به دست آمده از آزمودنی مراجعه‌کننده و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه انجام گرفت، ۶. حریم خصوصی آزمودنی مراجعه‌کننده در طول پژوهش رعایت شد و سعی شد تا روش پژوهش با ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه سازگار باشد.

ابزارها

مقیاس هوشیاری بدن: این مقیاس توسط مک‌کینلی و هاید^۱ در سال ۲۰۰۶ معرفی شد. این مقیاس یک اندازه‌گیری از هوشیاری بدن بر اساس گزارش خود شخص می‌باشد. باورهایی درباره کنترل ظاهر، شرم بدنی و نظارت بر بدن از مقیاس هوشیاری بدن شامل ۲۴ گویه است که کل امتیاز از طریق جمع ۲۴ گویه محاسبه می‌شود. شرکت‌کننده‌ها باید میزان موافقت یا مخالفت خود را در هر عبارت در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص کند. روش نمره‌گذاری مقیاس برای کاملاً موافقم ۱ و کاملاً مخالفم ۷ (به استثنای سؤالات ۵-۶-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۴-۱۶-۱۹-۲۳) می‌باشد. که امتیاز بالا نشان دهنده هوشیاری بیشتر بدن می‌باشد. برای محاسبه روایی از روایی همزمان استفاده شده است که همبستگی بالایی بین مقیاس هوشیاری بدن با اختلال خوردن و همچنین اشخاص فعال از نظر فیزیکی وجود دارد

(Greenleaf & McGreer, 2006). آلفای کرونباخ این آزمون ۷۱ درصد برای و اعتبار درونی این آزمون ۷۵ درصد برای کل شرکت کنندگان می‌باشد. آلفای کرونباخ برای ابعاد تصویر بدن یعنی نظارت بدن ۰/۸۳ و شرم از بدن ۰/۹۰ بدست آمده است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

مقیاس وسواس مرگ: این مقیاس به منظور سنجش اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقاید مقاوم مربوط به مرگ ساخته شده و ۱۵ ماده دارد. روش نمره گذاری آن از نوع لیکرت ۵ درجه ای است که در آن ۱ معادل اصلاً و ۵ معادل خیلی زیاد است. سه عامل مقیاس وسواس مرگ شامل نشخوار مرگ، سلطه مرگ و عقاید تکراری مربوط به مرگ است (Templer et al., 2006). ضریب همسانی درونی این مقیاس و عامل‌های آن را ۹۰ درصد و بیشتر گزارش کرده است. روایی مقیاس وسواس مرگ از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس‌های مشابه به عنوان روایی همزمان نشان داده شده و بر این اساس ضریب همبستگی مقیاس وسواس مرگ با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۱۶۲، افسردگی مرگ ۰/۵۷، افسردگی عمومی ۰/۴۲ و مقیاس روان‌آزاردگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک^۱ ۰/۳۵ گزارش شده است. در ایران محمد زاده و نجفی (۱۳۸۹) روایی همزمان آن را با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۷۶ و ضرایب اعتبار بازآمایی و همسانی درونی آن را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۷ و ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ کلی این آزمون ۰/۷۸ به دست آمد (Alizadeh et al., 2021).

مداخله: ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت براساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد (Gilbert, 2009). محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۳) طراحی گردید (Hayes et al., 2013). شرح مختصر محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح درمان مبتنی بر شفقت درمانی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱. موضوعات جلسات آموزش پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرار داد درمانی، آموزش روانی
جلسه دوم	توضیح در مورد بودن در زمان حال، استفاده از تمثیل
جلسه سوم	تمرین پذیرش، استفاده از تمثیل برای فهم بهتر مطالب، بازخورد و مرور تمرینات قبلی
جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف

جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند
جلسه هفتم	معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها
جلسه نهم	جمع‌بندی جلسات، ارائه پس‌آزمون.

جدول ۲. موضوعات جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره مرگ و با همکاری اعضای گروه و بررسی مشکلات اعضا
جلسه دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد مرگ و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی،
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه برای ادراک بیشتر برای تصویر بدنی از خود و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، ترغیب شرکت کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی،
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه هشتم	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤالات، ارائه راه کارهایی جهت حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که، ۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) از حجم نمونه در گروه کنترل،

۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۳۳/۳ درصد (۲۰ نفر) در گروه درمان مبتنی بر شفقت ورزی قرار داشتند. حجم نمونه ۶۰ نفر می باشد. همچنین ۷ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال، ۸ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال، ۵ نفر از گروه کنترل، ۶ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۵ نفر از گروه درمان مبتنی بر شفقت در گروه سنی ۷۶ تا ۸۰ سال قرار دارند. در جدول شماره (۱) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از درمان

گروه ها		قبل از درمان		بعد از درمان		دوره پیگیری	
متغیر		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هوشیاری بدن	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۹/۰۵	۱/۲۳	۷۳/۹۵	۱/۳۹	۷۳/۹۵	۱/۲۴
	درمان مبتنی بر شفقت	۵۹/۱۰	۱/۱۶	۷۴/۶۰	۱/۲۷	۷۴/۳۵	۱/۶۶
	کنترل	۵۹/۳۰	۱/۱۲	۵۹/۴۰	۱/۲۳	-	-
وسواس مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۸/۶۵	۲/۲۵	۴۱/۶۰	۲/۵۲	۴۱/۳۵	۲/۳۶
	درمان مبتنی بر شفقت	۵۸/۷۰	۱/۱۷	۴۲/۷۵	۲/۰۲	۴۲/۴۵	۱/۹۵
	کنترل	۵۸/۲۰	۱/۷۳	۵۸/۵۵	۱/۵۰	-	-

با توجه به نتایج جدول (۱) میانگین و انحراف معیار هوشیاری بدن و وسواس مرگ گروه آزمایش در بعد از مداخلات درمانی نسبت به قبل از مداخلات بهبود داشته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس، پیش فرض های آزمون های پارمتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لون ارزیابی شد که بیانگر عدم معنی داری آن بود و نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0/05$). در انتها به دلیل استفاده از تحلیل کواریانس، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از عدم معنی داری شیب خط رگرسیون بود ($p > 0/05$). جهت مقایسه میانگین هوشیاری بدن و وسواس مرگ در گروه های مورد مطالعه از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۲) آورده شده است.

جدول ۲: خلاصه تحلیل کواریانس وسواس مرگ در سالمندان در گروه‌های آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
وسواس مرگ	بین گروهی	۱	۱۲/۸۹	۲/۵۲	۰/۱۲۰	۰/۰۶	۰/۳۴
درون گروهی	۱۸۸/۷۴	۳۷	۵/۱۰				
کل	۲۱۱/۷۷	۳۹					
هوشیاری بدن	بین گروهی	۱	۴/۰۶	۲/۳۲	۰/۱۳۵	۰/۰۵۹	۰/۳۱
درون گروهی	۶۴/۲۴	۳۷	۱/۷۳				
کل	۷۱/۹۷	۳۹					

با کنترل پیش آزمون و با توجه به مقدار F و سطح معنی داری که از مقدار پیش فرض ۰/۰۵ بیشتر است، بین میانگین وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون، در سطح خطای ۰/۰۵ تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه پژوهش رد می‌شود. به بیانی دیگر بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت وجود ندارد. برای آگاهی از میزان تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شده است.

جدول ۳: جدول میانگین‌های تعدیل شده وسواس مرگ در گروه‌های آزمایش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر			اختلاف میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا
وسواس مرگ	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۱۳	۰/۶۲	۰/۲۲	-۲/۶۶	۰/۴۰۲
هوشیاری بدن	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-۰/۶۲	۰/۳۷	۰/۲۹	-۱/۵۳	۰/۲۸

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت در کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن مؤثر است اما در میزان اثر بخشی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر روی هوشیاری بدن و وسواس مرگ تفاوت معناداری وجود ندارد (Gheibee et al., 2021; Sadeghi et al., 2017; Varaee et al., 2019).

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، فرضیه اول بین میزان اثر بخشی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ در سالمندان تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به نتایج فرضیه اول رد می‌شود (Gheibee et al., 2021).

در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان درمانی هستند و با این که تفاوت‌های اساسی در روش‌ها و تاکتیک‌های اجرایی دارند، اما هر دو معتقدند که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساس‌ها، افکار ناخوشایند و درد‌ها باعث ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی از جمله وسواس مرگ می‌شود. درمان پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از تکنیک‌هایی چون پذیرش، ذهن آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و بررسی آن‌ها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی باعث بهبود افکار وسواسی مرگ می‌شود. شفقت درمانی با آگاهی از اجتناب ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت آمیز و پذیرای فرد با خودش و افکارش و کاهش وسواس مرگ می‌شود (Seekis et al., 2020).

فرضیه دوم بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر هوشیاری بدن در سالمندان تفاوت معناداری وجود ندارد که با پژوهش‌های النسون (۲۰۲۱) با موضوع تصویر بدن و الگوهای خوردن در سالمندان همسو می‌باشد (Ellenson, 2021).

در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو درمان فارغ از تفاوت در فنون و روش درمان، به دنبال افزایش مواجهه افراد با مشکلات و پیشگیری از اجتناب تجربه ای افراد از مسائل و رنج‌های زندگی هستند. درمان پذیرش و تعهد مقداری رفتاری و عملیاتی‌تر عمل می‌کند و شفقت درمانی از تغییر دستگاه شناختی بهره بیشتری می‌گیرد (Solimanpour et al., 2022). هر دو رویه تقریباً به نتایج یکسانی می‌رسند، تغییر دستگاه تفسیری ذهن به بهبود رفتارهای اجتماعی و فردی می‌انجامد و بهبود رفتارها و افزایش تجارب مثبت به تعدیل شناخت‌ها و دستگاه ذهنی ناسازگار و منفی کمک می‌نماید؛ بنابراین، هر دو درمان شفقت و پذیرش و تعهد

به میزان تقریباً برابر توانسته‌اند توانمندی‌های افراد را برای داشتن سبک زندگی سالم به‌دوراز سرزنش و سختگیری توأم با درک و همدلی و واقع‌نگری و جسارت و حرکت به‌سوی راه درست را افزایش دهند و به دنبال آن، در بهبود شرم درونی شده و ابعاد آن و کاهش هوشیاری بدن مؤثر باشند (Sirois et al., 2015).

فرضیه سوم مبتنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وسواس مرگ مؤثر است که با یافته‌های صفری و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ در زنان با بیماری ام‌اس همسو است (Sadeghi et al., 2017). در تبیین این یافته باید گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تقویت حضور در لحظه و مشاهده گری بدون قضاوت، توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند (Sadeghi et al., 2017). مهارت حضور در لحظه و مشاهده فرایندها درونی بدون قضاوت آن‌ها، ضمن کاهش علائم روانی از جمله اضطراب و وسواس مرگ می‌تواند موجب افزایش میزان سازگاری فرد با مشکلات و نارسایی‌هایی شود که وی ناچار است با آن‌ها کنار بیاید و این مسأله در مورد سالمندان به‌عنوان افرادی که به واسطه شرایط خود از ضعف ناتوانی بسیاری رنج می‌برند، حائز اهمیت است (Ahmadi & Valizadeh, 2021). در درمان پذیرش و تعهد تأکید می‌شود که نواقص و محدودیت‌ها بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی هر انسانی هستند و لازم است هر فردی آن را به‌عنوان یک تجربه عمومی بپذیرد که این با افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش وسواس مرگ همراه است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان کمک کرد تا آن‌ها تجارب درونی خود و از جمله نواقص و نارسایی‌هایی مانند ناتوانی جسمی و محدودیت اجتماعی را به‌عنوان یک فرایند درونی تجربه کنند و به جای قضاوت این تجارب و پاسخ به آن‌ها، به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، بپردازند. در واقع، هدف درمان پذیرش و تعهد بر عدم اجتناب از تجارب درونی و مشاهده بدون قضاوت این است تا به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده مانند افکار مربوط به بیماری و مرگ را فقط به‌عنوان یک فکر گذرا تجربه کنند و نه یک واقعیت مطلق و بنابراین بدون جوش خوردن با آن افکار، اجازه دهند مانند ابری بگذرند و این نیز در کاهش اضطراب مرگ و وسواس مرگ مؤثر بوده است (Yaghoubi et al., 2020).

فرضیه چهارم اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش وسواس مرگ در سالمندان است که با پژوهش بهادری و کاظمیان (۱۳۹۸) که مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در سالمندان است همسو است (Baharvandi et al., 2020). درمان مبتنی بر شفقت، افکار، هیجانات و رفتارهای مثبت جدیدی را می‌سازد و گسترش می‌دهد که با افکار و هیجانات منفی درگیر با افسردگی،

اضطراب و خودانتقادی در تضاد است. رفتار مشفقانه که یکی از مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت است و به معنای انجام هر کاری است که برای شکوفاشدن به آن نیاز داریم، از این نوع است. از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن آرامی، ذهن آرام و مشفق و نیز ذهن آگاهی تأکید می‌شود، که می‌تواند نقش به سزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت خود تشویق می‌کند، همچنین در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (Aboutalebi et al., 2022). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت تر کنار می‌آیند. عکس العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلاتشان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خود دفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (M. Abdollahi et al., 2011). به طور کلی آموزش مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت به سالمندان باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود در نتیجه با خود مهربان تر می‌شوند، خود را کمتر سرزنش و انتقاد می‌کنند، افکار منفی خود را کاهش می‌دهند که این خود باعث کاهش اضطراب و وسواس مرگ و افزایش تحمل ابهام می‌شود (Karyotaki et al., 2021).

فرضیه پنجم مبتنی بر این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش هوشیاری بدن مؤثر است که با پژوهش کبیری نسب و عبدالله زاده (۲۰۱۶) که در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوشیاری بدن و ابراز هیجان در سالمندان همسو است (Kabirinasab & Abdollahzadeh, 2016).

در واقع، هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (فکر اینکه من زشتم) بود، چیزی که انعطاف‌پذیری روانشناختی نامیده می‌شود. به طور کلی با توجه به ویژگی‌های افراد دارای اختلال بدشکلی بدن که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطرات مربوط به اختلال بدشکلی بدن هستند کوشش این افراد جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد (Irons & Lad, 2017). مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است باعث تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری،

انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفسیرها و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، بدست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها باشد و منجر به بهبود افکار هوشیاری بدن در سالمندان شود. تمرینات یوگا با آگاهی و رضایت بدنی بالاتر و واکنش مثبت به احساسات بدنی و خودشی‌انگاری و اختلال خوردن کمتر رابطه مستقیم دارد. آگاهی و رضایت بدنی و احساسات مثبت نسبت به بدن با اثر بر اختلال خوردن باعث وزن کمتر و افزایش جذابیت بدن می‌شود و از آنجا که اصول یوگا و مراقبه و ذهن آگاهی ارتباط نزدیک با هم دارند پس می‌توان نتیجه گرفت ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش هوشیاری بدن شود (Zeighami Mohammadi, 2015).

فرضیه ششم درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش هوشیاری بدن در سالمندان می‌شود که با تحقیق خلعتبری و همتی (۲۰۱۷) درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدن و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان همسو است (Khalatbari, Hemmati, & Mohammadi, 2018). شفقت به خود "به افراد می‌آموزد که چگونه خود را بپذیرند. در تحقیقات کاظمی و اوهادی (۲۰۱۷) از شفقت به خود به عنوان مهارتی یاد می‌شود که می‌تواند برای پذیرش بدن و عشق به بدن بسیار ارزشمند باشد (Kamalie Egoi et al., 2017). مهربان بودن و درک بدن خود به جای قضاوت سخت، مستقیماً با ریشه نارضایتی بدن، تمایل به انتقاد به جای پذیرش آن، مقابله می‌کند. علاوه بر این، اصل شفقت به خود انسانیت رایج افراد را تشویق می‌کند که بپذیرند «همه مردم ناقص هستند، اشتباه می‌کنند و چالش‌های جدی زندگی را تجربه می‌کنند». انسانیت مشترک افراد را ملزم به اتحاد می‌کند به جای این که به دلیل نقص خود احساس انزوا کنند. از آنجایی که به تصویر بدن مربوط می‌شود، افراد تشویق می‌شوند که به جای این که منزوی و شرم‌منده شوند، تفاوت‌های فیزیکی خود را با دیگران در آغوش بگیرند و قدرت پیدا کنند. علاوه بر این، شفقت به خود به آگاهی از افکار خود بدون تلاش برای تقویت یا نادیده گرفتن آن اشاره دارد، این عمل افراد را قادر می‌سازد تا با افکار دردناک خود در مورد بدن خود ارتباط برقرار کنند، بدون این که به آن واکنش دهند، آن‌ها را ثابت کنند، یا بیش از حد با آن قسمت‌هایی که برایشان ناراحت کننده است توجه کنند (Midilli et al., 2021).

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش وسواس مرگ و هوشیاری بدن در سالمندان شده است، ولی تفاوت معناداری بین اثرگذاری در درمان بر روی وسواس مرگ و هوشیاری بدن وجود ندارد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. از آنجا که این پژوهش بر روی سالمندان مرکز بهزیستی بهشهر انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها باید جانب

احتیاط را رعایت کرد. برنامه اجرای مرحله پیگیری شرکت کنندگان را جهت بررسی پایداری اثرهای مداخله‌های خود، در دستور کار خود قرار ندادیم که به خاطر عدم حضور دوباره سالمندان از محدودیت‌های مطالعه ما بود. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش بینی و عواملی نظیر آن، اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. از آنجایی که در پژوهش حاضر، هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام داده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده شود، زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های دیگر درمان همراه با دوره پیگیری تکرار شود که مشخص شود آیا بعد از گذشت زمان آیا نتایج به دست آمده ثابت می‌مانند یا خیر. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت روان بیماران سالمند استفاده نمایند، همچنین به عنوان یک برنامه آموزشی می‌توان در خانه سالمندان از آن استفاده کرد.

References

- Abd El-Hamed, A. T., Mahmoud, S. A.-A., Soliman, A. A., & El-Yasergy, D. F. (2021). Immunohistochemical expression of "HE4" in endometrial hyperplasia versus endometrial endometrioid carcinoma. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(A), 669-675. <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/6189>
- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences*, 24(2), 159-165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00144-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00144-X)
- Abdollahi, H., Savari, M., Zahedi, M. J., Moghadam, S. D., & Abasi, M. H. (2011). Detection of A2142C, A2142G, and A2143G mutations in 23s rRNA gene conferring resistance to clarithromycin among *Helicobacter pylori* isolates in Kerman, Iran. *Iranian journal of medical sciences*, 36(2), 104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556758/>
- Abdollahi, M., Ravindran, V., Wester, T., Ravindran, G., & Thomas, D. (2011). Influence of feed form and conditioning temperature on performance, apparent metabolisable energy and ileal digestibility of starch and nitrogen in broiler starters fed wheat-based diet. *Animal feed science and technology*, 168(1-2), 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.anifeedsci.2011.03.014>
- Aboutalebi, H., Yazdchi, N., & Smkhani Akbarinejad, H. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 32(1), 92-101. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1935-en.html> (In Persian)
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Life and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528> (In Persian)
- Akbulut, S., Ozer, A., Saritas, H., & Yilmaz, S. (2021). Factors affecting anxiety, depression, and self-care ability in patients who have undergone liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 27(40), 6967. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i40.6967>
- Alizadeh, S., Rashidi, H. H., & Moghadam, K. K. (2021). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Distortion and Rumination in Couples Engaged in Marital Infidelity. *Quarterly Journal of Social Work*, 10(2), 35-43. <https://www.sid.ir/files/4029614003604.pdf> (In Persian)
- Baharvandi, B., Kazemianmoghadam, k., & Haroon Rashidi, H. (2020). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 6(1), 13-26. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5148.1409> (In Persian)
- Barzegaran, S., Haroon Rashidi, H., & Kazemian Moghadam, K. (2021). The effect of emotional schema therapy on forgiveness, quality of marital relationships, and self-differentiation of women faced with infidelity. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(1), 315-332. <https://doi.org/10.22059/JAPR.2021.305998.643574> (In Persian)
- Brown, L., Karmakar, C., Flynn, M., Motin, M. A., Palaniswami, M., Celano, C. M., Huffman, J., & Bryant, C. (2019). A self-compassion group intervention for patients living with chronic medical illness: Treatment development and feasibility study. *The primary care companion for CNS disorders*, 21(5), 23193. <https://www.psychiatrist.com/pcc/self-compassion-intervention-for-medical-patients/>

- Ellenson, A. (2021). Body Image and Eating Patterns in Older Adults. <https://red.mnstate.edu/thesis/499>
- Gheibee, A., Tajeri, B., Kooshki, S., & Sobhi Gharamaleki, N. (2021). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment and Compassion Therapy on Psychological Well-being in Patient with Multiple Sclerosis [Research]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(2), 63-73. <http://ijrn.ir/article-1-582-fa.html> (In Persian)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Greenleaf, C., & McGreer, R. (2006). Disordered Eating Attitudes and Self-Objectification Among Physically Active and Sedentary Female College Students. *The Journal of Psychology*, 140(3), 187-198. <https://doi.org/10.3200/JRLP.140.3.187-198>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743. <https://acp.scholasticahq.com/article/1743.pdf>
- Kabirinasab, Y., & Abdollahzadeh, H. (2016). The Effectiveness of Mindfulness Training based on Acceptance and Commitment on Body Consciousness and Emotional Expression of The Elderly. *Aging Psychology*, 2(2), 132-125. https://jap.razi.ac.ir/article_584_d28f0aeb1300b1172f9ff9da3b94f6e9.pdf
- Kamalie Egoi, A., Ohadi, A., & Kazemi Mehrabadi, M. (2017). A magnetorheological fluid damper for robust vibration control of flexible rotor-bearing systems: A comparison between sliding mode and fuzzy approaches. *Journal of Theoretical and Applied Vibration and Acoustics*, 3(1), 77-96. <https://doi.org/10.22064/TAVA.2017.39053.1043> (In Persian)
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt Bermpohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Riper, H., Patel, V., Mira, A., & Gemmil, A. W. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Khalatbari, J., Hemmati Sabet, V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer [Research]. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 11(3), 7-20. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7> (In Persian)
- Khalatbari, J., Hemmati, S. V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer. <https://sid.ir/paper/144587/en> (In Persian)
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 367. <https://doi.org/10.1037/abn0000263>
- Midilli, A., Kucuk, H., Topal, M. E., Akbulut, U., & Dincer, I. (2021). A comprehensive review on hydrogen production from coal gasification: Challenges and Opportunities. *International Journal of Hydrogen Energy*, 46(50), 25385-25412.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijhydene.2021.05.088>
- Nazemi, Z., Sepahmansoor, M., Mohammadkhani, P., & Taghilu, S. (2021). Relationship between emotional expression and marital maladjustment: the mediating role of empathy in divorce applicants. *Preventive Counseling*, 2(2), 72-83. https://jpc.uma.ac.ir/article_1474_675b202b94cf2cf1ce6df932474b28bf.pdf
- Sadeghi, M., Safari-Mousavi, S. S., & Farhadi, M. (2017). The role of psychological flexibility and self-compassion in predicting depression, anxiety and stress in patients with type 2 diabetes. *Journal of Isfahan Medical School*, 35(452), 1468-1475. <https://sid.ir/paper/393219/fa> (In Persian)
- Sandhu, T., & Sandhu, S. (2021). Body Consciousness and Self-Objectification in Gen Z Adolescent Girls. *Current Research in Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.3844/crpsp.2021.1.13>
- Seekis, V., Bradley, G. L., & Duffy, A. L. (2020). Does a Facebook-enhanced Mindful Self-Compassion intervention improve body image? An evaluation study. *Body image*, 34, 259-269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.07.006>
- Sirois, F. M., Molnar, D. S., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and identity*, 14(3), 334-347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>
- Solimanpour, M., Pirkhaefi, A., & Zaharakar, K. (2022). Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Patients with Vitiligo [Research]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 30(2), 82-96. <https://doi.org/10.52547/sjimu.30.2.82>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., Arikawa, H., & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale—extended. *OMEGA-Journal of death and dying*, 53(3), 209-226. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/bqfp-9uln-nuly-4jdr>
- Tohidifar, M., kazemianmoghadam, k., & haroonrashidi, h. (2021). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Loneliness and Cognitive Flexibility in Elderly Men. *Journal of Psychological studies*, 17(2), 97-116. <https://doi.org/10.22051/psy.2021.36089.2449> (In Persian)
- Varaee, P., Poordad, S., Afshari, S., & Mirshamsi, Z. (2019). The prediction of suicidal thoughts in the elderly on the basis of gratitude and self-compassion [Original research]. *Journal of Gerontology*, 4(1), 11-19. <https://doi.org/10.29252/joge.3.4.2> (In Persian)
- Yaghoubi, N., Ghasabzadeh Langari, Z., Ahang, F., & Ghaffari, H. (2020). Develop the Desert Ecotourism Development Strategies in Lut Plain. *Journal of Strategic Management Studies*, 10(40), 151-174. https://www.smsjournal.ir/article_103862.html?lang=en (In Persain)
- Zeighami Mohammadi, S. (2015). *Self-care behaviors in patients with systolic heart failure*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4656.4967>

Table of Contents

- 1 The Role of Perfectionism in Predicting Marital Satisfaction of Married People with the Mediation of Rumination**
Faezeh Salari, Majid Moenizadeh, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad
- 2 Impairments in Communication and Function Patterns in Families of Adolescents with Bipolar Disorder**
Farzaneh Tayaran Najaran, Ali Mashhadi, Imanolah Bigdeli, Atefeh Soltanifar
- 3 The Effectiveness of the Modification of Cognitive Bias towards Physical Appearance on Body Image Concerns in College Students**
Ali pakizeh, Sadegh Hekmatian Fard, Marzieh Bagheri
- 4 Investigation of Psychometric Properties of Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) in Iranian Society**
Pegah Mehrtalab, Hossein Davudi, Davud Taghvai
- 5 The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Intolerance of Uncertainty, Hyper-Responsibility, and Thought-Action Fusion among Women with Obsessive-Compulsive Disorder**
Mojhgan Saberizadeh, Mohammad Zare Neyestanak
- 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**
Mohaddeseh Pourkhiyabi, Mousa Kafie Masouleh, Abbas Abolghasemi
- 7 Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Relief Group Therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Work-Family Conflict**
Leila Teimouri, Ali Akbar Samari, Mehdi Fathi
- 8 Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Emotion Regulation and Life Quality of Child Workers**
Seyedeh Elnaz Mousavi, Gholamreza Ahmadi, Vahideh Javadi, Leila Salek Ebrahimi, Sogand Ghasemzadeh
- 9 The Effectiveness of Reality Therapy on the Psychological Capital and Loneliness of Single-Parent Girl Adolescents**
Elham Amirian Farsani, Masoud Gholamali Lavasani, Hossein Keshavarz Afshar
- 10 Comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Compassion-Based Therapy on Death Obsession, Body Consciousness and Self-Care Ability in The Elderly**
Yusuf Kabiri Nesab, Seyyed Abdul Majid Bahrainian, Qasim Ahi, Ahmed Mansouri



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 kehirocin**
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. 2, 2024

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. 2, 2024

eISSN: 2423-4265

ISSN: 2251-6352

26

- | | |
|---|------|
| The Role of Perfectionism in Predicting Marital Satisfaction of Married People with the ...
Faezeh Salari, Majid Moenizadeh, Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad | I |
| Impairments in Communication and Function Patterns in Families of Adolescents with ...
Farzaneh Tayarani Najaran, Ali Mashhadi, Imanolah Bigdeli, Atefeh Soltanifar | II |
| The Effectiveness of the Modification of Cognitive Bias towards Physical Appearance on ...
Ali pakizeh, Sadegh Hekmatian Fard, Marzieh Bagheri | III |
| Investigation of Psychometric Properties of Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) ...
Pegah Mehrtalab, Hossein Davudi, Davud Taghvaei | IV |
| The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on the Intolerance of ...
Mojhgan Saberizadeh, Mohammad Zare Neyešlanak | V |
| Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy ...
Mohaddeseh Pourkhiyabi, Mousa Kafie Masouleh, Abbas Abolghasemi | VI |
| Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Relief Group Therapy and ...
Leila Teimouri, Ali Akbar Samari, Mehdi Fathi | VII |
| Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral ...
Seyedeh Elnaz Mousavi, Gholamreza Ahmadi, Vahideh Javadi, Leila Salek Ebrahimi, Sogand Ghasemzadeh | VIII |
| The Effectiveness of Reality Therapy on the Psychological Capital and Loneliness of ...
Elham Amirian Farsani, Masoud Gholamali Lavasani, Hossein Keshavarz Afshar | IX |
| Comparison of Acceptance and Commitment-Based Therapy and Compassion-Based ..
Yusuf Kabiri Nesab, Seyyed Abdul Majid Bahrainian, Qasim Ahi, Ahmed Mansouri | X |